

KRANKENHAUS

BAROMETER

Umfrage 2013

Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

**DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT**



KRANKENHAUS BAROMETER 2013

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

Düsseldorf, Oktober 2013



Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	4
1 HAFTPFLICHTVERSICHERUNG IM KRANKENHAUS	6
1.1 VORLIEGEN EINER HAFTPFLICHTVERSICHERUNG UND SCHADENSREGULIERUNG	6
1.2 KÜNDIGUNG DER HAFTPFLICHTVERSICHERUNG SEITENS DER VERSICHERUNG	10
1.3 ENTWICKLUNG DER PRÄMIEN ZUR HAFTPFLICHTVERSICHERUNG SEIT 2010	12
2 STELLENBESETZUNGSPROBLEME	18
2.1 PFLEGEDIENST AUF NORMALSTATIONEN	18
2.2 INTENSIVPFLEGE	21
2.3 NICHT-ÄRZTLICHES PERSONAL IM OP	24
2.4 NICHT-ÄRZTLICHES ANÄSTHESIEPERSONAL	27
2.5 ÄRZTLICHER DIENST	30
2.6 EINSATZ VON HONORAR- UND VERTRAGSÄRZTEN	33
3 OUTSOURCING UND INSOURCING	40
3.1 VERBREITUNG VON OUT- UND INSOURCING	40
3.2 OUTSOURCING UND INSOURCING NACH LEISTUNGSBEREICHEN	41
3.3 AUSWIRKUNGEN VON OUTSOURCING	44
3.4 GRÜNDE FÜR INSOURCING	46
4 ARBEITSZEIT	48
4.1 VERLÄNGERUNG DER WÖCHENTLICHEN HÖCHSTARBEITSZEITEN (OPT-OUT)	48
4.2 ÄRZTE MIT OPT-OUT	50
4.3 VERLÄNGERUNG DER TÄGLICHEN HÖCHSTARBEITSZEIT	52
4.4 ÄRZTE MIT 24-STUNDEN-DIENSTEN	54
4.5 MODELLE DER ARBEITSZEITORGANISATION	55
4.6 BEREITSCHAFTSDIENST NACH BERUFSGRUPPEN	59
4.7 DURCHSCHNITTLICHE DAUER DES BEREITSCHAFTSDIENSTES	63
4.8 ARBEITSZEITFLEXIBILISIERUNG	66
4.9 FAMILIENFREUNDLICHE ARBEITSZEITORGANISATION	70
5 BERATER IM KRANKENHAUS	73
5.1 INANSPRUCHNAHME	73
5.2 KOSTEN	75

5.3	MOTIVATION UND BEAUFTRAGUNG	75
5.4	BERATERLEISTUNGEN	81
5.5	ZUFRIEDENHEIT	84
6	FORTBILDUNGEN	87
6.1	INITIATOREN	87
6.2	FORTBILDUNGSBUDGET	89
6.3	EXTERNE FORTBILDUNGSANBIETER	91
6.4	ORGANISATION DER FORTBILDUNGSTEILNAHME	93
6.5	NUTZEN VON FORTBILDUNGEN	96
6.6	INHALTE UND THEMEN	97
7	WIRTSCHAFTLICHE LAGE	100
7.1	JAHRESERGEBNIS 2012	100
7.2	ENTWICKLUNG DER JAHRESERGEBNISSE 2011/2012	101
7.3	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION	103
7.4	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN	105
	LITERATURVERZEICHNIS	108





Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2013 vor.

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

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

Die jährlichen Ausgaben des *Krankenhaus Barometers* sind im Downloadbereich der DKI-Homepage abrufbar (www.dki.de). Seit 2010 gibt es eine um redaktionelle Beiträge namhafter Autoren ergänzte Buchfassung des *Krankenhaus Barometers*.¹

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2013 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten in Deutschland, welche von April bis Juni 2013 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 290 Krankenhäuser.

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

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

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





1 Haftpflichtversicherung im Krankenhaus

Der Betrieb eines Krankenhauses ist für den Träger mit Risiken verbunden, die von organisatorischen Risiken bis hin zu ärztlichen Behandlungsrisiken reichen.

Insbesondere Personenschäden stellen besondere Risiken im Betrieb eines Krankenhauses dar. Sowohl die Höhe der Schadensfälle als auch die Laufzeit der Schadensabwicklung stellen bei Personenfällen besondere Problematiken dar.

„Für den Betrieb des Krankenhauses gibt es ... keine gesetzliche Versicherungspflicht. Es ist dem Krankenhausträger Art und Umfang der Risikotragung freigestellt. Der Abschluss einer Haftpflichtversicherung ist nach deutschem Recht freiwillig ...“ (Bergmann, Kienzle, 2003, 343).

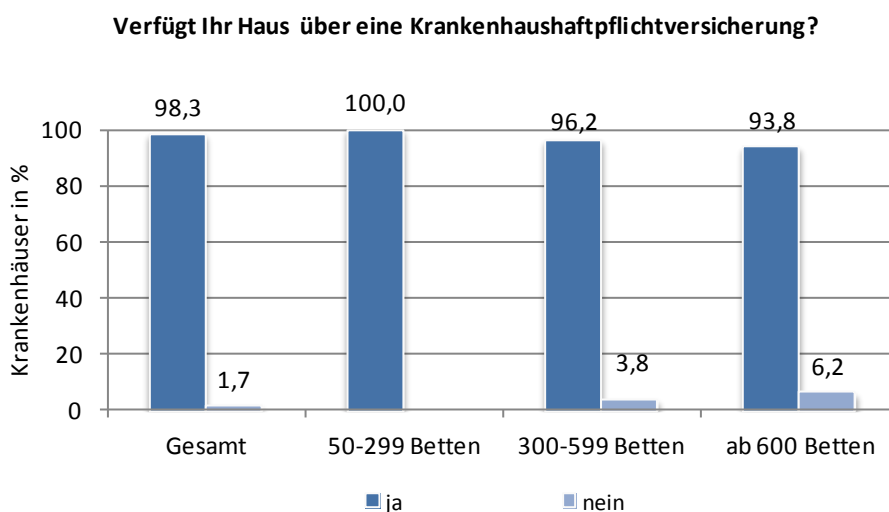
Beim Abschluss einer (Betriebs-)Haftpflichtversicherung sind Prämienzahlungen obligatorisch. Seit einigen Jahren steigen die Prämien der Krankenhäuser für ihre Haftpflichtversicherung deutlich und rasant an. Die Versicherer begründen dies mit der Schadensentwicklung: Zwar sei die Zahl der von den Haftpflichtversicherungen regulierten Schadensfälle seit Jahren konstant. Allerdings stieg die jeweils zu zahlende Schadenssumme deutlich an.

Vor diesem Hintergrund sind die Auswirkungen der Prämiensteigerungen auf die Krankenhäuser im diesjährigen Krankenhaus Barometer im Einzelnen untersucht worden.

1.1 Vorliegen einer Haftpflichtversicherung und Schadensregulierung

Zunächst sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie überhaupt eine entsprechende Versicherung haben (Abb. 1).

Fast jedes Krankenhaus, konkret 98%, verfügt über eine Haftpflichtversicherung. Je größer allerdings das Haus, desto mehr Häuser sehen von einem solchen Versicherungsschutz ab.



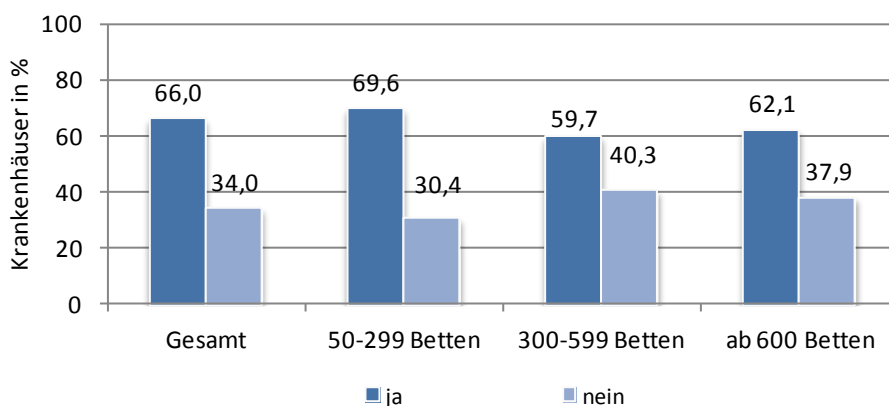
©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Vorliegen einer Haftpflichtversicherung

Während alle Stichprobekrankenhäuser mit 50 bis unter 299 Betten über eine Haftpflichtversicherung verfügen, sind es bei den großen Häusern ab 600 Betten 94%.

In zwei Dritteln der Krankenhäuser erfolgt eine Regulierung von Haftpflichtschäden *ausschließlich* über die Haftpflichtversicherung. Zusätzliche Regulierungsmöglichkeiten sind in einem Drittel der Krankenhäuser vorgesehen (Abb. 2).

Werden Schadensfälle ausschließlich über die Haftpflichtversicherung reguliert?

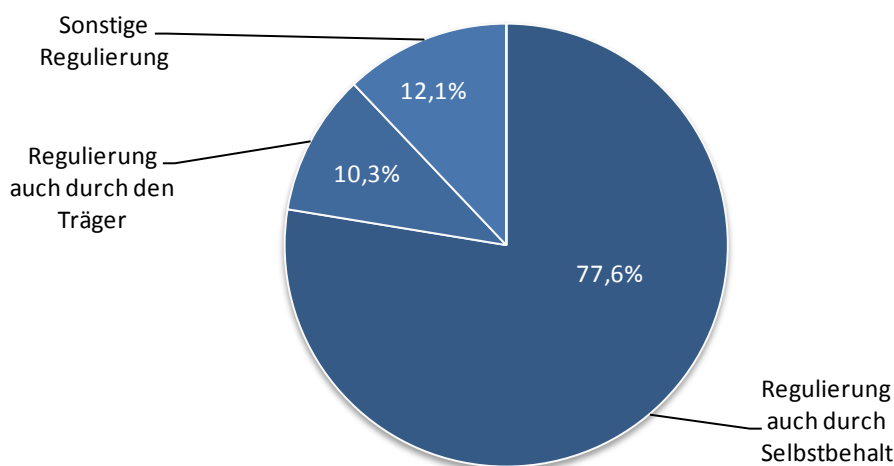


©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 2: Regulierung von Schadensfällen über die Haftpflichtversicherung

In der mittleren Bettengrößenklasse mit 300 bis 599 Betten liegt der Anteil der Krankenhäuser mit Regulierung von Haftpflichtschäden ausschließlich über die Haftpflichtversicherung mit 60% merklich unter dem bundesweiten Durchschnitt.

Die Regulierung von Schadensfällen erfolgt auch durch



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Regulierung von Schadensfällen



Bei denjenigen Krankenhäusern, die ihre Schadensfälle nicht ausschließlich über die Haftpflichtversicherung regulieren, wurde dezidiert nachgefragt, welche anderen Regulierungsmöglichkeiten vorgesehen seien (Abb. 3).

Erwartungskonform gab der Großteil dieser Krankenhäuser (78%) an, dass eine Regulierung auch durch Selbstbehalt erfolge. In 10% der Häuser kommt auch der Träger für die Regulierung auf. 12% der Krankenhäuser gaben an, dass sonstige Regelungen vorgesehen seien.

In Häusern mit Selbstbehalt lag die häufigste Nennung hinsichtlich der Höhe des Selbsthalts bei 5% der Schadenssumme. Das gilt gleichermaßen für Einzelschäden kleiner und größer als 1 Millionen Euro. Andere Selbstbehalte wurden nur vereinzelt genannt. Einschränkend sei allerdings erwähnt, dass nur wenige Krankenhäuser die entsprechende Fragestellung beantwortet haben.

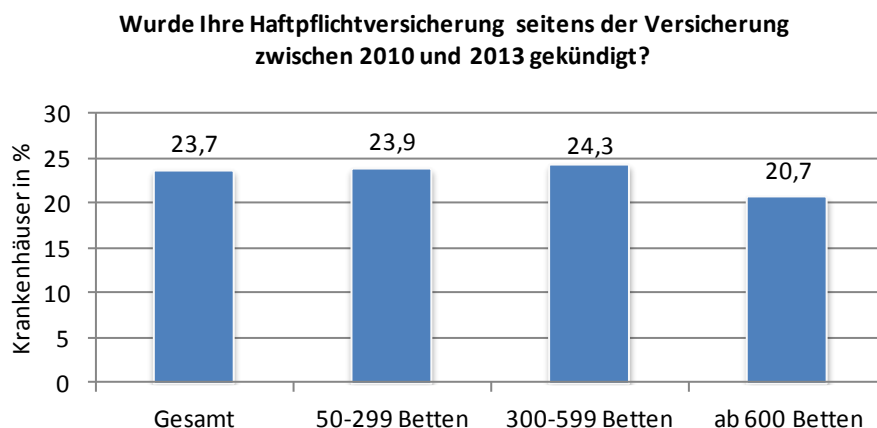
Sonstige Regelungen zum Selbstbehalt kann man in vier Varianten zusammenfassen, die im Folgenden nach absteigender Häufigkeit aufgeführt sind:

- Der Selbstbehalt liegt bei 20.000 bzw. 25.000 Euro je Fall. Es gibt eine Höchstsumme des vom Krankenhaus zu zahlenden Selbsthalts, die in der Größenordnung von 200.000 bis 250.000 Euro pro Fall liegt.
- Vergleichbar dazu ist die Regelung, wonach der Selbstbehalt bei 50.000 Euro je Fall liegt. Auch hier liegt eine Höchstgrenze für den Selbstbehalt vor, die ebenfalls zwischen 200.000 und 250.000 Euro liegt.
- Gemäß einer weiteren Variante ist ein prozentualer Anteil auf die Schadenssumme vereinbart, der allerdings auf eine Höchstgrenze je Fall begrenzt ist. Häufiger genannt wurde ein Anteil von 5% auf die Schadenssumme, aber maximal 5.000 Euro je Fall.
- Es gab eine Reihe von Einzelnennungen, die nicht in eine der drei oben genannten Kategorien fallen, wie z.B. 100.000 Euro Selbstbehalt je Personenschaden oder Selbstbehalt nur bei Schäden an fremden Sachen.

1.2 Kündigung der Haftpflichtversicherung seitens der Versicherung

Neben den steigenden Prämien für die Haftpflichtversicherung ergab sich für eine Reihe von Krankenhäusern ein Problem dadurch, dass sich einige Versicherer wie die Zurich Versicherung, die Stuttgarter Sparkassenversicherung oder die Westfälische Provinzial aus dem Markt für Krankenhaushaftpflichtversicherungen zurückgezogen haben. Für die Krankenhäuser hieß das, dass sie eine neue Haftpflichtversicherung benötigten, sofern sie die Risiken weiterhin versichern wollten.

Das war Anlass, bei den Krankenhäusern nachzufragen, ob ihre Haftpflichtversicherung zwischen 2010 und 2013 seitens des Versicherers gekündigt worden sei (Abb. 4). Knapp ein Viertel der Krankenhäuser gab an, dass genau das in diesem Zeitraum erfolgt sei.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Kündigung der Haftpflichtversicherung seitens der Versicherung

Größere Abweichungen zwischen den Bettengrößenklassen sind nicht erkennbar. Das lässt darauf schließen, dass es keine systematische Benachteiligung von Krankenhäusern einer bestimmten Größe gab.

Fast alle Krankenhäuser (98%), denen die Haftpflichtversicherung von den Versicherern gekündigt wurde, schlossen im Nachgang bei einer anderen Versicherung eine entsprechende Versicherung ab.

Diese Häuser sollten angeben, inwieweit es beim Abschluss einer neuen Haftpflichtversicherung zu Problemen kam (Abb. 5).

Lediglich bei 30% der Krankenhäuser ergaben sich keine Probleme, eine neue Haftpflichtversicherung abzuschließen. Bei 38% der Häuser hat es länger gedauert, bis sie eine neue Versicherung abschließen konnten.

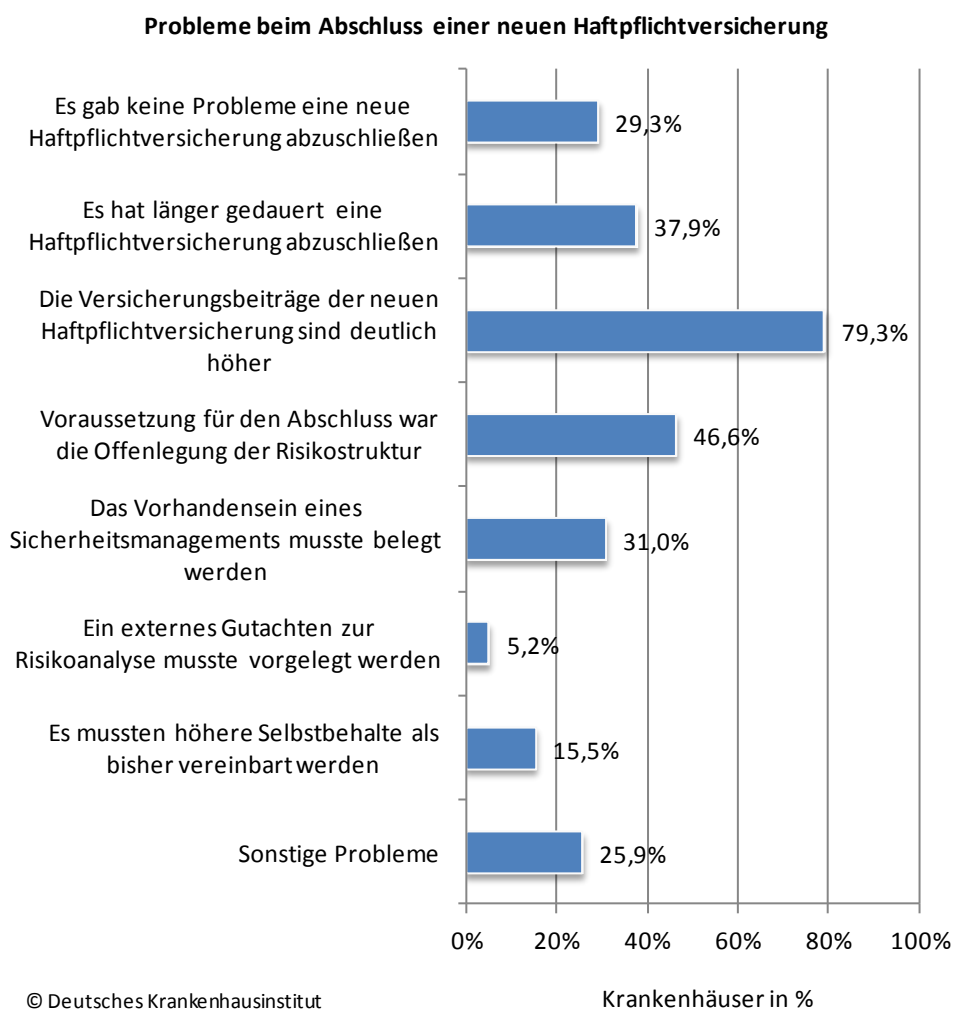


Abb. 5: Abschluss einer neuen Haftpflichtversicherung



Mehr als drei Viertel der Krankenhäuser mussten allerdings beim neuen Versicherer deutlich höhere Beiträge zahlen als vorher. Dies gilt im Übrigen auch zum Großteil für die Krankenhäuser, die keine Probleme hatten, eine neue Haftpflichtversicherung abzuschließen. Die Höhe der Versicherungsbeiträge könnte ein Grund für die Krankenhäuser gewesen sein, länger nach einer Versicherung zu suchen.

Gut 15% der Häuser mussten vertraglich höhere Selbstbehalte als vorher vereinbaren.

In knapp der Hälfte der Häuser war die Voraussetzung für den Abschluss einer neuen Haftpflichtversicherung die Offenlegung der Risikostruktur. Das Vorhandensein eines Sicherheitsmanagements musste bei 31% der Krankenhäuser nachgewiesen werden. Vereinzelt war ein externes Gutachten zur Risikoanalyse vorzulegen.

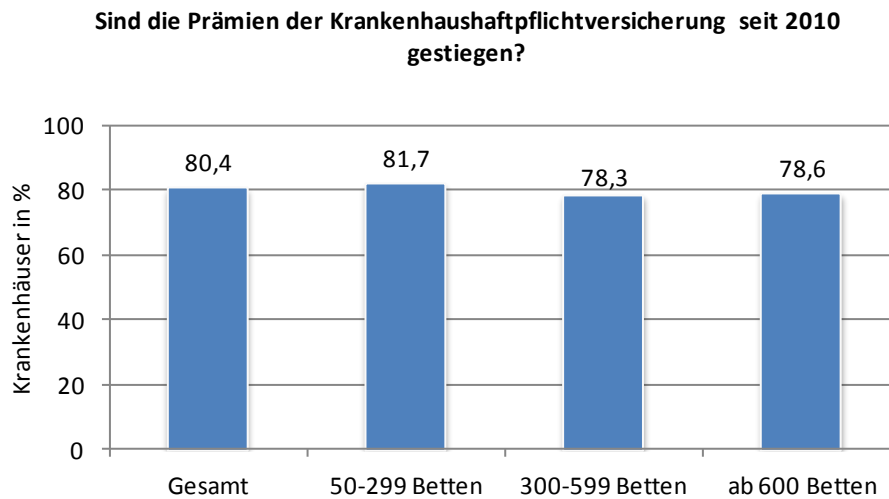
Bei den sonstigen Problemen wurde mehrfach erwähnt, dass nur eine geringere Deckungssumme als bisher versichert werden konnte. Das bedeutet für die Krankenhäuser ein zusätzliches Risiko. Berücksichtigt man ferner, dass diese Krankenhäuser höhere Versicherungsbeiträge als bisher leisten müssen, so hat sich die Versicherungssituation für diese Häuser deutlich verschlechtert.

1.3 Entwicklung der Prämien zur Haftpflichtversicherung seit 2010

Von Krankenhauseite wird seit Jahren immer wieder betont, dass die Prämien zur Haftpflichtversicherung deutlich gestiegen sind. Statistisch belastbare Daten dazu lagen aber bislang nicht vor. Das wurde zum Anlass genommen, im Krankenhaus Barometer nach der Entwicklung der Prämien zur Haftpflichtversicherung zu fragen (Abb. 6).

Nunmehr liegen entsprechende Angaben auf breiter statistischer Basis vor. Demnach geben 80% der Krankenhäuser an, dass ihre Prämien zur Kran-

kenhaushaftpflichtversicherung seit 2010 gestiegen sind. Unterschiede zwischen den Größenklassen sind nicht erkennbar.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Anteil Krankenhäuser mit Steigerung der Beiträge der Krankenhaushaftpflichtversicherung seit 2010

Es ist nicht ungewöhnlich, dass die Prämien im Zeitablauf steigen. Die Frage ist nur, in welcher Höhe die Prämien anstiegen. Die Krankenhäuser sollten daher abschließend angeben, wie sich die Prämien ihrer Krankenhaushaftpflichtversicherung im Zeitraum 2010 bis 2013 entwickelt haben. Entsprechende Angaben waren sowohl in relativer als auch in absoluter Höhe zu machen.

Um keine Verzerrungen durch Ausreißerwerte zu erhalten, werden im Folgenden die Quartilswerte und der Median ausgewiesen. Zunächst zu den Steigerungen der Prämien der Haftpflichtversicherung in relativer Höhe (Tab. 1):

Jeweils die Hälfte der Häuser musste zwischen 2010 und 2013 eine Erhöhung der Haftpflichtversicherung von bis zu 33% bzw. von mehr als 33% hinnehmen. Besonders hohe Steigerungen von 60% und mehr gab ein Vier-



tel der Häuser an. Bei einem weiteren Viertel der Häuser lagen die Prämiensteigerungen bei 18% oder weniger

Tab. 1: Differenz der Prämien zur Haftpflichtversicherung in Prozent seit 2010 nach Bettengrößenklassen

	1. Quartil (25%)	2. Quartil (Median)	3. Quartil (75%)
Krankenhäuser gesamt	18,0%	33,0%	60,0%
Krankenhäuser mit 50 - 299 Betten	20,0%	33,0%	55,0%
Krankenhäuser mit 300 - 599 Betten	19,1%	40,0%	76,9%
Krankenhäuser ab 600 Betten	11,7%	23,8%	64,6%

Ein Blick auf die Krankenhausgrößenklassen zeigt, dass Krankenhäuser unabhängig von der Größe von erheblichen Steigerungen der Prämien zur Krankenhaushaftpflichtversicherung betroffen waren.

Überproportional betroffen waren vor allem Krankenhäuser in der mittleren Bettengrößenklasse mit 300 bis unter 599 Betten: Hier hatte die Hälfte der Krankenhäuser Steigerungsraten von mindestens 40%, ein Viertel der Einrichtungen sogar 77% und mehr.

Auch die Steigerungen in absoluter Höhe verdeutlicht die zusätzliche Belastung der Krankenhäuser für den Zeitraum 2010 bis 2013 (Tab .2).

Im Mittel (Median) hatten die Krankenhäuser durch die Erhöhung der Prämien zur Krankenhaushaftpflichtversicherung finanzielle Belastungen in Höhe von gut 83.000 Euro zu tragen. Bei einem Viertel der Häuser lag die Belastung sogar bei 200.000 Euro und mehr.

Tab. 2: Differenz der Prämien zur Haftpflichtversicherung in Euro seit 2010 nach Bettengrößenklassen

	1. Quartil (25%)	2. Quartil (Median)	3. Quartil (75%)
Krankenhäuser gesamt	31.981 €	83.298 €	200.000 €
Krankenhäuser mit 50 - 299 Betten	20.129 €	40.764 €	120.000 €
Krankenhäuser mit 300 - 599 Betten	69.643 €	132.036 €	251.860 €
Krankenhäuser ab 600 Betten	54.419 €	228.279 €	451.410 €

Mit zunehmender Größe der Krankenhäuser steigt auch die Belastung durch die steigenden Prämien zur Haftpflichtversicherung. So liegt beispielsweise die Prämiensteigerung der Haftpflichtversicherung seit 2010 bei einem Viertel der Häuser ab 600 Betten bei 450.000 Euro und mehr. Bei den kleinen Häusern mit 50 bis unter 299 Betten beträgt sie 120.000 Euro und mehr.

Des Weiteren wurde untersucht, ob der Wechsel der Haftpflichtversicherung einen Einfluss auf die Höhe der Prämien hatte. Hierzu wurden zwischen Krankenhäusern unterschieden, die seit 2010 die gleiche Haftpflichtversicherung haben, und den Häusern, die zwischenzeitlich eine neue Haftpflichtversicherung abschließen mussten, da Versicherungen den alten Vertrag gekündigt hatten (Tab .3).

Deutlich zeigt sich, dass die Krankenhäuser mit einer zwischenzeitlichen Kündigung der Haftpflichtversicherung höhere Prämiensteigerungen hinnehmen mussten als Krankenhäuser ohne Kündigung.²

Die Hälfte der Krankenhäuser mit einer gekündigten Haftpflichtversicherung musste bei ihrer neuen Versicherung Prämien leisten, die 51% und höher als vorher waren. Bei einem Viertel der Häuser haben sich die Versicherungsbeiträge sogar verdoppelt.

² Mittels eines Mittelwertvergleichs konnte gezeigt werden, dass die Unterschiede zwischen den beiden Krankenhausgruppen höchst signifikant sind.

Tab. 3: Differenz der Prämien zur Haftpflichtversicherung in v.H. seit 2010 nach Kündigung der Haftpflichtversicherung seitens der Versicherung

	1. Quartil (25%)	2. Quartil (Median)	3. Quartil (75%)
Krankenhäuser gesamt	18,0%	33,0%	60,0%
Krankenhäuser ohne Kündigung	15,0%	26,0%	45,3%
Krankenhäuser mit Kündigung	30,0%	50,6%	100,0%

Der Vergleich mit den Krankenhäusern ohne Kündigung der Haftpflicht, deren Prämien im Mittel (Median) um 26% gestiegen sind, belegt, dass das Abschließen eines neuen Haftpflichtvertrages für die betroffenen Krankenhäuser ein teures Unterfangen war.

In absoluten Beträgen haben die Krankenhäuser mit einem gekündigten Haftpflichtvertrag im Mittel (Median) 200.000 Euro zusätzliche Prämien aufbringen müssen. Bei einem Viertel der Häuser lag der Wert sogar über 400.000 Euro (Tab. 4).

Tab. 4: Differenz der Prämien zur Haftpflichtversicherung in Euro seit 2010 nach Kündigung der Haftpflichtversicherung seitens der Versicherung

	1. Quartil (25%)	2. Quartil (Median)	3. Quartil (75%)
Krankenhäuser gesamt	31.981 €	83.298 €	200.000 €
Krankenhäuser ohne Kündigung	25.126 €	64.425 €	120.280 €
Krankenhäuser mit Kündigung	41.812 €	200.000 €	400.000 €

Im Vergleich dazu waren die zusätzlichen Prämien der Krankenhäuser ohne Vertragskündigung seitens der Versicherer zwar immer noch beachtlich, wengleich deutlich niedriger. Die Hälfte der Krankenhäuser musste 64.000 Euro und mehr an zusätzlichen Prämien seit 2010 leisten. Ein Viertel der Krankenhäuser lag bei mehr als 120.000 Euro.



Für die Krankenhäuser hat die Entwicklung der Prämien für die Krankenhaushaftpflichtversicherung nicht nur die unmittelbare Konsequenz, dass ihr Versicherungsschutz teurer wird. Eine weitere Konsequenz ergibt sich daraus, dass diese Kostensteigerungen nur unzureichend bei den Steigerungsraten für die Budgetentwicklung Berücksichtigung finden.

Die Veränderung der Landesbasisfallwerte wird sich an dem vom Statistischen Bundesamt festzulegenden Orientierungswertes orientieren. Der Orientierungswert wird die Grundlohnrate ablösen, die bisher die Obergrenze für die Entwicklung der Landesbasisfallwerte darstellte. Der Orientierungswert soll die Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser differenzierter als die Grundlohnrate abbilden.

In die Ermittlung des Orientierungswertes ging als Berechnungsgröße u.a. die Entwicklung der privaten Haftpflichtversicherung ein. Im Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes findet sich die private Haftpflichtversicherung in der Kategorie „Andere Versicherungsdienstleistungen“ wieder, wo sie zusammen mit der Rechtsschutzversicherung eingruppiert ist (Statistisches Bundesamt, 2013a). Gemäß des Verbraucherindex' für Deutschland stiegen die Ausgaben für „Andere Versicherungsdienstleistungen“ zwischen 2010 und 2012 um 1% (Statistisches Bundesamt, 2013b).

Laut Statistischem Bundesamt lag der tatsächliche Orientierungswert in den Jahren 2012 und 2013 bei jeweils rund 2%.



2 Stellenbesetzungsprobleme

Der Fachkräftemangel bzw. die Stellenbesetzungsprobleme bilden eine zentrale Herausforderung für die stationäre Krankenhausversorgung in Deutschland. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer, wie schon in den Erhebungen zum *Krankenhaus Barometer* 2009 und 2011 angeben, inwieweit sie Stellenbesetzungsprobleme bei ausgewählten Berufsgruppen und Diensten im Krankenhaus haben.

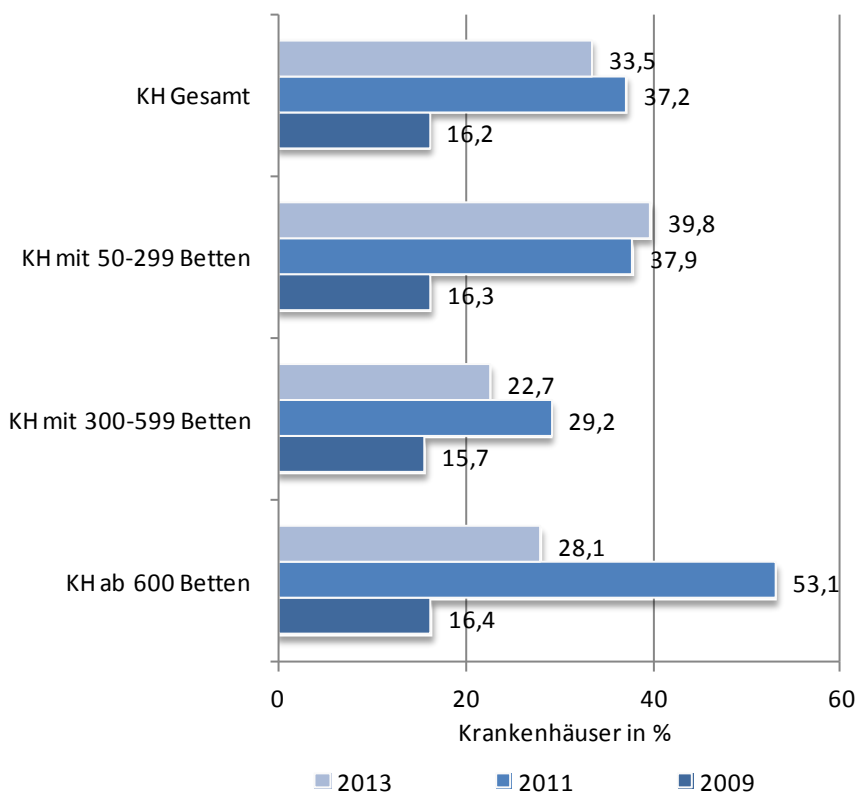
Der Fachkräftemangel wird im *Krankenhaus Barometer* also darüber gemessen, dass offene Stellen (wieder) besetzt werden sollen, aber mangels (geeigneter) Bewerber nicht besetzt werden können bzw. längere Zeit vakant bleiben. Aussagen dazu, inwieweit die aktuellen Stellenpläne bedarfsgerecht sind, werden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

2.1 Pflegedienst auf Normalstationen

Zunächst werden die Ergebnisse für den Pflegedienst der bettenführenden Bereiche vorgestellt. Die konkrete Fragestellung lautete, inwieweit die Krankenhäuser zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2013 Probleme hatten, offene Stellen für das Pflegepersonal im Stationsdienst zu besetzen bzw. wie viele Stellen, gemessen in Vollkräften, vakant waren.

34% der Krankenhäuser haben demnach Probleme, offene Stellen im Pflegedienst für die Normalpflege zu besetzen. Im Vergleich zu 2011 (37%) ist die Entwicklung zwar leicht rückläufig. Verglichen mit dem Jahr 2009 (16%) ist der Anteil der Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Pflegedienst aber doppelt so hoch (Abb. 7).

Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im PD



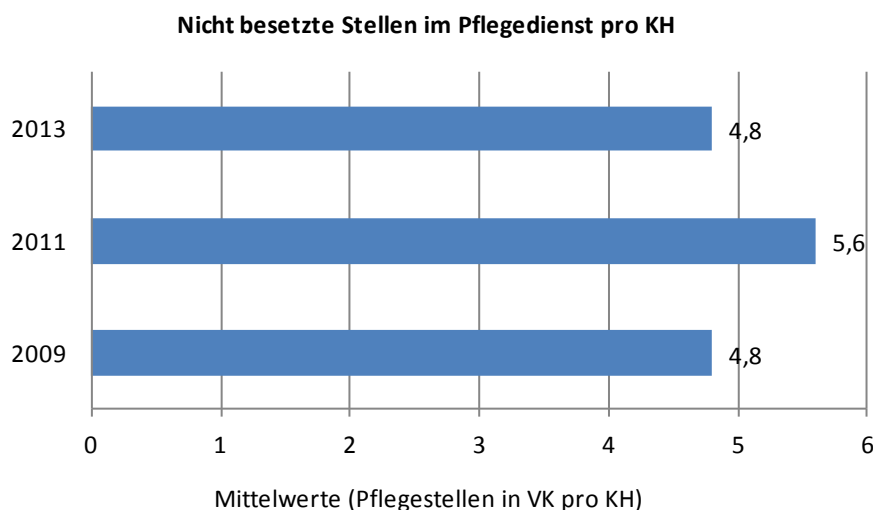
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Pflegedienst

Der Rückgang ist im Wesentlichen auf die Häuser ab 300 Betten zurückzuführen, in denen jeweils rund ein Viertel der Einrichtungen offene Stellen in der Pflege nicht besetzen können. Mittlerweile sind kleinere Einrichtungen unter 300 Betten am stärksten vom Fachkräftemangel in der Pflege betroffen. Hier konnten 40% der Krankenhäuser vakante Stellen in der Pflege nicht besetzen.

Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Pflegedienst konnten im Mittel 4,8 Vollkraftstellen nicht besetzen (Abb. 8). Gegenüber 2011 (5,6 VK) entspricht dies einem Rückgang von fast einer Vollkraftstelle. Bezogen auf die Gesamtzahl der heutigen Vollkraftstellen in den jeweiligen Krankenhäusern, konnten Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen in der

Pflege auf Normalstationen rund 3% ihrer Stellen im Pflegedienst nicht besetzen.

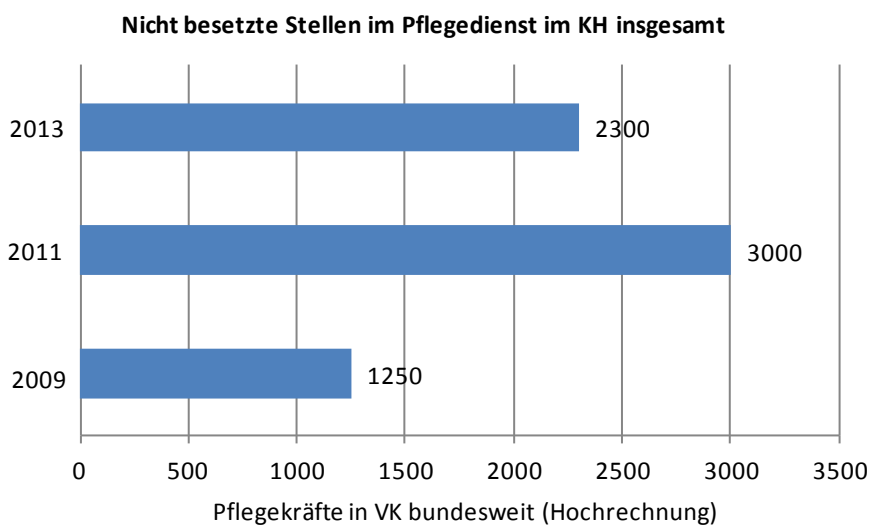


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Nicht besetzte Stellen im Pflegedienst pro Krankenhaus

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten, sind bundesweit rund 2300 Vollkraftstellen im Pflegedienst unbesetzt (Abb. 9). Das sind fast doppelt so viele wie 2009 (1.250 VK), aber 700 vakante Stellen weniger als 2011 (3.000 VK). Bezogen auf die Vollkräfte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten insgesamt ist allerdings derzeit weniger als 1% der Pflegestellen nicht besetzt.

Der Pflegedienst auf den Normalstationen ist somit nach wie vor vom Fachkräftemangel weniger betroffen als andere Berufsgruppen im Krankenhaus (vgl. Kap. 2.2 ff.). In den letzten fünf Jahren variieren die Stellenbesetzungsprobleme hier auf vergleichsweise niedrigem Niveau. Dies schließt ernsthaftere Stellenbesetzungsprobleme in einem Teil der Häuser ausdrücklich nicht aus.



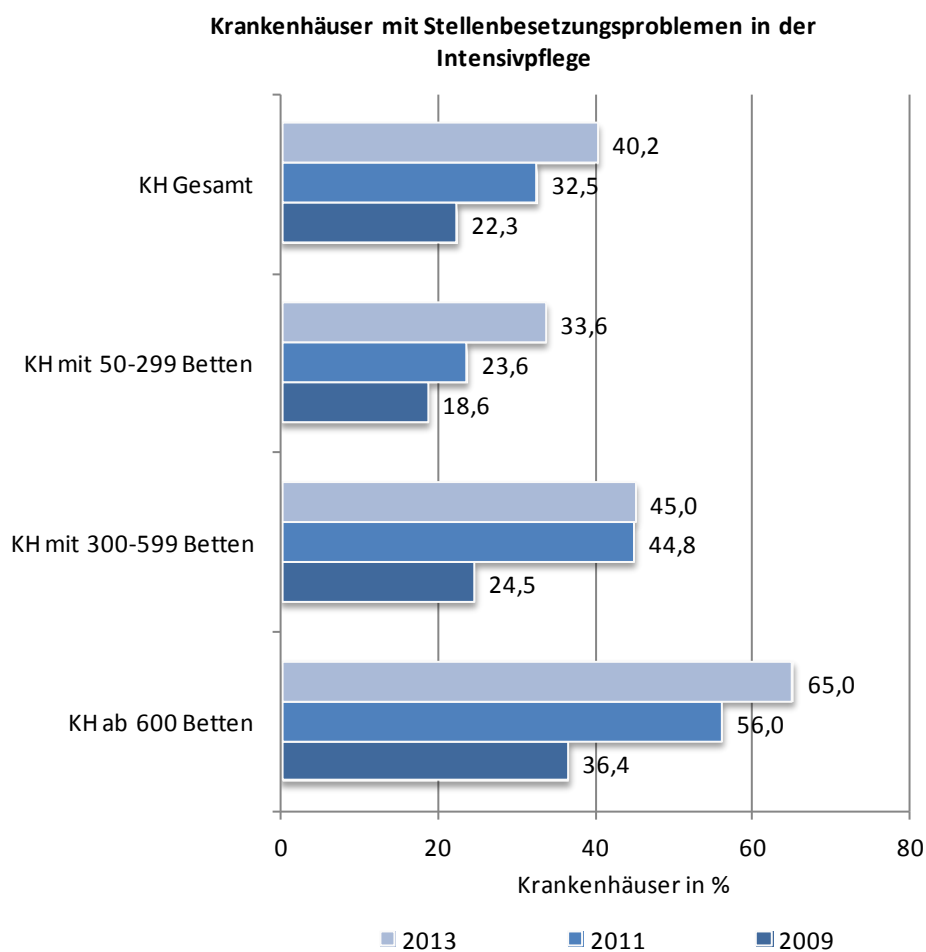
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 9: Nicht besetzte Stellen im Pflegedienst im Krankenhaus insgesamt

2.2 Intensivpflege

In der Intensivpflege hatten zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2013 40% der Krankenhäuser Probleme, Pflegestellen in ihren Intensivbereichen zu besetzen. Im Unterschied zur Pflege auf Normalstationen haben die Stellenbesetzungsprobleme in der Intensivpflege in den letzten fünf Jahren kontinuierlich zugenommen. Im Jahr 2009 waren noch 22% und im Jahr 2011 33% der Krankenhäuser davon betroffen.

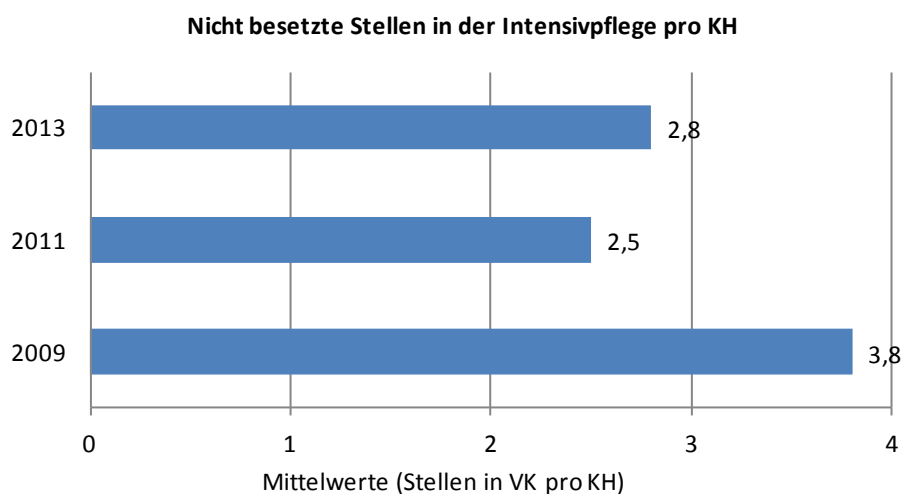
Der Personalmangel in der Intensivpflege nimmt mit steigender Krankenhausgröße deutlich zu (Abb. 10). Während weniger als die Hälfte der Einrichtungen unter 600 Betten Stellen in der Intensivpflege nicht besetzen konnte, hatten unter den Großkrankenhäusern ab 600 Betten 65% entsprechende Probleme. Allerdings fällt der Anstieg gegenüber den Vorjahren in den kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten deutlich überproportional aus.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 10: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen in der Intensivpflege

Die Krankenhäuser mit Personalmangel konnten durchschnittlich 2,8 Vollkraftstellen in der Intensivpflege nicht besetzen. Umgerechnet auf die Gesamtzahl der Intensivpflegekräfte in den jeweiligen Häusern entspricht dies einem Anteilswert von rund 4% vakanter Stellen. Im Vergleich zu 2011 (2,5 VK) ist der Durchschnittswert für die unbesetzten Intensivpflegestellen leicht steigend, im Vergleich zu 2009 (3,8 VK) rückläufig (Abb. 11).

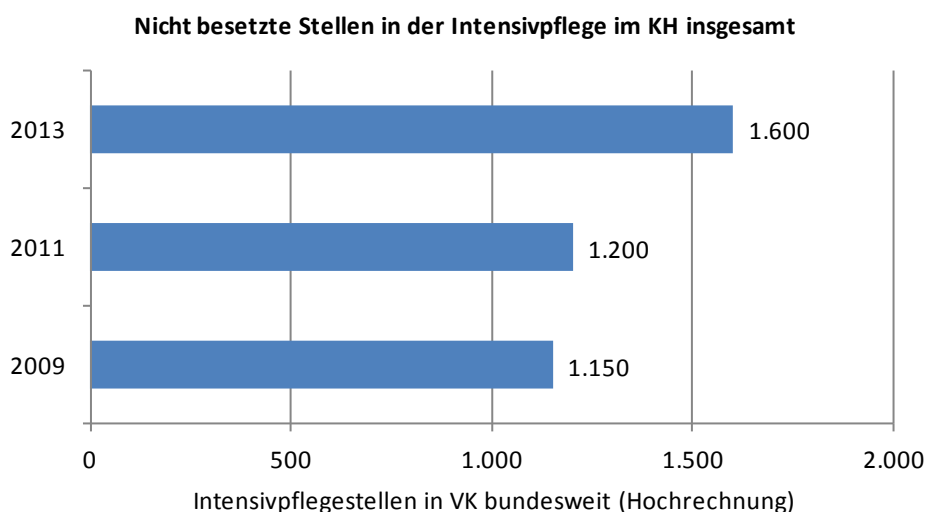


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 11: Nicht besetzte Stellen in der Intensivpflege pro Krankenhaus

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten blieben bundesweit 1.600 Vollkraftstellen in der Intensivpflege bzw. rund 3% der bundesweiten Vollkraftstellen insgesamt unbesetzt. Im Vergleich zu 2011 bzw. 2009 entspricht dies einer Zunahme um jeweils rund 25% (Abb. 12).

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass sich der Personalmangel in der Intensivpflege mittlerweile zu einem gravierenden Problem der stationären Versorgung entwickelt hat. Sowohl der Anteil der betroffenen Häuser als auch die Anzahl der unbesetzten Stellen insgesamt haben in den letzten fünf Jahren merklich zugenommen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

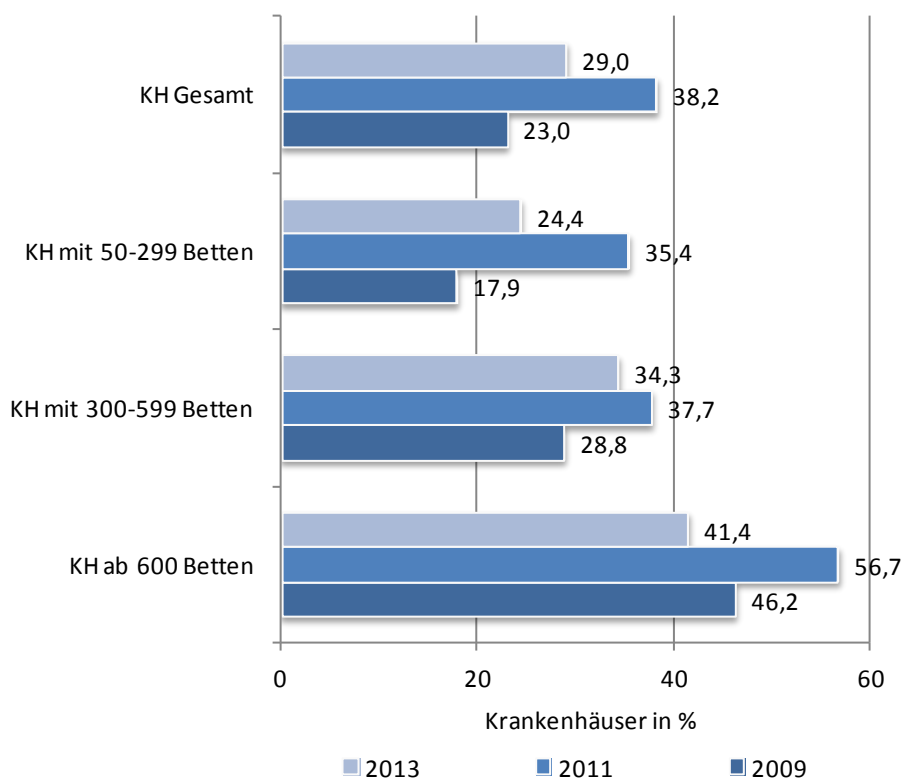
Abb. 12: Nicht besetzte Stellen in der Intensivpflege im Krankenhaus insgesamt

2.3 Nicht-ärztliches Personal im OP

Das nicht-ärztliche Personal im Operationsdienst umfasst im Einzelnen weitergebildete OP-Pflegekräfte, Operationstechnische Assistenten (OTA) sowie nicht einschlägig aus- oder weitergebildetes OP-Personal. 29% der Krankenhäuser haben derzeit Probleme, offene Stellen beim nicht-ärztlichen Personal im Operationsdienst zu besetzen. Gegenüber 2011 entspricht dies einem Rückgang um 9%.

Wie schon in früheren Erhebungen des *Krankenhaus Barometers* nimmt der Anteil der Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen beim nicht-ärztlichen OP-Personal mit steigender Krankenhausgröße zu. Während 24% der Krankenhäuser unter 300 Betten entsprechend Probleme hatten, waren es bei den großen Krankenhäusern ab 600 Betten 41% (Abb. 13).

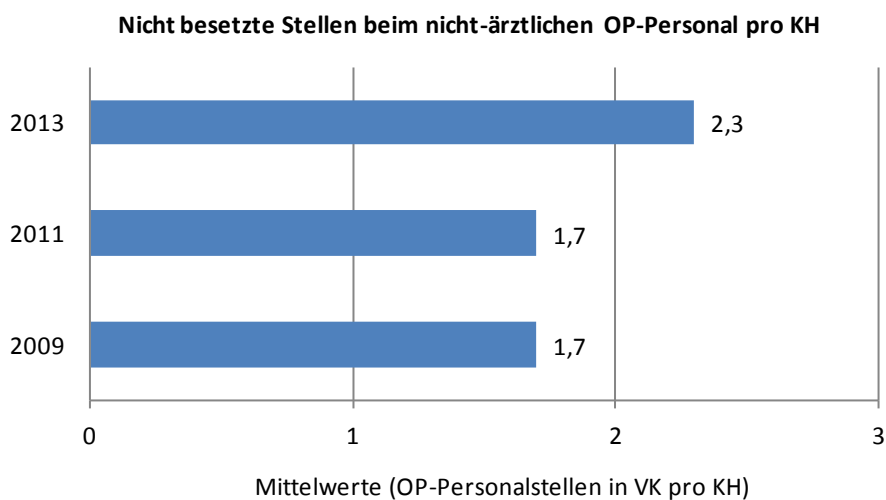
Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen beim nicht-ärztlichen OP-Personal



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 13: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen beim nicht-ärztlichen OP-Personal

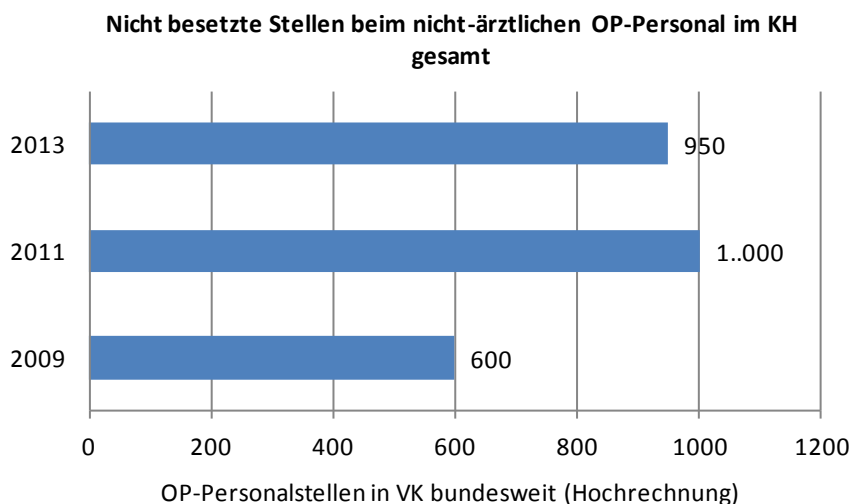
Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen konnten im Mittel 2,3 Vollkraftstellen im Operationsdienst nicht besetzen. Bezogen auf die Gesamtzahl der heutigen Stellen in den jeweiligen Krankenhäusern konnten die Häuser mit Stellenbesetzungsproblemen insgesamt 7% ihrer Vollkraftstellen im Operationsdienst nicht besetzen. Gegenüber 2011 und 2009 (jeweils 1,7 VK) nahm die Anzahl der unbesetzten Stellen beim nicht-ärztlichen OP-Personal um durchschnittlich 0,6 Vollkraftstellen zu (Abb. 14).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 14: Nicht besetzte Stellen beim nicht-ärztlichen OP-Personal pro Krankenhaus

Rechnet man die Stichprobenergebnisse auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten hoch, blieben bundesweit rund 950 Vollkraftstellen im Operationsdienst unbesetzt. Im Vergleich zum Jahr 2011 (1000 VK) ist damit die Anzahl vakanter Vollkraftstellen im Operationsdienst in etwa konstant. Bezogen auf das aktuelle OP-Personal insgesamt sind bundesweit etwa 3% der Stellen unbesetzt (Abb. 15).



© Deutsches Krankenhausinstitut



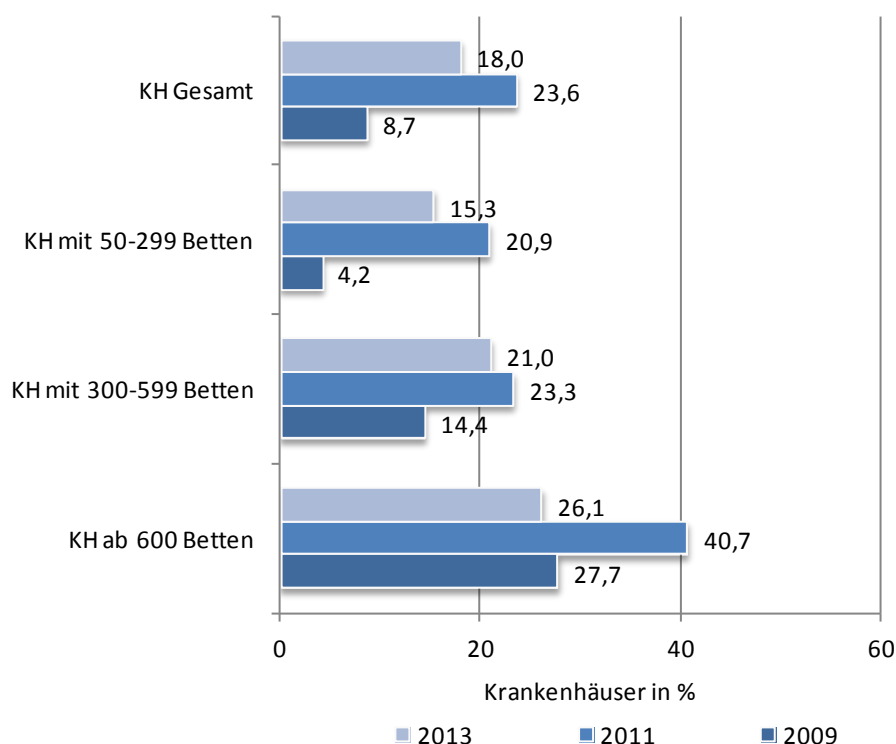
Abb. 15: Nicht besetzte Stellen beim nicht-ärztlichen OP-Personal im Krankenhaus insgesamt

Nach wie vor bildet der Fachkräftemangel ein Problem beim nicht-ärztlichen OP-Personal in vielen Krankenhäusern. Zwar ist der Anteil der betroffenen Häuser leicht rückläufig. Diese Entwicklung wird aber durch die steigende Anzahl offener Stellen in diesen Häusern kompensiert. In der Summe bleiben die Anzahl der unbesetzten Stellen im Operationsdienst somit näherungsweise konstant.

2.4 Nicht-ärztliches Anästhesiepersonal

Das nicht-ärztliche Personal in der Anästhesie umfasst weitergebildete Anästhesiepflegekräfte, Anästhesietechnische Assistenten (ATA) sowie Anästhesiepersonal ohne entsprechende Aus- oder Weiterbildung. Derzeit haben 18% der Krankenhäuser Probleme, offene Stellen beim nichtärztlichen Personal in der Anästhesie zu besetzen. Gegenüber 2011 entspricht dies einem Rückgang von 6%. Der Anteil der betroffenen Häuser ist allerdings nach wie vor höher als im Jahr 2009 (9%). Ähnlich wie beim nicht-ärztlichen Personal im Operationsdienst nehmen die Stellenbesetzungsprobleme mit steigender Krankenhausgröße zu (Abb. 16).

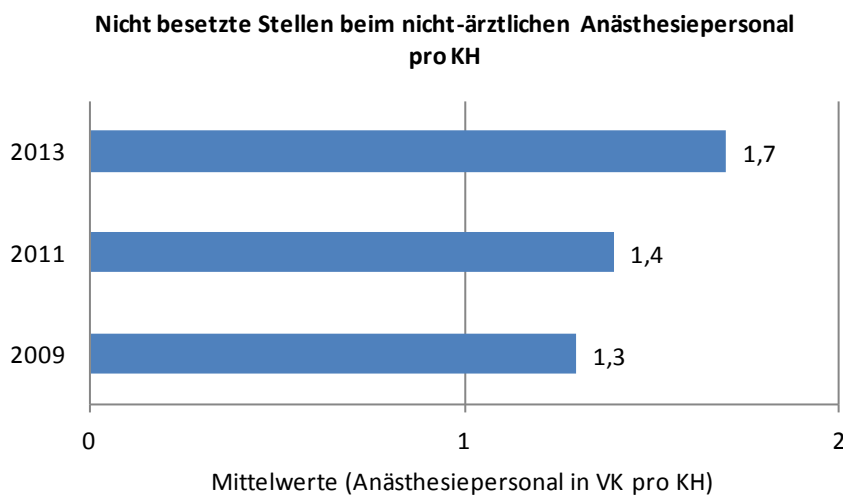
Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen beim nicht-ärztlichen Anästhesiepersonal



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 16: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen beim nicht-ärztlichen Anästhesiepersonal

Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen konnten im Mittel 1,7 Vollkraftstellen beim nicht-ärztlichen Anästhesiepersonal nicht besetzen. Bezogen auf die Gesamtzahl der entsprechenden Stellen in den jeweiligen Krankenhäusern blieben damit 8% der Vollkraftstellen im Anästhesiedienst unbesetzt. Im Vergleich zu den Jahren 2011 und 2009 ist die durchschnittliche Anzahl der unbesetzten Stellen leicht gestiegen (Abb. 17).

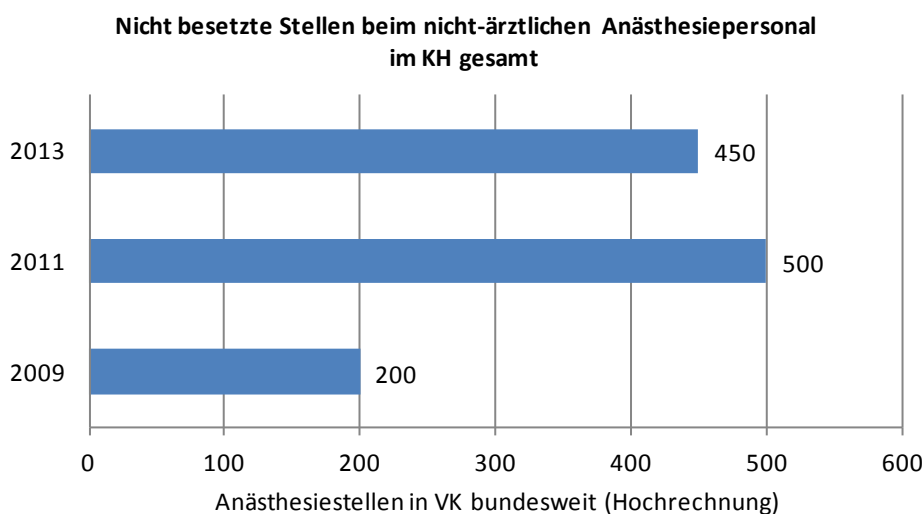


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 17: Nicht besetzte Stellen beim nicht-ärztlichen Anästhesiepersonal pro Krankenhaus

Beim nicht-ärztlichen Personal in der Anästhesie konnten hochgerechnet rund 450 Vollkraftstellen nicht besetzt werden. Das macht einen Anteilswert von knapp 3% der entsprechenden Vollkraftstellen im Anästhesiedienst aus. Im Vergleich zu 2011 ist Gesamtzahl der vakanten Stellen leicht rückläufig, aber immer noch merklich höher als 2009 (Abb. 18).

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass sich die Personalsituation beim nicht-ärztlichen Anästhesiepersonal in den letzten Jahren leicht entspannt hat. Stellenbesetzungsprobleme konzentrieren sich hier auf ausgewählte Krankenhäuser.



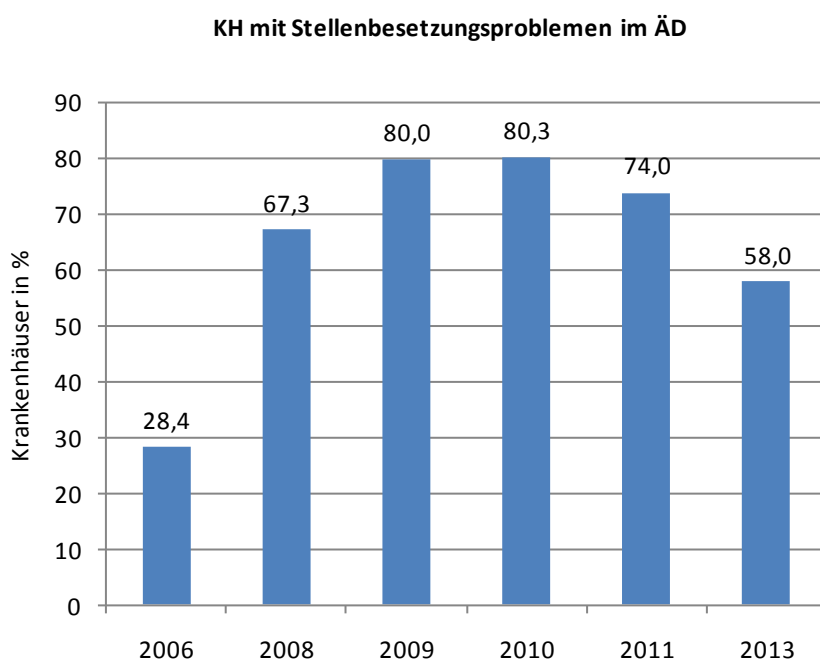
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 18: Nicht besetzte Stellen beim nicht-ärztlichen Anästhesiepersonal im Krankenhaus insgesamt

2.5 Ärztlicher Dienst

Im Unterschied zu den bislang dargestellten Berufsgruppen und Diensten im Krankenhaus sind Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst schon seit 2006 mehrfach Gegenstand des *Krankenhaus Barometers* gewesen. Insgesamt liegen für fünf Jahrgänge entsprechende Vergleichswerte vor (Deutsches Krankenhausinstitut 2006 ff.), darüber hinaus wurde die Problematik des Ärztemangels im Krankenhaus für das Jahr 2010 in einer separaten Studie thematisiert (Blum & Löffert, 2010).

Im Jahr 2013 hatten 58% der Krankenhäuser Probleme, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. Nachdem vor allem in der zweiten Hälfte des letzten Jahrzehnts ein deutlicher Anstieg der betroffenen Häuser zu beobachten war, ist die Entwicklung seit Beginn des neuen Jahrzehnts rückläufig (Abb. 19).

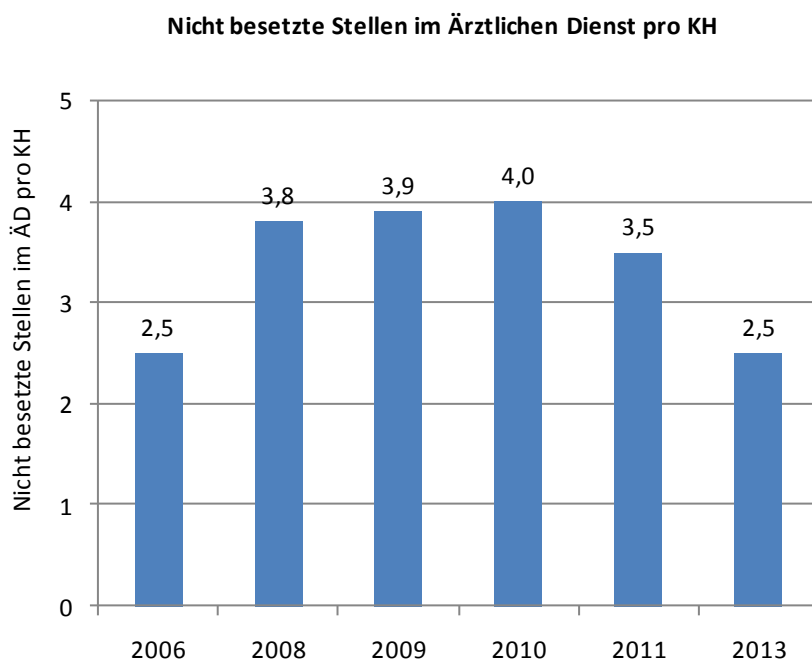


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 19: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst

Der Rückgang ist in allen Bettengrößenklassen festzustellen. Nichtsdestotrotz fällt der Personalmangel im Ärztlichen Dienst in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten mit 48% unterproportional aus, während er in den übrigen Einrichtungen in etwa dem Bundesdurchschnitt entspricht.

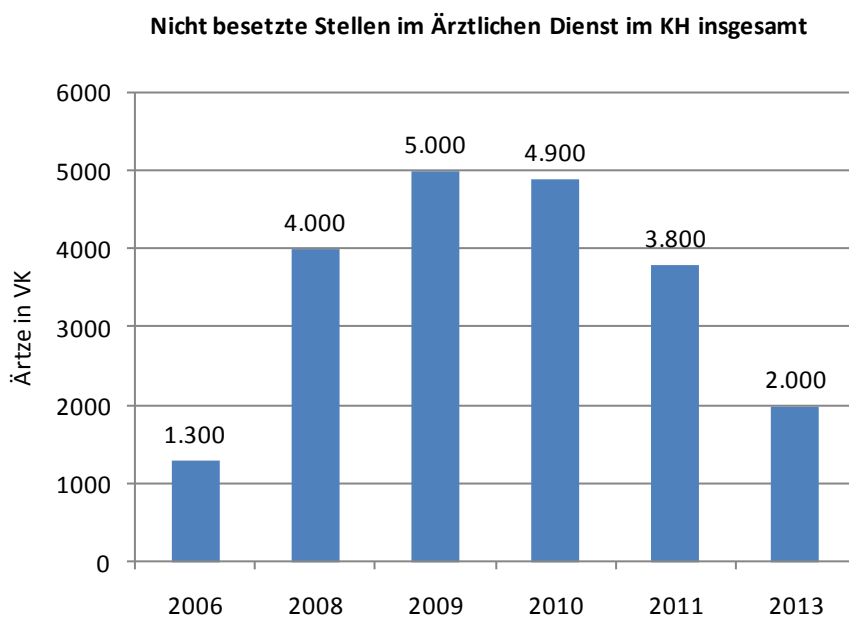
Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst konnten im Mittel rund 2,5 Vollkraftstellen nicht besetzen. Im Vergleich zu den Vorjahren ist auch der Ärztemangel in den betroffenen Krankenhäusern rückläufig (Abb. 20). Bezogen auf die Gesamtzahl der heutigen Vollkraftstellen in den jeweiligen Häusern konnten die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen insgesamt 3% ihrer Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 20: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst pro Krankenhaus

Rechnet man die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2013 auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten hoch, konnten bundesweit rund 2.000 Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden. Das entspricht einem Anteilswert von knapp 2% der ärztlichen Vollkraftstellen im Krankenhaus bundesweit. Verglichen mit der letzten Erhebung des *Krankenhaus Barometers* 2011 sind die Ergebnisse rückläufig. Seinerzeit waren bundesweit noch 3800 Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst unbesetzt (Abb. 21).



© Deutsches Krankenhausinstitut

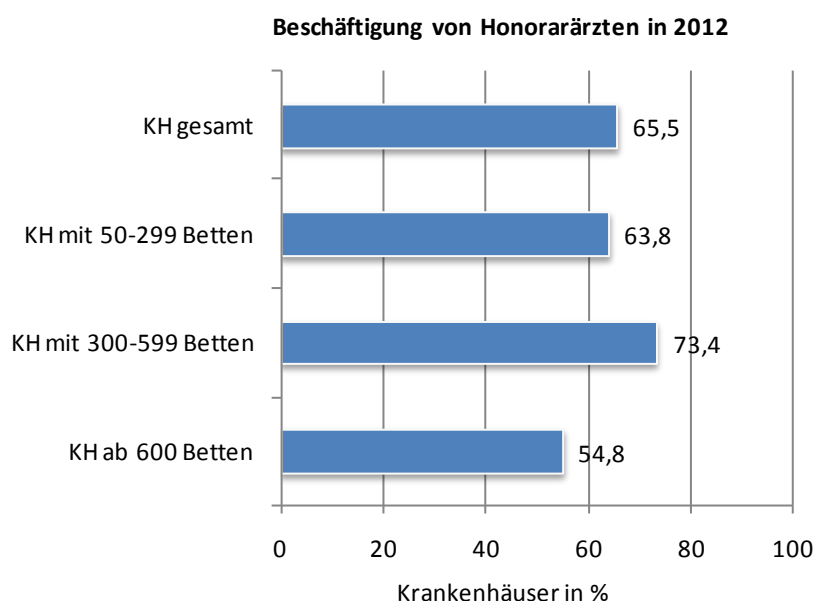
Abb. 21: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst im Krankenhaus in VK bundesweit (Hochrechnung)

Zwar ist nach wie vor die Besetzung von Arztstellen ein gravierendes Problem der stationären Versorgung in Deutschland. Seit Beginn des Jahrzehnts hat sich die Lage aber etwas entspannt, insofern sowohl die Anzahl der betroffenen Häuser als auch die Anzahl vakanter Arztstellen rückläufig sind.

2.6 Einsatz von Honorar- und Vertragsärzten

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

Zwei von drei Krankenhäusern (66%) haben im Jahr 2012 Honorarärzte beschäftigt. Mit einem Anteilswert von 55% fällt die Beschäftigung von Honorarärzten in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten unterproportional, in der mittleren Bettengrößenklasse zwischen 300 und 599 Betten mit 73% überproportional aus, während der Wert für die Einrichtungen unter 300 Betten in etwa dem Bundesdurchschnitt entspricht (Abb. 22). Gegenüber 2010 mit 71% der Krankenhäuser hat der Einsatz von Honorarärzten im Krankenhaus leicht abgenommen (Deutsches Krankenhausinstitut, 2011).

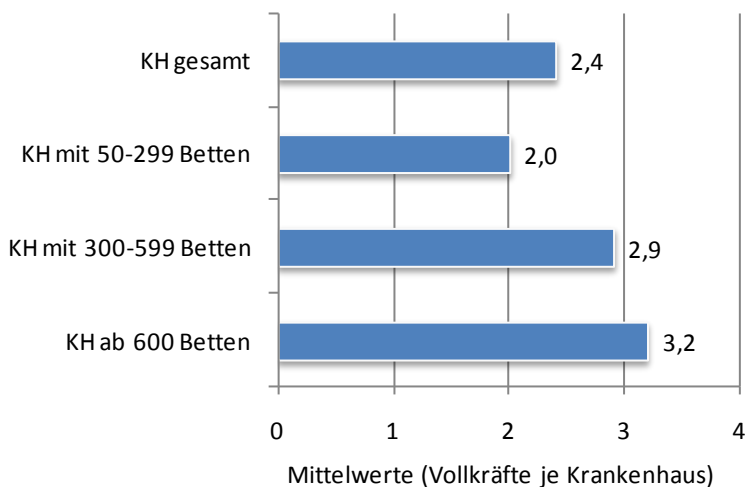


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 22: Beschäftigung von Honorarärzten im Jahr 2012

Über den bloßen Einsatz von Honorarärzten hinaus sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie viele Honorarärzte sie in ihrem Krankenhaus im Jahr 2012 im Jahresdurchschnitt beschäftigt haben (umgerechnet in Vollkräfte). Demnach entsprach die Beschäftigung von Honorarärzten einem Stellenäquivalent von durchschnittlich 2,4 ärztlichen Vollkräften pro Krankenhaus. Wie aus Abbildung 23 ersichtlich, sind dabei die Unterschiede nach Bettengrößenklassen relativ gering. Gegenüber dem Jahr 2010 haben sich die Werte zudem kaum verändert (Deutsches Krankenhausinstitut, 2011).

Anzahl von Honorärärzten in Vollzeit 2012

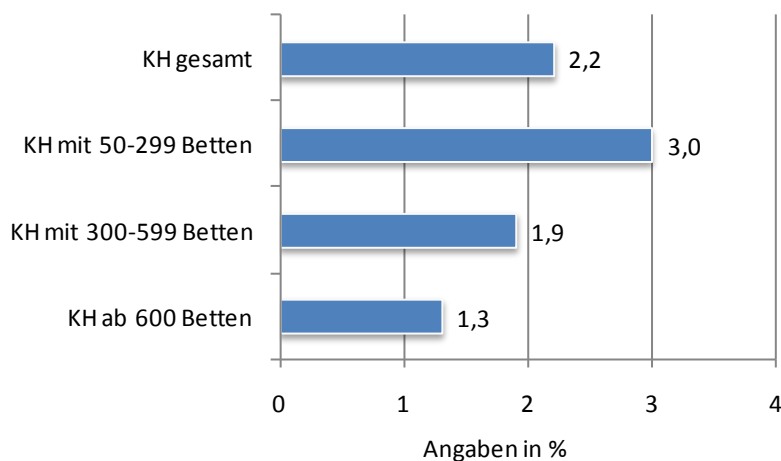


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 23: Anzahl von Honorärärzten in Vollzeit im Jahr 2012

In den Krankenhäusern mit Einsatz von Honorärärzten liegt das Verhältnis der entsprechenden Vollzeitäquivalente zu den angestellten ärztlichen Vollzeitkräften insgesamt bei 2,2%. Vereinfacht gesagt, bedeutet dies, dass die jeweiligen Krankenhäuser 2,2% ihres Ärztebedarfs über Honorarärzte abdecken. Im Vergleich zum Jahr 2010 (3,4%) ist der entsprechende Anteilswert rückläufig. Mit 3% fällt der Wert in den kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten zwar überproportional aus (Abb. 24). Im Vergleich zum Jahr 2010 (6,5%) ist hier aber auch ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen (Deutsches Krankenhausinstitut, 2011).

Verhältnis Vollzeitäquivalente von Honorarärzten und ärztlichen Vollkräften insgesamt 2012



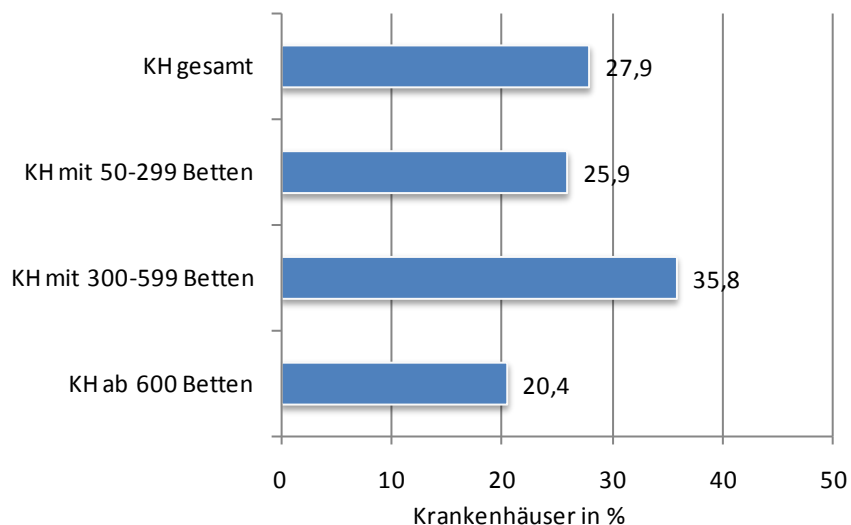
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 24: Verhältnis Vollzeitäquivalent von Honorarärzten und ärztlichen Vollkräften insgesamt im Jahr 2012

Rechnet man die Vollzeitäquivalente von Honorarärzten je Krankenhaus auf die Grundgesamtheit aller Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten hoch, so entspricht der Einsatz von Honorarärzten einem Stellenäquivalent von rund 2.200 ärztlichen Vollkräften. Gegenüber dem Jahr 2010 entspricht dies einem Rückgang von rund 300 Stellenäquivalenten (Deutsches Krankenhausinstitut, 2011).

Über den Einsatz von Honorarärzten hinaus können gemäß der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte auch niedergelassene Ärzte zeitlich befristet als Angestellte im Krankenhaus arbeiten. Von dieser Regelung machten im Jahr 2012 rund 28% der Krankenhäuser Gebrauch. Im Vergleich zum Jahr 2009 (26%) ist dieser Wert nahezu konstant (Blum & Löffert, 2011). Die Verteilung nach Bettengrößenklassen kann im Einzelnen der Abbildung 25 entnommen werden. Vor allem größere Krankenhäuser beschäftigen demnach seltener niedergelassene Ärzte zeitlich befristet.

Zeitlich befristete Beschäftigung von niedergelassenen Ärzten im KH

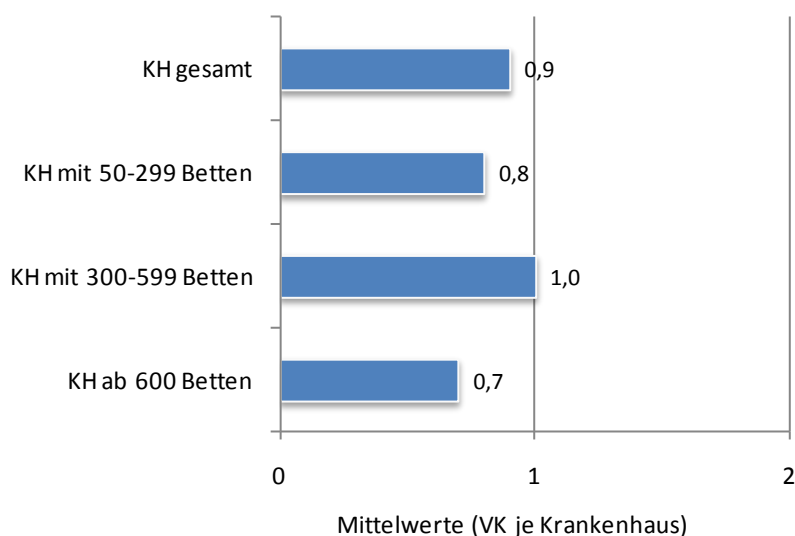


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 25: Zeitlich befristete Beschäftigung von niedergelassenen Ärzten im Krankenhaus

Umgerechnet in Vollkräften entsprach die zeitlich befristete Beschäftigung von niedergelassenen Ärzten im Krankenhaus einem Stellenäquivalent von durchschnittlich 0,9 Vollkräften pro Krankenhaus. Wie aus Abbildung 26 ersichtlich, sind die Unterschiede nach Bettengrößenklassen vergleichsweise gering. Bettengrößenklassenübergreifend machen die Vollzeitäquivalente für befristet beschäftigte Vertragsärzte weniger als 1% der ärztlichen Vollkräfte in den jeweiligen Krankenhäusern aus.

Zeitlich befristete Beschäftigung von niedergelassenen Ärzten in VK



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 26: Zeitlich befristete Beschäftigung von niedergelassenen Ärzten in Vollkräften je Krankenhaus

Rechnet man die genannten Vollzeitäquivalente je Krankenhaus auf die Grundgesamtheit aller Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten hoch, so entspricht die zeitlich befristete Beschäftigung von Vertragsärzten einem Stellenäquivalent von rund 350 ärztlichen Vollkräften.

Die Ergebnisse belegen insgesamt, dass die Mehrzahl der Krankenhäuser nach wie vor Honorarärzte zur Sicherung der ärztlichen Versorgung einsetzt, ein Teil der Häuser auch Vertragsärzte zeitlich befristet beschäftigt. Ohne den Einsatz von Honorar- und Vertragsärzten wäre der Ärztemangel im Krankenhaus um gut 2.500 Vollkräften größer und läge kalkulatorisch bei rund 4.500 Ärzten. Gleichwohl kann der Rückgang bei den vakanten Arztstellen (vgl. Kap. 2.5) nicht durch den vermehrten Einsatz von Honorar- und Vertragsärzten im Krankenhaus erklärt werden, insofern deren Einsatz, wie gezeigt, leicht rückläufig ist. Dies würde abermals unterstreichen, dass sich die Stellensituation im Ärztlichen Dienst etwas entspannt hat. Nichtsdestotrotz bleibt eine bedarfsgerechte (krankenhaus-)ärztliche Versorgung der Be-

völkerung eine zentrale Herausforderung im deutschen Gesundheitssystem
(Blum & Löffert, 2011).



KRANKENHAUS BAROMETER 2013



3 Outsourcing und Insourcing

3.1 Verbreitung von Out- und Insourcing

Seit vielen Jahren ist die Auslagerung von Leistungsbereichen (insbesondere nicht-medizinischer Leistungen oder sekundärer Prozesse) ein Trend im Krankenhausbereich (DKI, 2000ff). Im aktuellen *Krankenhaus Barometer* wurde untersucht, inwieweit dieser Trend anhält.

Unter Outsourcing wird dabei definitionsgemäß die Auslagerung bestimmter Aufgaben oder Bereiche eines Krankenhauses an eine Fremdfirma oder ein vom Krankenhaus oder seinem Träger gegründetes Unternehmen verstanden. Bei mangelnder Bewährung oder aus anderen Gründen können zuvor outgesourcte Aufgaben oder Bereiche aber auch an das Krankenhaus rückübertragen werden (Insourcing).

Im *Krankenhaus Barometer* sollten die Befragungsteilnehmer angeben, ob sie seit 2008 Aufgaben oder Bereiche ihres Hauses in- oder outgesourct haben. Demnach hat jedes zweite Krankenhaus in Deutschland (49%) seither bestimmte Aufgaben oder Bereiche outgesourct.

Dieses Ergebnis ist maßgeblich auf die beiden unteren Bettengrößenklassen unter 600 Betten zurückzuführen. Dahingegen fällt der Anteil der Großkrankenhäuser ab 600 Betten mit Outsourcing mit 37% deutlich unterproportional aus (Abb. 27).

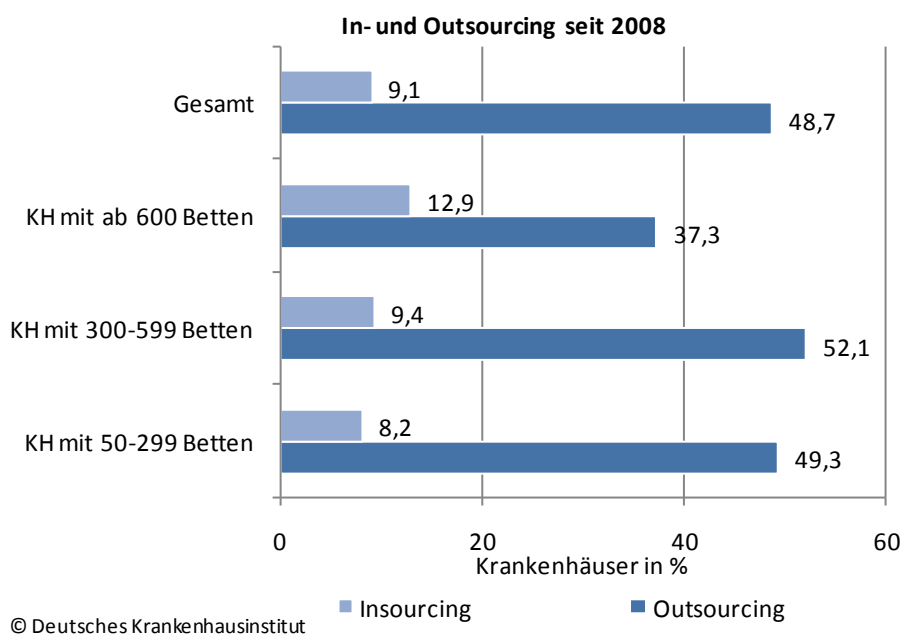


Abb. 27: Outsourcing und In-sourcing seit 2008

Der Trend zum Outsourcing setzt sich damit unverändert fort. So gab beispielsweise im *Krankenhaus Barometer 2007* rund ein Drittel der Befragten seinerzeit an, seit 2004 Leistungen outgesourct zu haben.

Das In-sourcing zuvor outgesourcter Aufgaben oder Bereiche findet dagegen vergleichsweise selten statt. Über alle Bettengrößenklassen führten nur jeweils rund 10% der Einrichtungen an, seit 2008 Leistungen wieder ingesourct zu haben.

45% der Befragungsteilnehmer haben seit 2008 Aufgaben oder Bereiche weder ingesourct noch outgesourct. Der Anteil der Häuser, die seither Leistungen sowohl in- als auch outgesourct haben, fällt mit 5% vergleichsweise gering aus.

3.2 Outsourcing und In-sourcing nach Leistungsbereichen

Unabhängig vom Zeitpunkt des In- oder Outsourcing sollten die Krankenhäuser angeben, welche Leistungsbereiche zum Erhebungszeitpunkt im



Frühjahr 2013 bei ihnen in- oder outgesourct waren. Die Verteilung kann im Einzelnen der Abbildung 28 entnommen werden.

Schwerpunkte von Outsourcing bilden insbesondere Leistungen oder Bereiche aus dem Wirtschafts- und Versorgungsdienst. So haben etwa 80% der Krankenhäuser ihre Wäscherei ausgelagert, 66% den Reinigungsdienst und 41% die Küche. Darüber hat jeweils rund ein Viertel der Befragten ihre Bettenaufbereitung sowie den Hol- und Bringedienst fremdvergeben.

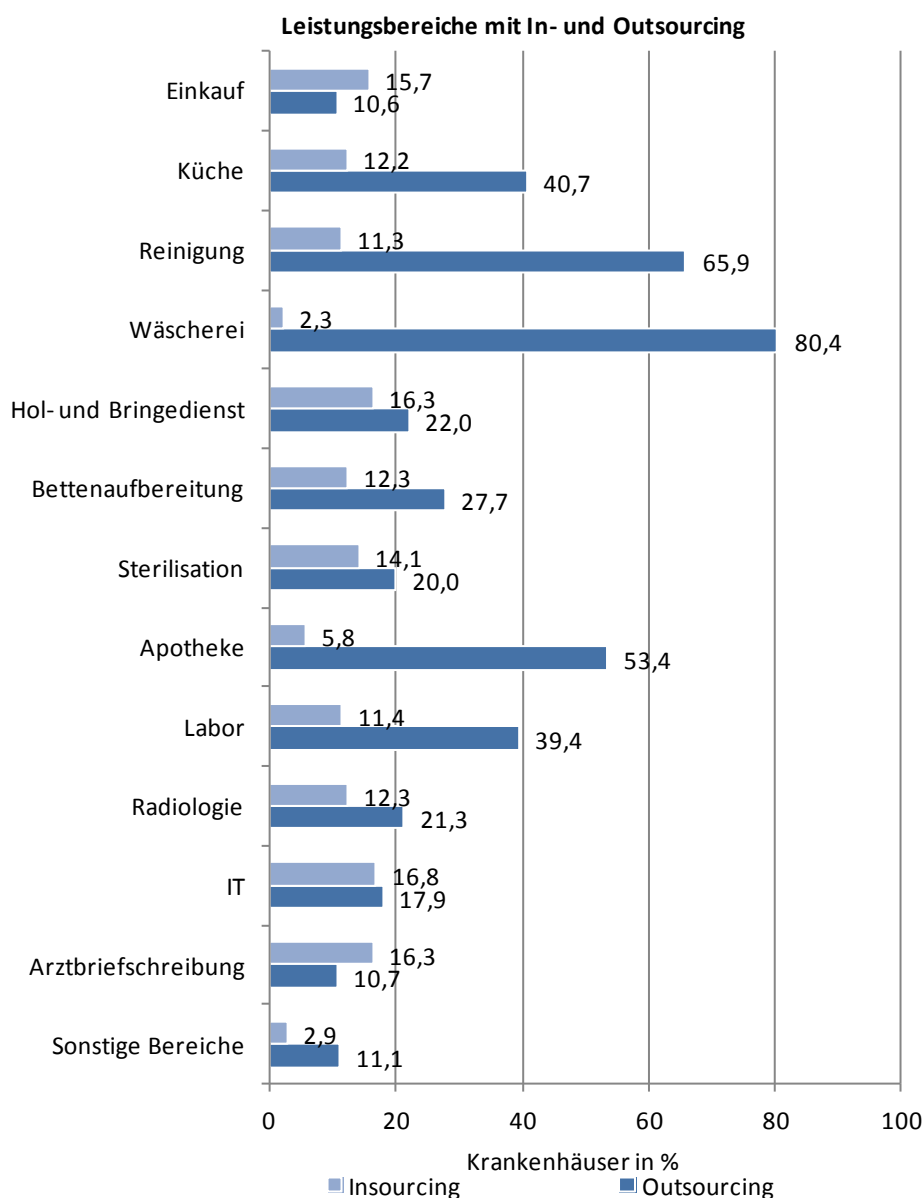
Aus dem medizinisch-technischen Behandlungsbereichen sind in 53% der Einrichtungen die Apotheke ausgelagert, bei 39% das Labor und in 21% der Einrichtungen die Radiologie.

Leistungen aus dem Bereich der Administration wie Einkauf, Arztbriefschreibung und IT sind hingegen vergleichsweise selten outgesourct.

Darüber hinaus gaben 44% der Befragten im Rahmen einer Freitextangabe an, weitere Aufgaben oder Bereiche ausgelagert zu haben. Dies betraf beispielsweise die Medizintechnik, das Lager, den technischen Dienst, Teile der Abrechnung (z. B. ambulante oder Wahlleistungen).

Mit Blick auf das Insourcing resultieren keine ähnlich großen Varianzen wie beim Outsourcing. Mit Ausnahme von Wäscherei und Apotheke, die nach erfolgtem Outsourcing vergleichsweise selten rückübertragen wurden, gaben jeweils zwischen 10% und 17% der Befragungsteilnehmer an, die erfassten Leistungsbereiche wieder ingesourct zu haben. Schwerpunkte bilden hier insbesondere die Hol- und Bringendienste, die IT, die Sterilisation sowie der Einkauf und die Arztbriefschreibung.

Die beiden letztgenannten Leistungen bilden die einzigen Bereiche, die häufiger in- als outgesourct worden sind. Dahingegen fällt die Diskrepanz von In- und Outsourcing bei der Küche, Reinigung, Wäscherei, Apotheke und Labor besonders groß aus. Ansonsten werden die Bereiche, die vergleichsweise selten ausgelagert werden, auch eher wieder ingesourct. So fällt beispielsweise die Diskrepanz zwischen In- und Outsourcing bei Sterilisation, der Radiologie und der IT relativ gering aus.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 28: Outsourcing und In-sourcing nach Leistungsbereichen

Die Verteilung von In- und Outsourcing nach Bettengrößenklassen kann im Einzelnen der Tabelle 5 entnommen werden. Dabei zeigt sich, dass in den größeren Krankenhäusern ab 600 vor allem die medizinisch-technischen Behandlungsbereiche, wie Apotheke, Labor und Radiologie, deutlich seltener fremdvergeben sind als in kleineren Einrichtungen. Mit Blick auf das In-sourcing haben Krankenhäuser bis 600 Betten vor allem die Radiologie, die IT

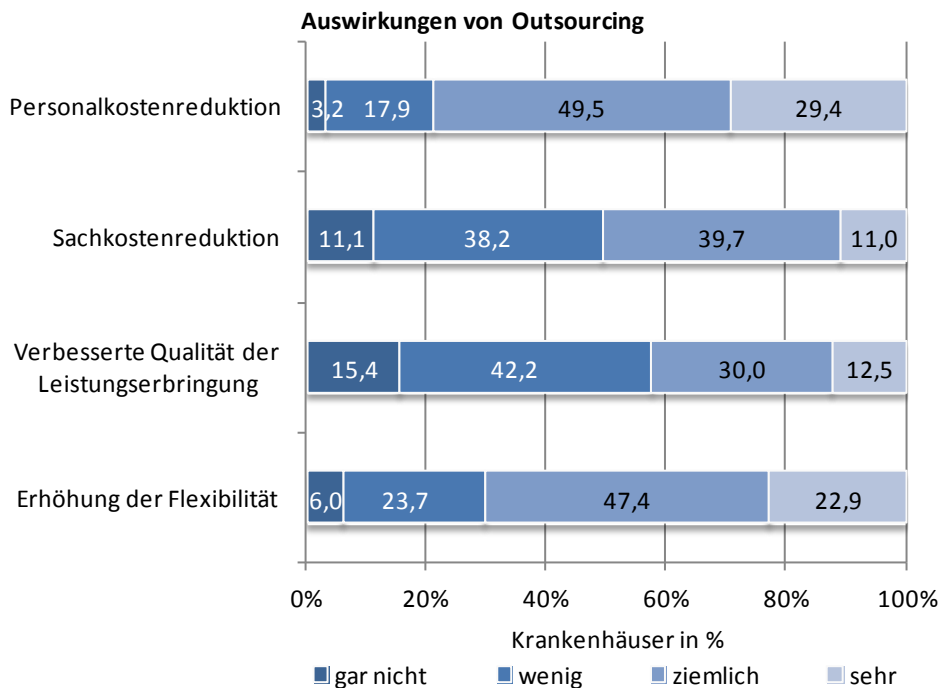
sowie den Hol- und Bringedienst häufiger insourct als die Großkrankenhäuser.

Tab. 5: Out- und Insourcing nach Leistungsbereichen und Bettengrößenklassen

Bereich	Outsourcing			Insourcing		
	KH mit 50-299 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten	KH mit 50-299 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten
Einkauf	9,3	16,0	4,6	15,9	15,3	14,8
Küche	39,5	43,5	40,0	13,0	11,2	10,2
Reinigung	61,5	76,2	65,0	13,4	8,7	6,4
Wäscherei	84,8	81,1	54,0	1,6	2,9	4,6
Hol- und Bringedienst	18,5	28,7	25,2	17,3	17,2	8,3
Bettenaufbereitung	22,5	37,2	32,5	13,2	10,4	12,0
Sterilisation	20,7	19,2	17,6	12,5	18,5	12,1
Apotheke	72,0	33,6	12,9	2,9	9,4	0,0
Labor	49,5	29,7	7,5	8,3	17,5	12,9
Radiologie	25,7	20,2	12,9	11,6	13,7	0,0
IT	21,3	14,1	8,4	17,2	18,5	10,2
Arztbriefschreibung	9,3	16,7	3,7	16,5	17,1	12,9

3.3 Auswirkungen von Outsourcing

Gemäß einer früheren Erhebung des *Krankenhaus Barometers* (DKI, 2000) bilden insbesondere Personal- und Sachkostenreduktionen, eine verbesserte Qualität der Leistungserbringung sowie eine erhöhte Flexibilität die Hauptgründe für das Outsourcing. Im aktuellen *Krankenhaus Barometers* sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit sich diese Erwartungen in ihrem Krankenhaus alles in allem erfüllt haben. Die entsprechenden Häufigkeiten können der Abbildung 29 entnommen werden.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 29: Auswirkungen von Outsourcing

Demnach hat das Outsourcing insbesondere zu einer Personalkostenreduktion beigetragen. 79% der Befragten führten an, dass Auslagerungsprozesse die Personalkosten sehr (29%) oder ziemlich (50%) reduziert haben.

Der zweitgrößte Vorteil von Outsourcing besteht in einer erhöhten Flexibilität der Leistungserbringung. 70% der Befragten zufolge hat sich durch das Outsourcing die Flexibilität der Leistungserbringung sehr (23%) oder ziemlich (47%) erhöht.

Dahingegen hat, den Befragungsteilnehmern zufolge, das Outsourcing seltener zu einer Sachkostenreduktion oder zu einer verbesserten Qualität der Leistungserbringung beigetragen. 51% (Sachkostenreduktion) bzw. 43% der Krankenhäuser (Qualitätsverbesserung) sahen ihre diesbezüglichen Erwartungen sehr oder ziemlich erfüllt.

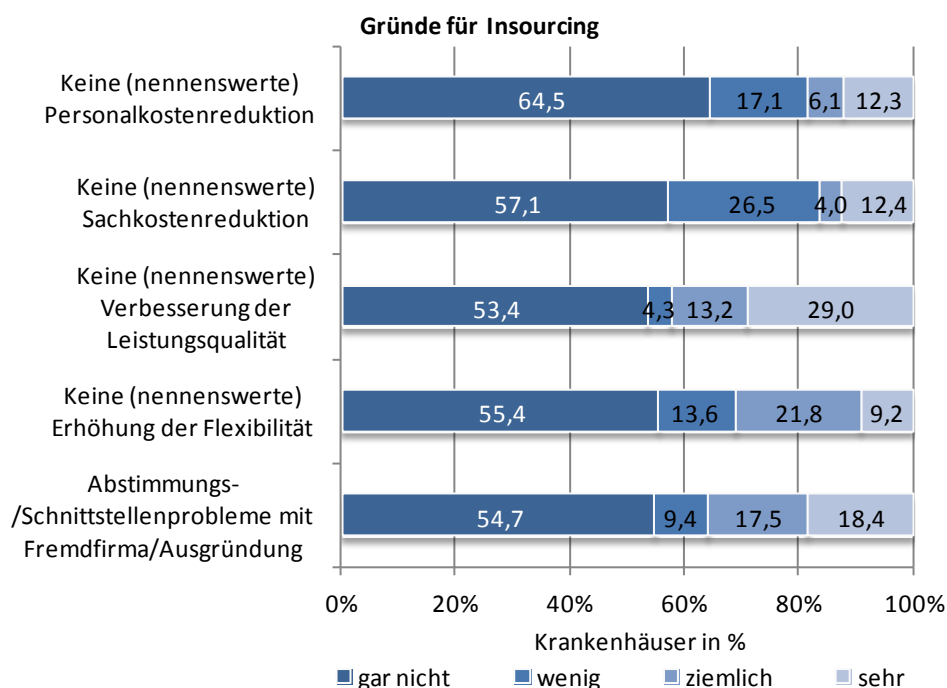
Vor allem eine Sachkostenreduktion infolge von Auslagerungen wird von den kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten signifikant häufiger angeführt als

in den oberen Bettengrößenklassen (Daten nicht aufgeführt). Ansonsten gab es mit Blick auf das Outsourcing keine nennenswerten Unterschiede nach Krankenhausgröße.

Im Rahmen einer Freitextfrage wurden als weitere Auswirkungen von Outsourcing u.a. noch die Platzersparnis oder die Gewinnung zusätzlicher Räumlichkeiten, die Ersparnis von Umsatzsteuer sowie die Reduzierung von Investitionskosten genannt.

3.4 Gründe für Insourcing

Analog zu den Auswirkungen von Outsourcing sollten sich die Krankenhäuser auch zu den Motiven für ein etwaiges Insourcing äußern. Konkret sollten sie angeben, aus welchen Gründen sie in ihrem Krankenhaus zuvor outgesourcte Bereiche ggf. wieder ingesourct haben. Wie aus den Häufigkeitsverteilungen in Abbildung 30 ersichtlich, gab es hier - im Unterschied zum Outsourcing - keine vorherrschenden Bestimmungsgründe.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 30: Gründe für Insourcing



Am ehesten haben sich die Qualitätserwartungen mit Blick auf erfolgte Auslagerungen nicht erfüllt. 42% der Befragten haben zuvor ausgelagerte Bereiche sehr oder ziemlich aus dem Grunde wieder ingesourct, weil durch das Outsourcing keine nennenswerte Verbesserung der Leistungsqualität eingetreten sei. Auch vermehrte Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme mit einer Fremdfirma oder Ausgründung sind teilweise ein Motiv für das In-sourcing.

Keine (nennenswerten) Personal- und Sachkostenreduktionen durch Outsourcing bildeten dagegen vergleichsweise selten den Grund, zuvor ausgelagerte Bereiche wieder in das Krankenhaus einzugliedern. Nur jeweils rund ein Sechstel der Befragungsteilnehmer stimmte hier sehr oder ziemlich zu

Im Rahmen einer Freitextangabe wurde darüber hinaus vor allem ein stärkeres Commitment der Mitarbeiter zum Unternehmen als ein Grund von In-sourcing genannt, etwa mit Blick auf die Wertschätzung aller Mitarbeiter, die Corporate Identity, die Personalgewinnung und die Arbeitnehmermotivation. Daneben können aber auch rechtliche bzw. tarifvertragliche Bestimmungen sowie politische Gründe ausschlaggebend sein, zuvor ausgelagerte Bereiche wieder einzugliedern.

Entsprechend ihrem unterproportionalen Anteil beim Outsourcing (vgl. Kap. 3.1) sehen größere Krankenhäuser ab 600 Betten Auslagerungsprozesse merklich kritischer als kleinere Einrichtungen. Dies betrifft insbesondere Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme mit einer Fremdfirma oder Ausgründung, mangelnde Personalkostenreduktionen und Probleme hinsichtlich der Flexibilität der Leistungserbringung (Daten nicht aufgeführt).



4 Arbeitszeit

Zum 1.1.2004 trat in Deutschland das novellierte Arbeitszeitgesetz (ArbZG) in Kraft. Auf Grund einer Sonderregelung wurde es allerdings für die Krankenhäuser erst zum 1.1.2006 wirksam. In Umsetzung von Grundsatzurteilen des Europäischen Gerichtshofs bestand eine wesentliche Änderung der Novellierung darin, dass Bereitschaftsdienstzeiten voll umfänglich als Arbeitszeit zu gelten hat. Das bis dahin geltende deutsche Arbeitszeitgesetz a.F. genügte den Anforderungen der EU-Arbeitszeitrichtlinie nicht, insofern es Zeiten der Nichtinanspruchnahme während des Bereitschaftsdienstes nicht der Arbeitszeit zurechnete.

Das novellierte Arbeitszeitgesetz hatte erhebliche finanzielle und organisatorische Auswirkungen auf die Krankenhäuser (vgl. im Einzelnen Blum et al. 2004, Deutsches Krankenhausinstitut, 2004, 2005, 2007, Walger & Molitor, 2003). Vor diesem Hintergrund wird im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* untersucht, wie sich die Arbeitszeitorganisation in den deutschen Krankenhäusern seither, d.h. rund 10 Jahre nach Inkrafttreten des novellierten Arbeitszeitgesetzes, entwickelt hat.

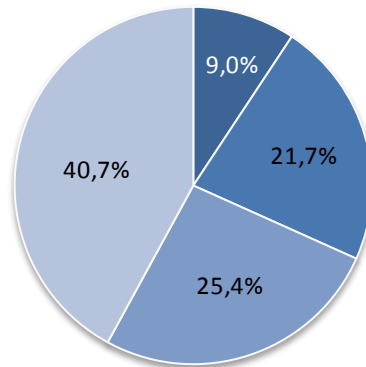
4.1 Verlängerung der wöchentlichen Höchstarbeitszeiten (Opt-out)

Nach § 7 des Arbeitszeitgesetzes sind Abweichungen von der wöchentlichen Höchstarbeitszeit gemäß Arbeitszeitgesetz (48 Std.) möglich, wenn sie in einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrages in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zugelassen wurden und der Arbeitnehmer schriftlich eingewilligt hat (Opt-out-Regelung, vgl. im Einzelnen Schlottfeldt & Herrmann, 2008). Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit diese Grundlagen für den Ärztlichen Dienst ihres Krankenhauses als eine der primär betroffenen Berufsgruppen vorliegen (Abb. 31).

Zumindest die tarifvertraglichen Voraussetzungen für die Opt-out-Regelung liegen in den deutschen Krankenhäusern weitgehend vor. Lediglich bei 9% der Einrichtungen war die tarifliche Grundlage dafür noch nicht gegeben.

Dabei handelt es sich größtenteils um kleinere Krankenhäuser unter 100 Betten (mutmaßlich ohne Tarifbindung bzw. mit Haustarifvertrag).

Umsetzung Opt-out-Regelung



- Tarifliche Grundlage für Betriebs-/Dienstvereinbarung (noch) nicht gegeben
- Tarifliche Grundlage gegeben, aber (noch) keine Betriebs-/Dienstvereinbarung abgeschlossen
- Tarifliche Grundlage gegeben, Betriebs-/Dienstvereinb. nicht erforderlich
- Betriebs-/Dienstvereinbarung abgeschlossen

© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 31: Umsetzungstand der Opt-out-Regelung

Darüber hinaus haben 22% der Einrichtungen, trotz vorhandener tariflicher Grundlage, noch keine Betriebs- oder Dienstvereinbarung hinsichtlich der Opt-out-Regelung abgeschlossen.

Bei insgesamt rund zwei Dritteln der deutschen Krankenhäuser wird die Opt-out-Regelung umgesetzt, weil die tariflichen Grundlagen dafür ausreichen (25%) oder die erforderlichen Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen vorliegen (41%). Die Übrigen machten keine Angaben.

Seit 2007, als der Umsetzungsstand der Opt-out-Regelung im ärztlichen Dienst letztmalig im *Krankenhaus Barometer* erfragt wurde (Blum et al. 2007), ist der Anteil der Krankenhäuser mit Opt-Out weitestgehend stabil ge-



blieben. Auch seinerzeit gaben rund zwei Drittel der befragten Einrichtungen an, von der Opt-out-Regelung Gebrauch zu machen.

Allerdings variiert die Umsetzung der Opt-out-Regelung in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Während rund 80% der Einrichtungen ab 300 Betten die Opt-out-Regelung im Ärztlichen Dienst anwenden, sind es bei den kleineren Einrichtungen unter 300 Betten weniger als 60% der Krankenhäuser.

4.2 Ärzte mit Opt-out

Die Krankenhäuser mit Opt-out-Regelung wurden zudem nach dem Umsetzungsstand im Ärztlichen Dienst befragt. Bezogen auf die Gesamtzahl der Beschäftigten im ärztlichen Dienst (Köpfe) macht derzeit knapp die Hälfte (47%) der Ärzte in den jeweiligen Krankenhäusern vom Opt-out Gebrauch. Verglichen mit dem Jahr 2007 (49%) ist der entsprechende Anteilswert im Zeitablauf nahezu konstant geblieben (Deutsches Krankenhausinstitut, 2007).

Allerdings ist eine Verlängerung der wöchentlichen Höchst Arbeitszeit ohne Ausgleich nur zulässig, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Bereitschaftsdienst fällt. Nach Erfahrungswerten leisten üblicher Weise rund zwei Drittel der Krankenhausärzte Bereitschaftsdienst (Deutsches Krankenhausinstitut, 2007). Bezieht man dementsprechend die Ärzte mit Opt-out auf die Ärzte mit Bereitschaftsdienst je Krankenhaus, fällt der entsprechende Anteilswert merklich höher aus. Demnach hätten im Bundesdurchschnitt pro Krankenhaus rund zwei Drittel der Ärzte mit Bereitschaftsdienst in die Opt-out-Regelung schriftlich eingewilligt.

Sofern innerbetrieblich die rechtlichen Voraussetzungen für die Opt-out-Regelung vorliegen, wird diese mithin auch extensiv genutzt. Dabei gab es wiederum deutliche Unterschiede nach Krankenhausgröße. Während in den Krankenhäusern ab 300 Betten 39% der Ärzte vom Opt-out Gebrauch machten, waren es in den größeren Einrichtungen 51% (Abb. 32).

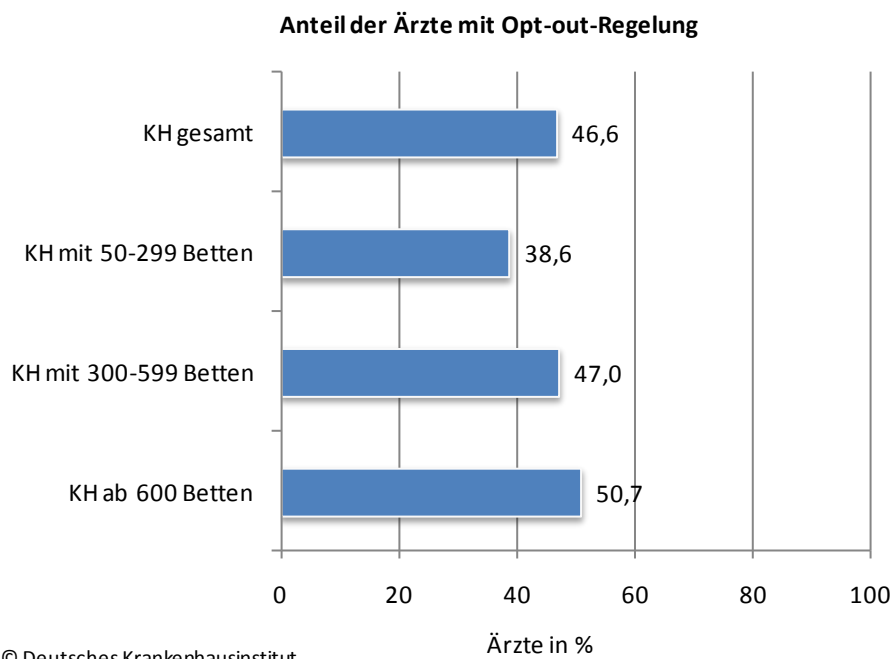


Abb. 32: Anteil der Ärzte mit Opt-out-Regelung – Krankenhäuser mit Opt-out

Die zulässige Höchstarbeitszeit im Opt-out richtet sich nach dem für das jeweilige Krankenhaus gültigen Tarifvertrag. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragten angeben, wie viele Ärzte mit Opt-out-Regelung die zulässige wöchentliche Höchstarbeitszeit gemäß dem für das jeweilige Haus gültigen Tarifvertrag ableisten. Demnach erreichten 64% der Ärzte mit Opt-out-Regelung die jeweilige Höchstarbeitszeit. Der entsprechende Anteilswert fällt in kleineren Einrichtungen unter 300 Betten mit 74% deutlich höher aus als in den Einrichtungen der oberen Bettengrößenklassen mit jeweils rund 60% (Abb. 33).

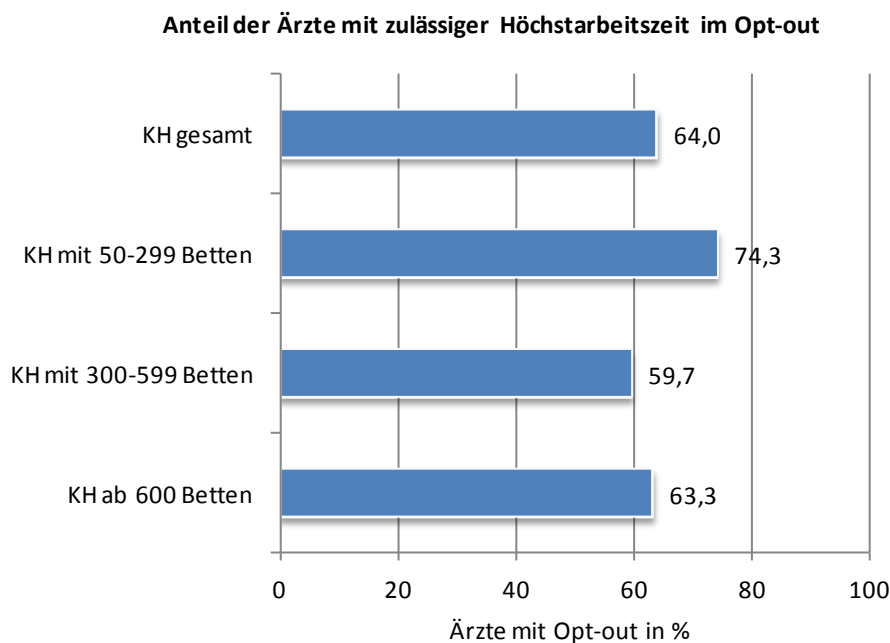


Abb. 33: Anteil der Ärzte mit zulässiger Höchstarbeitszeit im Opt-out

4.3 Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit

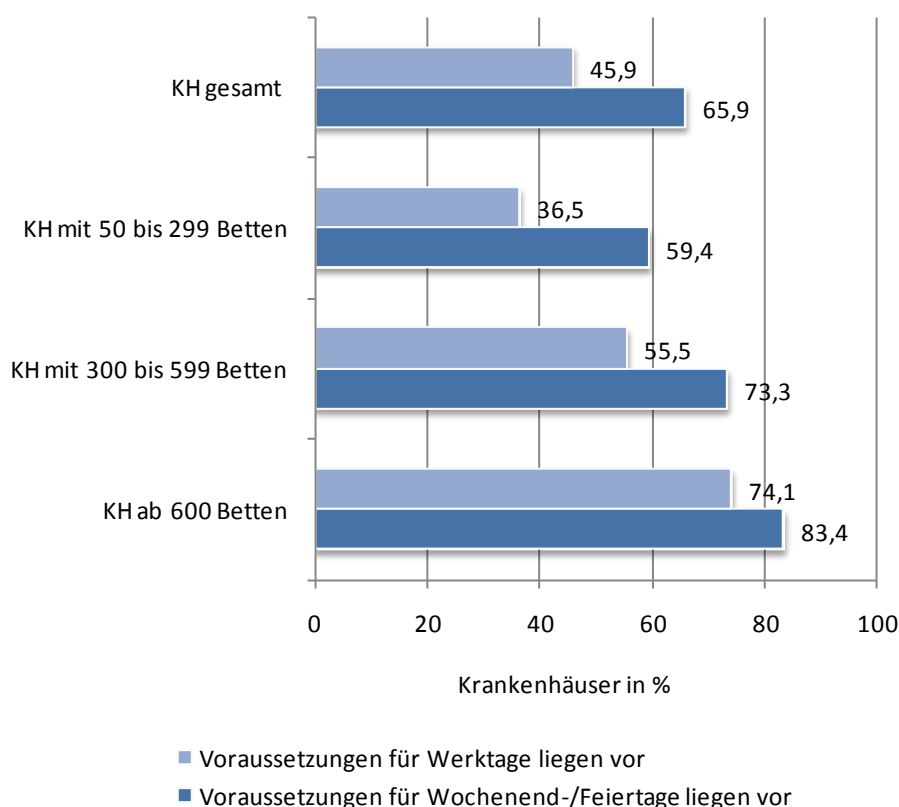
Nach § 7 des Arbeitszeitgesetzes sind Abweichungen von der täglichen Höchstarbeitszeit gemäß Arbeitszeitgesetz möglich, wenn sie in einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrages in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zugelassen wurden (vgl. im Einzelnen Schlottfeldt & Herrmann, 2008). Im *Krankenhaus Barometer* sollten die Befragungsteilnehmer angeben, ob für ihr Krankenhaus die tariflichen und die ggf. erforderlichen betrieblichen Voraussetzungen für eine Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit im ärztlichen Dienst auf bis zu 24 Stunden vorliegen.

Demnach liegen in 46% der Krankenhäuser die Voraussetzungen für eine Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit an Werktagen auf bis zu 24 Stunden vor. Im Vergleich zu 2007 (45%) hat sich dieser Wert faktisch nicht verändert (Deutsches Krankenhausinstitut, 2007).

Bedingt durch entsprechende Sonderregelungen fällt der Anteilswert für die Wochenend- und Feiertage mit 66% merklich höher aus. Auch hier hat es im Vergleich zu 2007 (69%) nur geringfügige Veränderungen gegeben.

In knapp einem Viertel der Krankenhäuser (24%) gibt es derzeit weder an Werktagen noch am Wochenende Voraussetzungen für eine Verlängerung der Höchstarbeitszeit im Ärztlichen Dienst auf bis zu 24 Stunden.

Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit auf 24 h



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 34: Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit im Ärztlichen Dienst

Wie aus Abbildung 34 ersichtlich, lagen die tariflichen bzw. betrieblichen Grundlagen für eine Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit auf bis zu 24 Stunden in kleineren Krankenhäusern eindeutig seltener vor. Demgegenüber weist die große Mehrzahl der Krankenhäuser ab 600 Betten die ent-



sprechenden Voraussetzungen für den Ärztlichen Dienst auf. Ein ähnliches Gefälle war schon 2007 zu beobachten (Deutsches Krankenhausinstitut, 2007). Seither haben sich die Unterschiede nach Bettengrößenklassen diesbezüglich noch vergrößert.

4.4 Ärzte mit 24-Stunden-Diensten

Die Krankenhäuser mit vorliegenden Voraussetzungen für 24-Stunden-Dienste an Werktagen sollten die Anzahl der Ärzte benennen, die solche Dienste tatsächlich ableisten. Eine entsprechende Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit ist nur zulässig, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Bereitschaftsdienst fällt.

Demnach erbringen bundesweit 34% der Krankenhausärzte in den genannten Häusern 24-Stunden-Dienste an Werktagen. Verglichen mit 2007 (41%) entspricht dies einem Rückgang von 7%.³

Nach Bettengrößenklassen differenziert liegt der entsprechende Anteilswert in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten leicht unter dem Bundesdurchschnitt, in den übrigen Bettengrößenklassen etwas über dem Bundesdurchschnitt (Abb. 35)

Infolge des novellierten Arbeitszeitgesetzes hat der Anteil der Krankenhausärzte, welche noch 24-Stunden-Dienste leisten, somit insgesamt abgenommen.

³ Neuberechnung auf Basis der Barometer-Daten von 2007. Im *Krankenhaus Barometer 2007* waren die Angaben zu den Ärzten mit 24-Stunden-Diensten auf die Krankenhausärzte mit Bereitschaftsdienst referenziert (Deutsches Krankenhausinstitut 2007). Bezogen auf Krankenhausärzte mit Bereitschaftsdienst ist der Anteil der Ärzte mit 24-Stunden-Diensten an Werktagen – taxiert – von 57% auf 51% zurückgegangen.

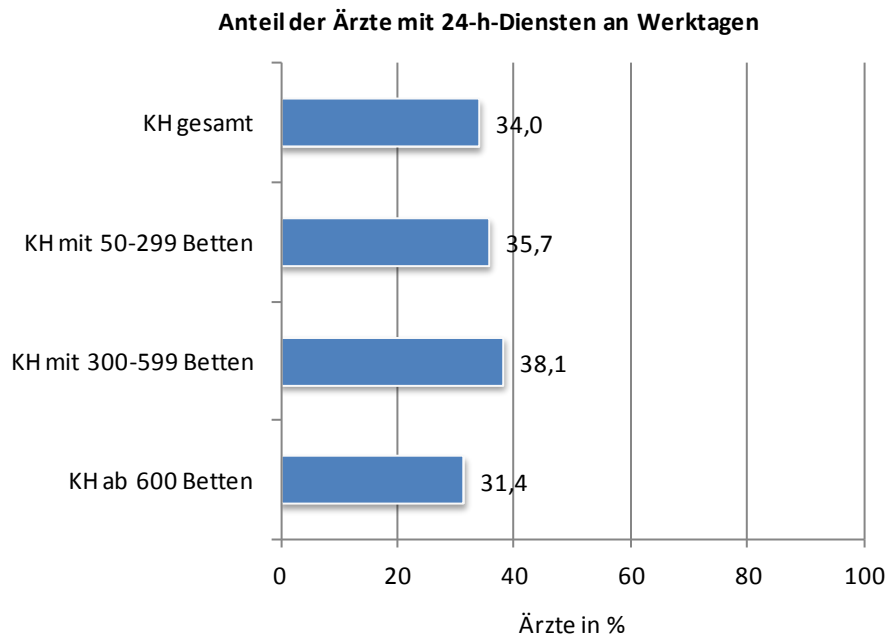


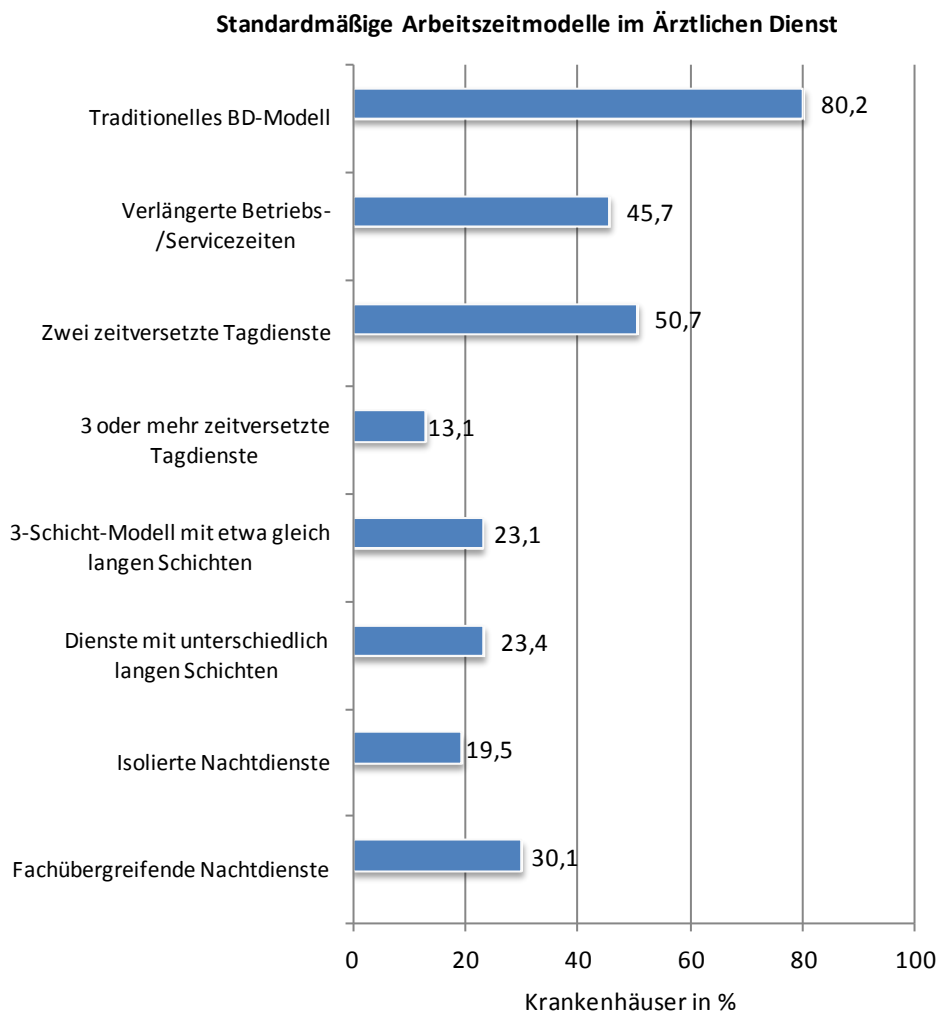
Abb. 35: Ärzte mit 24-h-Diensten an Werktagen – Krankenhäuser mit Voraussetzungen

4.5 Modelle der Arbeitszeitorganisation

Vor der Novellierung des Arbeitszeitgesetzes war das sog. traditionelle Bereitschaftsdienstmodell das am häufigsten angewandte Arbeitszeitmodell im Krankenhaus (in Berufsgruppen mit Bereitschaftsdienst). Dieses Modell sieht zwei Dienste vor: einen Tag-, Normal- oder Regeldienst von ca. 8 Stunden und im Anschluss daran einen Bereitschaftsdienst von bis zu 16 Stunden (Blum et al., 2004, Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, 2003). Die Anerkennung von Ruhezeiten im Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit durch das novellierte Arbeitszeitgesetz, aber auch eine bessere Auslastung der vorhandenen Kapazitäten durch verlängerte Vollarbeitszeiten infolge des ökonomischen Drucks durch das DRG-System machen dieses traditionelle Bereitschaftsdienstmodell ggf. weniger attraktiv.

Vor diesem Hintergrund wurde im *Krankenhaus Barometer 2013* der Verbreitungsgrad alternativer Arbeitszeitmodelle erhoben. Konkret sollten die Befragten angeben, welche Ansätze bzw. Modelle der Arbeitszeitorganisation

standardmäßig in ihrem Krankenhaus zum Einsatz kommen.⁴ Abbildung 36 zeigt zunächst die Ergebnisse für den Ärztlichen Dienst (Mehrfachnennungen waren möglich).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 36: Arbeitszeitmodelle im Ärztlichen Dienst

⁴ Auf eine exakte Quantifizierung der Anwendung von Arbeitszeitmodellen etwa nach Fachbereichen oder Berufsgruppen wurde aus erhebungspraktischen Gründen verzichtet, so dass die nachfolgenden Ergebnisse nur Tendenzen widerspiegeln.



Demnach ist im Ärztlichen Dienst das traditionelle Bereitschaftsdienstmodell nach wie vor das vorherrschende Arbeitszeitmodell. Vier von fünf Krankenhäusern gaben an, dass es bei Ihnen standardmäßig zum Einsatz kommt.

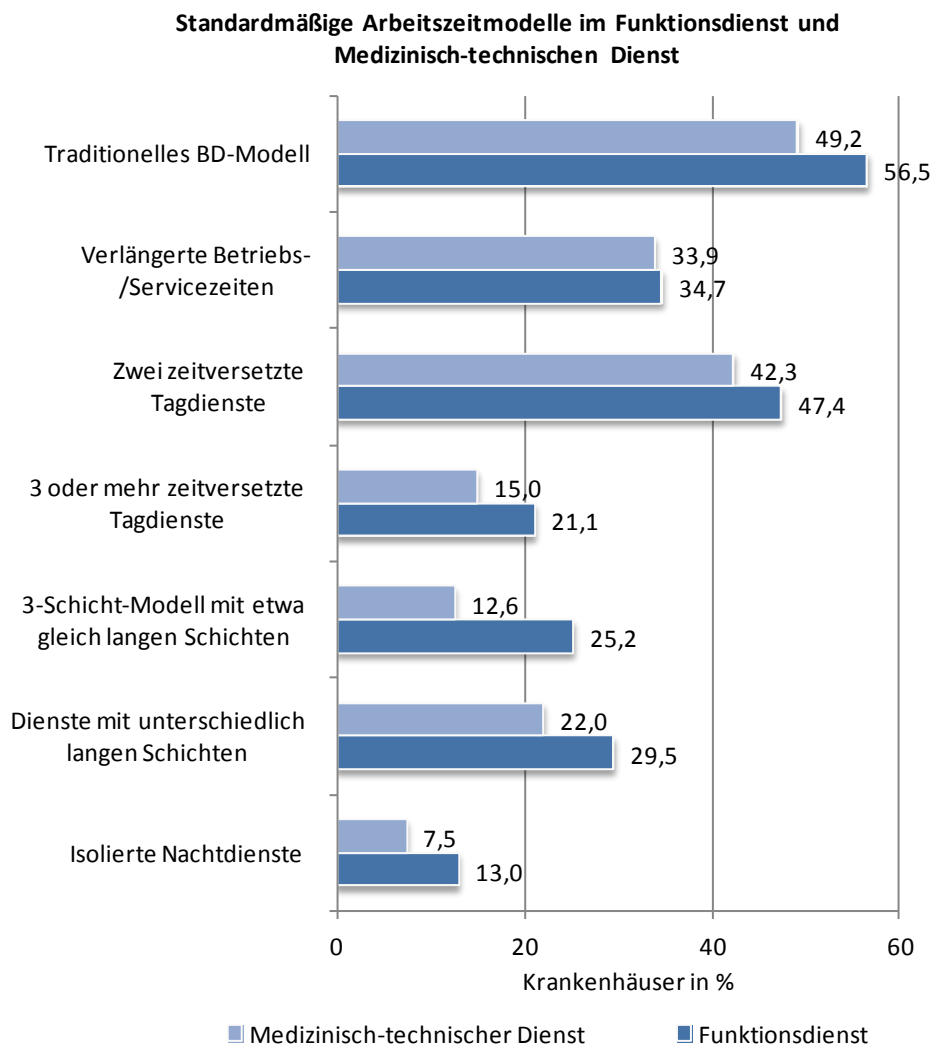
Ergänzend oder substitutiv dazu hat sich in den Krankenhäusern eine Reihe anderer Arbeitszeitmodelle etabliert. So sind etwa in jedem zweiten Krankenhaus verlängerte Service- oder Betriebszeiten mittlerweile Standard. Im Unterschied zum traditionellen Bereitschaftsdienstmodell bedeutet dies Vollarbeit in den späten Nachmittagsstunden bzw. in den Arbeitsstunden. Verlängerte Servicezeiten werden dabei insbesondere über zwei zeitversetzte Tagdienste erreicht (51% der Krankenhäuser), seltener über drei oder mehr zeitversetzte Tagdienste (13%).

Darüber hinaus halten weitere Arbeitszeitmodelle zunehmend Einzug im Ärztlichen Dienst, wie beispielsweise das Drei-Schicht-Modell (mit etwa gleichlangen Schichten im Früh-, Spät- und Nachdienst) oder Dienste mit unterschiedlich langen Schichten, beispielsweise unterschiedliche Dauer von Früh- und Spätdienst (bei dem der Spätdienst ggf. mit einem Bereitschaftsdienst kombiniert werden kann).

Auch die Organisation des Nachtdienstes ist im Ärztlichen Dienst heterogener geworden. So gab jedes fünfte Krankenhaus an, isolierte Nachdienste durchzuführen (ohne Regeldienst vor und nach dem Nachtdienst). Fachübergreifende Nachtdienste, d.h. ein Arzt versorgt (mindestens) zwei Fachabteilungen, gibt es bereits in 30% der Einrichtungen. Ausdrücklich sei in diesem Zusammenhang betont, dass diese Nacht- oder Bereitschaftsdienstvarianten ein Modell neben anderen sind, sie also in den jeweiligen Krankenhäusern nicht flächendeckend angewendet werden.

Die Arbeitszeitorganisation für den Funktionsdienst und den Medizintechnischen Dienst kann im Einzelnen der Abbildung 37 entnommen werden. Ähnlich wie im Ärztlichen Dienst ist das traditionelle Bereitschaftsdienstmodell auch in diesen Dienstarten das vorherrschende Arbeitszeitmodell. Allerdings ist es hier weniger verbreitet als unter den Ärzten. In etwa jedem zweiten Krankenhaus kommt es jeweils standardmäßig zum Einsatz.

Verlängerte Betriebs- und Servicezeiten sind in jedem dritten Krankenhaus Standard im Funktionsdienst und im Medizinisch-technischen Dienst. Gleichwohl gibt es in knapp der Hälfte dieser Einrichtungen standardmäßig zwei zeitversetzte Dienste in diesen Dienstarten. Andere Arbeitszeitmodelle, wie das Drei-Schicht-Modell und drei oder mehr zeitversetzte Tagdienste, sind im Funktionsdienst stärker verbreitet als im Medizinisch-technischen Dienst.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 37: Arbeitszeitmodelle im Funktionsdienst und Medizinisch-technischen Dienst



Insgesamt lässt sich festhalten, dass auch rund 10 Jahre nach der Novellierung des Arbeitszeitgesetzes das traditionelle Bereitschaftsdienstmodell auf der einen Seite das vorherrschende Arbeitszeitmodell in deutschen Krankenhäusern darstellt. Dies gilt insbesondere für den Ärztlichen Dienst, weniger für andere Dienstarten. Auf der anderen Seite gibt es mittlerweile eine Reihe alternativer Arbeitszeitmodelle mit größerem Verbreitungsgrad. Vor allem im Ärztlichen Dienst ist infolge verlängerter Betriebs- oder Servicezeiten die Arbeitszeitorganisation merklich komplexer geworden als vor Inkrafttreten der Novellierung.

4.6 Bereitschaftsdienst nach Berufsgruppen

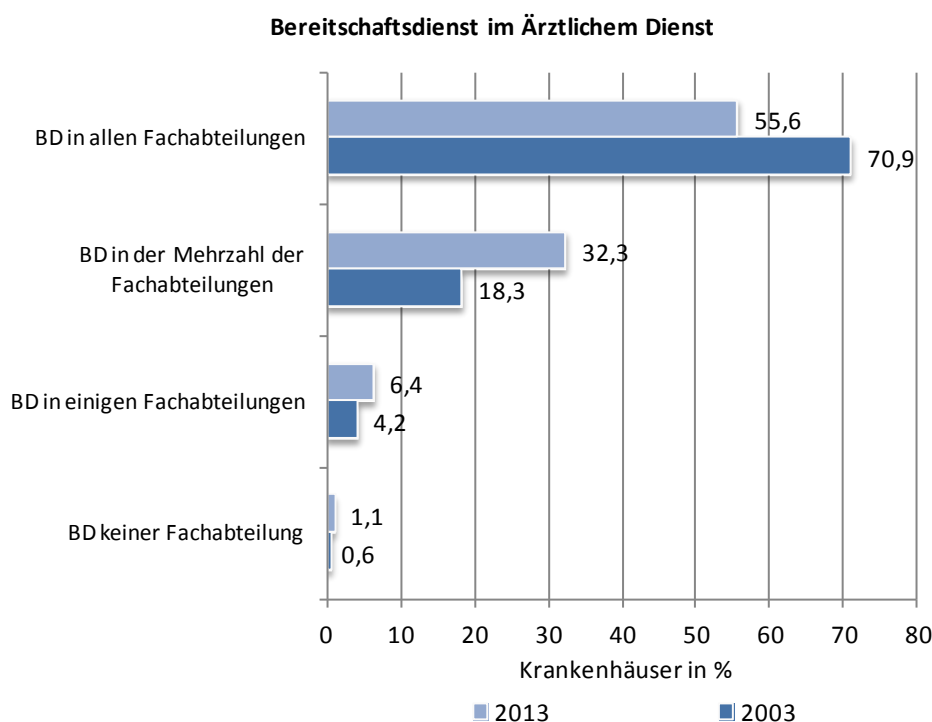
Im Kontext des novellierten Arbeitszeitgesetzes stellt sich die Frage, inwieweit die verschiedenen Dienstarten und Berufsgruppen im Krankenhaus noch Bereitschaftsdienst leisten (ohne Rufdienste). Für diese Fragestellung stehen Vergleichsdaten aus dem Jahr 2003 zur Verfügung (Deutsches Krankenhausinstitut, 2003), sodass entsprechende Zeitvergleiche vor und nach Inkrafttreten des novellierten Arbeitszeitgesetzes möglich sind.⁵

Abbildung 38 zeigt zunächst die Ergebnisse für den Ärztlichen Dienst. Demnach leistet in mehr als der Hälfte der Krankenhäuser (56%) der Ärztliche Dienst in allen Fachabteilungen Bereitschaftsdienst. Gegenüber 2003 mit 71% entspricht dies einem merklichen Rückgang von rund 15%.

Umgekehrt ist der Anteil der Krankenhäuser, in denen die Ärzte nicht in allen sondern in der Mehrzahl der Fachabteilungen Bereitschaftsdienst leisten, deutlich von 18% (2003) auf 32% (2013) gestiegen. Der Anteil der Krankenhäuser, in denen der Ärztliche Dienst nur in einigen Fachabteilungen oder in

⁵ Im Erhebungsbogen 2013 ist dabei noch zwischen Bereitschaftsdienst an Werktagen und Bereitschaftsdienst an Wochenenden unterschieden worden. Da hier die Ergebnisse berufsgruppenübergreifend im Wesentlichen identisch waren, sind im Folgenden nur die Ergebnisse für die Bereitschaftsdienste an Werktagen wiedergegeben. Beim Zeitvergleich zwischen 2003 und 2013 ist zudem zu berücksichtigen, dass in der Umfrage 2003 nicht nach Bereitschaftsdiensten an Werktagen und Wochenenden differenziert wurde. Die Vergleichbarkeit dürfte dadurch aber kaum beeinträchtigt werden, da – wie erwähnt – kaum Unterschiede zwischen Bereitschaftsdiensten an Werktagen und Wochenenden resultierten.

keiner Fachabteilung Bereitschaftsdienst leistet, ist im Zeitablauf relativ konstant geblieben. Dies betrifft in erster Linie kleinere Krankenhäuser unter 100 Betten.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 38: Bereitschaftsdienst im Ärztlichen Dienst

Die Erbringung von Bereitschaftsdiensten in den nicht-ärztlichen Berufsgruppen bzw. den nicht-bettenführenden Bereichen kann im Einzelnen der Abbildung 39 entnommen werden. Nach wie vor werden Bereitschaftsdienste am häufigsten im OP erbracht. In jeweils knapp zwei Dritteln der Krankenhäuser leistet das nicht-ärztliche Personal im Operationsdienst bzw. in der Anästhesie Bereitschaftsdienste. Im Vergleich zum Jahr 2003 ist allerdings die Tendenz leicht rückläufig. Beispielsweise ging der Anteil der Krankenhäuser, in denen OP-Pfleger oder OTA standardmäßig Bereitschaftsdienste leisten, von 75% (2003) auf 65% (2013) zurück.

Eine weitere Berufsgruppe mit überproportional häufigem Bereitschaftsdienst sind die Medizinisch-technischen Assistenten (MTA). So leisten in 55% der

Krankenhäuser Radiologieassistenten und in 42% der Häuser Laboratoriumsassistenten regelmäßig Bereitschaftsdienste. Verglichen mit dem Jahr 2003 sind die Anteilswerte aber deutlich rückläufig. Beispielsweise hat sich der Anteil der Häuser mit Bereitschaftsdienst für Laboratoriumsassistenten seit 2003 um etwa ein Drittel reduziert. Neben Veränderungen in der Arbeitszeitorganisation dürfte dies aber auch das verstärkte Outsourcing von Labor und anderen Funktionsbereichen widerspiegeln (vgl. Kap. 3).

Hebammen sowie das Pflegepersonal in der Ambulanz, der Endoskopie und der Funktionsdiagnostik leisten nach wie vor vergleichsweise selten Bereitschaftsdienst. Bei Pflegepersonal in der Ambulanz ist dies beispielsweise nur in jedem viertem Krankenhaus der Fall, bei den anderen genannten Berufsgruppen noch seltener. Mit Ausnahme des Pflegepersonals in der Funktionsdiagnostik ist auch bei diesen Berufsgruppen die Erbringung von Bereitschaftsdiensten rückläufig.



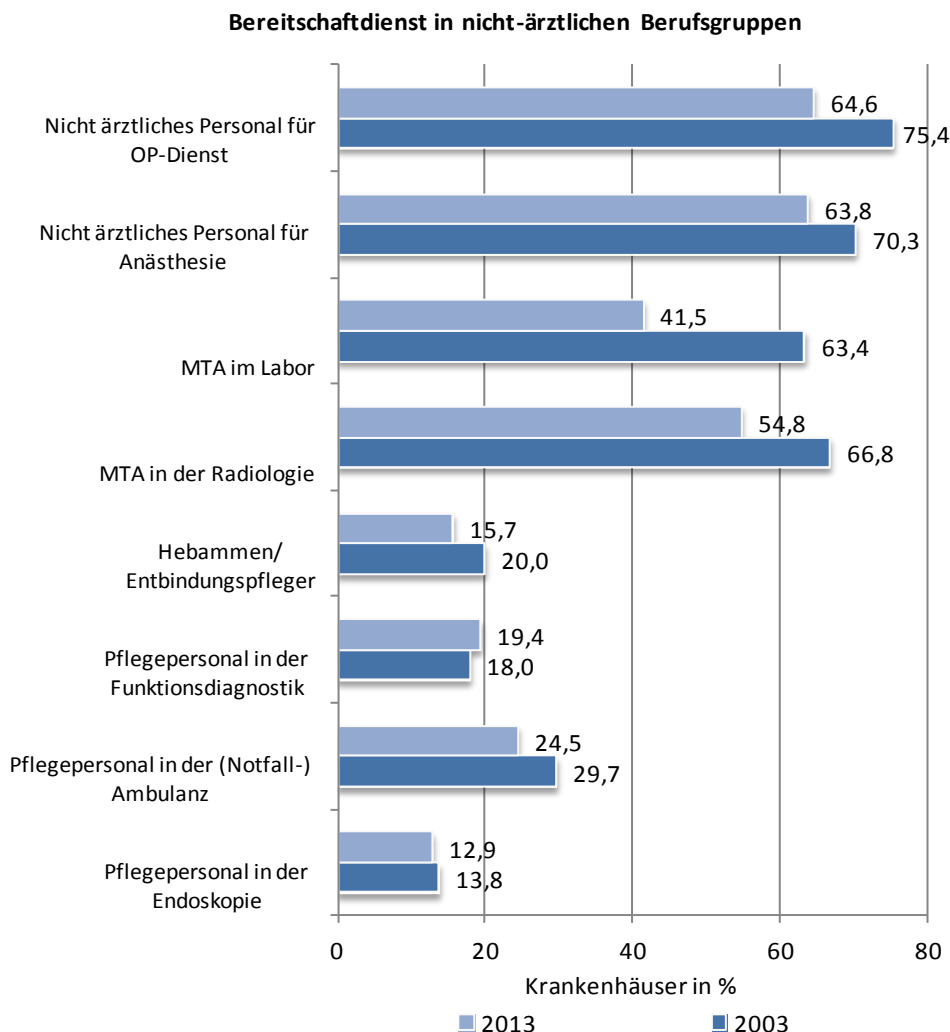
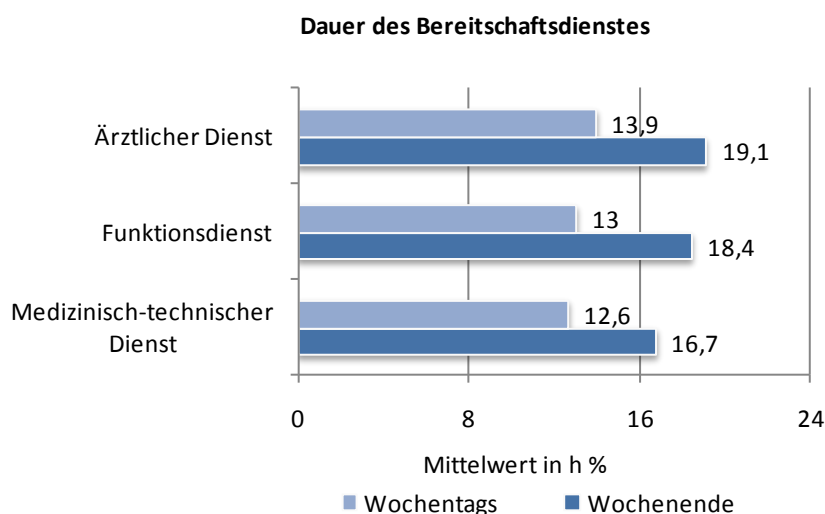


Abb. 39: Bereitschaftsdienst in nicht-ärztlichen Berufsgruppen

Insgesamt lässt sich festhalten, dass im Ärztlichen Dienst auch nach Inkrafttreten des novellierten Arbeitszeitgesetzes nach wie vor faktisch flächendeckend in allen Krankenhäusern Bereitschaftsdienst geleistet wird. Gleichwohl ist bezogen auf die Fachabteilungsebene der Durchdringungsgrad mit Bereitschaftsdiensten eher rückläufig. In den nicht-ärztlichen Berufsgruppen wird bei gleichfalls rückläufiger Tendenz Bereitschaftsdienst vor allem in OP/Anästhesie und von MTA erbracht.

4.7 Durchschnittliche Dauer des Bereitschaftsdienstes

Für die drei Dienstarten des Ärztlichen Dienstes, des Funktionsdienstes und des Medizinisch-technischen Dienstes sollten die Befragungsteilnehmer die durchschnittliche Dauer des Bereitschaftsdienstes je Mitarbeiter und Tag angeben. Dabei wurde unterschieden zwischen den Bereitschaftsdiensten in der Woche (Montag-Freitag) und den Bereitschaftsdiensten am Wochenende (Abb. 40).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 40: Dauer des Bereitschaftsdienstes

Demnach liegt die durchschnittliche Dauer des Bereitschaftsdienstes im Ärztlichen Dienst wochentags bei 13,9 Stunden je Tag und Mitarbeiter. Im Funktionsdienst (13 Stunden) und im Medizinisch-technischen Dienst (12,6 Stunden) fällt die durchschnittliche Dauer des werktäglichen Bereitschaftsdienstes etwas niedriger aus. Am Wochenende beträgt die durchschnittliche Bereitschaftsdienstdauer im Ärztlichen Dienst 19,1 Stunden, im Funktionsdienst 18,4 Stunden und im Medizinisch-technischen Dienst 16,7 Stunden.

Die Entwicklung der Arbeitszeit- bzw. Bereitschaftsdienstorganisation im Zeitvergleich zeigt Tabelle 6. Dort ist die Verteilung der Bereitschaftsdienstdauer für die Jahre 2003 und 2013 gegenübergestellt (vgl. Deutsches Kran-



kenhausinstitut, 2003). Die Ergebnisse lassen sich im Wesentlichen wie folgt zusammenfassen:

In allen drei Dienstarten ist die durchschnittliche Dauer des werktäglichen Bereitschaftsdienstes leicht rückläufig. So nahm beispielsweise die Bereitschaftsdienstdauer im ärztlichen Dienst von 14,5 Stunden in 2003 auf 13,9 Stunden im Jahr 2013 ab. Verglichen damit geht die Bereitschaftsdienstdauer an den Wochenenden etwas stärker zurück. Über alle drei Dienstarten lag der durchschnittliche Rückgang hier bei rund 3 Stunden je Wochenendtag.

Allerdings hat die Streuung der Bereitschaftsdienstzeiten merklich zugenommen, wie die größeren Standardabweichungen und breiteren Quartilsabstände belegen. Beispielsweise hat sich der Quartilsabstand für den werktäglichen Bereitschaftsdienst im Ärztlichen Dienst von einer Stunde auf drei Stunden erhöht. Der untere Quartilswert liegt hier mittlerweile bei 12 Stunden (2003: 14 Stunden). Tatsächlich beträgt sogar mittlerweile in rund einem Drittel der Krankenhäuser die werktägliche Bereitschaftsdienstdauer 12 Stunden oder weniger; gegenüber 2003 (mit 14% der Krankenhäuser) ist dies mehr als eine Verdoppelung. Vergleichbare Entwicklungen lassen sich im Funktionsdienst und Medizinisch-technischen Dienst beobachten.

Noch deutlicher fallen die Veränderungen für den Bereitschaftsdienst am Wochenende aus. Während 2003 noch in drei Vierteln der Krankenhäuser eine durchschnittliche Bereitschaftsdienstdauer von 24 Stunden Standard im Ärztlichen Dienst war, ist dies mittlerweile nur noch in knapp der Hälfte der Einrichtungen der Fall. Für den Funktionsdienst und Medizinisch-technischen Dienst gelten ähnliche Entwicklungen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich infolge des novellierten Arbeitszeitgesetzes die Bereitschaftsdienstzeiten im Durchschnitt zwar nur moderat verändert haben. Dies ist insbesondere dem Umstand geschuldet, dass das traditionelle Bereitschaftsdienstmodell nach wie vor das vorherrschende Arbeitszeitmodell in Diensten mit Bereitschaftsdienst ist. Gleichwohl ist die Verteilung der Bereitschaftsdienstzeiten insgesamt deutlich heterogener als vor Inkrafttreten der Gesetzesnovellierung. Dies ist in erster Linie darauf zurück-

zuführen, dass eine relevante Anzahl von Krankenhäusern alternative Arbeitszeitmodelle eingeführt und infolgedessen die Bereitschaftsdienstdauer verkürzt hat (vgl. Kap. 4.5).

Tab. 6: Bereitschaftsdienstzeiten nach Diensten 2013 - 2003

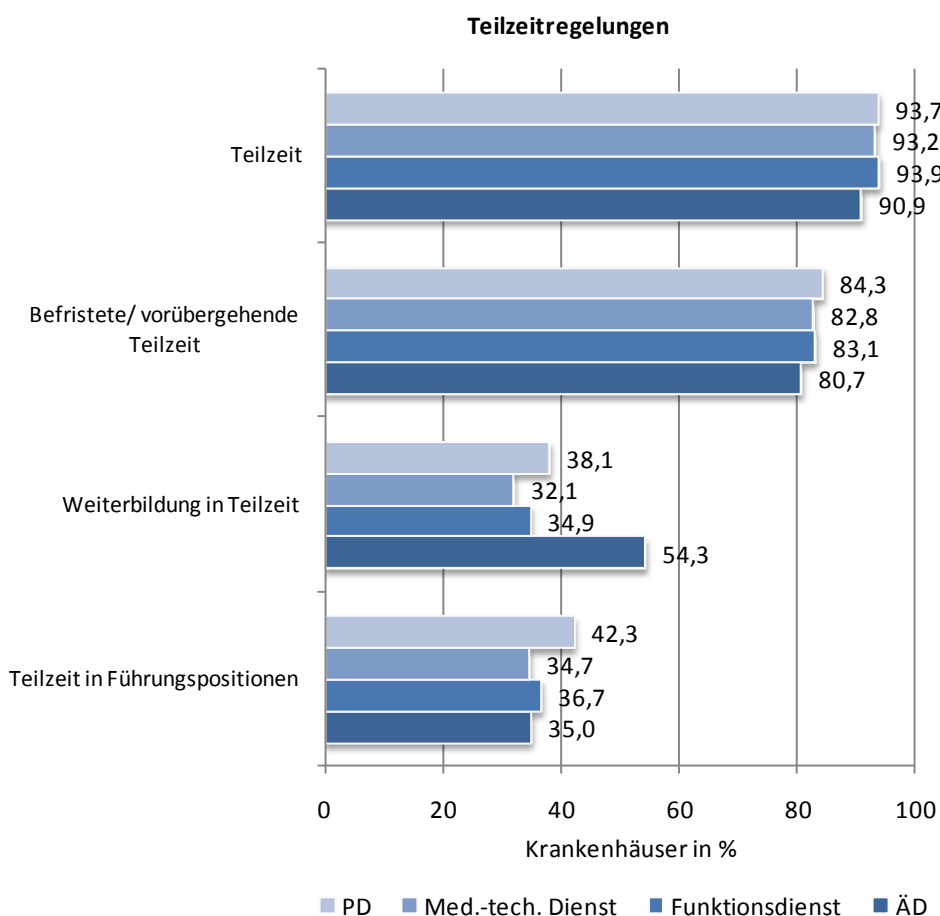
Bereitschaftsdienstzeiten	Wochentags		Wochenende	
	2013	2003	2013	2003
Ärztlicher Dienst				
Mittelwert	13,9	14,5	19,1	22,3
Standardabweichung	3,7	2,5	5,7	4,3
Unterer Quartilswert	12,0	14,0	12,9	24,0
Median	15,0	15,5	23,0	24,0
Oberer Quartilswert	15,5	15,5	24,0	24,0
Funktionsdienst				
Mittelwert	13,0	13,7	18,4	21,9
Standardabweichung	4,1	2,6	6,3	4,4
Unterer Quartilswert	11,2	12,0	12,0	22,0
Median	14,0	15,0	22,0	24,0
Oberer Quartilswert	15,5	15,5	24,0	24,0
Medizinisch-technischer Dienst				
Mittelwert	12,6	12,7	16,7	19,9
Standardabweichung	3,8	3,1	6,5	5,8
Unterer Quartilswert	10,0	11,4	12,0	16,0
Median	12,5	13,0	16,0	24,0
Oberer Quartilswert	15,5	15,5	24,0	24,0



4.8 Arbeitszeitflexibilisierung

Arbeitszeitflexibilisierung ist ein zentrales Instrument einer modernen Arbeitszeitorganisation. Flexible Arbeitszeiten erlauben es, die Präsenz im Betrieb gleichermaßen den individuellen Präferenzen der Mitarbeiter wie den Anforderungen des Unternehmens anzupassen. Zwar sind in einem Dienstleistungsunternehmen mit 24-Stunden-Patientenbetreuung einer Flexibilisierung von Arbeitszeiten Grenzen gesetzt. Bei entsprechender Planung und Organisation ist eine weitreichende Flexibilisierung von Arbeitszeiten gleichwohl auch im Krankenhaus möglich. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer im *Krankenhaus Barometer* angeben, welche Möglichkeiten der Arbeitszeitflexibilisierung sie *standardmäßig* für verschiedene Dienste anbieten.

Vor allem Teilzeitangebote kommen nahezu flächendeckend zum Einsatz (Abb. 41). Berufsgruppenübergreifend bieten 90% der Häuser Teilzeitarbeitsplätze standardmäßig an. Darüber hinaus besteht bei rund 80% der Einrichtungen die Möglichkeit zu einer befristeten oder vorübergehenden Teilzeit. Diese Möglichkeit erleichtert den Verbleib oder Wiedereinstieg in den Beruf bei bestimmten Konstellationen etwa im Privatbereich (z.B. Kindererziehung, Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger, Studium etc.).



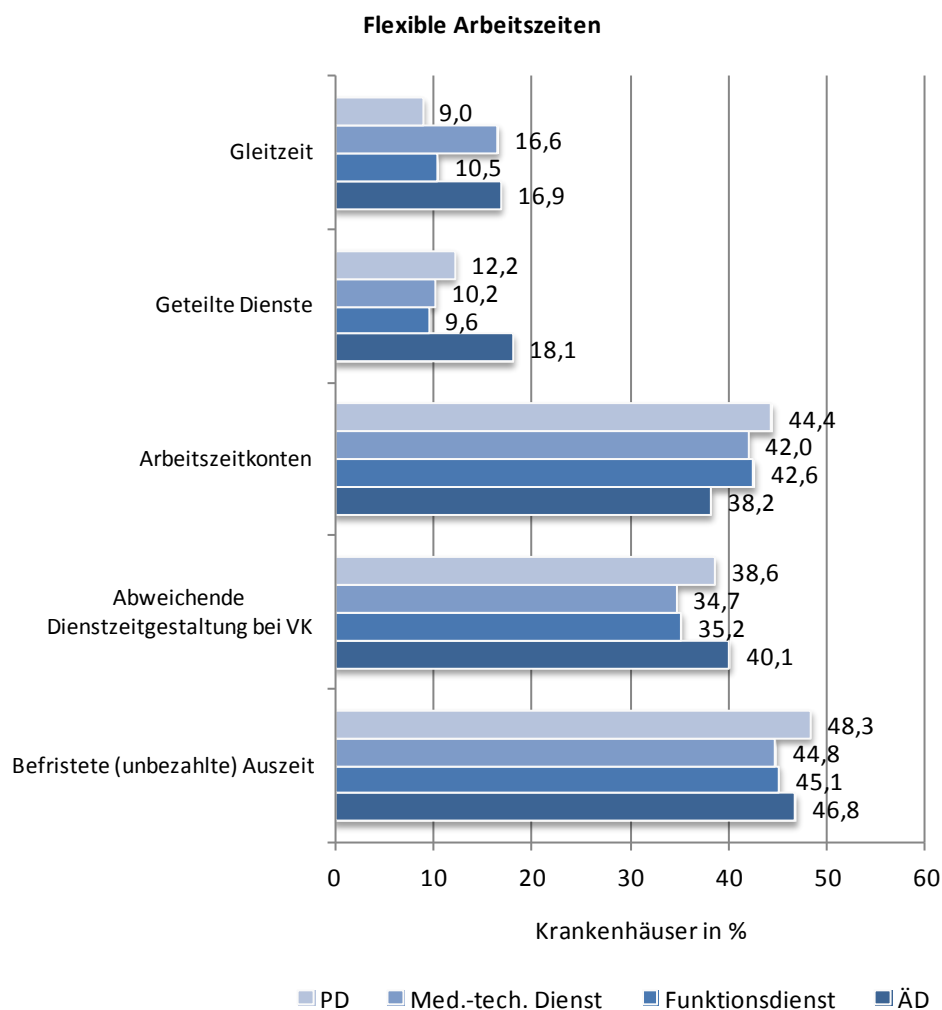
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 41: Teilzeitregelungen in den Krankenhäusern

Derzeit besteht in jedem zweiten Krankenhaus standardmäßig die Möglichkeit zur Weiterbildung in Teilzeit. Diese Option ist nicht nur, aber vor allem für die jüngeren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von besonderer Wichtigkeit, um Familie und Beruf besser vereinbaren zu können. Die Möglichkeit von Teilzeitarbeit in Führungspositionen bietet berufsgruppenübergreifend jedes dritte Krankenhaus standardmäßig an.

Arbeitszeitflexibilisierungen (Abb. 42) in Form von Gleitzeitmodellen sind im Krankenhaus vergleichsweise selten anzutreffen. Dabei können die Mitarbeiter innerhalb bestimmter Zeitspannen (Rahmenzeit) über Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit selbst entscheiden. Eine Mindestbesetzung bzw. ei-

ne Kernarbeitszeit mit Präsenz sollten definiert sein. Die übrige Arbeitszeit richtet sich nach dem jeweiligen Arbeitsanfall bzw. dem Bedarf. Allerdings sind die Möglichkeiten zur Einführung von Gleitzeitmodellen in patientennahen Bereichen wegen der Erfordernis einer verlässlichen Dienstplangestaltung eng begrenzt. Bislang praktiziert daher weniger als ein Fünftel der Krankenhäuser Gleitzeitmodelle in den verschiedenen Diensten.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 42: Arbeitszeitflexibilisierungen in den Krankenhäusern

Wegen der besseren Planbarkeit und des geringeren Koordinationsaufwandes wird zur Flexibilisierung der individuellen Tagesarbeitszeit stattdessen

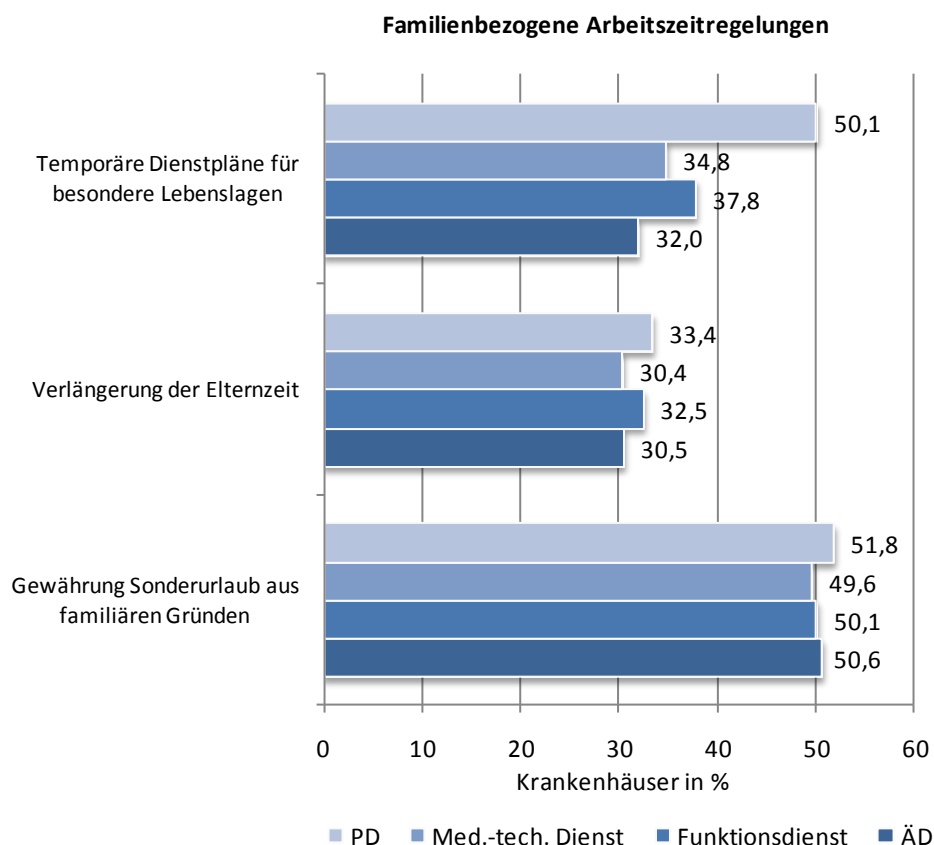


eine vom normalen Regel-/Schichtdienst abweichende Dienstzeitgestaltung bei Vollkräften präferiert, z.B. in Form eines späteren Dienstbeginns. Gut ein Drittel der Einrichtungen ermöglicht standardmäßig eine solche abweichende Dienstzeitgestaltung bei den verschiedenen Berufsgruppen.

Arbeitszeitkonten ermöglichen die Bildung von in der Regel größeren Zeitguthaben bzw. Zeitschulden, die zu einem anderen Zeitpunkt ausgeglichen werden. Berufsgruppenübergreifend sehen jeweils rund 40% der Krankenhäuser solche Arbeitszeitkonten standardmäßig vor.

In etwa jedem zweiten Krankenhaus besteht berufsgruppenübergreifend die Möglichkeit zu einer befristeten (unbezahlten) Auszeit (Sabbatical o.ä.). Wenig verbreitet sind dagegen geteilte Dienste, bei denen die tägliche Arbeitszeit durch in der Regel längere Pausen (von bis zu mehrere Stunden) unterbrochen ist.

Weitere Formen der Arbeitszeitflexibilisierung befassen sich insbesondere mit den besonderen Anforderungen und Wünschen von Mitarbeitern mit Kindern (Abb. 43). Demnach gewährt jedes zweite Krankenhaus Sonderurlaub aus familiären Gründen (über die gesetzliche Krankengeldregelung bei Kindereserkrankung gemäß § 45 SGBV hinaus). In jedem drittem Krankenhaus ist es möglich, die Elternzeit über den gesetzlichen Anspruch von drei Jahren hinaus zu verlängern (betriebliche Elternzeit). Vor allem im Pflegedienst gibt es zudem temporäre Dienstpläne für besondere Lebenslagen (z.B. dauerhafte Früh-/Spätschichten für Mitarbeiter mit Kindern). Dies ist in der Hälfte der Krankenhäuser der Fall, während bei den anderen Berufsgruppen nur ein Drittel der Einrichtungen temporäre Dienstpläne vorsieht.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 43: Familienbezogene Arbeitszeitregelungen

Ein Vergleich mit früheren Erhebungen des *Krankenhaus Barometers* (Deutsches Krankenhausinstitut, 2005, 2008) zeigt, dass vor allem im Zuge der Einführung des DRG-Systems und der Novellierung des Arbeitszeitgesetzes die Arbeitszeitflexibilisierung in den deutschen Krankenhäusern merklich zugenommen hat. Die Ergebnisse des aktuellen *Krankenhaus Barometers* belegen indes, dass es seither eher moderate Änderungen bei der Flexibilisierung der Arbeitszeit gegeben hat.

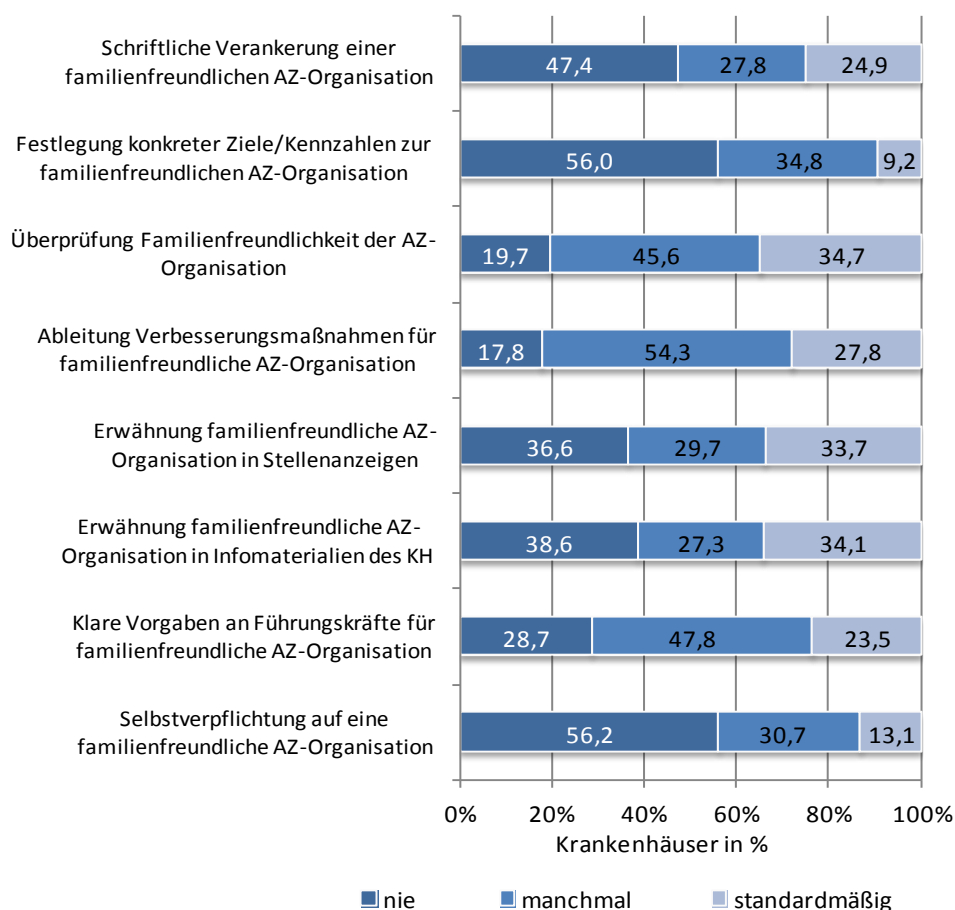
4.9 Familienfreundliche Arbeitszeitorganisation

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird für viele Beschäftigte im Krankenhaus zusehends wichtiger. Familienorientierung im Krankenhaus begünstigt

tigt daher die Gewinnung und Bindung von Mitarbeitern (Bühren & Schöller, 2010, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013). Die Arbeitszeitorganisation bildet dabei einen wichtigen Baustein einer familienorientierten Unternehmenskultur. Familienfreundliche Arbeitszeiten zeigen sich nicht zuletzt in einem hohen Maß an Arbeitszeitflexibilisierung. Wie die Ergebnisse für das vorhergehende Kapitel belegen, liegt hier ein vergleichsweise hoher Umsetzungsgrad vor.

Darüber hinaus sollten die Befragungsteilnehmer weitere spezifische Aspekte einer familienfreundlichen Arbeitszeitorganisation benennen, die in ihrem Krankenhaus standardmäßig zum Einsatz kommen. Die entsprechenden Häufigkeiten können im Einzelnen der Abbildung 44 entnommen werden.

Familienfreundliche Arbeitszeitorganisation



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 44: Familienfreundliche Arbeitszeitorganisation

Demnach hat gut die Hälfte der Krankenhäuser eine familienfreundliche Arbeitszeitorganisation schriftlich in ihrer Unternehmensstrategie verankert. Ein annähernd gleicher Anteil an Einrichtungen hat konkrete Ziele oder Kennzahlen zur familienfreundlichen Arbeitszeitorganisation festgelegt oder sich in Betriebs- oder Dienstvereinbarungen darauf verpflichtet.

Im Vergleich zu den strategisch-planerischen Aspekten einer familienfreundlichen Arbeitszeitorganisation fallen die Ergebnisse hinsichtlich der Umsetzung besser aus: Dies zeigt sich etwa mit Blick auf die Überprüfung einer familienfreundlichen Arbeitszeitorganisation, der Ableitung einschlägiger Verbesserungsmaßnahmen oder Vorgaben an Führungskräfte für eine familienfreundliche Arbeitszeitorganisation.

In der Außendarstellung der Krankenhäuser spielen Aspekte einer familienfreundlichen Arbeitszeitorganisation dagegen eine geringere Rolle. So erwähnt etwa jedes dritte Krankenhaus standardmäßig eine familienfreundliche Arbeitszeitorganisation in Stellenanzeigen oder in Informationsmaterialien des Krankenhauses (z.B. Homepage, Broschüren etc.).



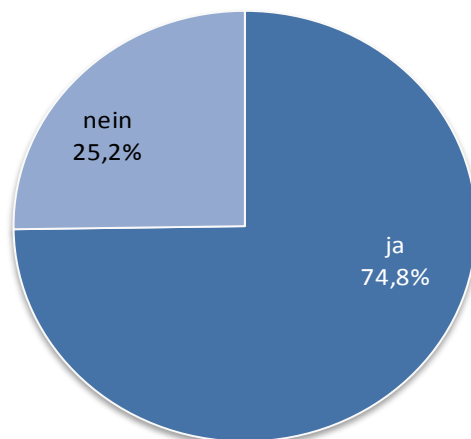
5 Berater im Krankenhaus

Krankenhäuser setzen seit einigen Jahren verstärkt Beratungsunternehmen ein, um sich bei Veränderungsmaßnahmen unterstützen zu lassen. Die Unternehmensberater werden aus den unterschiedlichsten Gründen, z.B. fehlende Ressourcen im Krankenhaus, beauftragt. Sie übernehmen verschiedene Aufgaben, wie z.B. die Unterstützung bei Prozessveränderungen. Bisher ist wenig über den Einsatz von Unternehmensberatungen sowie deren Leistungsspektrum aus Sicht der Krankenhäuser bekannt. Die Krankenhäuser wurden daher im *Krankenhaus Barometer 2013* erstmals ausführlich dazu befragt.

5.1 Inanspruchnahme

Der Einsatz von Unternehmensberatungen ist in den Krankenhäusern weit verbreitet. Drei Viertel der befragten Krankenhäuser haben in den letzten fünf Jahren die Leistungen einer Unternehmensberatung in Anspruch genommen (Abb. 45).

Haben Sie für Ihr Krankenhaus in den letzten 5 Jahren Leistungen einer Unternehmensberatung in Anspruch genommen?



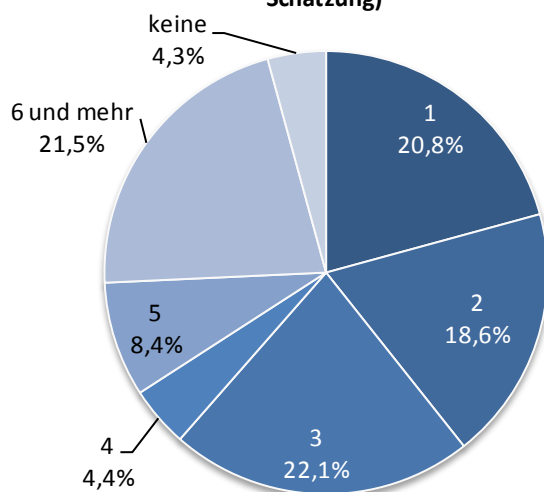
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 45: Inanspruchnahme von Leistungen einer Unternehmensberatung in den letzten fünf Jahren

Die weiteren Fragen wurden nur an die 75% der Krankenhäuser adressiert, die in den letzten fünf Jahren die Leistungen einer Unternehmensberatung in Anspruch genommen haben.

Diese Krankenhäuser wurden gefragt, wie viele verschiedene Unternehmensberatungen das eigene Krankenhaus im Jahr 2012 beauftragt hat. Diese Anzahl variierte zwischen den Häusern erheblich. Der Großteil der Häuser hatte zwischen einer und drei Beratungsfirmen hinzugezogen. Gut ein Fünftel der befragten Kliniken hat die Beratungsleistungen im Jahr 2012 auf jeweils sechs oder mehr Unternehmensberatungen verteilt (Abb. 46).

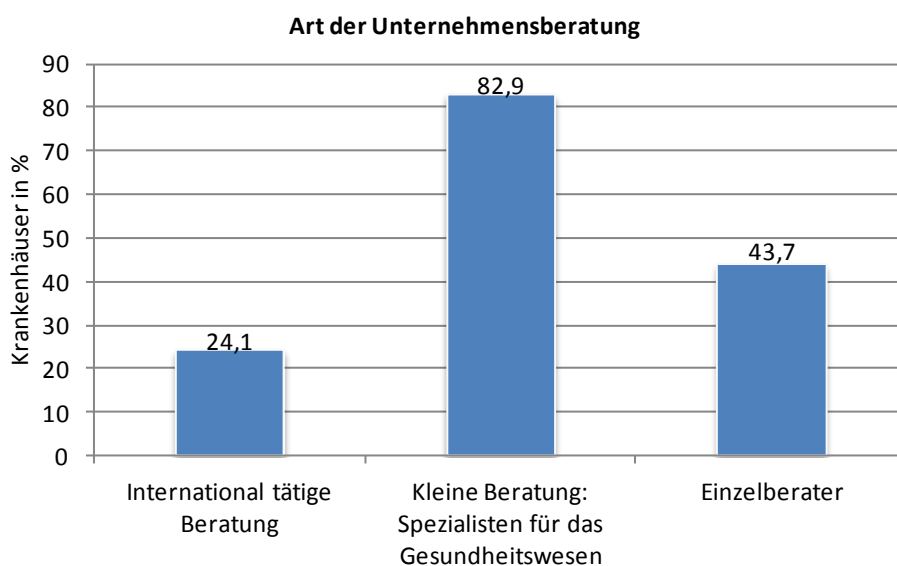
Wie viele verschiedene Unternehmensberatungen hat ihr Krankenhaus im Jahr 2012 beauftragt? (ggf. realitätsnahe Schätzung)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 46: Anzahl beauftragter Unternehmensberatungen im Krankenhaus in 2012

Die Krankenhäuser haben in erster Linie kleine Beratungsfirmen engagiert, die sich auf das Gesundheitswesen spezialisiert haben. Gut 80% der Häuser haben eine entsprechende Unternehmensberatung beschäftigt. Weniger als die Hälfte der Krankenhäuser hat Einzelberater mit den Beratungsleistungen betraut, knapp ein Viertel hat international tätige Berater beauftragt (Abb. 47).



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 47: Art der vom Krankenhaus beauftragten Unternehmensberatung

5.2 Kosten

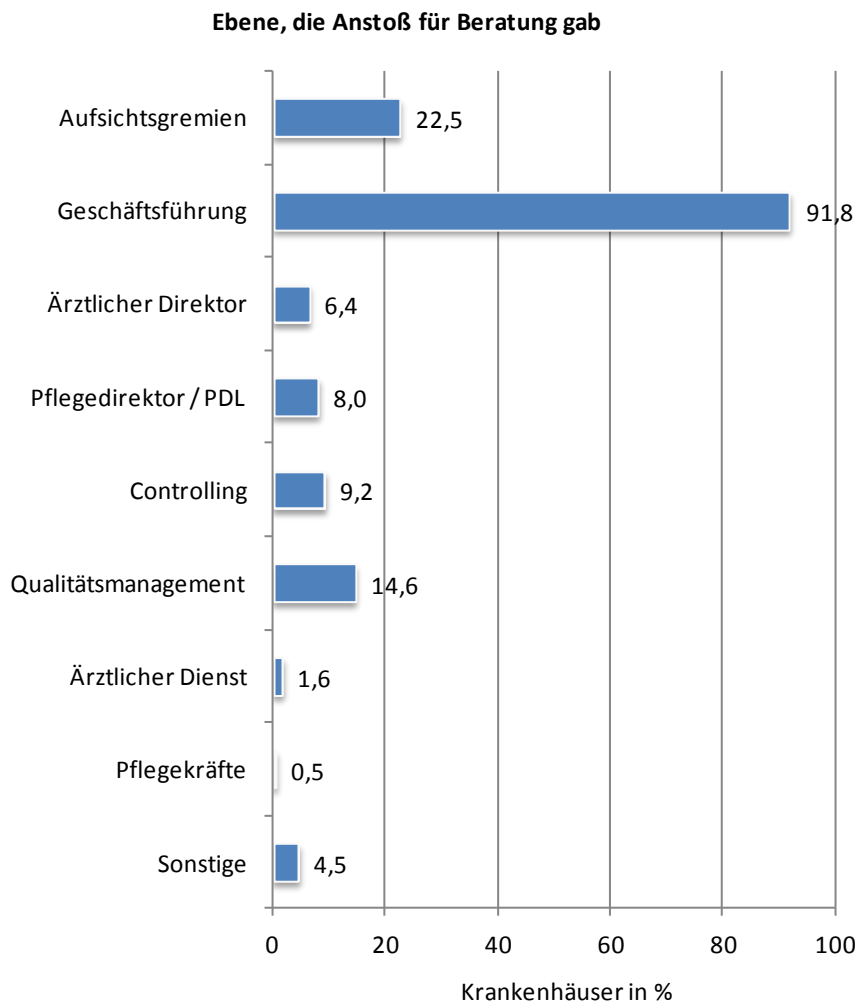
Des Weiteren sollten die Krankenhäuser angeben, wie hoch die Kosten in ihrem Krankenhaus für Unternehmensberatungen im Jahr 2012 waren. Die Kosten, die die Krankenhäuser für Beratungsleistungen im Jahr 2012 getragen haben, variierten erwartungsgemäß erheblich. Dies gilt sowohl insgesamt als auch für die Häuser verschiedener Bettengrößenklassen sowie innerhalb einer Bettengrößenklasse.

Im Mittel haben die Häuser, die Ausgaben in diesem Bereich hatten, knapp 252.000 Euro für Leistungen von Unternehmensberatungen aufgewandt, der Median lag bei 85.000 Euro. Die genannten Daten beziehen sich ausschließlich auf die befragten Krankenhäuser.

5.3 Motivation und Beauftragung

Den Anstoß für die Beauftragung der Unternehmensberatung gab erwartungsgemäß in der Regel die Geschäftsführung der jeweiligen Häuser. In knapp 92% der Häuser war dies der Fall. Alle weiteren erfragten Ebenen

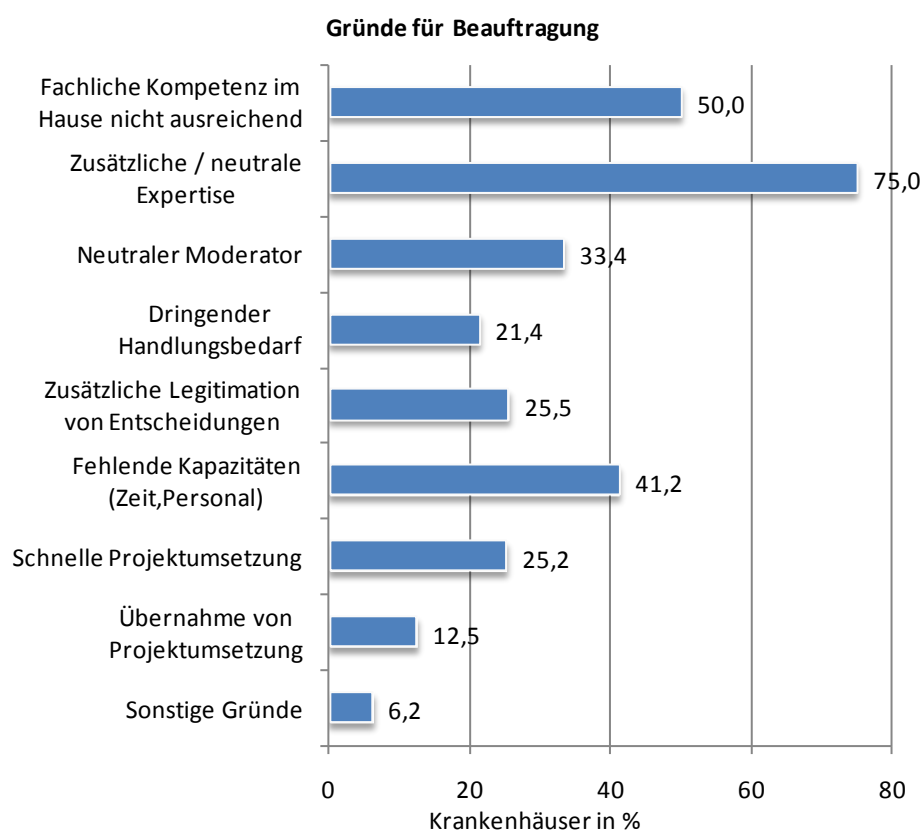
waren vergleichsweise selten dafür verantwortlich, dass eine Beratungsfirma im Krankenhaus eingesetzt wurde. Am zweithäufigsten gaben in knapp einem Viertel aller Krankenhäuser die Aufsichtsgremien den Anstoß, eine Beratungsfirma einzubeziehen. In knapp 15% der Häuser ging die Initiative, eine Unternehmensberatung zu kontaktieren, vom Qualitätsmanagement aus. Insgesamt spielten in allen Krankenhäusern das Controlling, der Pflegedirektor / PDL oder der Ärztliche Direktor eine eher nachrangige Rolle bei der Beauftragung der Beratungsfirmen. Der Ärztliche Dienst oder die Pflegekräfte gaben insgesamt sehr selten den Anstoß, die Unternehmensberatungen zu ermächtigen (Abb. 48).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 48: Ebene, die Anstoß für Beauftragung der Unternehmensberatung gab

Der ausschlaggebende Grund eine Unternehmensberatung zu beauftragen, war für die Krankenhäuser in der Regel eine zusätzliche, neutrale Expertise einzuholen. Für 75% aller Häuser war dies der Anlass, eine Beraterfirma zu kontaktieren. Die Hälfte aller Kliniken nannte als Grund, dass die fachliche Kompetenz im Hause nicht ausreichte, während für gut 40% der Häuser fehlende Kapazitäten, z.B. personeller Natur, die entscheidende Rolle bei der Beauftragung spielten.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 49: Gründe der Beauftragung einer Unternehmensberatung

Rund ein Drittel der Krankenhäuser engagierte Berater aufgrund ihrer neutralen Moderationsfunktion. Je ungefähr ein Viertel aller Häuser beschäftigten Unternehmensberatungen, um Entscheidungen zusätzlich zu legitimieren bzw. Projekte schnell umzusetzen. Dringender Handlungsbedarf war in gut einem Fünftel der Krankenhäuser der Anlass, Berater hinzuzuziehen. Die



Übernahme von Projektumsetzungen wurde vergleichsweise selten und bei 12,5% der Kliniken genannt (Abb. 49).

Die Krankenhäuser wurden weiter danach gefragt, welche Kriterien ihnen bei der Auswahl der Unternehmensberatung für ihre Einrichtung wichtig waren. Die erfragten Kriterien lassen sich grob in unternehmens-, berater- und umsetzungsbezogene Aspekte unterteilen.

Drei der vier unternehmensbezogenen Auswahlkriterien sind den Krankenhäusern bei der Auswahl einer Unternehmensberatung (sehr) wichtig. In erster Linie war für die Krankenhäuser die Erfahrung und Spezialisierung des Beratungsunternehmens entscheidungsrelevant. Gut drei Viertel der befragten Krankenhäuser stuft diesen Aspekt sogar als sehr wichtig ein (Abb. 50). Für die Krankenhäuser spielte die Erfahrung und Spezialisierung damit insgesamt von allen erfragten Kriterien die größte Rolle bei der Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Unternehmensberatung.

Auch die nachweisbaren branchenspezifischen Kenntnisse rangierten bei den Krankenhäusern bei den Auswahlkriterien für eine Unternehmensberatung ganz oben auf der Wichtigkeitsskala. Gut der Hälfte der Krankenhäuser war dies sehr wichtig. Die Qualität von überprüfbar Referenzen spielte für die Krankenhäuser bei der Entscheidung für eine Beratungsfirma auch eine wichtige Rolle. Knapp zwei Drittel stuften diese als wichtig, rund ein Viertel als sehr wichtig ein. Dahingegen waren nachweisbare branchenübergreifende Kenntnisse bei der Wahl der Berater eher unwichtig. Nur gut ein Drittel der Krankenhäuser bewertete diesen Aspekt als wichtig (Abb. 50). Damit ist dies das Kriterium, das von allen erfragten am wenigsten wichtig war.

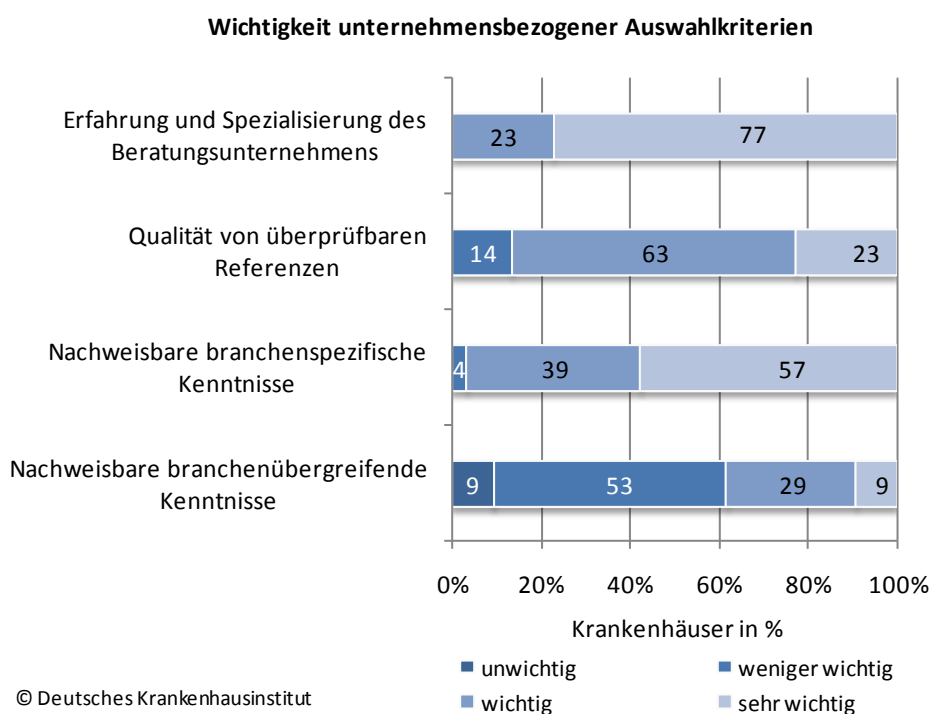


Abb. 50: Wichtigkeit unternehmensbezogener Kriterien bei der Auswahl der Unternehmensberatung

Die erfragten beraterbezogenen Aspekte waren für die Krankenhäuser bei der Auswahl der Unternehmensberatung für die eigene Einrichtung ebenfalls entscheidungsrelevant. Hier sind insbesondere die Fachkompetenz und Qualifikation sowie das Problemverständnis der Berater zu nennen. Gut die Hälfte der Krankenhäuser stufte das Wissen und die Kenntnisse der einzelnen Berater als sehr wichtig bei der Wahl für oder gegen eine Beratungsfirma ein. Das Problemverständnis der Berater spielte bei 44% der Krankenhäuser bei der Auswahl der Unternehmensberatung eine sehr wichtige Rolle. Die soziale Kompetenz der Berater beurteilten knapp drei Viertel der Krankenhäuser als (sehr) wichtig bei der Entscheidungsfindung, während für knapp zwei Drittel der Häuser das ethische Verhalten der Berater bei der Wahl des entsprechenden Unternehmens (sehr) wichtig war (Abb. 51).

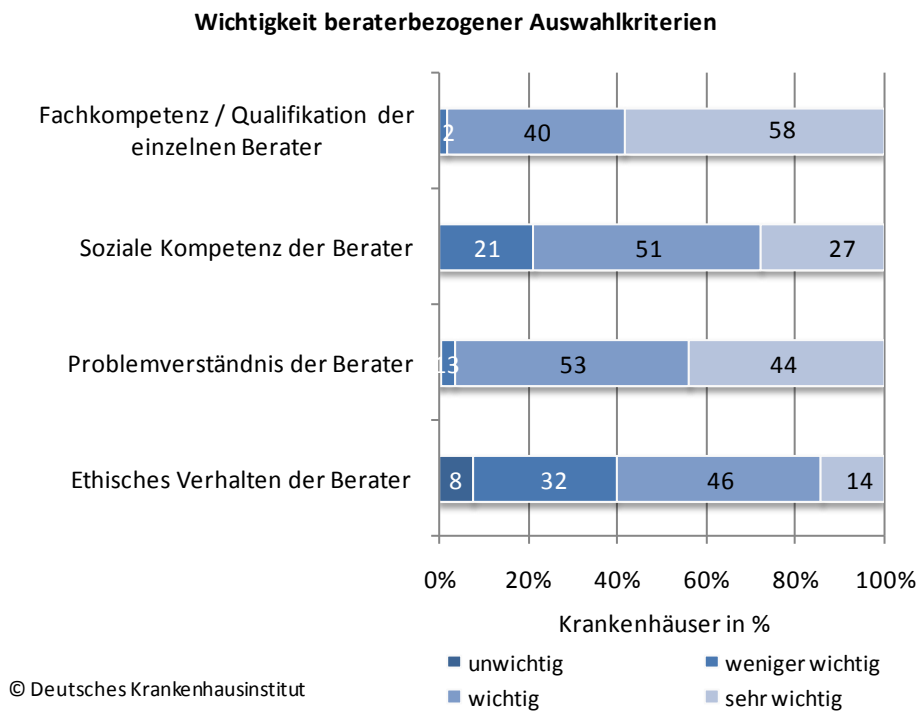


Abb. 51: Wichtigkeit beraterbezogener Kriterien bei der Auswahl der Unternehmensberatung

Die umsetzungsbezogenen Aspekte waren für die Krankenhäuser bei der Auswahl der Unternehmensberatungen insgesamt etwas weniger relevant als die unternehmens- oder beraterbezogenen Kriterien. Dennoch spielten einzelne Aspekte bei der Entscheidungsfindung der Krankenhäuser eine wichtige Rolle. Knapp zwei Drittel der Häuser bewertete das Preis-Leistungs-Verhältnis als wichtig, gut die Hälfte der Kliniken stuft ein fundiertes und sachgerechtes Angebot bei der Auswahl der Unternehmensberatung als wichtig ein. Für rund die Hälfte der Krankenhäuser war es zudem bei der Entscheidung wichtig, dass die Unternehmensberatung ein Konzept zur Problemlösung erarbeitet. Positive Vorerfahrung mit der Unternehmensberatung waren für gut 40% der Krankenhäuser wichtig. Gut zwei Drittel der Krankenhäuser machten ihre Entscheidung davon abhängig, dass die Unternehmensberatung auch die Umsetzung des Konzepts übernimmt (Abb. 52).

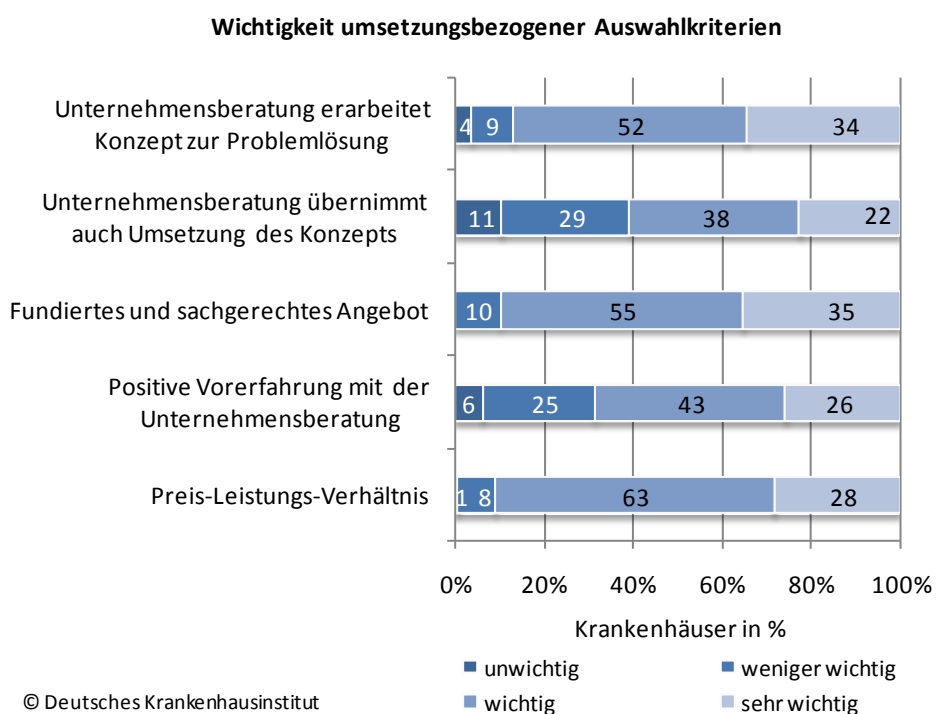


Abb. 52: Wichtigkeit umsetzungsbezogener Kriterien bei der Auswahl der Unternehmensberatung

5.4 Beraterleistungen

Unternehmensberatungen können in Krankenhäusern Aufgaben aus verschiedenen Bereichen übernehmen. Berater können Krankenhäuser beispielsweise bei strategischen, organisatorischen oder finanziellen Fragen unterstützen. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, für welche Aufgaben sie in den letzten fünf Jahren Unternehmensberatungen engagiert haben⁶. Die erfragten Aufgaben können unter den Bereichen Strategie-, Organisations-, Prozess-, Wirtschaftlichkeitsberatung sowie Befragungen zusammengefasst werden.

⁶ Bei den meisten Fragen dieses Komplexes sind die Anteile der fehlenden Werte relativ hoch. Dies ist vermutlich damit zu begründen, dass viele Krankenhäuser, die die entsprechenden Aufgaben nie an Berater delegiert haben, die Frage nicht beantwortet haben.

Im Bereich der Strategieberatung wurde die Beauftragung von Aufgaben der drei folgenden Bereichen erfragt: Situationsanalysen, Strategieentwicklung und Strategieumsetzung. Die Krankenhäuser haben in den letzten fünf Jahren vergleichsweise häufig Unternehmensberatungen zumindest einmal mit einer strategischen Aufgabe betraut. Knapp 12% der Krankenhäuser hat keine Strategieberatung durchführen lassen.

In erster Linie wurden die Berater von den Häusern für die Durchführung von Situationsanalysen, wie z. B. Markt-, Potential- oder Strukturanalysen, eingesetzt. Etwas weniger als die Hälfte der Krankenhäuser hat die Beraterfirmen mehrfach oder häufig damit beauftragt. Im Vergleich aller erfragten Aufgaben ist dies damit die Tätigkeit, mit der Berater am häufigsten betraut wurden. Ein Viertel der befragten Kliniken hat regelmäßig Fragen der Strategieentwicklung, wie z. B. die strukturelle Ausrichtung der Klinik, an die Unternehmensberatungen delegiert. Aufgaben, bei denen es um die konkrete Umsetzung von strategischen Fragen, wie z. B. die Begleitung von Fusionen oder Kooperationen ging, wurden von den Krankenhäusern selten an Unternehmensberatungen abgegeben. In etwas mehr als der Hälfte der Krankenhäuser war dies in den letzten fünf Jahren gar nicht der Fall (Abb. 53).

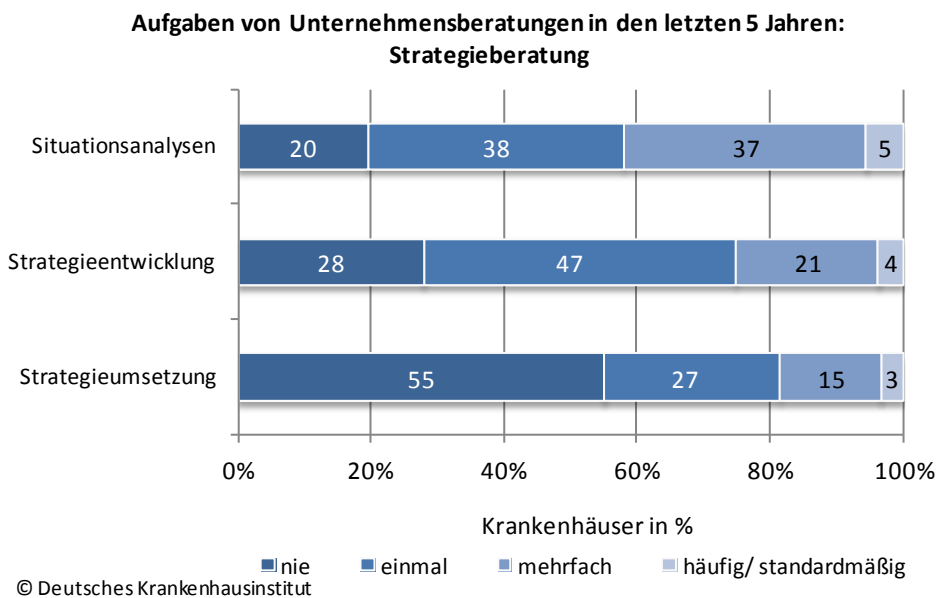


Abb. 53: Strategieberatung im Krankenhaus durch Unternehmensberatungen



Die Delegation von Aufgaben aus dem Bereich der Organisationsberatung wurde mittels der folgenden sechs Aspekte erhoben:

- Auf- und/oder Ausbau der Kosten- und Leistungsrechnung
- Auf- und/oder Ausbau des Controllings und Berichtswesens
- Begleitung der Entgelt- und Pflegesatzverhandlungen
- Erarbeitung von Personalentwicklungs- und -qualifizierungsmaßnahmen
- Optimierung des Risikomanagements
- Einführung oder Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements

Unternehmensberatungen wurden in den letzten fünf Jahren von den Krankenhäusern insgesamt etwas seltener mit Aufgaben aus dem Bereich der Organisationsberatung betraut. In knapp 16% der Häuser wurde gar keine Organisationsberatung von Beratern durchgeführt.

Auch Aufgaben der Prozessberatung wurden von den Krankenhäusern mehrheitlich, wenn auch nicht standardmäßig an Unternehmensberatungen delegiert. In rund 18% der Kliniken wurde in den letzten fünf Jahren keine der folgenden Aspekte von Beratern umgesetzt:

- Optimierung von Schnittstellen
- Belegungs- und Patientenmanagement
- Stationskonzepte
- Zentrale Aufnahme und Ambulanzorganisation
- OP-Organisation
- Organisation von Funktionsbereichen (z.B. Radiologie)

Die Krankenhäuser haben die Unternehmensberatungen in den letzten fünf Jahren mehr oder weniger regelmäßig in Fragen der Wirtschaftlichkeitsberatung hinzugezogen. Gut ein Viertel der Krankenhäuser hat keine der drei erfragten Aufgaben Produktivitätsverbesserung, Erlössteigerung oder Kostensenkung an Berater delegiert.

Befragungen zählten zu den Aufgaben, die die Unternehmensberater in den letzten fünf Jahren nicht regelhaft in den Krankenhäusern übernommen ha-



ben. Knapp ein Drittel der Kliniken hat die Berater nicht mit der Durchführung von Mitarbeiter-, Patienten- oder Einweiserbefragungen betraut.

5.5 Zufriedenheit

Abschließend wurden die Krankenhäuser danach gefragt, wie zufrieden sie mit den Leistungen der Unternehmensberatung bei dem zuletzt beauftragten Projekt waren. Die erfragten Aspekte lassen sich nach Zufriedenheit mit der Umsetzung sowie den Beratern unterteilen.

Insgesamt waren die Krankenhäuser mit den Leistungen der Unternehmensberatungen zufrieden. Dies trifft sowohl für die Umsetzung als auch die Beratertätigkeiten zu. Bei der Durchführung der Projekte konnten die Beraterfirmen die Krankenhäuser insbesondere durch eine gelungene Einbindung der verschiedenen Akteure überzeugen. Nahezu alle Krankenhäuser waren mit der Einbindung der Geschäftsführung durch die Beratungsfirmen zufrieden. Dies ist damit der Aspekt, der die höchste Zufriedenheit aller erfragten Leistungen erzielen konnte. Jeweils rund drei Viertel der Krankenhäuser war mit der Einbindung der Mitarbeiter bzw. der Mitarbeitervertretung zufrieden. Der Umgang mit Widerständen war aus Sicht von knapp zwei Dritteln der Häuser ebenfalls zufriedenstellend, knapp ein Drittel zeigte sich mit dieser Leistung weder zufrieden noch unzufrieden.

Die Unternehmensberatungen vermochten es nach Meinung der Krankenhäuser größtenteils sowohl die vereinbarten Projektziele zu erreichen als auch das Honorar einzuhalten. Mit der Einhaltung des Honorars war gut ein Viertel der Krankenhäuser sogar sehr zufrieden. Knapp zwei Drittel der Kliniken zeigte sich mit dem Preis-Leistungs-Verhältnis zufrieden, wobei 10% der Häuser diesen Aspekt als nicht zufriedenstellend bewertet haben. Die Durchführung bzw. Begleitung des Umsetzungsprozesses im Krankenhaus, der Wissenstransfer, die Einhaltung des Zeitrahmens sowie die Umsetzbarkeit der Konzepte haben jeweils knapp zwei Drittel der Krankenhäuser ebenfalls positiv beurteilt.

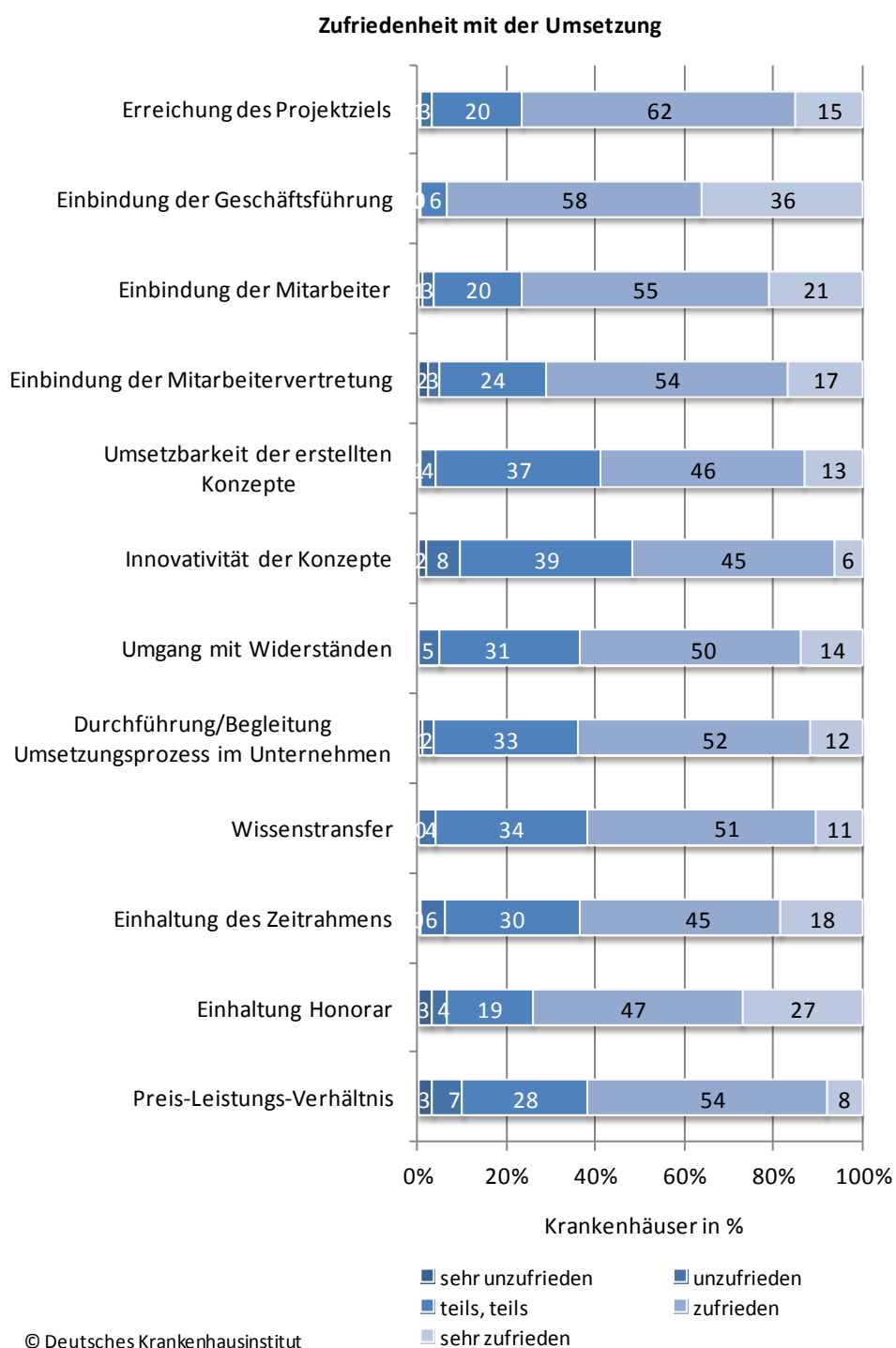


Abb. 54: Zufriedenheit der Krankenhäuser mit Umsetzung durch Unternehmensberatungen

Bei der Projektdurchführung setzten die Unternehmensberatungen aus Sicht der Krankenhäuser nicht durchgängig innovative Neuerungen um. Gut die Hälfte der Krankenhäuser war mit der Innovativität der Konzepte zufrieden (Abb. 54).

Die Akzeptanz der Berater schätzten rund zwei Drittel der Krankenhäuser als relativ zufriedenstellend ein. Damit wurde die Akzeptanz von den Häusern insgesamt etwas schlechter bewertet als die Kompetenzen der Berater. Die in den Krankenhäusern eingesetzten Berater konnten die Krankenhäuser insbesondere durch ihre Fachkompetenz und ihre Qualifikationen überzeugen. 86% der Häuser waren mit diesen Leistungen zufrieden. Auch das Problemverständnis der Berater wurde von den Kliniken gut bewertet: Gut drei Viertel der Krankenhäuser beurteilte die Berater in dieser Hinsicht als zufriedenstellend. Je gut 70% der Krankenhäuser waren mit der sozialen Kompetenz sowie dem ethischen Verhalten der Unternehmensberater zufrieden (Abb. 55).

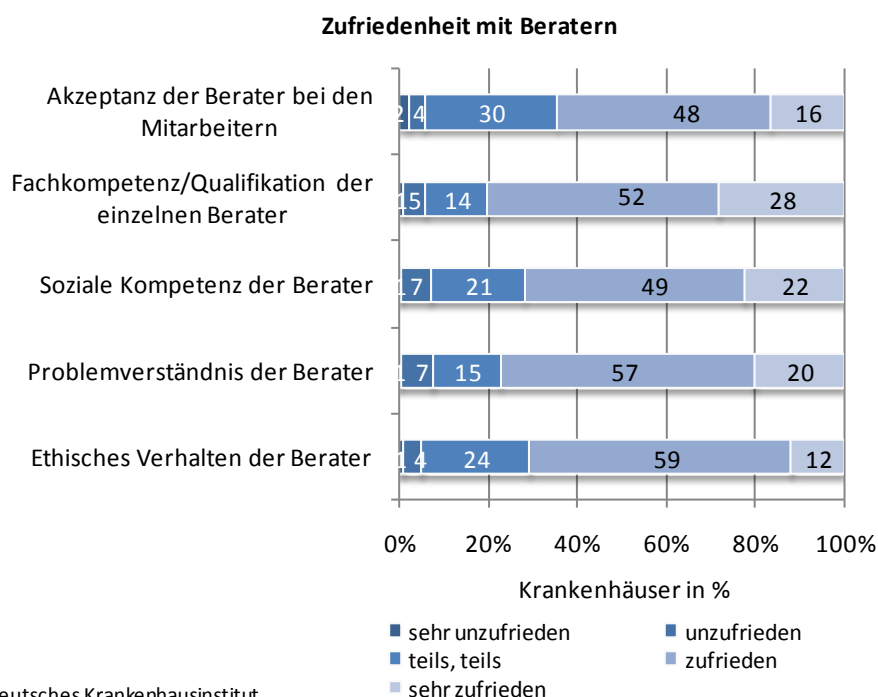


Abb. 55: Zufriedenheit der Krankenhäuser mit Leistungen der Berater



6 Fortbildungen

Das Berufsbildungsgesetz gibt vor, dass es dem Einzelnen ermöglicht werden soll, seine berufliche Handlungsfähigkeit durch berufliche Fortbildung zu erhalten und anzupassen oder zu erweitern und beruflich aufzusteigen (BBiG 2005, Teil 1, § 1 (4)).

Unter Fortbildungen sind Maßnahmen zur Verbesserung der Qualifikation von Mitarbeitern am vorhandenen Arbeitsplatz, der Vertiefung oder Erweiterung spezifischer Fertigkeiten oder auch der persönlichen Entwicklung zu verstehen. Sie sind damit eine zeitlich eher kurze Maßnahme, die sich normalerweise auf ein spezielles Thema beschränkt.

Im Gegensatz dazu sind Weiterbildungen in der Regel vom Zeitaufwand her erheblich umfangreicher. Man setzt sich mit einem Themenkomplex auseinander, der eigene Fachkenntnisse erweitert. Weiterbildungen enden i.d.R. mit einem (anerkannten) Weiterbildungsabschluss nach einer bestandenen Prüfung (z.B. Umschulungen, Zusatzausbildungen).

Das *Krankenhaus Barometer 2013* hat dezidiert Informationen zu Fortbildungen im Krankenhaus erfragt.

6.1 Initiatoren

Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, wer in der eigenen Einrichtung in der Regel einen Fortbildungsbesuch vorschlägt. Als Antwortmöglichkeiten wurden „Mitarbeiter selbst“, „direkte Vorgesetzte“, „Personalabteilung als Personalentwicklungsmaßnahme“ und „keine Fortbildungen in diesem Bereich“ angeboten. Mehrfachantworten waren möglich. Erfragt wurde dies für die Mitarbeiter von folgenden 14 verschiedenen Berufsgruppen bzw. Personalbereichen:

- Geschäftsführung
- Ärztlicher Dienst
- Pflege- und Funktionsdienst



- Finanz- und Rechnungswesen / Buchhaltung
- Administratives Patientenmanagement
- DRG-Abrechnung / MDK-Management
- Kodierfachkräfte
- Ambulante Abrechnung (EBM, AOP, GOÄ)
- Medizinisches Controlling
- Kaufmännisches Controlling
- Personalbereich
- IT / Technik
- Qualitätsmanagement
- Beschaffung und Logistik

Den verschiedenen erfragten Personalbereichen bzw. Berufsgruppen wurden in der Regel in nahezu allen Krankenhäusern Fortbildungen angeboten. Insgesamt 96% der Krankenhäuser haben entsprechende Angebote gemacht.

Die Initiative, ein Fortbildungsangebot zu unterbreiten, ging in fast allen Sektoren in erster Linie jeweils von den direkten Vorgesetzten aus (Abb. 56). Im Mittel wurde in 73% der Häuser der Vorschlag einer Fortbildung durch den direkten Vorgesetzten gemacht. Die Spannweite war enorm und lag bei den Mitarbeitern der unterschiedlichen Bereiche zwischen 23 und 92%. Am seltensten wurden den Geschäftsführern, am häufigsten dem Pflege- und Funktionsdienst von Seiten der Vorgesetzten entsprechende Angebote unterbreitet.

Auch die Mitarbeiter selbst haben häufig den Besuch einer Fortbildungsveranstaltung angeregt. Der entsprechende Mittelwert lag bei 71% der Krankenhäuser (Abb. 56). Anders als bei der Anregung durch den direkten Vorgesetzten sind die Unterschiede bei der Initiative durch den Mitarbeiter mit Werten zwischen 57 und 87% bei den verschiedenen Berufsgruppen geringer. Erwartungsgemäß regen insbesondere die Geschäftsführer häufig selbst den Besuch einer Fortbildung an. Mitarbeiter aus den Bereichen der ambulanten Abrechnung sowie Beschaffung und Logistik ergreifen dahingegen jeweils am seltensten die Initiative.

Die Personalabteilungen spielten in den Krankenhäusern nach eigener Einschätzung im Bereich der Fortbildungsorganisation eine eher nachrangige Rolle. Im Mittel waren diese lediglich in 11% der Krankenhäuser aktiv (Abb. 56). Im Ärztlichen Dienst sowie dem Pflege- und Funktionsdienst war die Personalabteilung bei je rund einem Fünftel der Häuser nennenswert involviert. Der Vorschlag, eine Fortbildungsveranstaltung zu besuchen, war bei den Geschäftsführern in 4% der Krankenhäuser an eine Personalentwicklungsmaßnahme geknüpft.

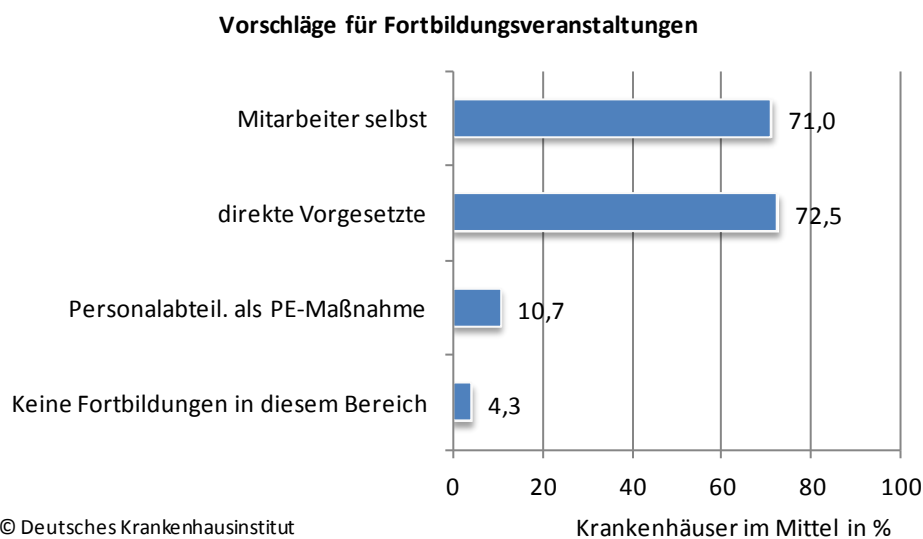
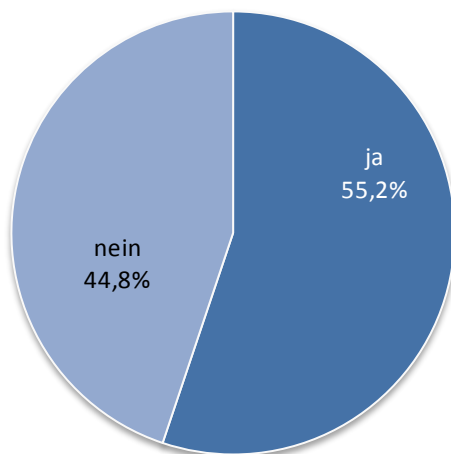


Abb. 56: Vorschläge für Fortbildungsveranstaltungen (Mittelwert über alle erfragten Berufsgruppen)

6.2 Fortbildungsbudget

Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, ob ein Fortbildungsbudget besteht, dass zu Jahresbeginn festgelegt und im Wirtschaftsplan ausgewiesen ist. Gut die Hälfte der Häuser hat diese Frage bejaht (Abb. 57).

Fortbildungsbudget im Wirtschaftsplan festgelegt?



© Deutsches Krankenhausinstitut

Krankenhäuser mit Angaben in %

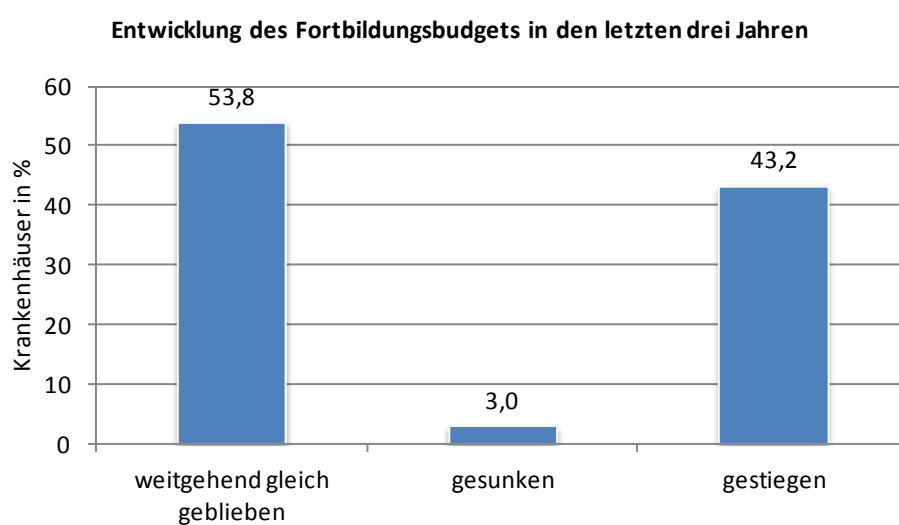
Abb. 57: Festgelegtes Fortbildungsbudget nach Bettengrößenklassen

Die Krankenhäuser, die über ein feststehendes Fortbildungsbudget verfügen, wurden weiter nach der Höhe des Budgets insgesamt sowie für verschiedene Berufsgruppen, wie z. B. Geschäftsführung, Ärztlicher Dienst oder Pflege- und Funktionsdienst gefragt.⁷ Das Fortbildungsbudget insgesamt sowie für die einzelnen Dienste variiert in den Krankenhäusern erwartungsgemäß erheblich. Die Krankenhäuser stellten im Jahr 2012 beispielsweise zwischen 15.000 und 1 Millionen Euro für alle Fortbildungen zur Verfügung. Beim Ärztlichen Dienst variierte das Fortbildungsbudget der einzelnen Krankenhäuser zwischen 2.000 und 431.000 Euro. Im Mittel⁸ lag das Fortbildungsbudget der Krankenhäuser bei 134.000 Euro insgesamt und für den Ärztlichen Dienst bei 41.000 Euro.

⁷ Der Anteil der fehlenden Angaben ist bei dieser Frage relativ hoch. Dies liegt vermutlich daran, dass ein Teil der Krankenhäuser zwar ein festes Fortbildungsbudget hat, dieses aber ggf. nicht für die einzelnen Berufsgruppen festgelegt ist.

⁸ Aufgrund der hohen Varianz wurde das 5% getrimmte Mittel herangezogen.

Die folgende Frage wurde ebenfalls nur den 55% der Krankenhäuser mit einem festgelegten Fortbildungsbudget gestellt. Die Häuser wurden gefragt, wie sich das Fortbildungsbudget insgesamt sowie für verschiedene Berufsgruppen in den letzten drei Jahren entwickelt hat. In gut der Hälfte der Kliniken ist das Gesamtbudget für Fortbildungen weitgehend gleich geblieben, in 43% aller Krankenhäuser ist es gestiegen (Abb. 58). Das Budget für Fortbildungen ist in den letzten drei Jahren in den Häusern weder gesamt noch für eine der erfragten Berufsgruppen nennenswert gesunken. Bei einigen Berufsgruppen waren jedoch deutliche Zuwächse zu registrieren.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 58: Entwicklung des Fortbildungsbudgets in den letzten drei Jahren

6.3 Externe Fortbildungsanbieter

Die Aktualität und Praxisrelevanz der angebotenen Inhalte ist für die Krankenhäuser das wichtigste Kriterium, sich für oder gegen einen externen Fortbildungsanbieter zu entscheiden. Nahezu allen Krankenhäusern ist dieser Aspekt bei der Auswahl eines entsprechenden Anbieters wichtig. Gut drei Viertel der Häuser bewerten die Aktualität und Praxisrelevanz der Inhalte bei der Entscheidung für einen externen Fortbildungsanbieter sogar als sehr wichtig. Auch die Fachkompetenz der Dozenten ist für die Krankenhäuser von großer Relevanz. Nahezu alle Kliniken stufen das Wissen der Dozenten



bei der Anbieterwahl als wichtig, knapp zwei Drittel sogar als sehr wichtig ein. Die Kosten der Fortbildung sind für die Krankenhäuser ebenfalls ein entscheidungsrelevanter Punkt. Gut ein Viertel der Kliniken bewertet die Kosten bei der Auswahl eines externen Fortbildungsanbieters als sehr wichtig, knapp zwei Drittel als wichtig. Die bisherigen Erfahrungen mit einem Fortbildungsanbieter sind für die Krankenhäuser bei der Wahl des Dienstleisters auch von großer Bedeutung. Ein Viertel stuft diesen Punkt als sehr wichtig, knapp zwei Drittel als wichtig ein.

Die Qualität der Schulungsunterlagen ist für die Häuser bei der Entscheidungsfindung ebenfalls wichtig. Über die Hälfte der Kliniken bewertet diesen Aspekt bei der Auswahl eines Fortbildungsanbieters als wichtig, gut ein Fünftel ist es jedoch auch weniger wichtig. Die branchenspezifische Ausrichtung des Fortbildungsanbieters spielt für die Krankenhäuser bei der Wahl eines Dienstleisters eine mittelgroße Rolle. Rund der Hälfte der Häuser ist dies wichtig, wobei gut ein Viertel dieses Kriterium als nicht so wichtig einstuft. Für knapp zwei Drittel der Kliniken ist ein kurzer Anreiseweg zum Veranstaltungsort bei der Wahl eines Anbieters entscheidungsrelevant.

Die Organisation und Einfachheit des Anmeldeverfahrens sowie die Zertifizierung des Fortbildungsanbieters sind für die Krankenhäuser bei der Auswahl der Dienstleister eher nachrangig. Zwei Drittel bzw. knapp drei Viertel der Häuser stufen diese Aspekte als weniger wichtig bzw. unwichtig ein (Abb. 59).

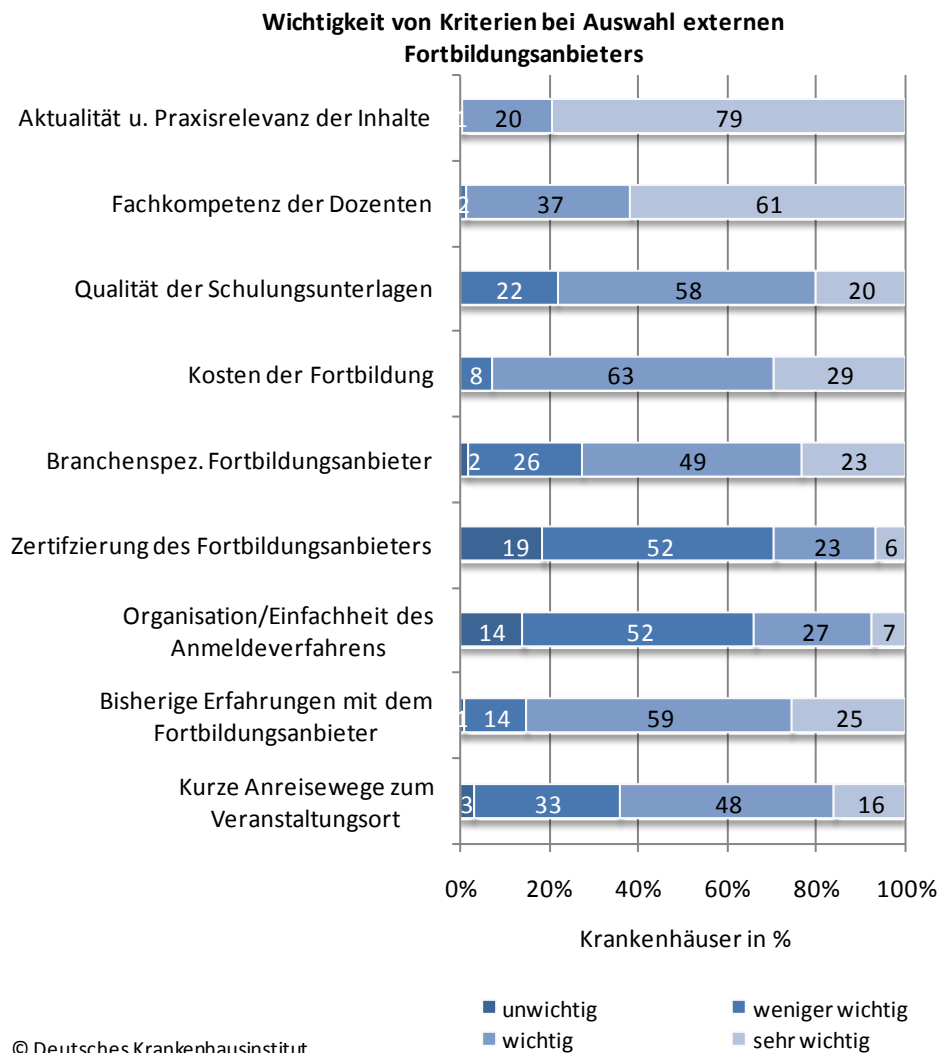


Abb. 59: Wichtigkeit verschiedener Auswahlkriterien von externen Fortbildungsanbietern

6.4 Organisation der Fortbildungsteilnahme

Die Krankenhäuser wurden weiter danach gefragt, in welcher Form sich die Mitarbeiter der Berufsgruppen Geschäftsführung, Ärztlicher Dienst, Pflege- und Funktions- sowie Verwaltungsdienst in der Regel an den Kosten und dem Zeitaufwand der Fortbildung beteiligen müssen.

Die Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen werden für die Fortbildung vom Krankenhaus meist komplett freigestellt. Im Mittel wird das Personal der



unterschiedlichen Dienste in zwei Drittel der Häuser für den Fortbildungsbesuch vollständig vom Dienst entbunden (Abb. 60). Die Verwaltungskräfte werden von den Kliniken im Berufsgruppenvergleich insgesamt am häufigsten und die Ärzte am seltensten für die Fortbildungsteilnahme komplett freigestellt. Rund die Hälfte der Häuser stellt alle vier Berufsgruppen vollständig für den Fortbildungsbesuch frei.

Eine teilweise Freistellung durch das Krankenhaus kommt im Vergleich zur kompletten Freistellung deutlich seltener und bei den verschiedenen Diensten im Schnitt in einem Drittel der Häuser vor (Abb. 60). 15% der Kliniken befreien alle vier erfragten Berufsgruppen zum Teil vom Dienst. Die teilweise Freistellung für den Besuch von Fortbildungen wird in den Häusern am häufigsten im Ärztlichen Dienst und am seltensten bei der Geschäftsführung realisiert.

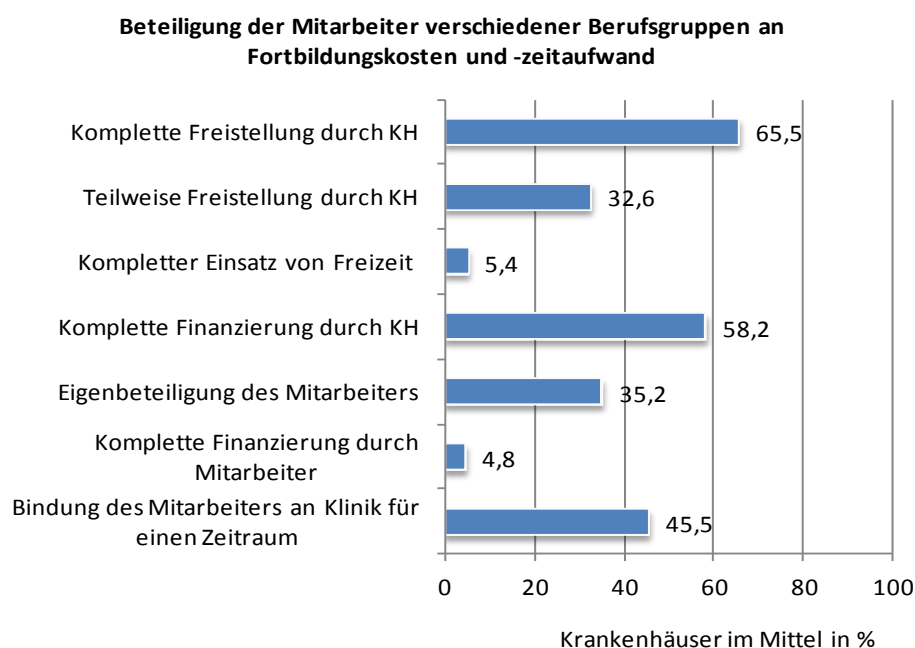
In den Krankenhäusern ist es eher unüblich, dass die Mitarbeiter eine Fortbildung in ihrer Freizeit besuchen. In 2% der Häuser bilden sich Mitarbeiter der Geschäftsführung, des Ärztlichen Diensts, des Pflege- und Funktionsdienstes sowie des Verwaltungsdienstes außerhalb ihrer Arbeitszeit fort. Im Mittel wird der komplette Einsatz von Freizeit für den Fortbildungsbesuch bei den verschiedenen Berufsgruppen in 5% der Krankenhäuser genutzt (Abb. 60).

Die Kosten der Fortbildungen werden im Schnitt in 58% der Krankenhäuser bei den Berufsgruppen komplett vom Arbeitgeber getragen (Abb. 60). In erster Linie wird die Fortbildung im Verwaltungsdienst völlig durch das Krankenhaus finanziert. Beim Ärztlichen Dienst ist dies im Berufsgruppenvergleich am seltensten der Fall. Gut ein Drittel der Häuser finanziert bei allen vier Berufsgruppen den Fortbildungsbesuch vollständig.

Eine Eigenbeteiligung der Mitarbeiter wird bei der Finanzierung der Fortbildungen im Schnitt in gut einem Drittel der Häuser realisiert (Abb. 60). Hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. Am häufigsten muss der Ärztliche Dienst, am seltensten der Verwaltungsdienst einen Teil der Fortbildungskosten selber tragen. In 14% der Häuser ist bei allen Berufsgruppen eine Beteiligung an den Fortbildungskosten vorgesehen.

Eine komplette Finanzierung der Fortbildung durch die Mitarbeiter selbst kommt in den Krankenhäusern relativ selten und berufsgruppenübergreifend nur in 1% der Häuser vor. Im Schnitt müssen die Mitarbeiter der verschiedenen Dienste in 5% der Häuser die Fortbildung selbst finanzieren (Abb. 60).

Eine zeitlich befristete Bindung an das Krankenhaus als Gegenleistung für die Übernahme der Kosten und Freistellung für die Fortbildung erwartet im Mittel etwas weniger als die Hälfte der Krankenhäuser (Abb. 60).⁹ Bei den Mitarbeitern der verschiedenen Berufsgruppen ist dies erwartungsgemäß unterschiedlich häufig der Fall. Mitarbeiter des Pflege- und Funktionsdienstes müssen als Gegenleistung für die Fortbildung ihrem Arbeitgeber am häufigsten weiter zur Verfügung stehen, Geschäftsführer am seltensten. In knapp 20% der Häuser müssen sich die Mitarbeiter aller Berufsgruppen für einen bestimmten Zeitraum an die Klinik binden.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 60: Beteiligung der Mitarbeiter an Fortbildungskosten und -zeitaufwand (Mittelwert über alle erfragten Berufsgruppen)

⁹ Es wurde nur die Bindung des Mitarbeiters erfragt. Unklar ist, welche Modalitäten bei einem früheren Wechsel in den Kliniken greifen (also z.B. Rückzahlung von Fortbildungskosten).



6.5 Nutzen von Fortbildungen

Die Krankenhäuser wurden weiter danach gefragt, welche Bedeutung sie Fortbildungen im Rahmen eines strukturierten Personalentwicklungsprogramms beimessen. Guten Fortbildungsprogrammen werden eine Reihe von Vorteilen zugeschrieben. Sie haben insgesamt einen hohen Stellenwert im Personalmanagement der Krankenhäuser. Der Nutzen eines guten Fortbildungsprogramms liegt aus Sicht der Krankenhäuser in erster Linie in der Bindung qualifizierter Mitarbeiter. Nahezu alle Häuser vertreten diese Meinung.

Einem guten Fortbildungsprogramm wird von dem Großteil der Kliniken auch die Möglichkeit zugeschrieben, langfristig flexibel und innovativ auf veränderte Rahmenbedingungen reagieren zu können. 88% der Kliniken sind dieser Ansicht. Gut 80% der Krankenhäuser sieht die Chance, durch ein adäquates Fortbildungsprogramm, den eigenen Mitarbeitern einen Leistungsanreiz zu bieten.

Ein gutes Fortbildungsprogramm ist aus Sicht vieler Krankenhäuser auch hilfreich, um geeignete Bewerber zu gewinnen und sich einen strategischen Wettbewerbsvorteil zu sichern. Der Nutzen von guten Fortbildungsprogrammen stößt beim Abbau des Fachkräftemangels oder als Belohnung für besonders leistungsstarke Mitarbeiter aus Sicht der Häuser etwas an seine Grenzen: Knapp drei Viertel bzw. gut zwei Drittel der Krankenhäuser sehen hier die Chance von Fortbildungen (Abb. 61).

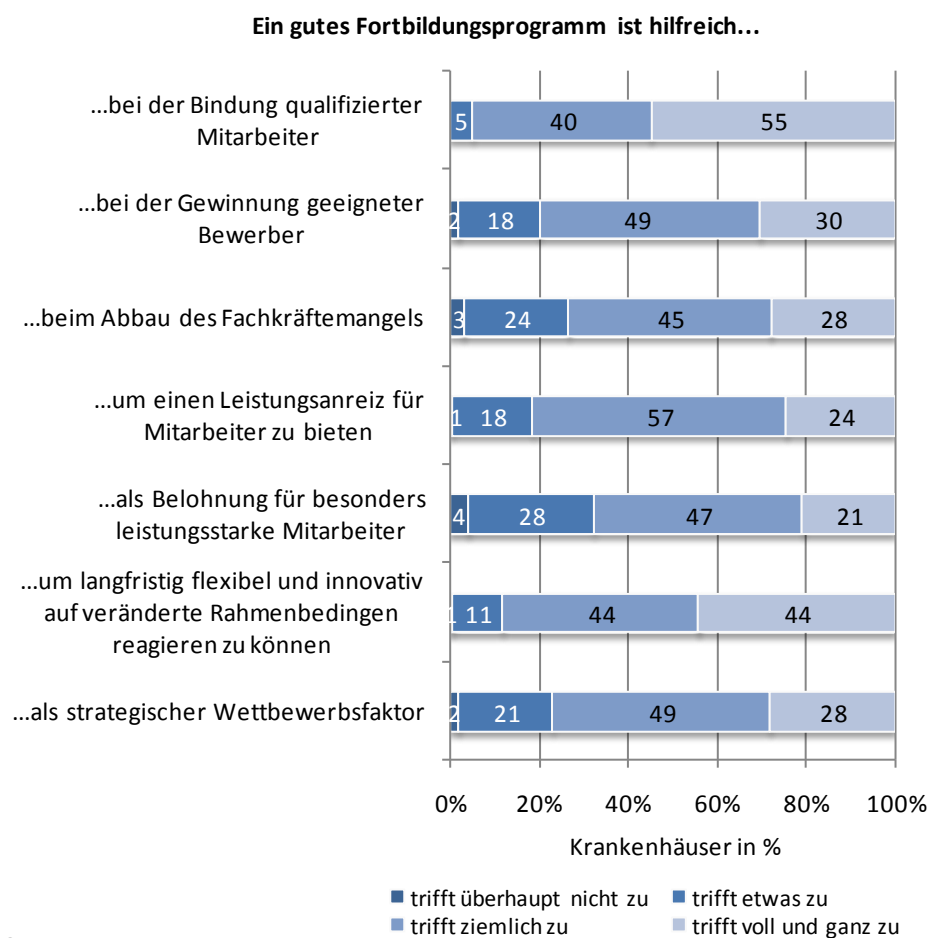


Abb. 61: Bedeutung von Fortbildungen im Rahmen eines strukturierten Personalentwicklungsprogramms

6.6 Inhalte und Themen

Fortbildungen können eine Vielzahl von Themen und Inhalten umfassen. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, welche Themen für die Fortbildung ihrer Mitarbeiter der Geschäftsführung und des Verwaltungsdienstes, des Ärztlichen Dienstes sowie des Pflege- und Funktionsdienstes besonders wichtig sind. An dieser Stelle werden beispielhaft die Ergebnisse für den Ärztlichen Dienst dargestellt.

Die erfragten Fortbildungsthemen für den Ärztlichen Dienst werden von den Krankenhäusern unterschiedlich bewertet. Einige Aspekte werden als sehr wichtig eingestuft, die meisten als wichtig, wenige Themen als eher unwich-



Die Krankenhäuser stufen in erster Linie die Inhalte als wichtig ein, die rein medizinisches Wissen bzw. Kenntnisse vermitteln, die sich direkt am Arbeitsalltag der Ärzte orientieren. Nahezu alle Krankenhäuser bewerten Fortbildungen zu medizinisch fachlichen sowie medizintechnischen Neuerungen als (sehr) wichtig.

Wissensvermittlungen zur klinischen Codierung, dem DRG-System, dem Zuweisermanagement sowie der Kommunikationsfähigkeit und dem Konfliktmanagement rangieren deutlich weiter hinten auf der Wichtigkeitsskala. Diese Themen spielen aber dennoch in der Fortbildung von Ärzten eine wichtige Rolle: Zwischen 77 und 79% der Häuser stuft sie als wichtig ein. Ungefähr 70% der Krankenhäuser bewertet jeweils Fortbildungen zum Risiko-, Qualitäts- sowie Prozessmanagement und klinischen Pfaden, Personalmanagement und -führung sowie Medizincontrolling als wichtig.

Nur gut die Hälfte der Krankenhäuser hält Themen aus dem Bereich Budgetverwaltung und wirtschaftliches Handeln für den Ärztlichen Dienst als fortbildungsrelevant. Fortbildungen zum strategischen oder Projektmanagement sind aus Sicht der Krankenhäuser für die Ärzte weniger wichtig. Knapp zwei Drittel der Häuser halten die Vermittlung entsprechender Inhalte für weniger relevant. Für Ärzte sind Fortbildungen zu Fragen der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre aus Sicht der Krankenhäuser weniger hilfreich: Gut 80% der Häuser stuft entsprechende Fortbildungen als eher unwichtig ein (Abb. 62).

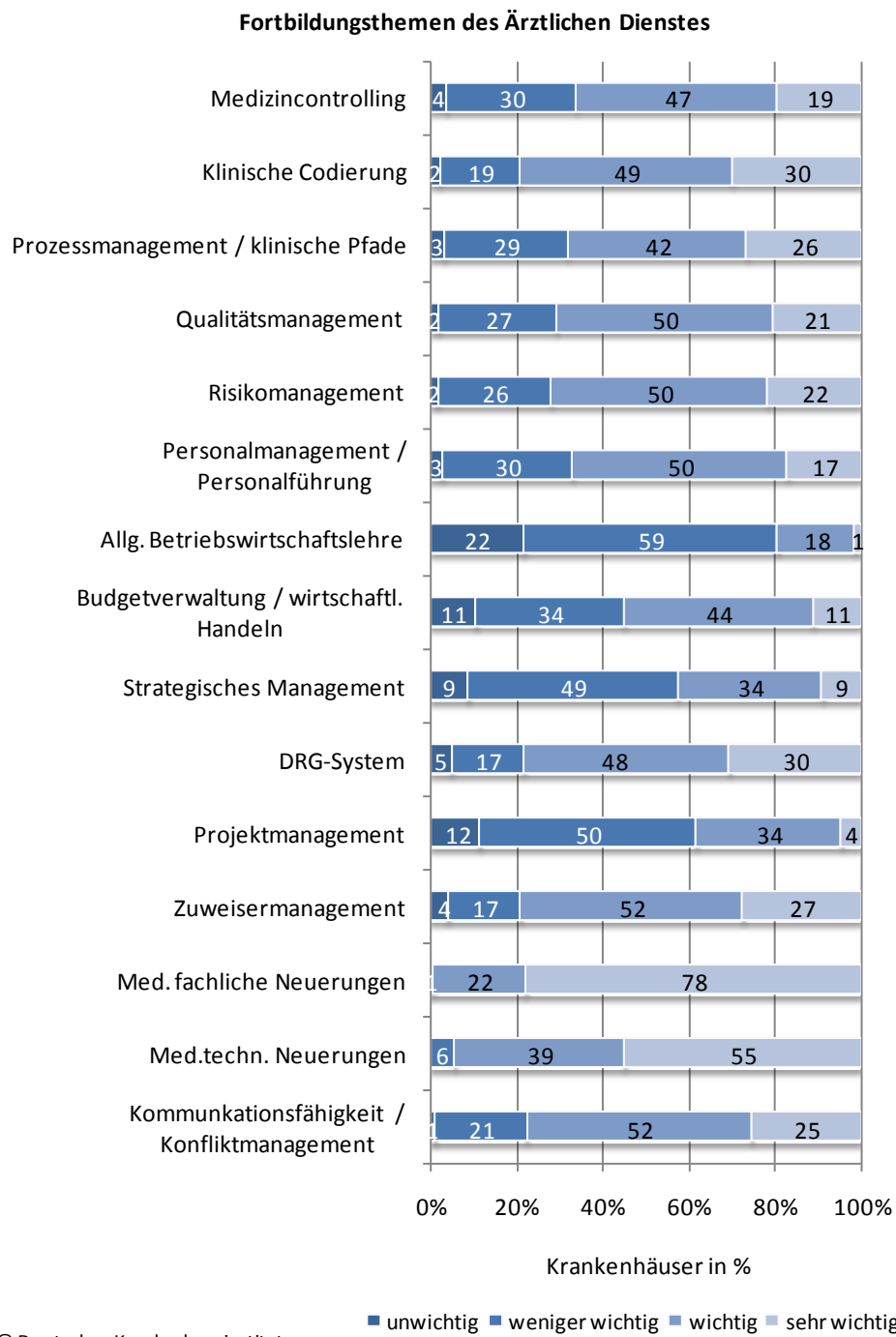


Abb. 62: Relevanz verschiedener Fortbildungsthemen des Ärztlichen Dienstes

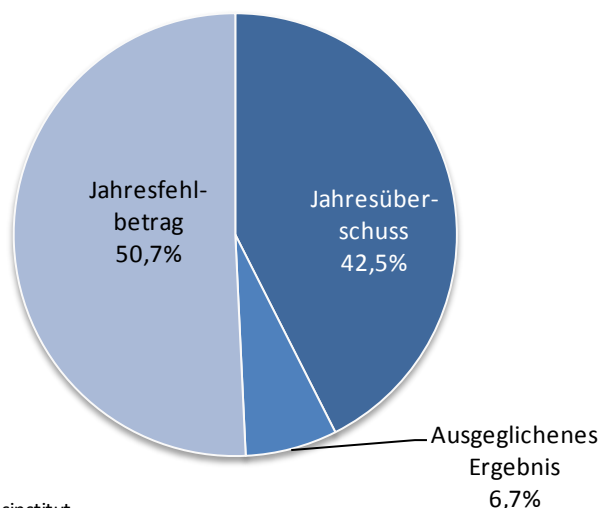
7 Wirtschaftliche Lage

7.1 Jahresergebnis 2012

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2012 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben.

Danach hat 2012 jedes zweite Allgemeinkrankenhaus in Deutschland (51%) Verluste geschrieben. Gegenüber dem Vorjahr, als noch 31% einen Jahresfehlbetrag aufwiesen, entspricht dies einer deutlichen Steigerung (Abb. 63).

Jahresergebnis 2012 - Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

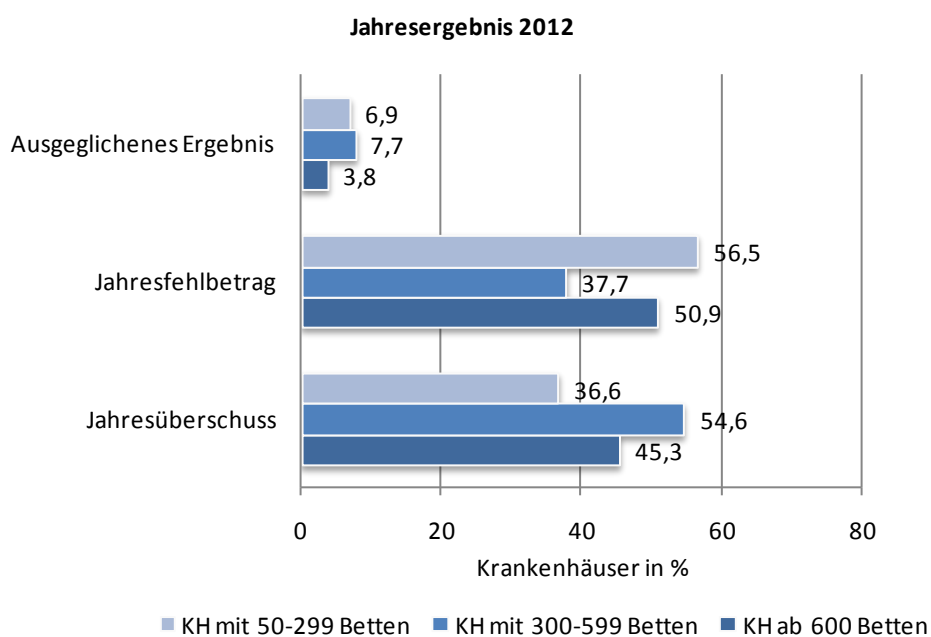
Abb. 63: Jahresergebnis 2012 – Krankenhäuser in %

Umgekehrt ist der Anteil der Krankenhäuser mit einen Jahresüberschuss von 55% auf gut 43% gesunken. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis hat sich von 14% auf 7% halbiert.

Insgesamt hat sich die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser im Jahr 2012 somit dramatisch verschlechtert.

Nach Bettengrößenklassen differenziert wiesen die Häuser mittlerer Größe am häufigsten einen Jahresüberschuss (55%) und am seltensten einen Jahresfehlbetrag auf (38%). In den kleinen Krankenhäusern bis 300 Betten fallen die Jahresergebnisse tendenziell schlechter aus, während die Ergebnisse für die größeren Einrichtungen ab 600 Betten in etwa dem Bundesdurchschnitt entsprechen (Abb. 64).

Im Zeitvergleich zum Jahr 2011 haben sich insbesondere in diesen beiden Größenklassen die Ergebnisse merklich verschlechtert. So lag hier der Anteil der Häuser mit einem Jahresfehlbetrag in 2011 noch jeweils bei 31%. Verglichen damit sind die Ergebnisse in der mittleren Bettengrößenklasse noch vergleichsweise stabil. Hier nahm der Anteil der Einrichtungen mit negativem Jahresergebnis von 30% auf 38% zu.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 64: Jahresergebnis 2012

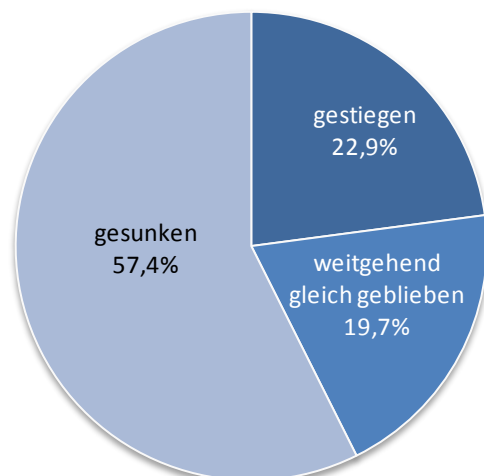
7.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2011/2012

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 2011 und 2012 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2012 im Vergleich zu 2011 in 57% der Krankenhäuser gesunken, bei rund 20% konstant geblieben und in rund 23% der Krankenhäuser gestiegen (Abb. 65).

Entwicklung des Jahresergebnisses 2012 im Vergleich zu 2011



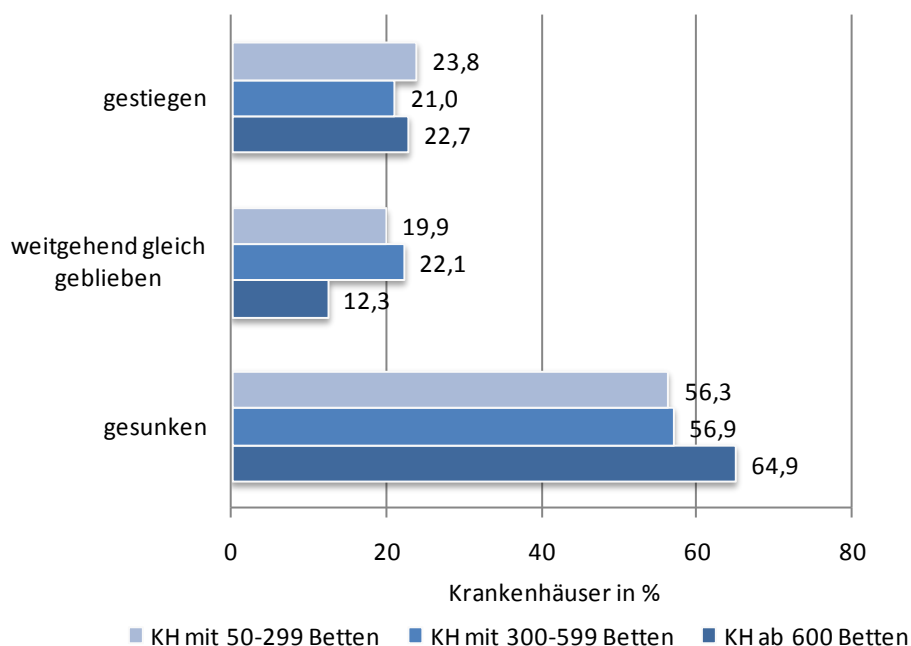
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 65: Entwicklung des Jahresergebnisses 2012 im Vergleich zu 2011

Im Vergleich zum letzten *Krankenhaus Barometer* 2012 mit den korrespondierenden Bezugsjahren 2011 und 2010 fällt auf, dass zum zweiten Mal in Folge in mehr als der Hälfte der Krankenhäuser das Jahresergebnis rückläufig war.

Die Entwicklung der Jahresergebnisse variiert in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße (Abb. 66). Vor allem bei den Großkrankenhäusern ab 600 Betten fällt der Anteil der Einrichtungen mit rückläufigem Jahresergebnis mit 65% überproportional aus.

Entwicklung des Jahresergebnisses 2012 im Vergleich zu 2011



© Deutsches Krankenhausinstitut

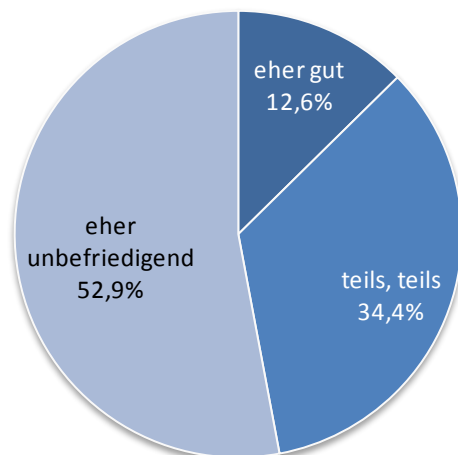
Abb. 66: Entwicklung des Jahresergebnisses 2012 im Vergleich zu 2011

7.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Über das Jahresergebnis 2012 hinaus sollten die Krankenhäuser auch ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2013 beurteilen. Gut die Hälfte der Einrichtungen (53%) schätzt ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein, nur 13% beurteilen sie als gut, während 34% in dieser Hinsicht unentschieden sind (Abb. 67).

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage damit merklich verschlechtert. Seinerzeit bezeichneten noch 27% ihre wirtschaftliche Lage als gut und lediglich 34% als eher unbefriedigend.

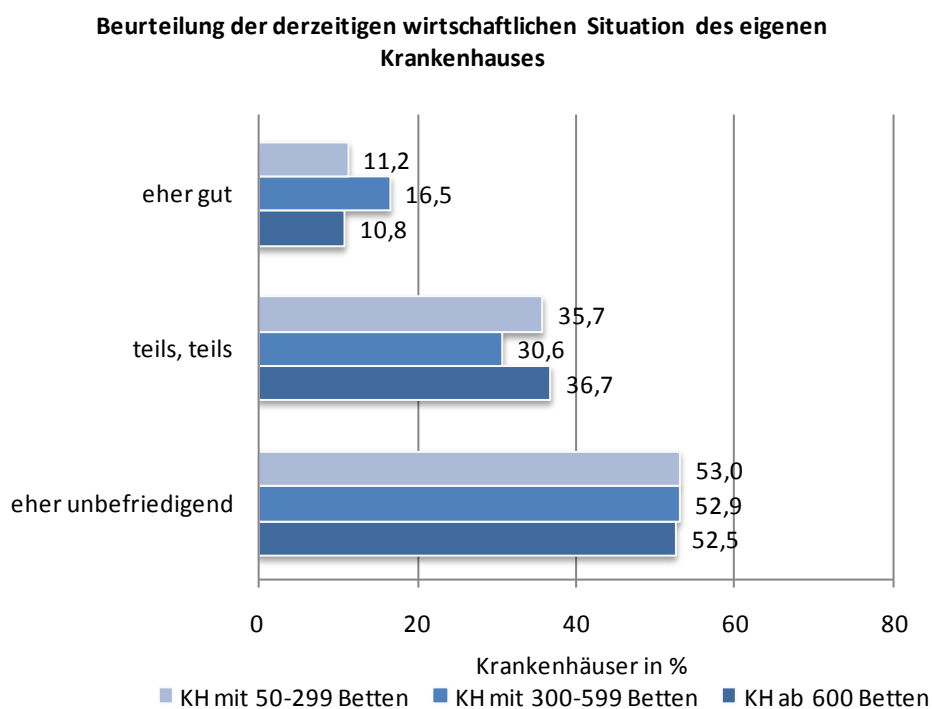
Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses



© Deutsches Krankenhausinstitut

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

Nach Krankenhausgröße fällt die Einschätzung der aktuellen wirtschaftlichen Situation in der unteren und oberen Bettengrößenklasse in etwa gleich aus (Abb. 68). Demgegenüber sehen die Häuser in der mittleren Bettengrößenklasse ihre derzeitige wirtschaftliche Lage tendenziell etwas besser. Diese Unterschiede in der Lageeinschätzung lassen sich seit Jahren beobachten.



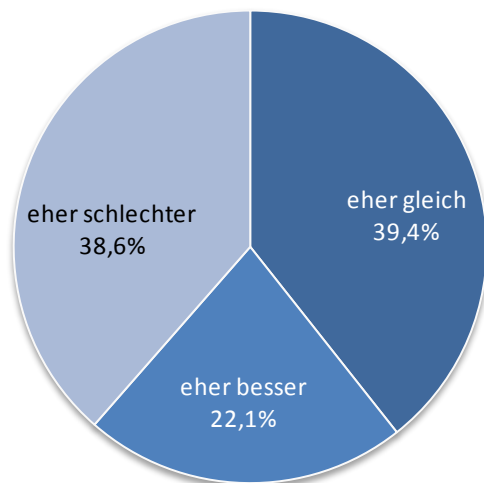
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 68: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses

7.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Abschließend sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren Erwartungen für das kommende Jahr 2014 äußern: Nur 22% erwarten eine Verbesserung, jedoch 39% der Krankenhäuser eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation (Abb. 69). Ähnlich wie im Vorjahr fallen die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser daher pessimistisch aus.

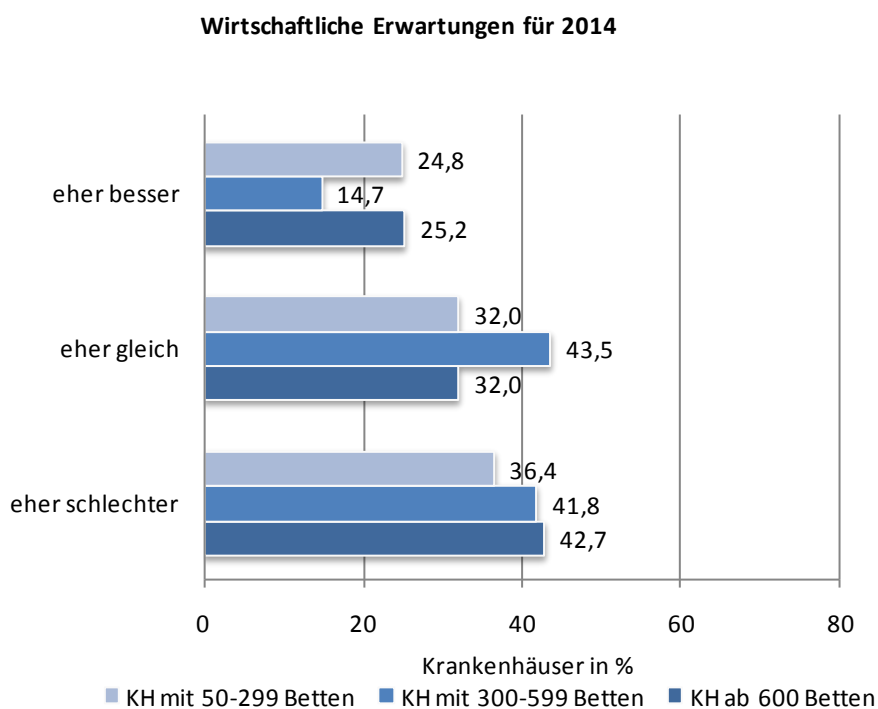
Erwartungen für das eigene Krankenhaus 2014



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 69: Erwartungen für das eigene Krankenhaus 2014

Nach Bettengrößenklassen differenziert fallen die Erwartungen in Häusern der unteren und oberen Bettengrößenklasse etwas besser aus als in den Krankenhäusern mittlerer Größe (Abb. 70). Einschränkend sei allerdings erwähnt, dass zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2013 das Maßnahmenpaket zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser in den Jahren 2013 und 2014 in Höhe von 1,1 Mrd. Euro - nach dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden - noch nicht verabschiedet war (Rau, 2013).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 70: Wirtschaftliche Erwartungen für 2014



Literaturverzeichnis

- Bergmann, Kienzle (2003): Krankenhaushaftung. Organisation, Schadensverhütung und Versicherung. 2. Auflage, Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft
- Bühren, A., Schoeller, A.E. (Hrsg.) (2010): Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Berlin : BÄK
- Blum, K., Löffert, S. (2010): Ärztemangel im Krankenhaus. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut. www.dki.de
- Blum, K. Offermanns, M.; Müller, U. (2004): Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und soziale Sicherung
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Erfolgsfaktor Familie (Hrsg.) (2013): Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus, Berlin: BMFSFJ
- Deutsches Krankenhausinstitut (2002 ff.): Krankenhaus Barometer. Düsseldorf [.www.dki.de](http://www.dki.de).
- Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (2003): Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern. Hamburg: LASI
- Rau, F. (2013): Kurzfristige Finanzhilfen für Krankenhäuser. *das Krankenhaus*, 105 (7), S. 685-690
- Statistisches Bundesamt (2013a). Verbraucherpreisindex für Deutschland. Wägungsschema für das Basisjahr 2010. Wiesbaden 2013
- Statistisches Bundesamt (2013b). Verbraucherpreisindizes für Deutschland. Jahresbericht 2012. Wiesbaden 2013
- Schlottfeldt, C., Herrmann, L. (2008): Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin: Erich Schmidt Verlag
- Walger, M., Molitor, M. (2003) Die geplante Änderung des Arbeitszeitgesetzes. *Das Krankenhaus*, 95 (11), S. 841-845 AZ