

KRANKENHAUS

BAROMETER

Umfrage 2014

Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

**DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT**



KRANKENHAUS BAROMETER 2014

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

Düsseldorf, November 2014



Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	4
1 PATIENTEN MIT WOHNSITZ IM AUSLAND	6
1.1 FALLZAHLEN UND FALLSTRUKTUR	7
1.2 VERSORGUNGS- UND PATIENTENSPEKTRUM	9
1.3 ERLÖSE	11
1.4 ABRECHNUNGSFORMEN	14
1.5 ABRECHNUNGSPROBLEME	15
1.6 SPEZIELLE ORGANISATIONSEINHEITEN	18
1.7 AKQUISESTRATEGIE	19
1.8 MAßNAHMEN ZUR AKQUISE AUSLÄNDISCHER PATIENTEN	21
1.9 SERVICELEISTUNGEN FÜR PATIENTEN MIT WOHNSITZ IM AUSLAND	23
2 ENERGIEVERSORGUNG IM KRANKENHAUS	26
2.1 STRATEGISCHES ENERGIEMANAGEMENT	26
2.2 ELEMENTE EINES SYSTEMATISCHEN ENERGIEMANAGEMENTS	28
2.3 CONTRACTING	31
2.4 GENUTZTE ENERGIEARTEN	34
2.5 ENERGIEVERBRAUCH	35
2.6 ENERGIEKOSTEN	38
2.7 EIGENERZEUGUNG	39
2.8 ENERGIEINVESTITIONEN	41
2.9 AUSWIRKUNGEN DES ENERGIEMANAGEMENTS	44
3 PFLEGEKRÄFTE MIT AKADEMISCHEM ABSCHLUSS	47
3.1 BEDARF AN AKADEMISIERTEN PFLEGEKRÄFTEN	48
3.2 ANZAHL DER AKADEMISIERTEN PFLEGEKRÄFTE	50
3.3 FACHBEREICHE	53
3.4 ARBEITSBEREICHE VON AKADEMISIERTEN PFLEGEKRÄFTEN	54
3.5 VERÄNDERUNGEN DURCH DEN EINSATZ VON AKADEMISIERTEN PFLEGEKRÄFTEN	56
3.6 AKZEPTANZ DER AKADEMISIERTEN PFLGKRÄFTE BEI IHREN KOLLEGEN	58
4 PATIENTENBEFRAGUNGEN IM KRANKENHAUS	61
4.1 VERBREITUNG VON PATIENTENBEFRAGUNGEN	61
4.2 UMSETZUNG UND ORGANISATION DER PATIENTENBEFRAGUNGEN	63
4.3 DURCHFÜHRUNG DER PATIENTENBEFRAGUNGEN	65

4.4	INANSPRUCHNAHME EXTERNER ANBIETER	70
4.5	ERGEBNISVERWERTUNG VON PATIENTENBEFRAGUNGEN	72
4.6	MÖGLICHE GRÜNDE FÜR DEN VERZICHT AUF PATIENTENBEFRAGUNGEN	77
5	GEBURTSHILFE.....	79
5.1	ANZAHL VON GEBURTSHILFEN UND GEBURTEN.....	79
5.2	STELLENBESETZUNGSPROBLEME IN DER GEBURTSHILFE.....	80
5.3	WIRTSCHAFTLICHE LAGE DER GEBURTSHILFEN	85
5.4	ZUKUNFT DER GEBURTSHILFLICHEN ABTEILUNGEN	89
5.5	GRÜNDE FÜR DIE SCHLIEßUNG VON GEBURTSHILFEN	94
6	NOTFALLEISTUNGEN DES KRANKENHAUSES	97
6.1	KRANKENHAUSLEISTUNGEN ZU UNGÜNSTIGEN ZEITEN.....	97
6.2	ORGANISATION DER NOTAUFNAHME.....	100
6.3	ÜBERNAHME WEITERER TÄTIGKEITEN WÄHREND DES DIENSTES IN DER NOTAUFNAHME	102
7	WIRTSCHAFTLICHE SITUATION DES KRANKENHAUSES	104
7.1	FINANZIERUNG VON NEUEN UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN (NUB)	104
7.2	JAHRESERGEBNIS 2013	107
7.3	ENTWICKLUNG DER JAHRESERGEBNISSE 2012/2013	109
7.4	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION	111
7.5	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN	113
8	LITERATURVERZEICHNIS	115





Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2014 vor.

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

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

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

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2014 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten in Deutschland, welche von März bis Juni 2014 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 284 Krankenhäuser.

¹ Vgl. für 2014 Weigand, A./Blum, K. (Hrsg.) (2014): Sanierung – Erkennen, Vorbeugen, Abwenden. 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 Patienten mit Wohnsitz im Ausland

Aufgrund des zunehmenden Kostendrucks und tendenzieller Belegungsrückgänge infolge sinkender Verweildauern kann es für Krankenhäuser lukrativ sein, Patienten aus dem Ausland zu behandeln. Für Krankenhäuser in Deutschland ist diese Patientenklientel vor allem aus zwei Gründen attraktiv: Zum einen können zusätzliche Fälle generiert werden über die im Budget vereinbarten Leistungsmengen hinaus. Zudem fallen bei dieser Klientel ggf. überdurchschnittliche Erlöse an, etwa aufgrund aufwendigerer DRGs oder von Wahl- oder Zusatzleistungen. Zum anderen kann die gezielte Behandlung von ausländischen Patienten zu Marketing- und Imagezwecken genutzt werden. Damit erhöht sich auch die Attraktivität eines Krankenhauses in der Bevölkerung am Standort.

Laut Statistischem Bundesamt gab es im Jahr 2012 in den deutschen Krankenhäusern rund 90.700 stationäre Patienten mit Wohnsitz im Ausland.² Bezogen auf die stationären Fälle in diesem Jahr entspricht dies einem Anteilswert von 0,5%. Von den 90.700 ausländischen Patienten insgesamt stammen 59% aus Staaten der Europäischen Union (v.a. Niederlande, Frankreich, Polen und Österreich), 20% aus anderen europäischen Staaten außerhalb der EU (insbesondere Russland und die Schweiz), 8% aus dem Nahen Osten und der Rest aus anderen Ländern oder Weltregionen.

Nach Bundesländern haben, bezogen auf die jeweiligen stationären Fallzahlen insgesamt, insbesondere Bayern, Baden-Württemberg, Berlin und das Saarland einen überproportionalen Anteil an stationären Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

² Sonderauswertung der „Diagnosedaten der Krankenhäuser“ (Statistisches Bundesamt, 2013b) durch das Statistische Bundesamt im Auftrag des DKI.

1.1 Fallzahlen und Fallstruktur

Wie sich die Fallzahlen und die Fallstruktur im Einzelnen auf die Stichprobenkrankenhäuser des *Krankenhaus Barometers* verteilen, wird im Folgenden dargestellt (Tab. 1).

Tab. 1: Verteilung der Fallzahlen und Fallstruktur bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland im Jahr 2013

Stationäre Fälle mit Wohnsitz im Ausland im Jahr 2013	Kranken-häuser gesamt	Kranken-häuser mit 50-299 Betten	Kranken-häuser mit 300-599 Betten	Krankenhäuser ab 600 Betten
Fälle je KH				
Mittelwert	79	45	96	195
Unteres Quartil	7	3	22	67
Median	28	12	43	136
Oberes Quartil	108	41	110	347
Davon: Elektivfälle in %				
Mittelwert	45,4 %	49,8 %	35,1 %	52,4 %
Unteres Quartil	0 %	0 %	0 %	1,5 %
Median	14,9 %	16 %	10,0 %	31,3 %
Oberes Quartil	70,0 %	84,9 %	30,0 %	72,4 %
Anteil an stationären Fällen gesamt in %				
Mittelwert	0,6 %	0,7 %	0,6 %	0,5 %
Unteres Quartil	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
Median	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
Oberes Quartil	0,7 %	0,7 %	0,7 %	0,9 %

Im Mittel hatten die Stichprobenkrankenhäuser im Jahr 2013 79 stationäre Patienten mit Wohnsitz im Ausland – bei allerdings sehr starker Streuung: So hatte ein Viertel der Häuser nur 7 Patienten oder weniger (unterer Quartilswert). Dabei handelt es sich mithin um Häuser, die überwiegend keine oder nur in Ausnahmefällen ausländische Patienten behandeln (mutmaßlich vor allem Notfälle, die sich zufällig im Einzugsgebiet aufhalten). Selbst der Median der Verteilung liegt mit 28 Fällen noch deutlich unterhalb des Mittelwertes. Dies belegt eine sehr asymmetrische Streuung bei dieser Patientenklientel.



D.h. ein großer Teil der Patienten mit Wohnsitz im Ausland konzentriert sich auf vergleichsweise wenige Häuser. Dementsprechend hat ein Viertel der Krankenhäuser 108 Fälle oder mehr (oberer Quartilswert).

Dabei handelt es sich überwiegend um größere Krankenhäuser, insofern die entsprechenden Fallzahlen mit steigender Krankenhausgröße zunehmen. So behandelten 2013 die Großkrankenhäuser ab 600 Betten im Mittel fast 195 Patienten mit Wohnsitz im Ausland. Selbst der Durchschnittswert der mittleren Bettengrößenklasse liegt mit rund 96 Fällen noch über dem Bundesdurchschnitt. In den kleineren Krankenhäusern fällt die Fallzahl ausländischer Patienten mit durchschnittlich 45 Patienten eher unterdurchschnittlich aus.

In einer weitergehenden Fragestellung sollten die Krankenhäuser angeben, wie hoch der Anteil der Elektivfälle, also der Anteil der Patienten ist, die eigens zum Zweck der stationären Behandlung nach Deutschland eingereist sind. Dieser Anteil der Elektivfälle lag 2013 bundesweit bei rund 45%. Dies bedeutet umgekehrt, dass es sich in der Mehrzahl von 55% aller Patienten mit Wohnsitz im Ausland um Akut- oder Notfälle handelte, die sich aus anderen, etwa aus privaten oder beruflichen Gründen, in Deutschland aufhielten.

Auch hier sind die Werte wiederum sehr ungleich verteilt: Ein Viertel der Häuser hatte überhaupt keine Elektivfälle (unterer Quartilswert), in einem weiteren Viertel lag der Anteil der Elektivpatienten bei mindestens 70% (oberer Quartilswert).

Nach Bettengrößenklassen ist der Anteil der Elektivpatienten unter den ausländischen Patienten mit jeweils rund 50% in kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten und den größeren Krankenhäusern ab 600 Betten deutlich höher als in der mittleren Bettengrößenklasse mit 35%.

Der Anteil der Patienten mit Wohnsitz im Ausland an den stationären Fallzahlen insgesamt lag im Jahr 2013 bei den Stichprobenkrankenhäusern bei 0,6%. Auch die Quartilswerte liegen ausnahmslos unter einem Prozent. So lag der Anteil der ausländischen Patienten in einem Viertel der Krankenhäuser unter 0,2%. In jeweils der Hälfte der Krankenhäuser lag der entsprechende Anteils-

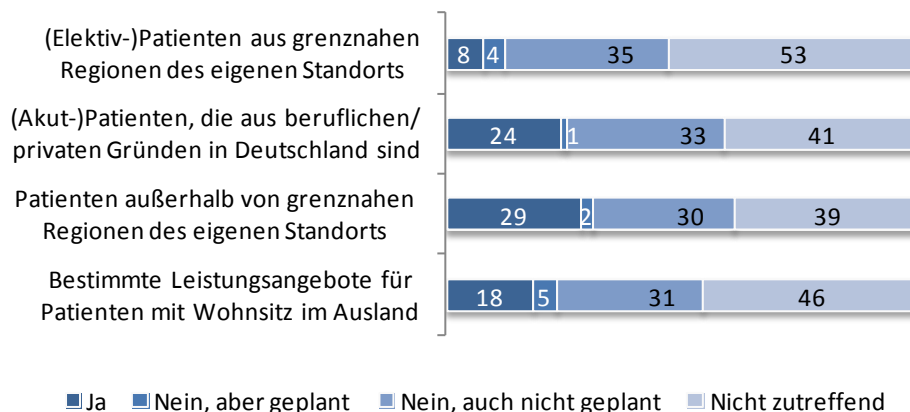
wert unter bzw. über 0,3%. Ein Viertel der Krankenhäuser hatte 0,7% ausländische Patienten oder mehr. Weitergehende Auswertungen zeigen, dass nur 18% der Krankenhäuser einen Anteilswert für Patienten mit Wohnsitz im Ausland von mindestens 1% und 8% der Häuser einen Anteilswert von 2% oder mehr aufweisen.

Nach Krankenhausgröße sind die Unterschiede zwischen den Bettengrößenklassen relativ gering. Tendenziell haben die großen Krankenhäuser ab 600 Betten etwas höhere Anteilswerte für ausländische Patienten als kleinere Einrichtungen.

1.2 Versorgungs- und Patientenspektrum

Mit Blick auf die stationären Patienten mit Wohnsitz im Ausland sollten die Krankenhäuser angeben, inwieweit sie bei dieser Patientenklientel auf ein bestimmtes Versorgungs- oder Patientenspektrum ausgerichtet sind. Die Antworten können im Einzelnen der Abb. 1 entnommen werden.

Ausrichtung auf bestimmtes Versorgungs-/ Patientenspektrum bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Ausrichtung auf bestimmtes Versorgungs-/Patientenspektrum bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland



Die Versorgung von (Elektiv-)Patienten aus grenznahen Regionen beschränkt sich aus naheliegenden Gründen auf grenznahe Krankenhausstandorte. Demnach sind nur 8% der Krankenhäuser insgesamt auf Patienten aus grenznahen Regionen ausgerichtet. Schon aus geografischen Gründen planen auch vergleichsweise wenige Häuser (4%), sich künftig stärker auf Patienten jenseits der Landesgrenze zu fokussieren.

29% der Krankenhäuser richten ihr Versorgungsspektrum an (Elektiv-)Patienten außerhalb von grenznahen Regionen ihres Standortes aus. Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier insbesondere Russland sowie der arabische Raum bzw. Staaten des Nahen Ostens angeführt. Die übrigen Krankenhäuser planen größtenteils nicht, sich künftig stärker strategisch an dieser Patientenklientel zu orientieren.

Einen weiteren Versorgungsschwerpunkt bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland bilden (Akut-)Patienten, die sich aus privaten oder beruflichen Gründen in Deutschland aufhalten (z.B. in Urlaubs- oder Ballungsgebieten). Etwa jedes vierte Krankenhaus (24%) behandelt regelmäßig Patienten aus dieser Gruppe. Infolge der geografischen Konzentration bei diesen Patienten ist diese Klientel für die übrigen Krankenhäuser nicht von strategischer Relevanz.

Bestimmte Leistungsangebote für Patienten mit Wohnsitz im Ausland offerieren 18% der Krankenhäuser. Weitere 5% planen entsprechende Leistungsangebote. Im Rahmen einer offenen Frage führten die Befragungsteilnehmer hier als Leistungsschwerpunkte insbesondere die Orthopädie (v.a. Endoprothetik), die plastische Chirurgie, die Onkologie und die Kardiologie an.

Nach Bettengrößenklassen gab es keine systematischen Zusammenhänge zwischen der Krankenhausgröße und dem Versorgungs- oder Patientenspektrum bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland (Ergebnisse nicht dargestellt).

1.3 Erlöse

Für das Jahr 2013 sollten die Krankenhäuser die Erlöse für stationäre Patienten mit Wohnsitz im Ausland quantifizieren. Wegen möglicher Abrechnungsprobleme bei dieser Patientenklientel war hier zwischen Erlösforderungen und tatsächlich realisierten Erlösen zu unterscheiden. Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich nur auf die Krankenhäuser mit stationären Patienten mit Wohnsitz im Ausland im Jahr 2013. In den Auswertungen wird zwischen Krankenhaus- und fallbezogenen Erlösen unterschieden. Tab. 2 zeigt zunächst die krankenhausbearbeiteten Gesamterlöse.

Tab. 2: Krankenhausbezogene Gesamterlöse für Patienten mit Wohnsitz im Ausland im Jahr 2013

Erlöse für ausländische Patienten im Jahr 2013	Krankenhäuser gesamt	Krankenhäuser mit 50-299 Betten	Krankenhäuser mit 300-599 Betten	Krankenhäuser ab 600 Betten
Erlösforderungen je KH in €				
Mittelwert	355.609	144.704	357.429	1.265.883
Unteres Quartil	21.161	9.883	45.609	120.769
Median	94.127	43.683	101.021	656.355
Oberes Quartil	331.720	173.828	388.399	1.912.794
Realisierte Erlöse je KH in €				
Mittelwert	321.163	137.326	314.394	1.134.156
Unteres Quartil	17.505	9.454	43.487	90.567
Median	86.914	40.170	94.992	624.758
Oberes Quartil	289.611	173.828	273.860	1.730.264
Anteil der Erlösforderungen an Gesamterlösen in %				
Mittelwert	0,7%	0,7%	0,6%	0,9%
Unteres Quartil	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Median	0,4%	0,5%	0,2%	0,6%
Oberes Quartil	0,8%	1,1%	0,6%	1,1%

Bei den genannten Häusern lagen die Erlösforderungen für stationäre Patienten mit Wohnsitz im Ausland 2013 im Mittel bei 355,6 Tsd. Euro. Allerdings ist



dieser Durchschnittswert erheblich durch Häuser mit überproportionalen Erlösen beeinflusst. Betrachtet man die verteilungsfreien Kennwerte, ergibt sich ein differenzierteres Bild: So liegt der Median der Verteilung nur bei 94,1 Tsd. Euro. Der untere Quartilswert beträgt 21,2 Tsd. Euro und der obere Quartilswert 331,7 Tsd. Euro. Der Mittelwert liegt also noch über dem oberen Quartilswert. Absolut hohe Erlösforderungen weist insofern nur eine Minderheit von Krankenhäusern auf.

Die tatsächlich realisierten Erlöse für Patienten mit Wohnsitz im Ausland waren im Jahr 2013 mit durchschnittlich 321,1 Tsd. Euro je Krankenhaus niedriger als die durchschnittlichen Erlösforderungen. Dies ist in erster Linie Folge von Zahlungsausfällen und Zahlungsverzögerungen bei dieser Patientenklientel (vgl. Kap. 1.5).

Der untere Tabellenteil zeigt den Anteil der Erlösforderungen aus der Behandlung von Patienten mit Wohnsitz im Ausland an den stationären Gesamterlösen je Krankenhaus.³

Im Mittel lag der Anteil der entsprechenden Erlöse 2013 bei 0,7% und der Median bei 0,4%. Weitergehende Analysen zeigen, dass nur 20% der Krankenhäuser, die im Jahr 2013 ausländische Patienten behandelt haben, einen Anteilswert von mindestens 1% und nur 5% dieser Häuser einen Anteilswert von 2% oder mehr erzielt haben.

Verglichen mit dem durchschnittlichen Anteil der Patienten aus dem Ausland von 0,6% fällt der entsprechende Erlösanteil damit, wenngleich geringfügig, höher aus. Dies ist Folge der überdurchschnittlichen Erlöse bei dieser Patientenklientel, wie die fallbezogenen Auswertungen zeigen (Tab. 3):

Fallbezogen lagen die Erlösforderungen pro stationärem Patienten mit Wohnsitz im Ausland bei gut 4.500 Euro. Leistungen bei dieser Patientenklientel

³ Wegen absolut geringer Differenzen wird hier auf die Trennung nach Erlösforderungen und realisierten Erlösen verzichtet.

fokussieren insofern überproportional höherpreisige DRGs, wenn man die Landesbasisfallwerte als Vergleichsmaßstab heranzieht.

Allerdings sind auch die fallbezogenen Werte erheblich durch deutlich überdurchschnittliche Fallerlöse beeinflusst. Denn der Median der Verteilung entspricht mit 3.000 Euro näherungsweise dem Durchschnitt der Landesbasisfallwerte. Ein Viertel der Häuser realisiert aber auch durchschnittliche Erlöse pro Fall von 5.000 Euro oder mehr (oberer Quartilswert), in einem weiteren Viertel liegen die durchschnittlichen Erlöse bei 2.139 Euro oder weniger.

Tab. 3: Fallbezogene Erlösforderungen bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland im Jahr 2013

Erlöse für ausländische Patienten im Jahr 2013	Krankenhäuser gesamt	Krankenhäuser mit 50-299 Betten	Krankenhäuser mit 300-599 Betten	Krankenhäuser ab 600 Betten
Erlösforderungen je Patient in €				
Mittelwert	4.503	4.601	4.244	4.691
Unteres Quartil	2.139	2.000	2.126	2.961
Median	3.000	3.000	3.063	3.981
Oberes Quartil	5.000	5.523	4.597	5.515
Realisierte Erlöse je Patient in €				
Mittelwert	4.084	4.257	3.806	3.990
Unteres Quartil	1.901	1.933	1.850	2.501
Median	2.991	2.791	2.714	3.486
Oberes Quartil	4.282	5.000	3.786	5.295
Anteil realisierter Erlöse an Erlösforderungen in %				
Mittelwert	90,3 %	92,6 %	89,3 %	82,6 %
Unteres Quartil	85,7 %	94,2 %	81,9 %	83,8 %
Median	99,4 %	100 %	96,8 %	92,0 %
Oberes Quartil	100 %	100 %	100 %	97,9 %

Die realisierten Erlöse pro Fall bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland sind mit durchschnittlich 4.084 Euro wiederum kleiner als die durchschnittlichen Erlösforderungen.



Im Durchschnitt konnten die Krankenhäuser für das Jahr 2013 bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland nur gut 90% der Erlösforderungen realisieren.⁴ Was Zahlungsausfälle bei Patienten aus dem Ausland angeht, fällt die Streuung vergleichsweise gering aus. Der Median der Verteilung liegt über 99%. D.h., die Hälfte der betroffenen Krankenhäuser konnte die entsprechenden Erlöse faktisch vollständig realisieren. Bei einem Viertel der Häuser konnten allerdings weniger als 86% der Erlösforderungen realisiert werden.

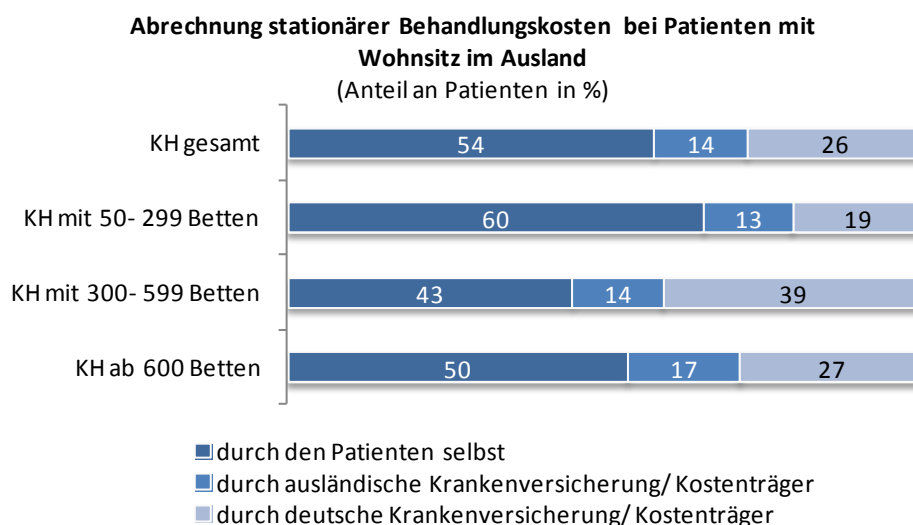
Die Ergebnisse nach Bettengrößenklassen können im Einzelnen der Tab. 3 entnommen werden. Hervorzuheben sind hier vor allem zwei Sachverhalte: Zum einen fallen die fallbezogenen Erlösforderungen in der mittleren Bettengrößenklasse mit durchschnittlich 4.244 Euro niedriger aus als in der unteren und oberen Größenklasse mit jeweils über 4.600 Euro. Zum anderen ist der Anteil der realisierten Erlöse an den Erlösforderungen in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten mit 83% niedriger als in den kleineren Einrichtungen mit jeweils rund 90%.

1.4 Abrechnungsformen

Für Patienten mit Wohnsitz im Ausland sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie 2013 in ihrem Krankenhaus bei dieser Patientenklientel die Behandlungskosten abgerechnet wurden. Die Ergebnisse waren in Prozentangaben zu machen (vgl. Abb. 2).

Am häufigsten wurden die Behandlungskosten durch die Patienten selbst abgerechnet (als Selbstzahler oder per Vorkasse). Dies war bei mehr als jedem zweiten Patienten mit Wohnsitz im Ausland der Fall (54%).

⁴ Erhebungsstand: Frühjahr 2014



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 2: Abrechnung stationärer Behandlungskosten bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland

Eine Abrechnung der Behandlungskosten durch deutsche Krankenversicherungen oder Kostenträger erfolgte bei 26% der Patienten und eine Abrechnung durch ausländische Krankenversicherungen oder Kostenträger bei 14% der Patienten mit ausländischem Wohnsitz. Der Rest entfällt auf sonstige Abrechnungsformen, beispielsweise über ausländische Botschaften bzw. Konsulate in Deutschland oder Hilfsorganisationen.

Die Abrechnung durch den Patienten selbst fällt mit 60% in kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten merklich größer aus als in Krankenhäusern der mittleren Bettengrößenklasse (43%) und in großen Krankenhäusern (50%). Umgekehrt übernehmen deutsche oder ausländische Krankenversicherungen oder Kostenträger hier überproportional die Behandlungskosten von Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

1.5 Abrechnungsprobleme

Mehr als jedes zweite Krankenhaus (54%), das im Jahr 2013 Patienten mit Wohnsitz im Ausland behandelt hat, berichtet von Abrechnungsproblemen bei

dieser Patientenklientel (Abb. 3). Von den entsprechenden Abrechnungsproblemen sind größere Krankenhäuser ab 600 Betten (78%) und Krankenhäuser mit 300-599 Betten (68%) deutlich stärker betroffen als die kleineren Krankenhäuser unter 300 Betten (41%).

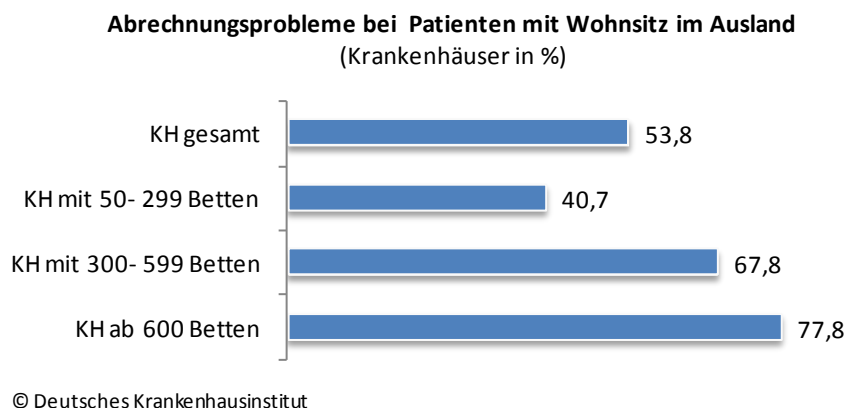


Abb. 3: Abrechnungsprobleme bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland

Im Schnitt führten diese Krankenhäuser bei etwa jedem vierten Patienten mit Wohnsitz im Ausland Abrechnungsprobleme an. Hier waren die kleineren Einrichtungen unter 300 Betten (31%) überproportional betroffen und die Häuser in der mittleren Größenklasse unterproportional (22%), während der Wert für die Großkrankenhäuser ab 600 Betten in etwa dem Bundesdurchschnitt entsprach (Abb. 4).

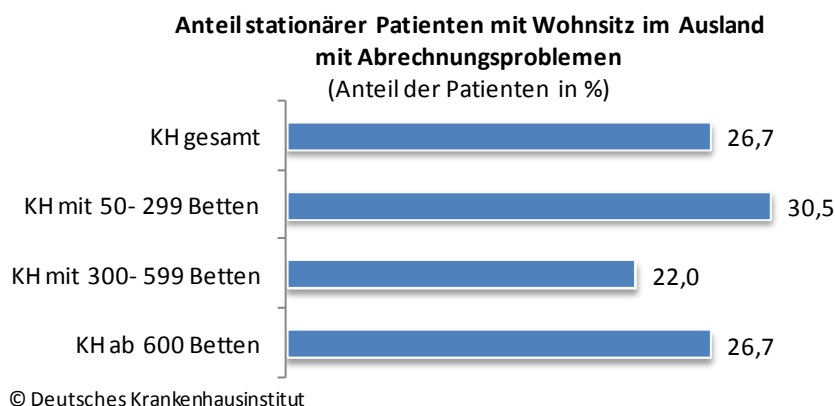
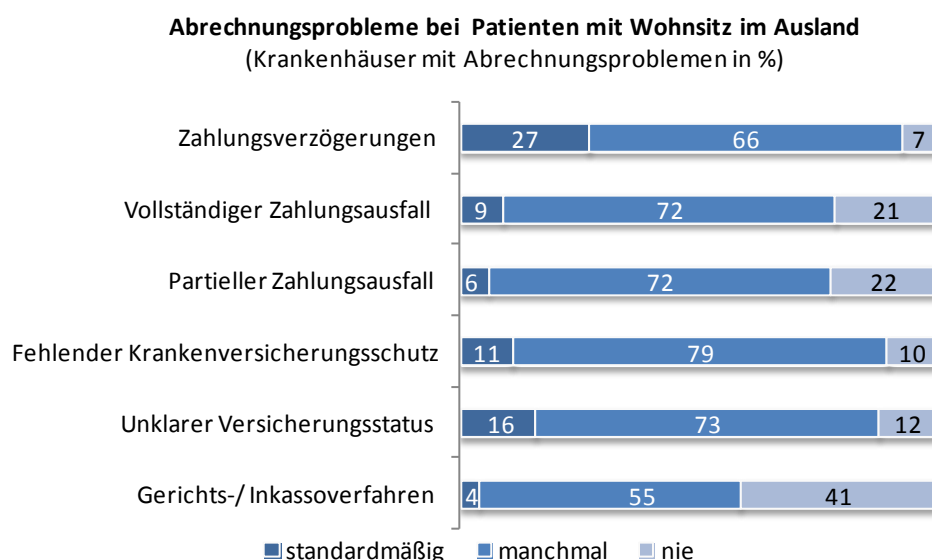


Abb. 4: Anteil stationärer Patienten mit Wohnsitz im Ausland mit Abrechnungsproblemen

Über die Art der Abrechnungsprobleme informiert Abb. 5: Das häufigste Abrechnungsproblem bei ausländischen Patienten stellten Zahlungsverzögerungen dar. Fast alle Krankenhäuser mit Abrechnungsproblemen waren im Jahr 2013 davon manchmal (66%) oder standardmäßig betroffen (27%).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Abrechnungsprobleme bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland

Ein weiteres Problem bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland bildete deren Versicherungsstatus, sei es, dass sie keinen (umfassenden) Krankenversicherungsschutz haben oder ihr Versicherungsstatus unklar ist. In jeweils rund 90% der genannten Krankenhäuser tauchten diese Probleme manchmal oder standardmäßig auf.

Vollständige oder partielle Zahlungsausfälle bei Patienten mit ausländischem Wohnsitz gab es manchmal in jeweils 72% der Krankenhäuser mit Abrechnungsproblemen. Regelmäßige Zahlungsausfälle kamen in jeweils rund 20% der Einrichtungen vor.

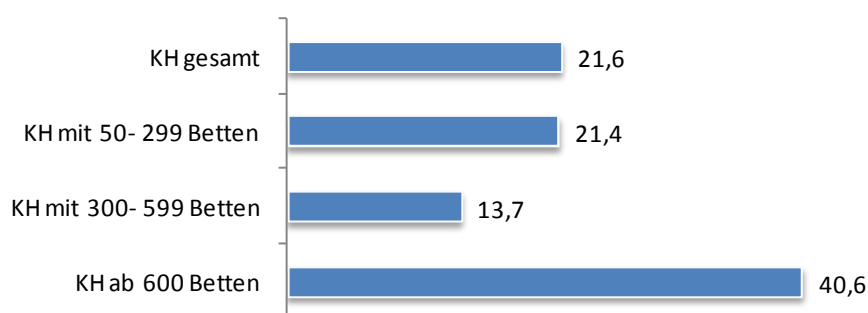
Darüber hinaus kam es in mehr als jedem zweiten Krankenhaus mit Abrechnungsproblemen (55%) gelegentlich zu Gerichts- oder Inkassoverfahren bei säumigen Zahlern. 41% der Einrichtungen haben jedoch 2013 keine Verfahren eingeleitet.

Von Zahlungsverzögerungen und Zahlungsausfällen sowie von Patienten mit unzureichendem oder unklarem Versicherungsstatus waren kleinere Krankenhäuser unter 300 Betten tendenziell stärker betroffen als größere Einrichtungen (Ergebnisse nicht dargestellt).

1.6 Spezielle Organisationseinheiten

Die strategische Relevanz von Patienten mit Wohnsitz im Ausland lässt sich auch daran ablesen, dass ein Krankenhaus eine spezielle Organisationseinheit oder Stelle vorhält, die vor allem für die Akquise und/oder die Behandlungsorganisation von Patienten mit Wohnsitz im Ausland zuständig ist. Aktuell gibt es in gut einem Fünftel (22%) der Krankenhäuser entsprechende Organisationseinheiten oder Stellen. Diese sind in größeren Krankenhäusern mit 41% merklich überrepräsentiert (Abb. 6).

Spezielle Organisationseinheit/Stelle für Akquise/Behandlungsorganisation von Patienten mit Wohnsitz im Ausland
(Krankenhäuser in %)

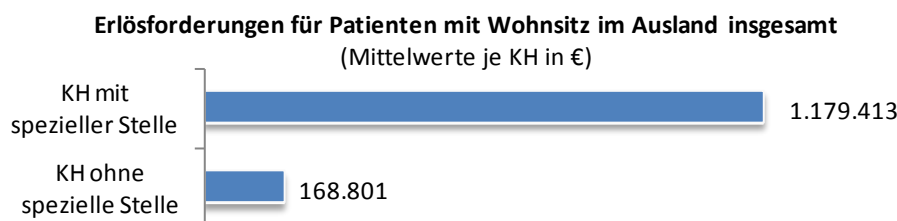


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Spezielle Organisationseinheiten / Stelle für die Akquise / Behandlungsorganisation von Patienten mit Wohnsitz im Ausland

Im Rahmen einer offenen Frage sollten die jeweiligen Befragungsteilnehmer die speziellen Organisationseinheiten oder Stellen benennen: Hier wurden zum einen Organisationseinheiten mit entsprechender Spezialisierung oder Aufgabenfokussierung angeführt, z.B. International Office, International Department, Internationaler Patientenservice, Internationales Patientenmanagement o.ä. Zum anderen sind diese Funktionen in der Regel bereits vorhandenen Organisationseinheiten zugeordnet, wie dem Medizincontrolling, dem Casemanagement, der Öffentlichkeitsarbeit, der Patientenaufnahme bzw. Patientenverwaltung oder den Chefarztsekretariaten.

Krankenhäuser mit einer speziellen Organisationseinheit oder Stelle für die Akquise und/oder die Behandlungsorganisation von Patienten mit Wohnsitz im Ausland haben deutlich höhere Fallzahlen und Erlöse bei dieser Klientel (Abb. 7). So ist ihre Fallzahl bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland mit durchschnittlich 155 Patienten mehr als dreimal so hoch wie in den übrigen Häusern (47 Fälle): Die entsprechenden Erlöse fallen mit rund 1,2 Mio. Euro sogar etwa siebenmal höher aus als in Einrichtungen ohne eine entsprechende Organisationseinheit oder Stelle (im Mittel 169 Tsd. Euro).



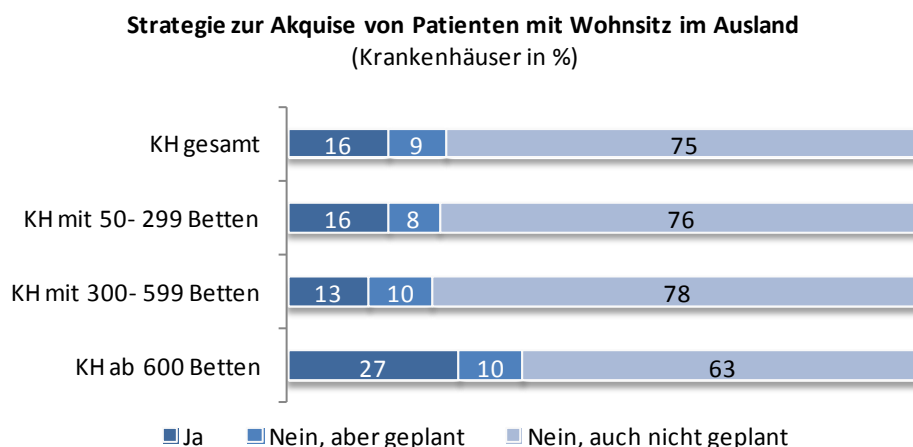
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Erlösforderungen für Patienten mit Wohnsitz im Ausland insgesamt – Krankenhäuser mit und ohne spezieller Organisationseinheit

1.7 Akquisestrategie

Die gelegentliche oder auch regelmäßige Behandlung von Elektiv- oder Akutpatienten mit Wohnsitz im Ausland bedeutet nicht zwangsläufig, dass ein Krankenhaus strategisch auf diese Patienten Klientel ausgerichtet ist. Deswegen wurden die Befragungsteilnehmer gefragt, ob es in ihrem Krankenhaus eine Strategie zur Akquise von Patienten mit Wohnsitz im Ausland gibt.

Derzeit hat rund ein Sechstel (16%) der Allgemeinkrankenhäuser eine explizite Strategie zur Akquise ausländischer Patienten. Größere Einrichtungen ab 600 Betten sind diesbezüglich mit 27% im Vergleich zu kleineren Krankenhäusern überrepräsentiert (Abb. 8).

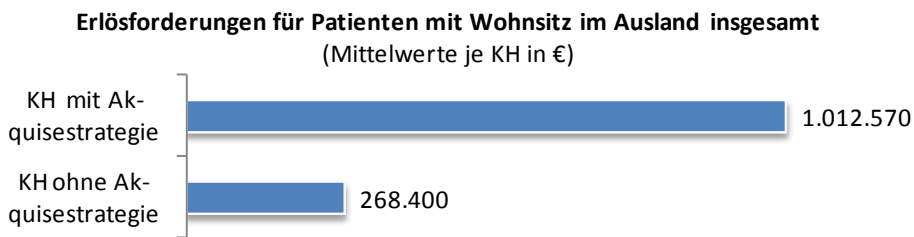


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Strategie zur Akquise von Patienten mit Wohnsitz im Ausland

Weitere 9% der Befragungsteilnehmer planen künftig, sich stärker strategisch auf diese Patientenklientel auszurichten. In dieser Hinsicht gibt es nur geringfügige Unterschiede zwischen den Bettengrößenklassen.

Krankenhäuser mit einer Strategie zur Akquise von Patienten mit Wohnsitz im Ausland haben deutlich höhere Fallzahlen und Erlöse bei dieser Klientel (Abb. 9). So ist ihre Fallzahl bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland mit durchschnittlich 121 Patienten mehr als doppelt so hoch wie in den übrigen Häusern (56 Fälle): Die entsprechenden Erlöse fallen mit gut 1 Mio. Euro sogar fast viermal höher aus als in Einrichtungen ohne eine Strategie zur Akquise von Patienten mit Wohnsitz im Ausland (im Mittel 268 Tsd. Euro).



© Deutsches Krankenhausinstitut

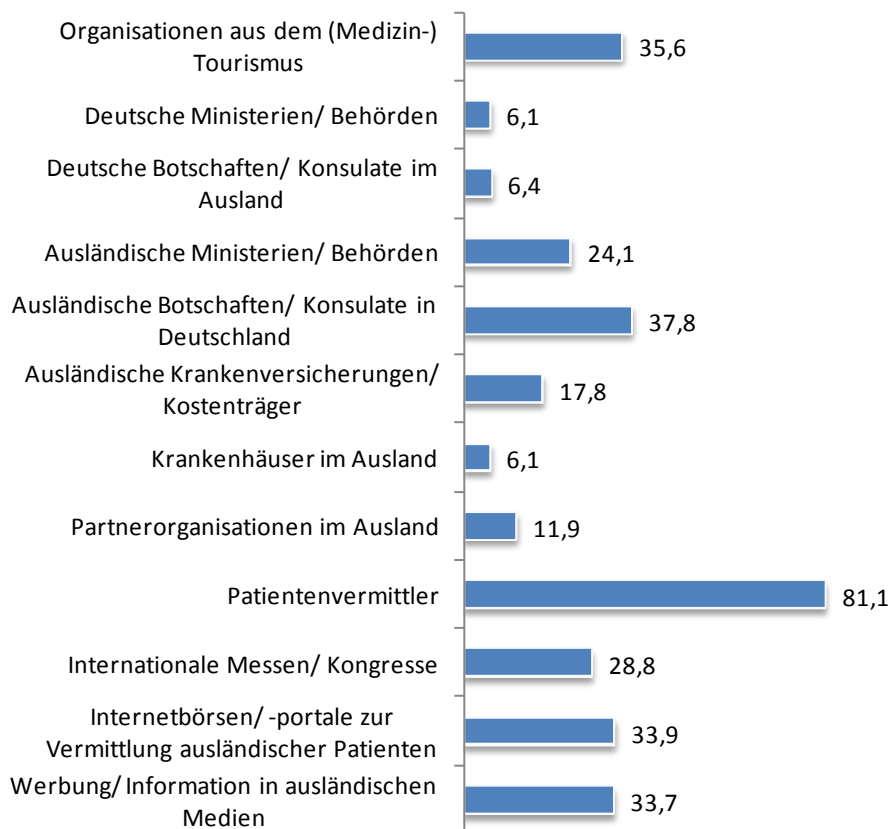
Abb. 9: Erlösforderungen für Patienten mit Wohnsitz im Ausland insgesamt – Krankenhäuser mit und ohne Akquisestrategie

1.8 Maßnahmen zur Akquise ausländischer Patienten

Diejenigen Krankenhäuser, welche eine Strategie zur Akquise von Patienten mit Wohnsitz im Ausland haben (vgl. Kap. 1.7), sollten die Organisationen oder Maßnahmen benennen, die sie dafür nutzen. Im Folgenden beziehen sich die Prozentangaben also nur auf das Sechstel der Krankenhäuser, welche über eine einschlägige Strategie verfügt (Abb. 10).

Das mit Abstand am häufigsten benutzte Instrument bildet die Einschaltung von Patientenvermittlern. Vier von fünf Krankenhäusern (81%) mit strategischem Fokus auf Patienten mit Wohnsitz im Ausland setzen einzelne Personen oder Unternehmen ein, die Patienten aus dem Ausland vermitteln oder Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Akquisition und Betreuung internationaler Patienten übernehmen. Darüber hinaus nutzt jeweils gut ein Drittel der besagten Krankenhäuser Internetbörsen oder Internetportale zur Vermittlung ausländischer Patienten oder Organisationen aus dem Bereich des (Medizin-)Tourismus.

Genutzte Maßnahmen und Organisationen zur Akquise von Patienten mit Wohnsitz im Ausland
(Krankenhäuser mit Akquisestrategie in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 10: Genutzte Maßnahmen und Organisationen zur Akquise von Patienten mit Wohnsitz im Ausland

Ebenfalls ein Drittel dieser Krankenhäuser setzt auf Werbung und Information in ausländischen Medien. 29% der Einrichtungen nutzen internationale Messen oder Kongresse, um auf Angebote speziell für Patienten aus dem Ausland aufmerksam zu machen.

Eine weitere Möglichkeit der Patientenakquise besteht in der Kooperation mit staatlichen Organisationen aus dem In- oder Ausland: 38% der Krankenhäuser mit strategischem Fokus auf Patienten aus dem Ausland arbeiten zu diesem Zweck mit ausländischen Botschaften oder Konsulaten in Deutschland



zusammen. Weitere 24% kooperieren mit ausländischen Ministerien oder Behörden. Eine Zusammenarbeit mit deutschen Einrichtungen findet dagegen vergleichsweise selten statt. Jeweils nur 6% der Krankenhäuser kooperieren mit deutschen Ministerien oder Behörden im Inland bzw. deutschen Botschaften oder Konsulaten im Ausland.

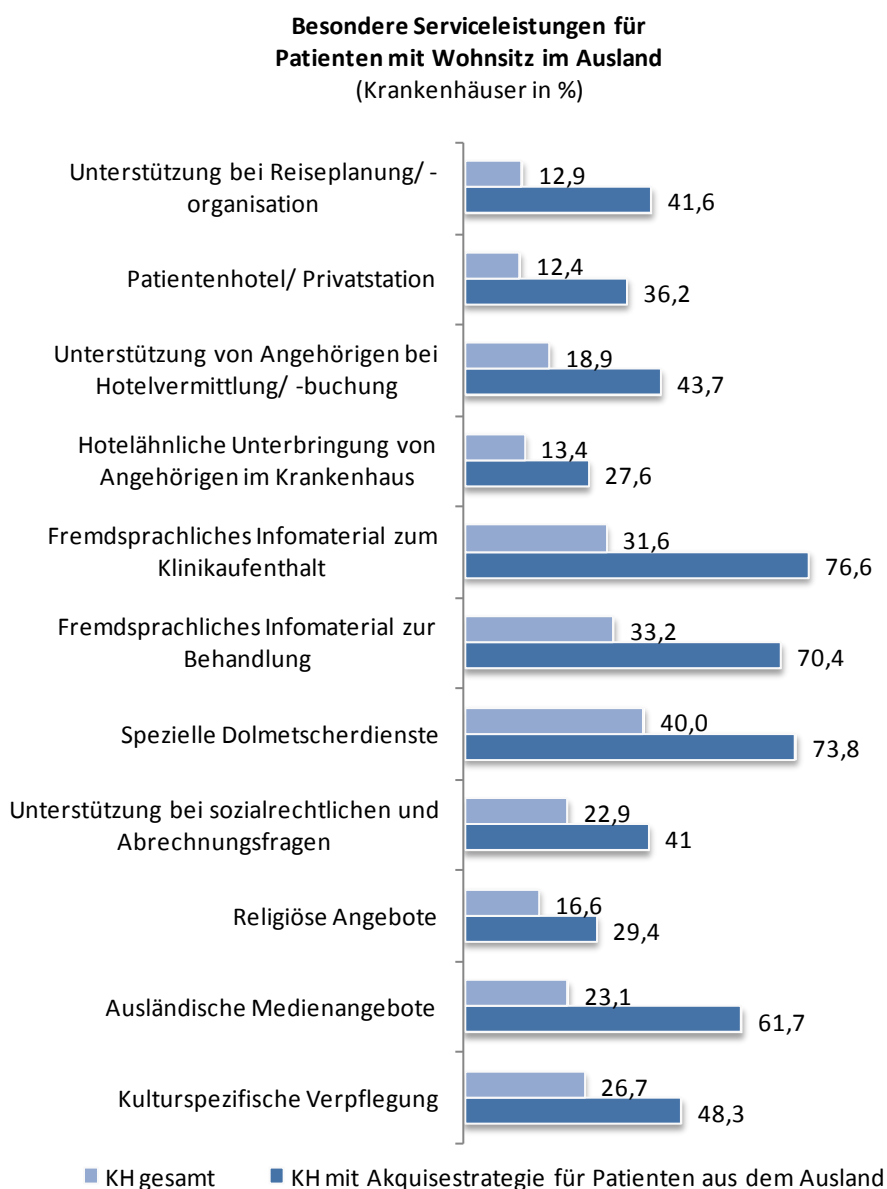
In absteigender Reihenfolge bilden ausländische Krankenversicherungen oder andere Kostenträger (18%), Partnerorganisationen wie Vereine oder Verbände im Ausland (12%) sowie Krankenhäuser im Ausland (6%) Partner zur Akquise von Patienten mit Wohnsitz im Ausland. Zu den sonstigen Organisationen oder Maßnahmen zählen beispielsweise fremdsprachliche Internetseiten, eine klinikeigene Vertriebsfunktion für Patienten mit Wohnsitz im Ausland oder die Nutzung persönlicher Kontakte von ausländischen Krankenhausärzten, die in deutschen Krankenhäusern arbeiten.

Entsprechend ihrer stärkeren strategischen Ausrichtung auf Patienten mit Wohnsitz im Ausland werden die meisten erhobenen Maßnahmen zur Patientenakquise überproportional von den größeren Krankenhäusern ab 600 Betten genutzt (Ergebnisse nicht dargestellt).

1.9 Serviceleistungen für Patienten mit Wohnsitz im Ausland

Mit Blick auf die Patientenorientierung speziell bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland erscheint es sinnvoll, besondere Serviceleistungen für diesen Patientenkontext zu offerieren. Im *Krankenhaus Barometer* sollten die Befragungsteilnehmer daher angeben, inwieweit ihr Leistungsangebot bereits darauf ausgerichtet ist. Die Ergebnisse können im Einzelnen der Abb. 11 entnommen werden.

Schwerpunkt der Serviceleistungen bilden demnach vor allem Sprachangebote: So offerieren 40% der Krankenhäuser ihren Patienten aus dem Ausland spezielle Dolmetscherdienste. Jeweils rund ein Drittel der Einrichtungen hält fremdsprachliche Informationsmaterialien zum Klinikaufenthalt bzw. zur Behandlung vor.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 11: Besondere Serviceleistungen für Patienten mit Wohnsitz im Ausland

Eine kulturspezifische Verpflegung oder ausländische Medienangebote offeriert jeweils rund ein Viertel der Krankenhäuser ihren Patienten aus dem Ausland.



Patienten, die eigens zum Zweck der Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisen, erhalten in 13% der Krankenhäuser Unterstützung bei der Reiseplanung und Reiseorganisation. Spezielle Patientenhotels, Privatstationen o.ä. stehen Patienten mit Wohnsitz im Ausland in 12% der Einrichtungen zur Verfügung.

Auch die Angehörigen von Patienten mit Wohnsitz im Ausland erhalten Unterstützung. 19% der Krankenhäuser bieten Unterstützung von Angehörigen bei der Hotelvermittlung oder Hotelbuchung an. Hotelähnliche Unterbringungsmöglichkeiten von Angehörigen der Patienten im Krankenhaus gibt es in 13% der Krankenhäuser.

Einstweilen bieten also noch vergleichsweise wenige Krankenhäuser besondere Serviceleistungen für Patienten mit Wohnsitz im Ausland an. Dies ist angesichts der geringen Fallzahlen bzw. Erlösanteile bei dieser Klientel im Grundsatz nachvollziehbar. Ein differenzierteres Bild ergibt sich, wenn man nur die Krankenhäuser betrachtet, die eine explizite Strategie zur Akquise von Patienten mit Wohnsitz im Ausland anführten (vgl. Kap. 1.7).

Hier verfügen schon jeweils mehr als 70% dieser Einrichtungen über fremdsprachliche Informationsmaterialien zum Klinikaufenthalt oder zur Behandlung sowie spezielle Dolmetscherdienste für Patienten mit Wohnsitz im Ausland. Jeweils mehr als 40% offerieren den Patienten Unterstützung bei der Reiseplanung und Reiseorganisation sowie ihren Angehörigen bei der Hotelvermittlung und Hotelbuchung.

36% dieser Krankenhäuser bieten Patientenhotels oder Privatstationen mit besonderem Service. Darüber hinaus ist in 28% der Häuser eine hotelähnliche Unterbringung von Angehörigen im Krankenhaus möglich. Auch ausländische Medienangebote, religiöse Angebote sowie eine kulturspezifische Verpflegung sind in diesen Häusern, verglichen mit dem Bundesdurchschnitt, überproportional verbreitet.

2 Energieversorgung im Krankenhaus

2.1 Strategisches Energiemanagement

Angesichts zunehmender Energiekosten und Umweltstandards gewinnt das Energiemanagement zusehends an Bedeutung. Mit dem diesjährigen *Krankenhaus Barometer* erfolgt daher erstmalig eine repräsentative Bestandsaufnahme zur Energieversorgung in deutschen Krankenhäusern.

Einleitend sollten die Befragungsteilnehmer angeben, ob sie über eine Unternehmensstrategie zur Energieversorgung bzw. ein systematisches strategisches Energiemanagement verfügen. Ein strategisches Energiemanagement liegt vor, wenn die Energieversorgung zielorientiert und der Prozess des Energiemanagements standardisiert im Sinne bestimmter Prozesselemente und Maßnahmen erfolgt. Die Verbreitung maßgeblicher Aspekte oder Prozesselemente eines strategischen Energiemanagements können im Einzelnen der Abb. 12 entnommen werden.

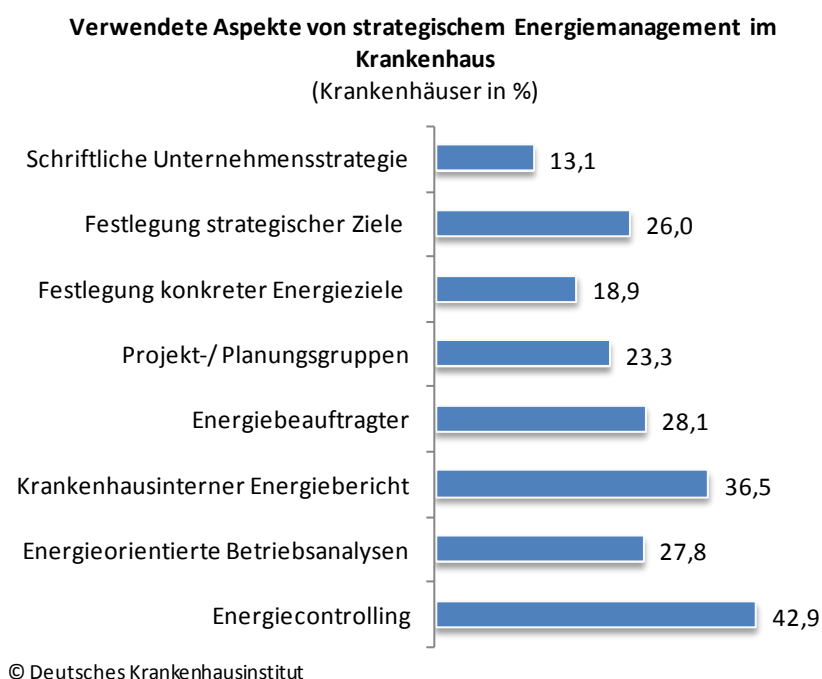


Abb. 12: Verwendete Aspekte von strategischem Energiemanagement im Krankenhaus



Zunächst gilt es für ein Krankenhaus, seine Unternehmensstrategie oder Energiepolitik zu formulieren. Sie dient dazu, die Unternehmensphilosophie und wesentliche strategische Prinzipien der Energieversorgung im Krankenhaus festzulegen (Tippkötter/Schüwer, 2003). Über eine ausgearbeitete schriftliche Unternehmensstrategie zur Energieversorgung in diesem Sinne verfügen aktuell erst 13% der Krankenhäuser.

Mit Blick auf die Zielplanung bei der Energieversorgung ist zwischen der strategischen und der operativen Zielplanung zu unterscheiden. Die Festlegung strategischer Ziele für die Energieversorgung, also die grundlegende und längerfristige Ausrichtung der Energiepolitik des Krankenhauses, erfolgt derzeit in 26% der Krankenhäuser. Eine operative Zielplanung, sprich die Festlegung konkreter oder messbarer Energieziele, findet in 19% der Einrichtungen statt.

Integraler Bestandteil des strategischen Energiemanagements ist die Festlegung klarer Verantwortlichkeiten für die Planung, Begleitung und Überprüfung des Energiemanagements. Entsprechende Verantwortlichkeiten können bestimmten Funktionen bzw. Personen oder bestimmten Gremien zugeordnet sein. Über eine zentrale Projekt- oder Planungsgruppe für die Energieversorgung verfügen aktuell 23% der Krankenhäuser. 28% der Einrichtungen haben einen Energiebeauftragten mit spezifischem Aufgabenprofil.

Eine energieorientierte Betriebsanalyse führen derzeit 28% der Krankenhäuser durch. Dabei handelt es sich um eine strukturierte Analyse der energietechnischen und energiewirtschaftlichen Bereiche eines Krankenhauses. Ziel ist es, in systematischer Form einen Überblick über die Energieeffizienz der Prozesse und Anlagen des Krankenhauses zu erhalten. Dazu zählen beispielsweise die Erfassung der Energieversorgung und Energienutzungsstruktur eines Krankenhauses, die Erstellung von Energiebilanzen, die Aufdeckung und Bewertung von Schwachstellen sowie die Ausarbeitung von Verbesserungsmöglichkeiten (Tippkötter/Schüwer, 2003).

Einen krankenhausesinternen Energiebericht gibt es momentan in 37% der Krankenhäuser. Der Energiebericht ist eine Darstellung, Aufbereitung und Auswertung wesentlicher Energiedaten und Kennzahlen des Krankenhauses, ggf. differenziert nach dem Gesamthaus, einzelnen Abteilungen oder Anlagen.



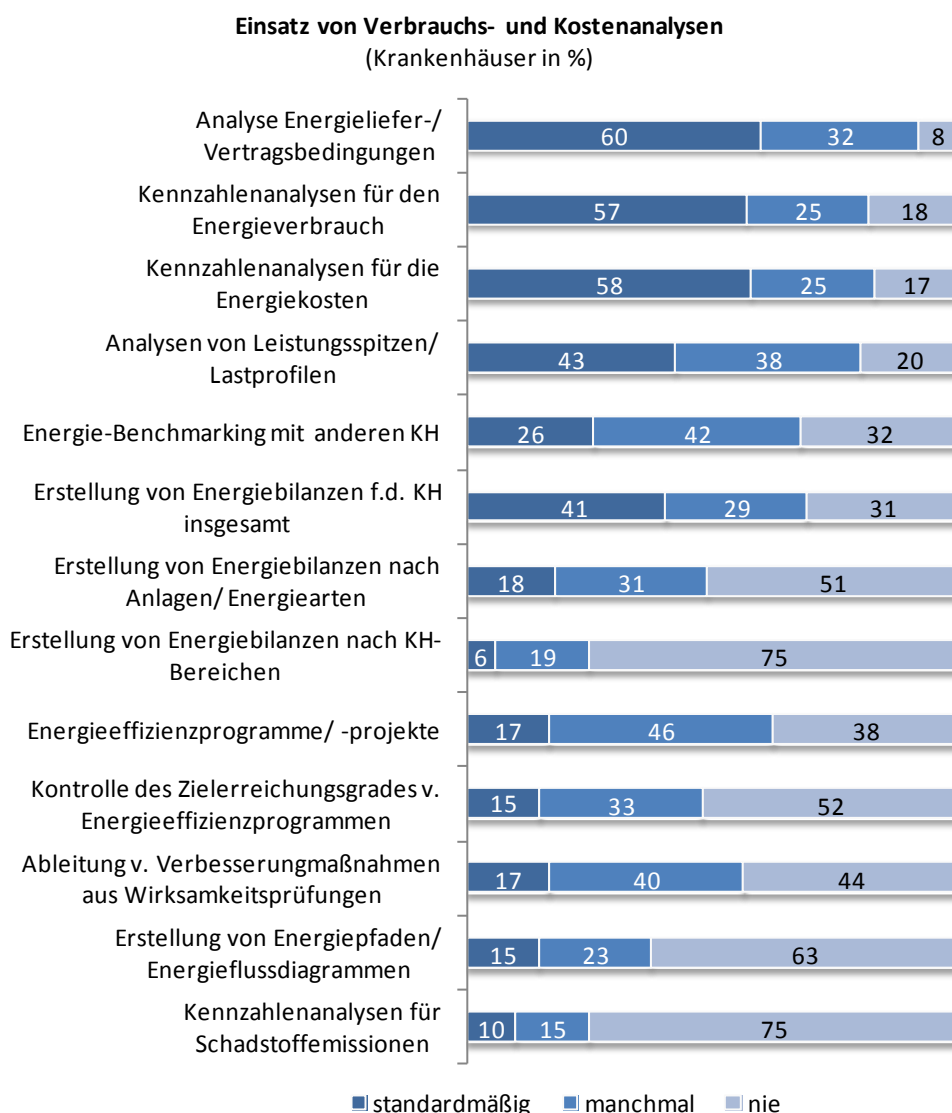
Das Energiecontrolling umfasst schließlich alle Funktionen von der Datenerfassung, Datenverwaltung und Abrechnungsanalyse über die Aufstellung von Sollwert-Größen bis hin zur Planung und Durchführung von regulierenden Maßnahmen. Die maßgeblichen Steuerungsgrößen sind in der Regel der Energieverbrauch und die Energiekosten des Krankenhauses (Tippkötter/Schüwer, 2003). Ein systematisches Energiecontrolling in diesem Sinne führten 43% der Befragungsteilnehmer für ihr Haus an.

Tendenziell sind die Instrumente und Maßnahmen eines strategischen Energiemanagements in Krankenhäusern unter 600 Betten stärker verbreitet als in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten. Das gilt insbesondere mit Blick auf die energieorientierten Betriebsanalysen und das Energiecontrolling (Ergebnisse nicht dargestellt).

2.2 Elemente eines systematischen Energiemanagements

Über die grundlegende Organisation des strategischen Energiemanagements hinaus gibt es eine Reihe konkreter Maßnahmen und Instrumente, die im Energiemanagement zur Anwendung kommen können. Dies gilt selbst für den Fall, dass noch keine entwickelte Unternehmensstrategie zur Energieversorgung oder keine ausgearbeitete Energiepolitik besteht. Im *Krankenhaus Barometer* sollten die Befragungsteilnehmer daher angeben, inwieweit bestimmte Elemente eines systematischen Energiemanagements in den letzten drei Jahren in ihrem Krankenhaus zum Einsatz kamen (Abb. 13).

Die im Energiemanagement am häufigsten genutzten Instrumente bilden demnach die Analyse von Energieliefer- und Vertragsbedingungen sowie Kennzahlenanalysen für den Energieverbrauch und die Energiekosten. Jeweils knapp 60% der Krankenhäuser setzen diese Instrumente standardmäßig ein, die übrigen manchmal oder nie.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 13: Einsatz von Verbrauchs- und Kostenanalysen

Ebenfalls vergleichsweise häufig kommen Analysen von Leistungsspitzen bzw. Lastprofilen zum Einsatz. Jeweils rund 40% der Krankenhäuser haben solche Analysen in den letzten drei Jahren standardmäßig oder manchmal durchgeführt. In rund zwei Dritteln der Krankenhäuser kommt ein Energiebenchmarking mit anderen Krankenhäuser standardmäßig (26%) oder manchmal (42%) zum Einsatz.



Energiebilanzen geben Auskunft über den Energieverbrauch und die Energiekosten (sowie ggf. externe Effekte, wie Schadstoffemissionen oder Abwärme). Energiebilanzen können modular aufgebaut sein und zwischen verschiedenen Betriebsbereichen, Abteilungen oder Anlagen unterscheiden (Tippkötter/Schüwer, 2003). Die Mehrzahl der Krankenhäuser erstellt entsprechende Energiebilanzen bislang nicht standardmäßig. Am ehesten erfolgt dies noch für das Krankenhaus insgesamt (41%). Eine standardmäßige Differenzierung nach Anlagen oder Energiearten (18%) und nach Krankenhausbereichen (6%) findet dagegen deutlich seltener statt.

Energieeffizienzprogramme oder Energieeffizienzprojekte werden standardmäßig in rund 16% der Krankenhäuser durchgeführt. Im Sinne des PDCA-Zyklus kontrolliert dementsprechend jeweils ein annähernd gleicher Prozentsatz der Häuser den Zielerreichungsgrad dieser Programme oder Projekte bzw. leitet aus den Wirksamkeitsprüfungen Korrektur- oder Verbesserungsmaßnahmen ab. 46% der Krankenhäuser haben in den letzten drei Jahren manchmal Energieeffizienzprogramme oder -projekte durchgeführt und 38% der Befragungsteilnehmer nie. Dementsprechend findet hier auch keine regelmäßige Wirksamkeitsprüfung oder Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen statt.

Am wenigsten verbreitet unter den erhobenen Elementen eines systematischen Energiemanagements sind die Erstellung von Energiepfaden oder Energieflussdiagrammen sowie Kennzahlensysteme für Schadstoffemissionen. In 63% der Krankenhäuser (Energiepfade) bzw. in 75% der Krankenhäuser (Kennzahlenanalyse für Schadstoffemissionen) kamen sie in den letzten drei Jahren niemals zum Einsatz.

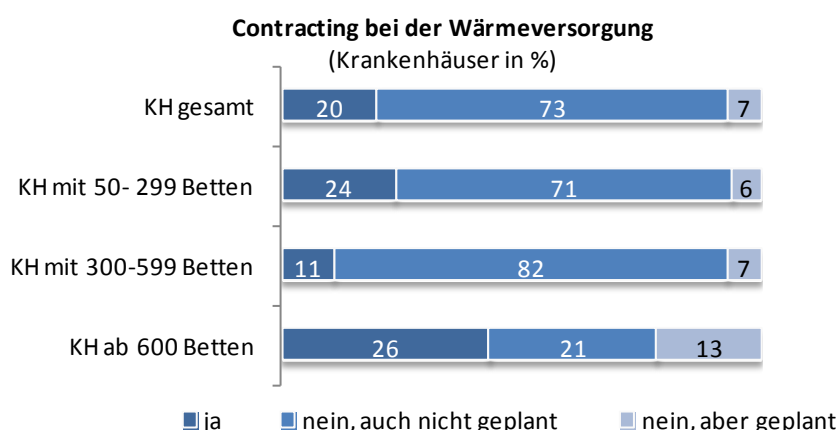
Bei den erfassten Elementen eines systematischen Energiemanagements sind die kleineren Häuser unter 300 Betten deutlich besser aufgestellt als die größeren Einrichtungen. Dies gilt insbesondere für die Erstellung von Energiebilanzen, das Energiebenchmarking sowie für die Durchführung, Wirksamkeitsprüfung und Verbesserung von Energieeffizienzprogrammen oder Energieeffizienzprojekten (Ergebnisse nicht dargestellt).

2.3 Contracting

Im Rahmen des strategischen Energiemanagements kann es ggf. sinnvoll sein, die Energieversorgung eines Krankenhauses vertraglich geregelt an ein spezialisiertes Unternehmen zu übergeben. Ziele dieses sog. Contractings sind u.a. die Reduktion des Energiebedarfs, der Energiekosten und der Schadstoffemissionen, die Realisierung ganzheitlicher Energiekonzepte, eine höhere Zuverlässigkeit und Versorgungssicherheit im Anlagenbetrieb sowie die Übernahme von Investitionen in moderne, energiesparende Technik durch den Contractor (ASUE, 2008, 2005). Contracting ist insofern eine Form des Outsourcings im Bereich der Energieversorgung.

Contracting kann unterschiedliche Bereiche der Energieversorgung betreffen. Den wichtigsten Bereich bildet dabei der Bereich der Wärmeerzeugung und Wärmelieferung. Aktuell kommt hier in rund einem Fünftel der Krankenhäuser Contracting zum Einsatz. In weiteren 7% der Krankenhäuser ist ein Contracting bei der Wärmeversorgung geplant. Die große Mehrheit der Krankenhäuser (73%) plant einstweilen nicht, bei der Wärmeerzeugung und Wärmelieferung Contracting einzusetzen.

Tendenziell setzen eher kleinere Krankenhäuser unter 300 Betten und größere Häuser ab 600 Betten auf Contracting: Hier hat bereits jeweils rund ein Viertel der Einrichtungen ein Contracting bei der Wärmeversorgung. In der mittleren Bettengrößenklasse sind es hingegen lediglich 11% (Abb. 14).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 14: Contracting bei der Wärmeversorgung

Contracting ist eine vergleichsweise neue Entwicklung in den Krankenhäusern. Die Mehrzahl der Krankenhäuser mit Contracting hat entsprechende Verträge erst in den letzten Jahren seit 2008 geschlossen. Seither sind relativ stabile Steigerungsraten bei den Verträgen zu beobachten (Abb. 15).



Abb. 15: Jahr der Einführung des Contractings

Die Verträge sind dabei überwiegend längerfristig angelegt. Fast alle Verträge (95%) haben eine Laufzeit von mindestens 5 Jahren. Die meisten Verträge (72%) haben eine Laufzeit von 10-15 Jahren.

Für die Ausgestaltung von Contracting gibt es verschiedene Varianten. Im Rahmen der DIN 8930 Teil 5 (11/03) sind hierfür inzwischen klare Begrifflichkeiten festgelegt worden. Demnach sind vier Grundvarianten des Contracting zu unterscheiden: das Energieliefer-Contracting, das technische Anlagenmanagement, das Finanzierungs-Contracting und das Performance- oder Einspar-Contracting.

In den Krankenhäusern kommt das Energieliefer-Contracting am häufigsten vor (Abb. 16). 42% der Krankenhäuser mit Contracting bei der Wärmeversorgung praktizieren diese Variante. Beim Energieliefer-Contracting übernimmt der Contractor vollständig die Investitionen und den Betrieb der Anlagen. Das Energieliefer-Contracting ist somit die umfassendste Form des Contractings.

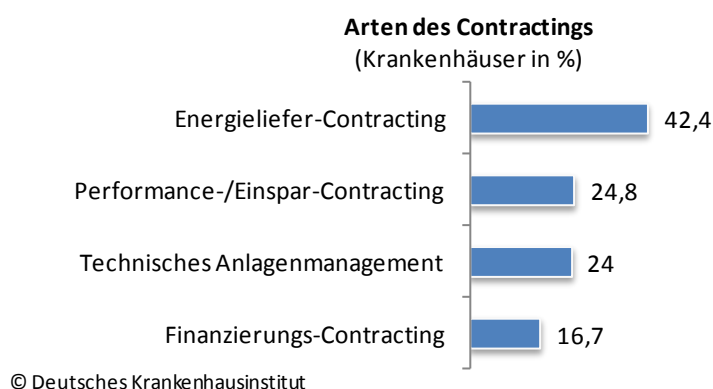


Abb. 16: Arten des Contractings

In jeweils rund einem Viertel der Krankenhäuser mit Contracting kommen das technische Anlagenmanagement und das Einspar-Contracting zum Einsatz. Beim technischen Anlagenmanagement ist der Contractor ausschließlich für den Betrieb von Anlagen verantwortlich, z.B. Bedienung, Wartung oder Instandhaltung. Anlageninvestitionen und das strategische Energiemanagement verbleiben beim Krankenhaus. Beim Einspar-Contracting erstellt der Contractor ganzheitliche Energiekonzepte, inklusive Energienutzung, Gebäudesanierung etc. mit dem Ziel, Energiekosten einzusparen. Etwaige Energieeinsparungen werden über den Preis weitergegeben.

Am wenigsten ist in den Krankenhäusern mit Contracting bei der Wärmeversorgung das sog. Finanzierungs-Contracting verbreitet. Hier ist der Contractor für die Planung, Finanzierung und das Einrichten von Anlagen verantwortlich,

die Anlagen selbst werden weiterhin vom Krankenhaus betrieben. 17% der Befragungsteilnehmer führten diese Contracting-Variante für ihr Haus an.⁵

2.4 Genutzte Energiearten

Über die von den Krankenhäusern im Jahre 2013 genutzten Energieträger oder Energiearten informiert Abb. 17. Standardmäßig nutzen die Krankenhäuser Fremdstrom; fast jedes Krankenhaus (99%) gab an, Strom über einen externen Anbieter zu beziehen.

Ebenfalls weit verbreitet ist die Nutzung von Erdgas. 2013 haben 88% der Krankenhäuser in Deutschland diesen Energieträger eingesetzt. Rund die Hälfte der Häuser nutzte Heizöl, sei es leichtes Heizöl (43%) oder schweres Heizöl (7%).

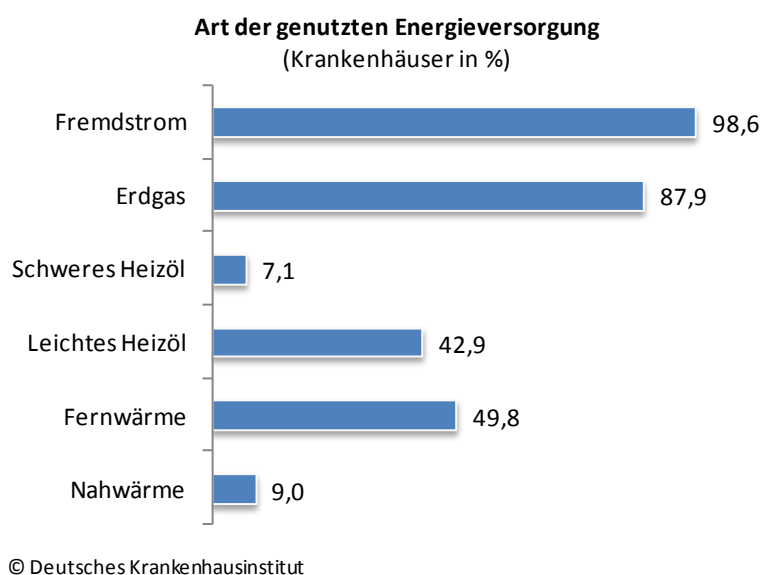


Abb. 17: Art der genutzten Energieversorgung

⁵ Bei dieser Fragestellung gab es teilweise Mehrfachnennungen. Dies ist insofern nachvollziehbar, als die Begrifflichkeiten für die Praxis nicht immer trennscharf sind bzw. ein oder mehrere Contracting-Verträge unterschiedliche Contractingformen umfassen können. Teilweise sind Mehrfachnennungen aber auch problematisch, etwa weil das technische Anlagenmanagement Teil des Energieliefer-Contracting ist. Da die Vertragsmodalitäten des Contractings aber nicht im Einzelnen bekannt sind, wurde von einer Korrektur der Angaben abgesehen.



Bereits jedes zweite Krankenhaus in Deutschland setzt Fernwärme zur Wärmeversorgung ein. Die Nutzung von Nahwärme ist mit 9% dagegen weniger verbreitet.

Die meisten Energieträger oder Energiearten werden in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten tendenziell häufiger genutzt (Ergebnisse nicht dargestellt). Besonders augenfällig sind die Unterschiede mit Blick auf die Fernwärme. Während 89% der Krankenhäuser ab 600 Betten diese Energieart nutzen, ist es in den kleineren Krankenhäusern weniger als die Hälfte der Einrichtungen.

2.5 Energieverbrauch

Für die häufigsten Energiearten bzw. Energieträger sollten die Krankenhäuser ihren jeweiligen Energieverbrauch quantifizieren. Erfasst sind hier nur Häuser, welche die jeweiligen Energieträger nutzen.

Die Ergebnisse können nur eine grobe Orientierung über den Energieverbrauch der Krankenhäuser geben. Für Vergleichs- oder Benchmarkingzwecke sind sie nur begrenzt geeignet, da der Energieverbrauch von einer Reihe von Faktoren beeinflusst wird, die nicht eigens erhoben bzw. kontrolliert wurden, z.B. Baujahr oder Bauweise des Krankenhauses, Stand der Technik und Gebäudesubstanz, klimatische Bedingungen, Outsourcing von energieintensiven Bereichen wie Küche, Wäscherei, Sterilisation etc. (Tippkötter/Schüwer, 2003). Darüber hinaus ist der Verbrauch verschiedener Energieträger nicht unabhängig voneinander.

Tab. 4 zeigt den Energieverbrauch standardisiert auf die Nettogrundfläche der Krankenhäuser. Die Nettogrundfläche (NGF) ist die Summe aller begehbaren Flächen in den Geschossen eines Gebäudes. Die Nettogrundfläche, gemessen in m², wurde im *Krankenhaus Barometer* eigens erhoben. Der Energieverbrauch pro m² Nettogrundfläche resultiert aus dem Quotienten von Energieverbrauch je Energieart und Nettogrundfläche.

Selbst standardisiert auf die Nettogrundfläche nimmt der Fremdstromverbrauch mit steigender Krankenhausgröße zu. Danach ist der Fremdstromverbrauch in den Krankenhäusern ab 600 Betten (123 kWh/m² NGF) höher als in der mittleren Bettengrößenklasse (116 kWh/m² NGF) und vor allem in der unteren Bettengrößenklasse (94 kWh/m² NGF). Die Quartilswerte belegen, dass es nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der einzelnen Bettengrößenklassen eine starke Streuung im Fremdstromverbrauch gibt.



Tab. 4: Energieverbrauch pro m² Nettogrundfläche im Jahr 2013 nach Bettengrößenklassen

Energieverbrauch pro m ² Nettogrundfläche im Jahr 2013	Krankenhäuser gesamt	Krankenhäuser mit 50-299 Betten	Krankenhäuser mit 300-599 Betten	Krankenhäuser ab 600 Betten
Fremdstrom in kWh				
Mittelwert	105	94	116	123
Unteres Quartil	80	73	82	109
Median	105	90	111	120
Oberes Quartil	131	117	144	144
Erdgas in kWh				
Mittelwert	185	196	209	103
Unteres Quartil	91	156	96	26
Median	186	192	205	69
Oberes Quartil	267	264	302	182
Leichtes Heizöl in l				
Mittelwert	1,1	1,5	0,7	2,4
Unteres Quartil	0,1	0,1	0,1	0,1
Median	0,4	0,5	0,4	0,1
Oberes Quartil	1,2	1,5	1,1	1,5
Fernwärme in kWh				
Mittelwert	138	159	115	134
Unteres Quartil	94	100	66	104
Median	138	143	130	141
Oberes Quartil	168	246	170	163

Bei den übrigen Energieträgern lassen sich keine vergleichbaren Abstufungen nach Bettengrößenklassen beobachten, was vor allem unterschiedliche Nutzungsgrade der jeweiligen Energieträger reflektiert. So fällt beispielsweise der Erdgasverbrauch in den größeren Krankenhäusern ab 600 Betten deutlich unterdurchschnittlich aus. Beim leichten Heizöl und bei der Fernwärme ist der Verbrauch dagegen in der mittleren Bettengrößenklasse am geringsten.



2.6 Energiekosten

Analog zum Energieverbrauch sollten die Krankenhäuser auch die Energiekosten für die verschiedenen Energiearten oder Energieträger quantifizieren. Die mit Blick auf den Energieverbrauch gemachten Einschränkungen hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Ergebnisse gelten hier in gleicher Weise. Die Energiekosten wurden wiederum auf die Nettogrundfläche standardisiert (Tab. 5).

Im Mittel lagen die Fremdstromkosten im Jahr 2013 bei 20 Euro pro m² NGF. Zwischen den beiden oberen Bettengrößenklassen gibt es hier mit im Durchschnitt 22 Euro/m² NGF keine Unterschiede mehr. Mit Fremdstromkosten von 18 Euro/m² NGF fallen die Stromkosten in den kleineren Häusern unter 300 Betten dagegen geringer aus. Entsprechende Abstufungen lassen sich auch bei den Quartilswerten beobachten.

Standardisiert auf die Nettogrundfläche gleichen sich die Energiekosten bei den anderen Energieträgern über die einzelnen Bettengrößenklassen vielfach an: So liegen die Kosten für Fernwärme im Durchschnitt einheitlich in allen drei Bettengrößenklassen bei 11 Euro/m² NGF. Die Kosten für Erdgas liegen in den beiden unteren Bettengrößenklassen durchschnittlich bei 11 Euro/m² NGF. Die Kosten für leichtes Heizöl sind in den beiden oberen Größenklassen mit jeweils rund 0,5 Euro pro m² Nettogrundfläche nahezu identisch.

Tab. 5: Energiekosten pro m² Nettogrundfläche im Jahr 2013 nach Bettengrößenklassen

Energiekosten pro m ² Nettogrundfläche im Jahr 2013	Krankenhäuser gesamt	Krankenhäuser mit 50-299 Betten	Krankenhäuser mit 300-599 Betten	Krankenhäuser ab 600 Betten
Fremdstrom in €				
Mittelwert	20	18	22	22
Unteres Quartil	15	14	16	18
Median	20	17	22	22
Oberes Quartil	24	23	28	25
Erdgas in €				
Mittelwert	10	11	11	5
Unteres Quartil	5	7	6	1
Median	10	10	11	3
Oberes Quartil	15	15	16	11
Leichtes Heizöl in €				
Mittelwert	1,2	2	0,5	0,6
Unteres Quartil	0,1	0,1	0,1	0,1
Median	0,3	0,6	0,3	0,1
Oberes Quartil	1,3	5	0,7	1
Fernwärme in €				
Mittelwert	11	11	11	11
Unteres Quartil	7	7	6	8
Median	10	9	10	11
Oberes Quartil	14	13	15	15

2.7 Eigenerzeugung

Über den externen Bezug von Energie hinaus können Krankenhäuser Energie auch selbst erzeugen (Abb. 18):

Im Jahr 2013 erzeugte bereits ein Drittel der Krankenhäuser Eigenstrom, darunter 30% mit eigenen Blockheizkraftanlagen und 11% mit eigenen Photovoltaik-Anlagen (Mehrfachnennungen möglich). Eigene Solarenergie-Anlagen hatten indes erst 4% der Krankenhäuser.

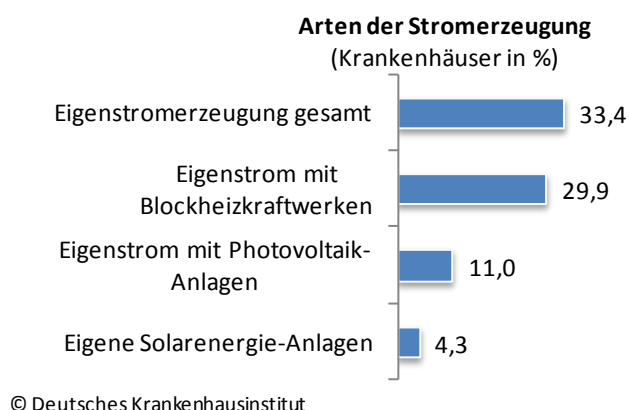


Abb. 18: Arten der Stromerzeugung

Die Eigenstromerzeugung kommt in den größeren Krankenhäusern ab 600 Betten (19%) seltener vor als in Häusern unter 300 Betten (34%) und der mittleren Bettengrößenklasse (38%).

Krankenhäuser mit eigener Energieerzeugung sollten diese quantifizieren (Tab. 6). Danach haben diese Einrichtungen im Jahr 2013 durchschnittlich 37 kWh/m² NGF Eigenstrom produziert. Der Anteil der Eigenstromerzeugung über eigene Photovoltaik-Anlagen fällt mit durchschnittlich 1,5% relativ gering aus; d.h. der Eigenstrom wird größtenteils über Blockheizkraftwerke erzeugt (Ergebnisse nicht dargestellt). Die Energieerzeugung mittels eigener Solarenergie-Anlagen spielt mit durchschnittlich 2 kWh/m² NGF im Jahr 2013 bislang noch keine große Rolle.

Tab. 6: Eigenerzeugung pro m² Nettogrundfläche im Jahr 2013

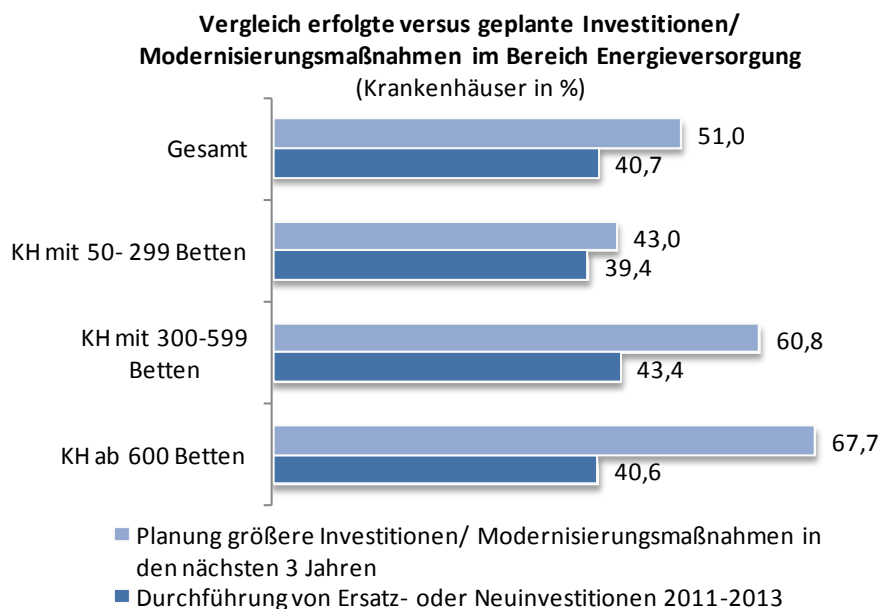
Eigenerzeugung pro m ² Nettogrundfläche im Jahr 2013	Krankenhäuser gesamt
Solarenergie in kWh	
Mittelwert	2
Unteres Quartil	0,5
Median	1,7
Oberes Quartil	4
Eigenstrom in kWh	
Mittelwert	37
Unteres Quartil	7
Median	32
Oberes Quartil	60
Anteil Eigenstrom am Gesamtstromverbrauch in %	
Mittelwert	30,6%
Unteres Quartil	15%
Median	28%
Oberes Quartil	45%

Krankenhäuser mit Eigenstromerzeugung decken bereits einen relevanten Anteil ihres Strombedarfs über Eigenstrom (Tab. 6). Bezogen auf den Gesamtstromverbrauch (Fremdstromverbrauch + Eigenerzeugung) liegt der Anteil des Eigenstroms im Mittel bei rund 30%: Bei einem Viertel dieser Häuser beträgt der Anteil mindestens 45% (oberer Quartilswert) und bei einem weiteren Viertel maximal 15% (unterer Quartilswert).

2.8 Energieinvestitionen

Mit Blick auf die Investitionen im Bereich der Energieversorgung sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie hier in den letzten drei Jahren größere Ersatz- oder Neuinvestitionen durchgeführt haben bzw. in den nächsten drei Jahren entsprechende Investitionen planen. Zunächst seien die bereits getätigten Investitionen betrachtet:

41% der Krankenhäuser haben danach in den Jahren 2011 bis 2013 größere Ersatz- oder Neuinvestitionen im Bereich der Energieversorgung durchgeführt. In dieser Hinsicht gab es faktisch kaum Unterschiede nach Bettengrößenklassen (Abb. 19).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 19: Vergleich der erfolgten versus geplanten Investitionen / Modernisierungsmaßnahmen im Bereich Energieversorgung

Im Rahmen einer offenen Frage sollten die Krankenhäuser die konkret in diesem Zeitraum getätigten Investitionen benennen: Mit deutlichem Abstand wurden hier der Neubau, der Ersatz oder die Instandsetzung von Blockheizkraftwerken am häufigsten angeführt. Ebenfalls öfters genannt wurden die Erneuerung von Gas-, Kessel-, Lüftungs- und Kälteanlagen. Weitere Nennungen betrafen u.a. den Anschluss an die Fernwärme, den Einbau von Photovoltaik- und Solarenergieanlagen und die Sanierung der Energiezentrale oder von einzelnen Anlagen der Energieversorgung.

Im Mittel lagen die Kosten für diese Ersatz- und Neuinvestitionen bei 835,4 Tsd. Euro je Krankenhaus mit entsprechenden Investitionen. Der Median der

Verteilung liegt bei 500 Tsd. Euro. Der untere Quartilswert beträgt 150 Tsd. Euro und der obere Quartilswert 960,3 Tsd. Euro. Mit steigender Krankenhausgröße nimmt das Investitionsvolumen deutlich zu (Tab. 7). Die Kosten für Ersatz- und Neuinvestitionen für die Energieversorgung in den Jahren 2011 bis 2013 lagen in den kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten durchschnittlich bei 418,7 Tsd. Euro, in der mittleren Größenklasse bei 1,2 Mio. Euro und in den größeren Krankenhäusern ab 600 Betten bei 2,1 Mio. Euro.

Tab. 7: Ersatz-/Neuinvestitionen für Energieversorgung 2011-2013

Ersatz-/Neuinvestitionen für Energieversorgung 2011-2013	Krankenhäuser gesamt	Krankenhäuser mit 50-299 Betten	Krankenhäuser mit 300-599 Betten	Krankenhäuser ab 600 Betten
Kosten in €				
Mittelwert	835.446	418.672	1.175.080	2.127.138
Unteres Quartil	150.000	80.000	300.000	500.000
Median	500.000	201.000	657.336	1.651.332
Oberes Quartil	960.288	550.000	1.597.612	3.571.978

Auch für die nächsten drei Jahre planen viele Krankenhäuser größere Investitionen oder Modernisierungsmaßnahmen im Bereich der Energieversorgung. Dies ist konkret in gut der Hälfte der Einrichtungen der Fall (51%). Entsprechende Modernisierungsinvestitionen sind in den kleineren Krankenhäusern (43%) seltener in Planung als in der mittleren Bettengrößenklasse (61%) und der oberen Bettengrößenklasse (68%) (Abb. 19).

Auch für die geplanten Investitionen in der Energieversorgung sollten die Krankenhäuser wiederum angeben, um welche Modernisierungsmaßnahmen es sich dabei handelt. Die Antworten entsprachen weitgehend den Angaben zu den getätigten Investitionen in den Jahren 2011 bis 2013: D.h. auch hinsichtlich künftiger Investitionen wurden die Errichtung oder Erneuerung von Blockheizkraftwerken mit Abstand am häufigsten genannt. Die übrigen Antworten betrafen überwiegend die Erneuerung von Heizungs-, Gas-, Dampf-, Kälte- und Lüftungsanlagen. Daneben wurden u.a. noch Maßnahmen der energetischen Gebäudesanierung genannt.



2.9 Auswirkungen des Energiemanagements

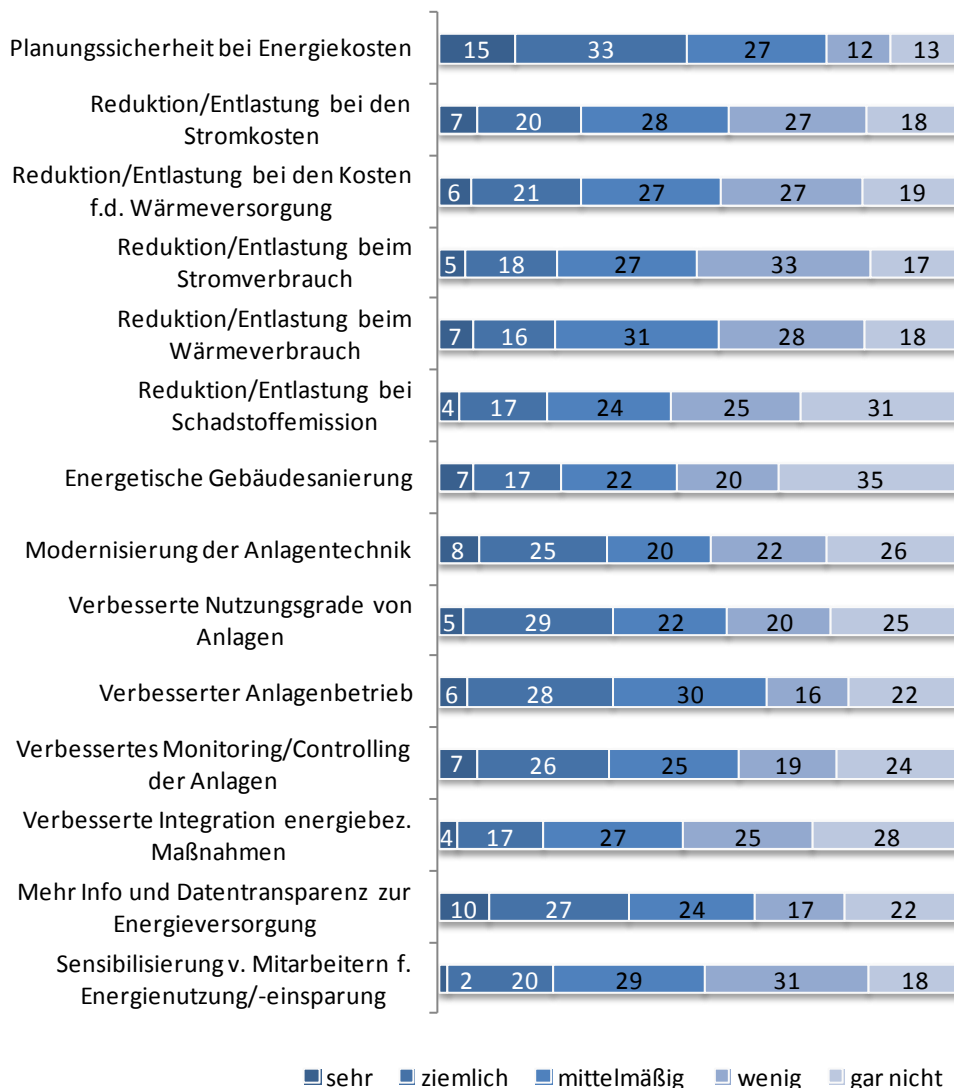
Abschließend zu diesem Fragenkomplex sollten sich die Teilnehmer zu den Auswirkungen des Energiemanagement in ihrem Krankenhaus äußern. In den letzten drei Jahren hat das Energiemanagement bei den Befragungsteilnehmern insgesamt eher moderate Effekte ausgelöst (Abb. 20).

Am ehesten hat das Energiemanagement noch die Planungssicherheit bei den Energiekosten erhöht. Rund die Hälfte der Befragten sah ihre Planungssicherheit dadurch sehr (15%) oder ziemlich (33%) verbessert.

Zur Kostenreduktion hat das Energiemanagement indes nur begrenzt beigetragen. Nur jeweils gut ein Viertel der Befragten führte an, bei den Stromkosten bzw. den Kosten für die Wärmeversorgung sehr oder ziemlich entlastet worden zu sein.

Das Gleiche gilt analog für den Energieverbrauch bzw. die Schadstoffemissionen. Nur jeweils rund ein Fünftel der Befragten konnte durch das Energiemanagement den Stromverbrauch, den Wärmeverbrauch oder die Schadstoffemissionen sehr oder ziemlich reduzieren. Auch energetische Gebäudesanierungen fanden vergleichsweise selten statt.

Auswirkungen des Energiemanagements in den letzten drei Jahren
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 20: Auswirkungen des Energiemanagements in den letzten drei Jahren

Jeweils rund ein Drittel der Krankenhäuser hat in den letzten drei Jahren seine Anlagentechnik modernisiert sowie den Nutzungsgrad von Anlagen, den Anlagenbetrieb und das Monitoring oder Controlling der Anlagen verbessert.

Weitere partielle Effekte des Energiemanagements in den letzten drei Jahren betrafen u.a. die Sensibilisierung von Mitarbeitern für die Energienutzung und



Energieeinsparung sowie vor allem eine verbesserte Information und Datentransparenz zur Energieversorgung.

Nach Krankenhausgröße resultierten vor allem mit Blick auf den Energieverbrauch und die Energiekosten größere Unterschiede: So konnten vor allem Krankenhäuser in der mittleren Bettengrößenklasse ihren Stromverbrauch, ihren Wärmeverbrauch sowie ihre Schadstoffemissionen stärker reduzieren als kleine und große Krankenhäuser. Das Gleiche gilt analog für die Reduktion der Stromkosten und der Kosten für die Wärmeversorgung sowie eine verbesserte Planungssicherheit bei den Energiekosten. Bei den übrigen Items fielen die Unterschiede nach Bettengrößenklassen, bei gleicher Tendenz, deutlich geringer aus (Ergebnisse nicht dargestellt).

Weiterführende Analysen zeigen, dass die Auswirkungen des Energiemanagements signifikant besser waren, wenn es ein strategisches Energiemanagement im jeweiligen Krankenhaus gibt (vgl. Kap. 2.1). Beispielsweise fiel die Reduktion /Entlastung bei Strom- und Wärmeverbrauch/-kosten bzw. bei den Schadstoffemissionen höher aus, falls einschlägige Maßnahmen und Instrumente eines strategischen Energiemanagements wie eine schriftliche Unternehmensstrategie, eine strategische und operative Zielplanung, energiebezogene Betriebsanalysen oder ein Energiecontrolling implementiert waren. Das Gleiche gilt analog für zentrale Elemente eines systematischen Energiemanagements wie Kennzahlenanalysen, die Erstellung von Energiebilanzen oder Energieeffizienzprogramme/-projekte mit PDCA-Zyklus (vgl. Kap. 2.2) (Ergebnisse nicht dargestellt).



3 Pflegekräfte mit akademischem Abschluss

Der Wissenschaftsrat (WR) hatte im Juli 2012 eine „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ herausgegeben. Die Vertreter der medizinischen Berufe sahen zwar Unterschiede in der Bewertung dieser Empfehlung, waren sich jedoch darin einig, dass die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt in der Zukunft auch neue Versorgungskonzepte erfordern würden (Gerst, 2013).

In der Patientenversorgung gibt es heute⁶ mittlerweile schon 93 Pflege-Studiengänge, die mit einem Bachelor abgeschlossen werden. Jedes Jahr kommen weitere hinzu, auch einige Master-Aufbaustudiengänge. Inzwischen gibt es ganze Hochschulen für Gesundheitsberufe oder sogenannte Gesundheits-Campus, auf denen Pfleger neben Medizинern ausgebildet werden. Vorreiter ist Nordrhein-Westfalen mit elf Studiengängen an sieben Standorten. Andere Länder wie Bayern, Baden-Württemberg und Brandenburg legen jetzt nach (Zeit Online, 2013).

Es gibt einen eindeutigen Trend zur Akademisierung in der Pflege. Die Zahl der Studienanfänger ist sprunghaft gestiegen, von 452 im Jahr 2005/2006 (Statistisches Bundesamt, 2006) auf 1.750 im Jahr 2012/2013 (Statistisches Bundesamt, 2013). Dies entspricht einer Zunahme von +287%. Im Vergleich dazu schlossen im Jahr 2013 rund 17.300 Gesundheits- und Krankenpfleger (Statistisches Bundesamt, 2014) ihre Ausbildung ab. Künftig dürften jedoch noch mehr akademisierte Pflegekräfte zum Einsatz kommen, zum Wintersemester 2012/2013 waren bereits 8.321 Studenten in Pflegewissenschaft / -management (Statistisches Bundesamt, 2013) eingeschrieben.

Mittlerweile drängen akademisch ausgebildete Pflegekräfte in die Krankenhäuser, auf der anderen Seite fordern jedoch politische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen nicht selten Sparmaßnahmen im Gesundheitsbereich. Welcher Personalmix in Zukunft hier der Richtige sein wird, bzw. wie hoch der

⁶ Stand: 18.08.2014

Anteil an Pflegekräften mit akademischem Abschluss zukünftig in den Krankenhäusern sein wird, ist dabei noch offen.

3.1 Bedarf an akademisierten Pflegekräften

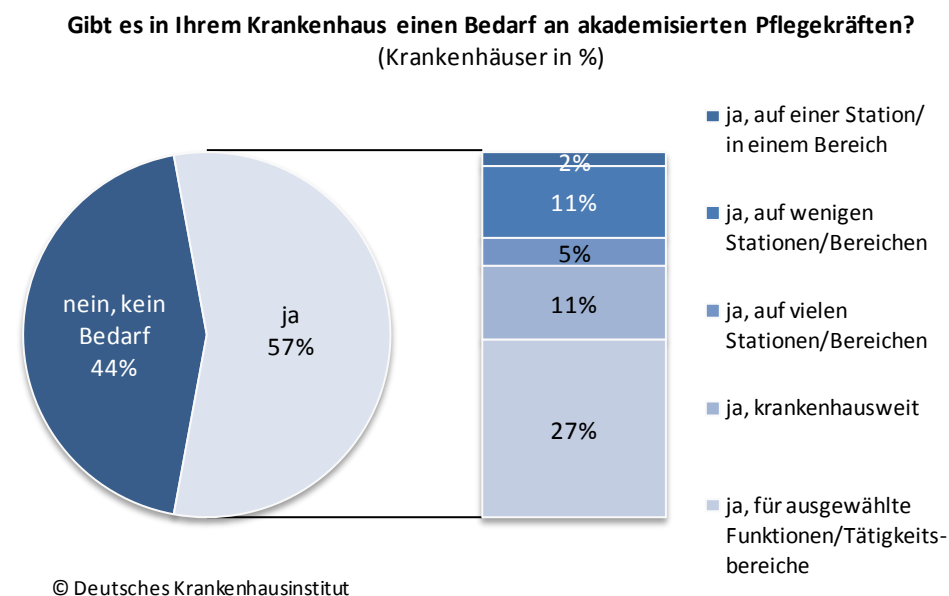


Abb. 21: Bedarf an akademisierten Pflegekräften

Im *Krankenhaus Barometer 2014* wurden die teilnehmenden Einrichtungen gefragt, ob es in ihrem Haus einen Bedarf an akademisierten Pflegekräften gibt.

Während 44% der Teilnehmer keinen Bedarf in ihrer Einrichtung sahen, gaben 57% der Kliniken einen eindeutigen Bedarf für Pflegekräfte mit akademischer Ausbildung an. Darunter waren 11%, die ihren Bedarf krankenhaushausweit und 5% der Häuser, die Bedarf auf vielen Stationen oder Bereichen berichteten. 27% der Kliniken sahen ihren Bedarf nur für ausgewählte Funktionen oder Tätigkeiten und weitere 11% nur für wenige Stationen oder Bereiche (Abb. 21).

Die Notwendigkeit für den Einsatz von akademisierten Pflegekräften wurde dabei von Krankenhäusern verschiedener Größe deutlich unterschiedlich gesehen. So haben 41% der kleinen Krankenhäuser (bis 300 Betten), 74% der mittelgroßen Kliniken (300 bis 599 Betten) und 88% der Einrichtungen ab 600 Betten einen Bedarf für Gesundheits- und Krankenpfleger mit akademischem Abschluss berichtet.

Diejenigen Einrichtungen, die einen Bedarf an akademisch ausgebildeten Pflegekräften nur für ausgewählte Funktionen oder Tätigkeitsbereiche berichteten (27%), haben diese Funktionen und Bereiche nachfolgend differenziert: 64% der Nennungen für einen Einsatzbereich von akademisierten Pflegekräften entfielen auf Leitungsfunktionen. Jeweils 6% der Tätigkeitsbereiche von Pflegekräften mit akademischen Ausbildungen entfielen auf Innerbetriebliche Fortbildung / Lehre, Case Management, Projektarbeit und den Einsatz als Pflegeexperten. Die Arztassistenz und das Qualitätsmanagement wurden in 3% bzw. 4% der Fälle als Aufgabengebiet von akademisierten Pflegekräften benannt (Abb. 22).

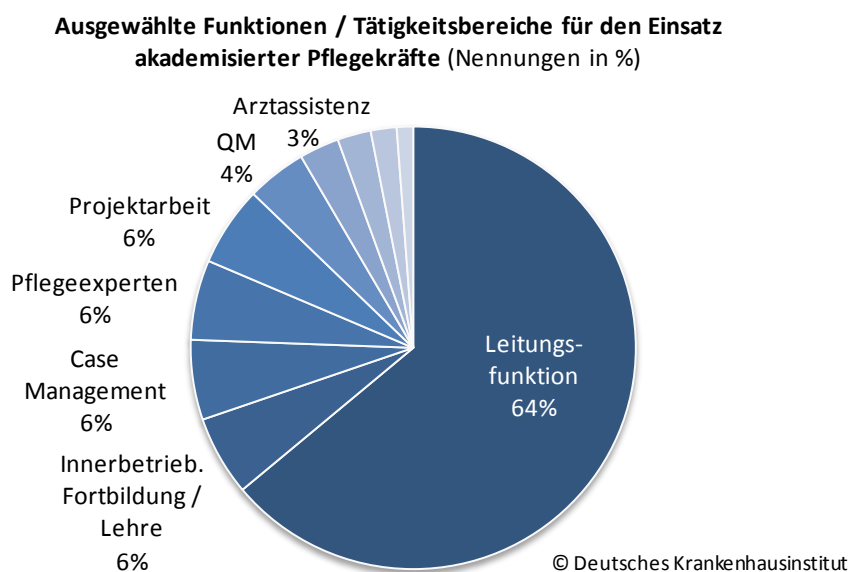


Abb. 22: Tätigkeitsbereiche für den Einsatz von Pflegekräften mit akademischem Abschluss

3.2 Anzahl der akademisierten Pflegekräfte

Der Einsatz von Pflegekräften mit akademischer Ausbildung ist in den Krankenhäusern schon weit verbreitet. 58% der befragten Einrichtungen haben Pflegekräfte mit akademischem Abschluss unter ihren Mitarbeitern (Abb. 23). Erwartungsgemäß variiert der Akademisierungsgrad im Pflegebereich mit der Größe der Einrichtungen. Demnach berichten 41% der Kliniken unter 300 Betten, 79% der mittelgroßen Krankenhäuser und fast sämtliche (96%) großen Einrichtungen (ab 600 Betten), Pflegekräfte mit akademischem Abschluss unter ihren Mitarbeitern zu haben.

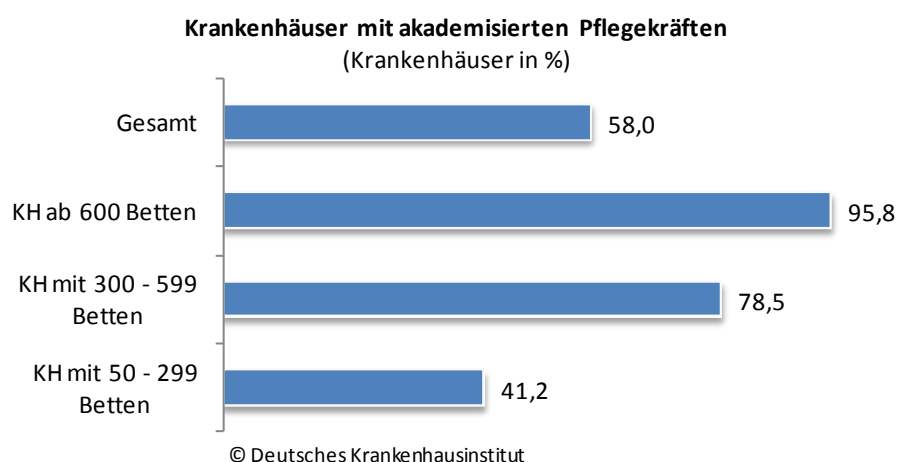


Abb. 23: Anteil der Krankenhäuser mit akademisierten Pflegekräften

Die weiteren Fragen wurden nur an die Krankenhäuser adressiert, welche Mitarbeiter mit akademischem Abschluss im Pflegebereich haben.

Diese Kliniken wurden nach der Anzahl ihrer Beschäftigten im Pflegebereich gefragt. Danach arbeiteten Ende des Jahres 2013 im Mittel jeweils mehr als 550 Gesundheits- und Krankenpfleger inklusive Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie 95 Schüler zur Ausbildung zum Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger in den Einrichtungen (Tab. 8). Erwartungsgemäß variieren hier auch die Mitarbeiterzahlen stark nach Größe der Einrichtungen. Aufgrund der überproportional hohen Anzahl kleinerer Krankenhäuser mit einer im Vergleich zu großen Einrichtungen niedrigeren Anzahl an Mitarbeitern, liegt der

Median mit gut 370 Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegern sowie 75 Pflegeschülern jeweils deutlich unter dem Mittelwert.

Tab. 8: Anzahl Pflegekräfte im Krankenhaus am 31.12.2013 in Köpfen

	Gesundheits- / (Kinder)Krankenpfleger (Köpfe)	Schüler zur Ausbildung zum Gesundheits- / (Kinder)Krankenpfleger (Köpfe)
Mittelwert	552,5	95,3
Standardabweichung	554,4	81,8
Unterer Quartilswert	220,0	43,5
Median	374,3	75,0
Oberer Quartilswert	711,4	120,0

Im Mittel zählt jede Einrichtung acht Pflegekräfte mit akademischer Ausbildung zu ihren Mitarbeitern. Zusätzlich befinden sich derzeit durchschnittlich fünf examinierte Pflegemitarbeiter pro Klinik in einer berufsbegleitenden akademischen Ausbildung. Des Weiteren gaben die Krankenhäuser an, im Mittel sechs Pflegeschüler zu beschäftigen, die sich derzeit in akademischer Ausbildung, in einem sogenannten dualen Studiengang, befinden (Tab. 9).

Tab. 9: Anzahl der akademisierten Pflegekräfte im Krankenhaus am 31.12.2013 in Köpfen

	Pflegekräfte mit akademischem Abschluss (Köpfe)	Pflegekräfte in berufsbegleitender akadem. Ausbildung (Köpfe)	Pflegeschüler in akadem. Ausbildung (Köpfe)
Mittelwert	8,1	5,0	5,7
Standardabweichung	20,5	20,5	11,6
Unterer Quartilswert	2,0	1,0	0,0
Median	4,0	2,0	1,0
Oberer Quartilswert	8,0	4,0	5,0



Ebenso wie bei der Anzahl der Pflegekräfte (gesamt: Tab. 8) variierten auch hier die Anzahl der akademisierten Mitarbeiter stark nach Größe der Einrichtungen. Aufgrund der überproportional hohen Anzahl kleinerer Krankenhäuser mit einer im Vergleich zu großen Einrichtungen niedrigeren Anzahl an Mitarbeitern mit akademischer Ausbildung, liegen die Mediane mit vier Pflegekräften mit Studienabschluss, zwei Pflegemitarbeitern in berufsbegleitender akademischer Ausbildung und einem Pflegeschüler in (dualer) akademischer Ausbildung jeweils deutlich unter dem Mittelwert (Tab. 9).

Der Akademisierungsgrad im Pflegebereich liegt derzeit im Mittel bei 1,6%, bei ausschließlicher Berücksichtigung der Mitarbeiter mit bereits abgeschlossener akademischer Ausbildung. Werden ebenfalls Pflegekräfte berücksichtigt, die sich noch in der akademischen (berufsbegleitenden) Ausbildung befinden, steigt der Akademisierungsgrad auf durchschnittlich 2,3%. Die Quote der Pflegeschüler, die ein duales Studium absolvieren, liegt dagegen schon im Mittel bei rund 5% (Tab. 10).

Tab. 10: Akademisierungsgrad der Pflegekräfte

	Akademisierungsgrad I bei Pflegekräften* (Prozent)	Akademisierungsgrad II bei Pflegekräften** (Prozent)	Quote Pflegeschüler in akadem. Ausbildung (Prozent)
Mittelwert	1,6	2,3	4,7
Standardabweichung	1,6	2,1	9,2
Unterer Quartilswert	0,6	1,1	0,0
Median	1,2	1,9	1,5
Oberer Quartilswert	2,0	2,8	6,2

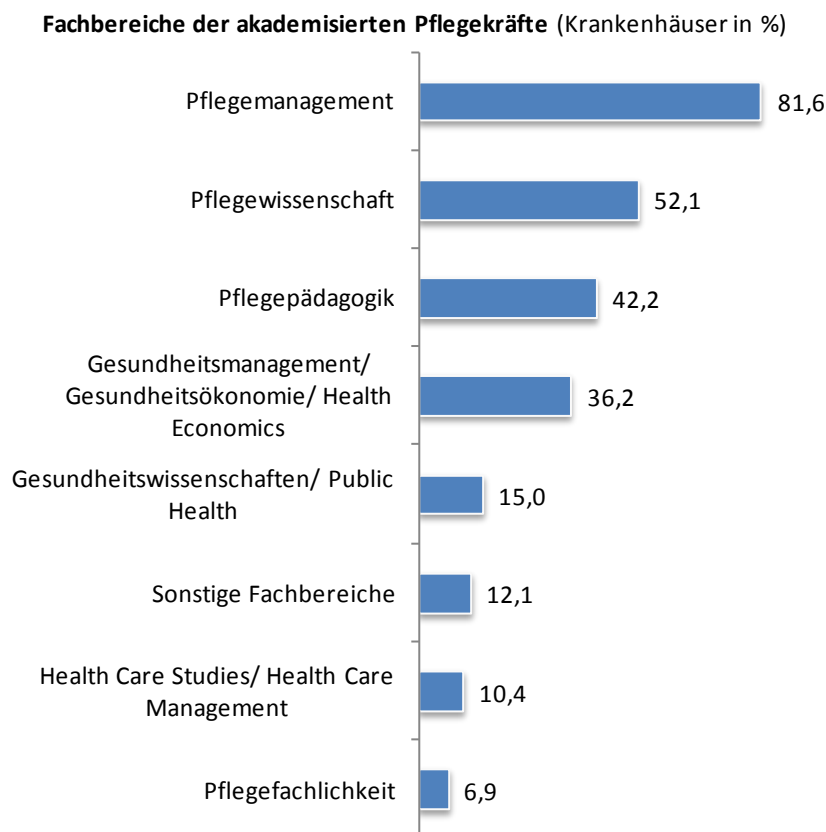
* Akademisierungsgrad I: Beinhaltet Mitarbeiter mit abgeschlossener akademischer Ausbildung

** Akademisierungsgrad II: Beinhaltet Mitarbeiter mit abgeschlossener akademischer Ausbildung und Mitarbeiter, die sich derzeit in akademischer Ausbildung befinden

Während die Quote der Pflegeschüler in akademischer Ausbildung mit zunehmender Krankenhausgröße ansteigt (KH unter 300 Betten: 1,5; KH mit 300 bis 599 Betten: 5,4; KH ab 600 Betten: 7,0), zeigen die kleinen Krankenhäuser beim Akademisierungsgrad (I mit 1,7% und II mit 2,4%) einen überproportional

hohen Anteil an Mitarbeitern mit Studienabschluss sowie Pflegekräften, die sich derzeit noch in der akademischen Ausbildung befinden.

3.3 Fachbereiche



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 24: Fachbereiche der Pflegekräfte mit akademischem Abschluss

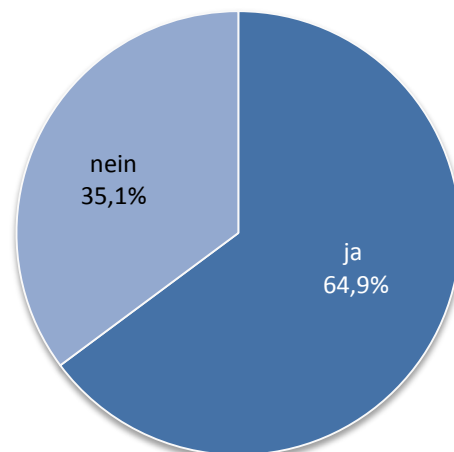
Die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser mit akademisierten Pflegekräften hat Mitarbeiter mit einem Studienabschluss im Bereich Pflegemanagement (82%) engagiert. In gut der Hälfte der Kliniken arbeiten Pflegewissenschaftler und in 42% der Einrichtungen Pflegepädagogen. Absolventen der Studiengänge Gesundheitsmanagement, Gesundheitsökonomie oder Health Economics sind in gut jedem dritten Krankenhaus zu finden. Pflegekräfte mit einem Studienabschluss einer bestimmten Pflegefachrichtung, wie beispielsweise „Psychiatrischer Pflege“, sind dagegen erst in 7% der Krankenhäuser in

der Patientenversorgung tätig. Unter den übrigen Fachbereichen dominieren eindeutig die betriebswirtschaftlichen Richtungen.

3.4 Arbeitsbereiche von akademisierten Pflegekräften

Gefragt nach einer Veränderung des Tätigkeitsspektrums, bestätigten 65% der Einrichtungen, dass in ihrem Haus akademische Pflegekräfte nach ihrer akademischen Ausbildung anders eingesetzt werden als vor dem akademischen Abschluss (Abb. 25). Krankenhäuser unterschiedlicher Größe machen hier keinen Unterschied in der generellen Behandlung ihrer akademisierten Pflegekräfte.

Werden Pflegekräfte nach ihrer akademischen Ausbildung anders eingesetzt als vorher? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 25: Veränderung des Tätigkeitsspektrums bei Pflegekräften durch die akademische Ausbildung

Während jedoch Pflegewissenschaftler und Absolventen des Studienganges Pflegemanagement leicht überdurchschnittlich (68%) häufig eine andere Tätigkeit nach ihrem Studium als vorher übertragen bekommen, trifft dies auf Pflegepädagogen (72%) und Absolventen der Studiengänge Gesundheitsmanagement, Gesundheitsökonomie oder Health Economics (73%) in erhöhtem Maße zu.

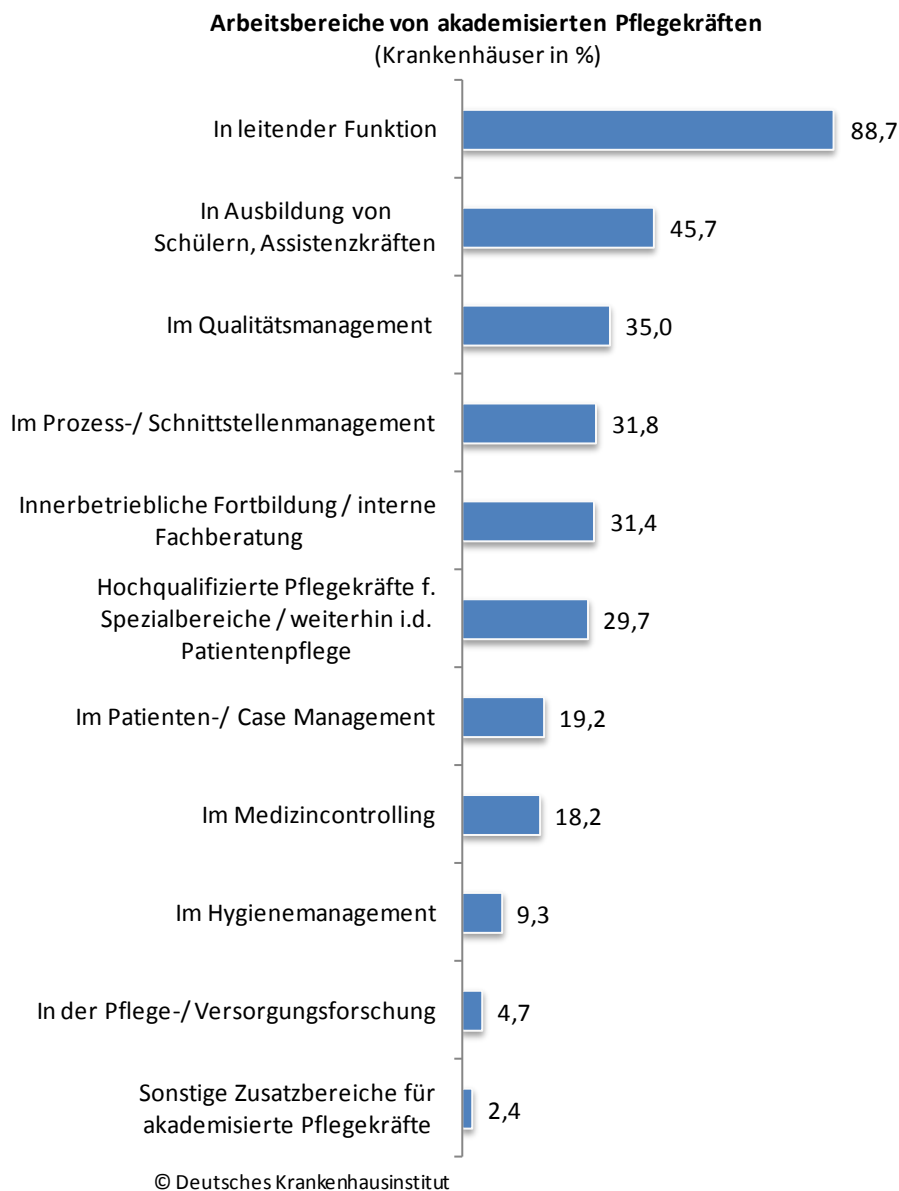


Abb. 26: Arbeitsbereiche von akademisierten Pflegekräften

Der Einsatzbereich der akademisierten Pflegekräfte liegt überwiegend in den leitenden Funktionen. 89% der Krankenhäuser bestätigen, Mitarbeiter mit akademischem Abschluss in leitender Funktion, z.B. als Stationsleitung oder Pflegedirektion, im Pflegebereich zu beschäftigen. Knapp die Hälfte der Kliniken hat Pflegekräfte mit Studienabschluss in der Ausbildung von Schülern oder Assistenzkräften (praktischer und / oder theoretischer Unterricht sowie Praxisanleitung) und gut jede dritte Einrichtung im Qualitätsmanagement angestellt.



In rund jeweils 30% der Krankenhäuser sind Studienabsolventen im Prozess- / Schnittstellenmanagement, in der innerbetrieblichen Fortbildung / internen Fachberatung oder als hochqualifizierte Pflegekräfte / Experten für Spezialbereiche weiterhin in der Patientenpflege tätig. Jedes fünfte Krankenhaus setzt akademisierte Pflegekräfte im Patienten- / Case Management ein und lediglich 5% der Absolventen finden Einsatz in der Pflege- / Versorgungsforschung (Abb. 26).

Unter den sonstigen Zusatzbereichen für den Einsatz von akademisierten Pflegekräften wurden das Ernährungsmanagement sowie Assistenzaufgaben in Pflegedirektion und Geschäftsführung genannt.

3.5 Veränderungen durch den Einsatz von akademisierten Pflegekräften

Durch den Einsatz von Pflegekräften mit akademischem Abschluss werden in den Krankenhäusern Veränderungen in unterschiedlichem Ausmaß, je nach Einsatzgebiet, bewirkt. So haben knapp die Hälfte der Krankenhäuser Prozessverbesserungen oder verbessertes Schnittstellenmanagement durch Pflegekräfte mit akademischem Abschluss in erwartetem Ausmaß berichtet. In 38% der Kliniken zeigten sich jedoch Verbesserungen in diesem Bereich, die etwas oder viel größer als erwartet waren. Eine Erhöhung der theoretischen fachlichen Kompetenz in der Pflege erfüllte die Erwartungen genau in 63% der Einrichtungen und lag in 28% der Krankenhäuser (etwas oder viel) über den Erwartungen. Erwartungsgemäße Verbesserungen im Bereich des Qualitätsmanagements wurden in 65% der Häuser gemeldet und 26% lagen in diesem Bereich (etwas oder viel) über den Erwartungen. In jeweils 67% der Einrichtungen wurden Verbesserungen des Hygienemanagements und des Medizincontrollings durch Pflegekräfte mit akademischem Abschluss wahrgenommen (Abb. 27).

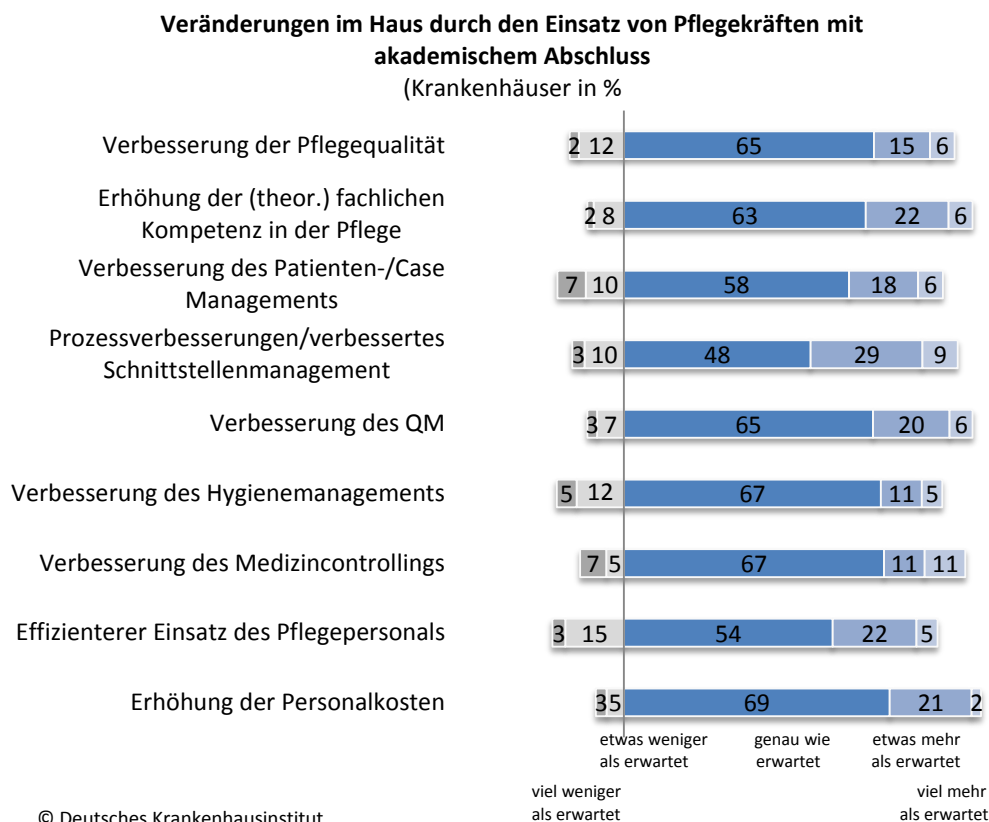


Abb. 27: Veränderungen durch den Einsatz von akademisierten Pflegekräften

Veränderungen, die durch den Einsatz von Pflegekräften mit akademischem Abschluss hervorgerufen werden, unterscheiden sich tendenziell nach Größe der Krankenhäuser. So haben kleine Krankenhäuser überdurchschnittlich oft eine Verbesserung im Rahmen der Erwartungen beim Qualitätsmanagement, Medizincontrolling und der Pflegequalität berichtet sowie eine Erhöhung der theoretischen fachlichen Kompetenz in der Pflege. Größere Häuser (ab 300 Betten) berichteten in diesen Bereichen tendenziell häufiger Verbesserungen, die über den Erwartungen lagen.

Ganz anders stellten sich die Verhältnisse bei Verbesserungen der Prozesse und des Schnittstellenmanagements sowie bei Erhöhungen der Personalkosten durch akademisierte Pflegekräfte dar. Während Häuser ab 300 Betten überdurchschnittlich häufig Verbesserungen bzw. Erhöhungen im Rahmen der Erwartungen berichteten, lagen die Verbesserungen und Erhöhungen in diesen Bereichen bei den kleinen Häusern häufiger über den Erwartungen.

3.6 Akzeptanz der akademisierten Pflegekräfte bei ihren Kollegen

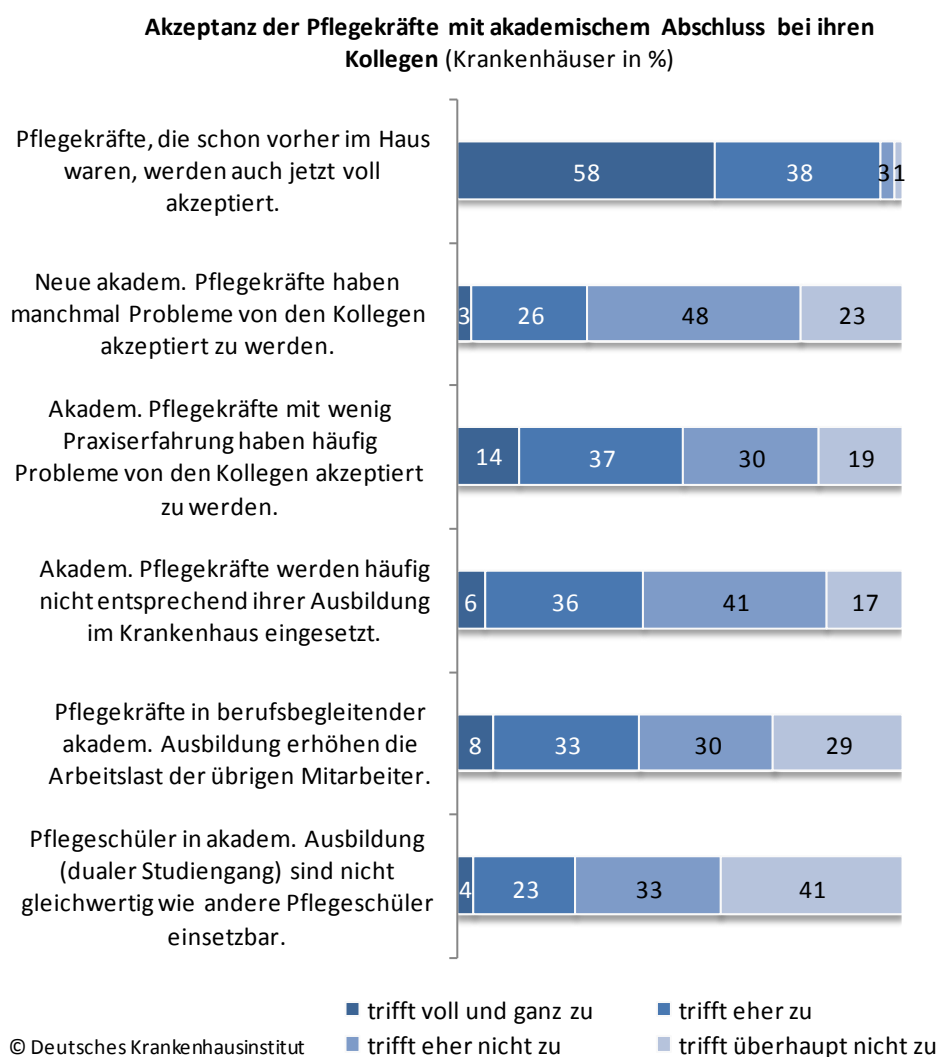


Abb. 28: Akzeptanz der akademisierten Pflegekräfte bei ihren Kollegen

Krankenhäuser, die Pflegekräfte mit akademischem Abschluss im Einsatz haben, wurden nach der Akzeptanz dieser Mitarbeiter bei den übrigen Beschäftigten im Bereich gefragt. Es zeigte sich, dass Pflegekräfte, die schon vorher im Haus beschäftigt waren, auch nach ihrem akademischem Abschluss von den Kollegen voll akzeptiert werden (96% „trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“). Auch neue akademische Pflegekräfte haben in der Regel keine Probleme, von den Kollegen akzeptiert zu werden: Manchmal auftretende



Probleme bei der Akzeptanz verneinten die meisten Einrichtungen (71% „trifft eher nicht zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“).

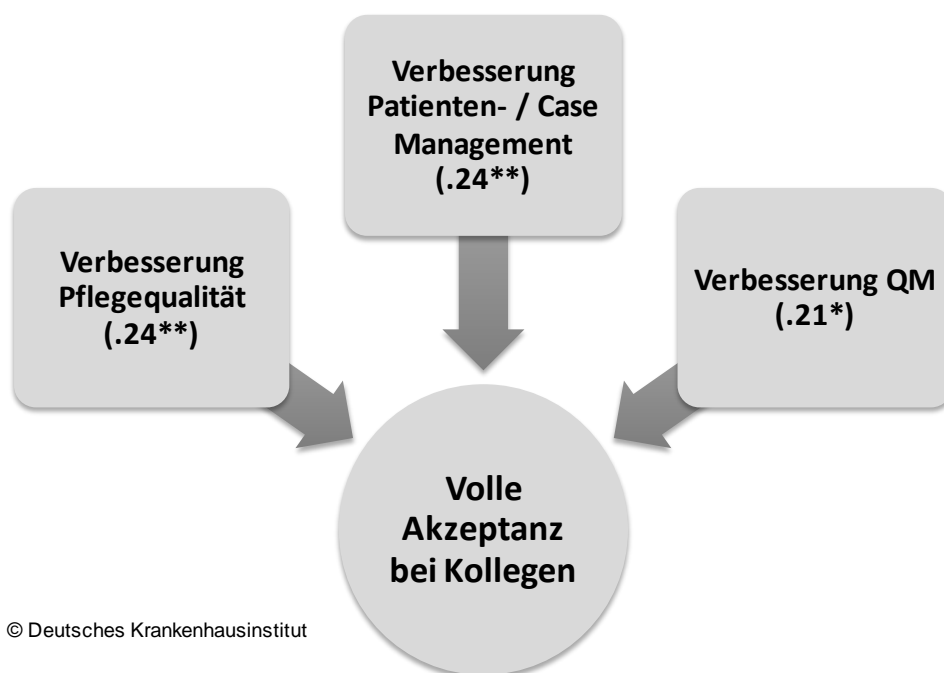
Auftretende Akzeptanzprobleme bei akademisierten Pflegekräften liegen an der Praxiserfahrung der Pflegekräfte: Gut die Hälfte der Einrichtungen berichtet, dass akademisierte Pflegekräfte mit wenig Praxiserfahrung häufig Probleme haben von den Kollegen akzeptiert zu werden.

Eine wahrzunehmende Erhöhung der Arbeitsbelastung der Mitarbeiter im Pflegebereich durch Pflegekräfte in berufsbegleitender akademischer Ausbildung, die aufgrund ihres Studiums nicht mehr voll einsetzbar waren, konnten rund 60% der Krankenhäuser nicht bestätigen („trifft eher nicht zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“). Ebenso konnte eine nicht gleichwertige Einsetzbarkeit von Pflegeschülern in akademischer Ausbildung aufgrund besonderer Lehrpläne in der Mehrheit der Krankenhäuser nicht bestätigt werden (74% „trifft eher nicht zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“).

Ein Teil der Krankenhäuser (42% „trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“) setzt jedoch derzeit noch häufig Pflegekräfte mit akademischem Abschluss nicht entsprechend ihrer Ausbildung ein (Abb. 28).

Die Akzeptanz der Pflegekräfte mit akademischem Abschluss bei ihren Kollegen mit 3-jähriger grundständiger Pflegeausbildung steht neben ihrer Praxiserfahrung auch in einem direkten Zusammenhang mit den Veränderungen, die durch ihren Einsatz im Krankenhaus hervorgerufen werden. Dies zeigt die Korrelationsanalyse in Abb. 29.

Wesentliche Einflussfaktoren auf die Akzeptanz von akademisierten Pflegekräften bei ihren Kollegen - Korrelationsanalyse



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 29: Einflussfaktoren auf die Akzeptanz von akademisierten Pflegekräften bei ihren Kollegen – Korrelationsanalyse (p<.01, * p<.05)**

Die Akzeptanz der Pflegekräfte mit akademischem Abschluss bei ihren Kollegen mit 3-jähriger grundständiger Pflegeausbildung steht in einem positiven Zusammenhang mit der Verbesserung der Pflegequalität (Korrelationswert=.24)⁷, mit der Verbesserung des Patienten-/ Case Managements (Korrelationswert=.24) und mit der Verbesserung des Qualitätsmanagements (Korrelationswert=.21) durch den Einsatz von akademisierten Pflegekräften. Das bedeutet, je größer die Verbesserung der Pflegequalität, des Patienten- / Case Managements und des Qualitätsmanagements durch die akademisierten Pflegekräfte war, desto besser war ihre Akzeptanz bei den grundständig ausgebildeten Kollegen.

⁷ Ein Korrelationskoeffizient (auch: Korrelationswert) ist ein Maß, mit dem in der Korrelationsanalyse die Stärke eines Zusammenhangs (Korrelation) zwischen zwei Merkmalen gemessen werden kann. Er kann Werte zwischen (+/-) 1 und 0 annehmen. Bei einem Wert von (+/-) 1 besteht ein perfekter (linearer) Zusammenhang zwischen den betrachteten Merkmalen. Wenn der Korrelationskoeffizient den Wert 0 aufweist, besteht überhaupt kein (linearer) Zusammenhang zwischen den beiden betrachteten Merkmalen.



4 Patientenbefragungen im Krankenhaus

Patientenbefragungen sind ein probates Mittel, um etwas über die Stärken aber auch Schwächen und Potenziale des eigenen Krankenhauses zu erfahren. Es stehen verschiedene Methoden der empirischen Sozialforschung zur Verfügung, um die Patienten zu befragen. Auch können verschiedene Parameter, wie der Zeitpunkt, Inhalte oder die befragte Patientenklientel, im Rahmen von Patientenbefragungen in Abhängigkeit von Fragestellung oder Befragungsziel variiert werden. Die Ausgestaltung der Patientenbefragung kann Einflüsse auf die Ergebnisse sowie die damit verbundenen Handlungskonsequenzen haben.

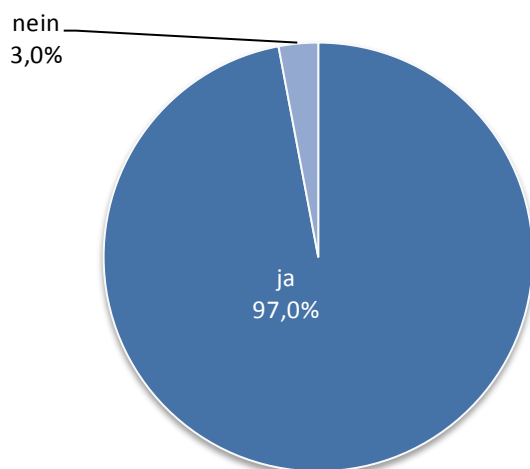
Patientenbefragungen werden bereits häufig genutzt, um etwas über die Sichtweise der Patienten zu erfahren. Der Stellenwert von Patientenbefragungen wird vermutlich zukünftig durch eine stärkere Einbindung in die externe Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung noch steigen. Bisher fehlen konkrete Informationen, wie der Umsetzungsstand von Patientenbefragungen in den deutschen Krankenhäusern konkret ist. Aus diesem Grund waren die Ausgestaltung, Organisation, Durchführung und Verwertung von Patientenbefragungen Gegenstand des *Krankenhaus Barometers 2014*.

4.1 Verbreitung von Patientenbefragungen

Die Krankenhäuser wurden zunächst danach befragt, ob sie regelmäßig oder sporadisch – ggf. auch mit Hilfe anderer – Patientenbefragungen durchführen. Die hohe Verbreitung von Patientenbefragungen in deutschen Krankenhäusern bestätigt sich: Nahezu alle befragten Häuser setzen Patientenbefragungen ein (Abb. 30).

In die weiteren Analysen wurden nur die Häuser einbezogen, die Patientenbefragungen realisieren (n=269).

Führen Sie in Ihrem Krankenhaus regelmäßig oder sporadisch Patientenbefragungen durch? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 30: Verbreitungsgrad von Patientenbefragungen

Die meisten Häuser (71%) haben zuletzt im Jahr 2013 oder 2014 eine Befragung ihrer Patienten umgesetzt. 19% der Krankenhäuser hatten ihre Patienten - zum Befragungszeitpunkt Anfang 2014 - das letzte Mal im Jahr 2012 befragt. In 10% der Häuser lag die zuletzt realisierte Patientenbefragung vor 2012.

Die Anzahl der eingeschlossenen Patienten variierte zwischen den Häusern erwartungsgemäß. Im Minimum erhielten bei der letzten Befragung 59, im Höchstfall 150.000 Patienten einen Fragebogen. Im Mittel wurden 4.618 und im Median 1.440 Patienten eingeschlossen. Der 5% getrimmte Mittelwert⁸ liegt bei 3.085 Patienten, die von den Krankenhäusern in die letzte Befragung eingeschlossen wurden (Tab. 11).

Die Anzahl der Patienten, die die letzte Befragung beantwortet haben, wich in den befragten Krankenhäusern – auch in Abhängigkeit von der Anzahl der befragten Patienten – erwartungsgemäß ab. Die Spannweite variierte von neun bis 40.000 Patienten. Der Mittelwert lag bei 1.018 Patienten, der Median

⁸ Der 5% getrimmte Mittelwert ist um Ausreißer oder Extremwerte bereinigt. Der Mittelwert wird unter Vernachlässigung der kleinsten und größten 5% der Werte berechnet.



betrug 585 Patienten, die die Befragung beantwortet haben. Das 5% getrimmte Mittel betrug 799 Patienten, die den Fragebogen ausgefüllt haben (Tab. 11).

Die Anzahl der Patienten, die die Befragung beantwortet haben, ist aussagekräftiger, wenn man berücksichtigt, wie viele Patienten einen Fragebogen erhalten haben. Entsprechend lässt sich aus der Zahl der eingeschlossenen Patienten sowie der Anzahl der Patienten, die den Fragebogen ausgefüllt haben, die Rücklaufquote berechnen. Die Rücklaufquote schwankte bei den befragten Krankenhäusern zwischen zwei und 100%. Mittelwert, 5% getrimmtes Mittel und Median bewegten sich um die 40% (Tab. 11).

Tab. 11: Angaben zu der von den Krankenhäusern zuletzt durchgeführten Patientenbefragung

	In Befragung eingeschlossene Patienten (Anzahl)	Patienten, die Befragung beantwortet haben (Anzahl)	Rücklaufquote (Prozent)
Minimum	59	9	1,9
Maximum	150.000	40.000	100
Mittelwert	4.618	1.018	41,1
5% getrimmtes Mittel	3.085	799	39,9
Median	1.440	585	40,0
Unterer Quartilswert	640	240	19,5
Oberer Quartilswert	4.027	1.032	58,6

4.2 Umsetzung und Organisation der Patientenbefragungen

Die Entwicklung eines Patientenfragebogens, der den Ansprüchen der empirischen Sozialforschung entspricht, ist sehr aufwändig. Um den Aufwand zu reduzieren, bestehen verschiedene Möglichkeiten. Beispielsweise kann man Teile schon bestehender, validierter Fragebögen nutzen oder auch mit externen Anbietern zusammenarbeiten. Ebenso kann es möglich oder ggf. sinnvoll sein, einen Fragebogen für alle Häuser eines Trägers oder Verbundes zu entwickeln. Die Ergebnisse von Fragebögen, die nicht nur für das eigene Haus konzipiert wurden, bieten zudem die Vorteile eines Benchmarkings.

Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, wie der zuletzt eingesetzte Fragebogen entwickelt wurde. Die zuletzt eingesetzten Patientenfragebogen wurden in den befragten Krankenhäusern mehrheitlich durch Krankenhausmitarbeiter (43%) oder durch externe Anbieter (39%) entwickelt. Eine vollständige Eigenentwicklung des Fragebogens durch den Träger wurde in knapp 12% der Häuser realisiert, gut 8% haben Teile des Fragebogens von anderen übernommen (Abb. 31).

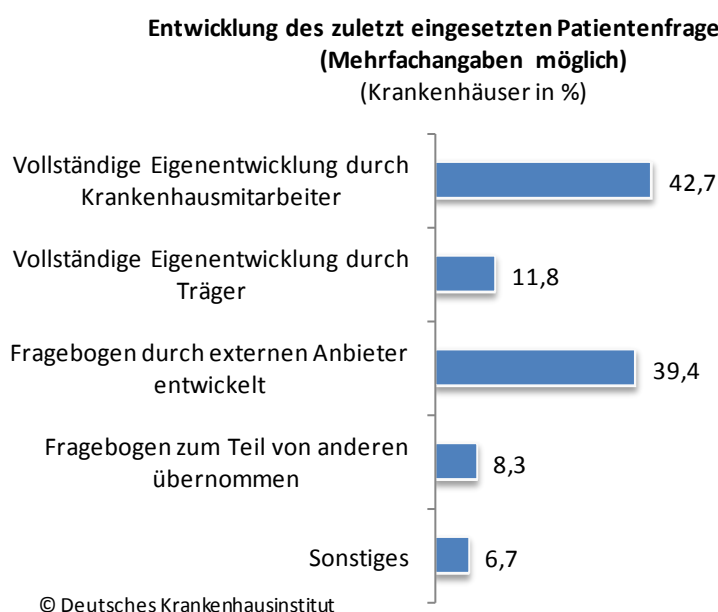
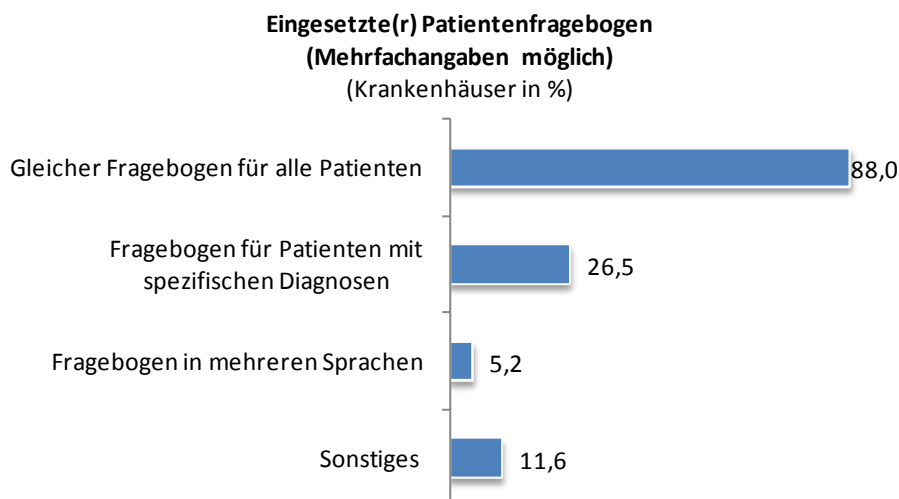


Abb. 31: Entwicklung des Patientenfragebogens

Es besteht die Möglichkeit, einen Fragebogen für alle Patienten des Krankenhauses einzusetzen oder Patienten verschiedener Fachabteilungen oder mit spezifischen Diagnosen mit gesonderten Bögen zu befragen. Auch eine Übersetzung des Fragebogens in andere Sprachen ist denkbar. In der Mehrzahl der Häuser (88%) wird für alle Patienten der gleiche Fragebogen genutzt. Gut ein Viertel der Krankenhäuser hat Fragebögen für Patienten mit spezifischen Diagnosen entwickelt. Fragebögen in mehreren Sprachen kommen in 5% der Häuser zum Einsatz. 12% der Krankenhäuser nutzten die Antwortmöglichkeit

„Sonstiges“ (Abb. 32). In der Erläuterung wurden hier insbesondere Fragebögen für Patienten der Ambulanz, spezifischer Fachbereiche oder im Rahmen von Zertifizierungen sowie Elternfragebögen genannt.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 32: Eingesetzte(r) Patientenfragebogen

4.3 Durchführung der Patientenbefragungen

Bei der konkreten Realisierung der Patientenbefragung stellt sich u.a. die Frage, welche Patienten, zu welchem Zeitpunkt und wie oft befragt werden sollen. Die Krankenhäuser wurden gebeten, entsprechende Angaben zu machen.

Die befragten Krankenhäuser haben in erster Linie regelmäßig krankenhausebene Befragungen realisiert (85%). Ungefähr ein Viertel der Krankenhäuser hat Patienten mit spezifischen, ausgewählten Diagnosen befragt (Abb. 33). Hierzu zählten insbesondere Patienten mit onkologischen Erkrankungen, wie Brust- oder Darmkrebs. Aber auch Patienten, die eine Endoprothese erhalten oder entbunden haben, wurden hier genannt.

Patienten einzelner (14%) oder mehrerer Fachabteilungen (12%) wurden von den Krankenhäusern ebenfalls, wenn auch seltener, über die krankenhause-

weite Befragung hinaus, gesondert befragt (Abb. 33). Zu den häufigsten Nennungen zählten hier chirurgische Abteilungen, wie Allgemein-, Unfallchirurgie, sowie verschiedene Zentren, wie Brustkrebs- oder Darmzentrum. Darüber hinaus wurden die Gynäkologie, inkl. Geburtshilfe, und die Innere aufgeführt.

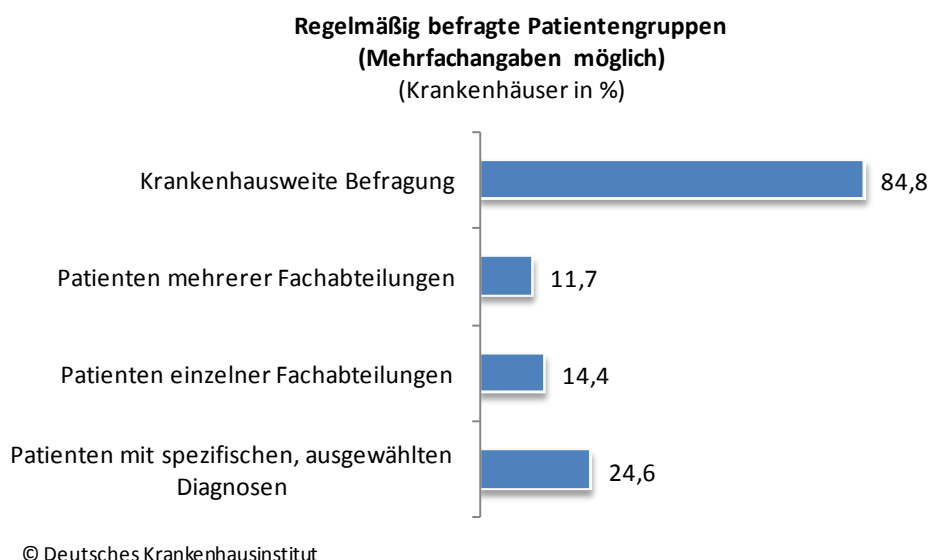


Abb. 33: Befragte Patientengruppen

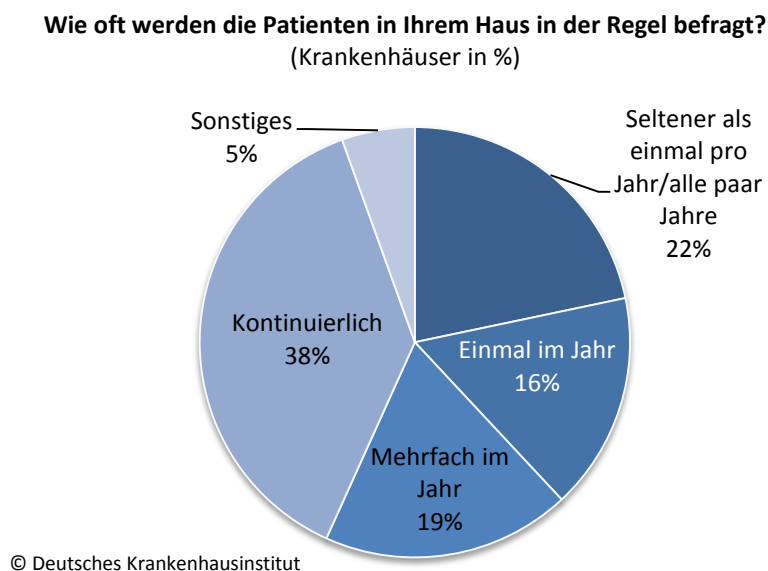


Abb. 34: Häufigkeit von Patientenbefragungen

Die Patienten werden in den Häusern am häufigsten kontinuierlich befragt: In mehr als einem Drittel der Krankenhäuser erhalten die Patienten fortlaufend

oder permanent einen Fragebogen mit der Bitte, diesen auszufüllen. In 22% der Häuser werden die Patienten unsystematisch alle paar Jahre befragt. 19% der Häuser führen mehrfach im Jahr Patientenbefragungen durch, 16% erheben die Patientenbewertungen einmal im Jahr (Abb. 34).

Die Patienten erhalten in der Regel während des Aufenthaltes den Fragebogen. In knapp der Hälfte der Krankenhäuser erhalten die Patienten den Fragebogen bei der Aufnahme, ungefähr 20% der Häuser überreichen diesen bei Entlassung. Eine Übergabe des Bogens während des Krankenhausaufenthaltes – also ohne konkreten Zeitpunkt - erfolgt in ca. 12% der Häuser.

Es besteht auch die Möglichkeit, den Patienten erst nach Beendigung des Aufenthaltes den Fragebogen zukommen zu lassen. Knapp ein Viertel der Häuser setzt dies durch Übersendung des Bogens nach Entlassung um (Abb. 35).

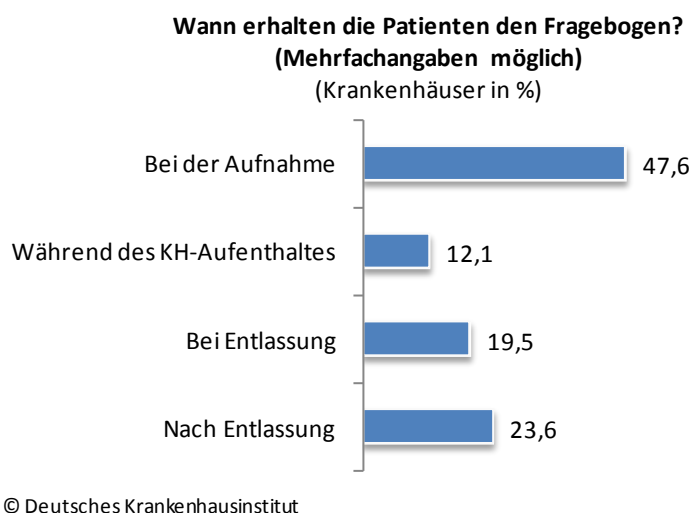


Abb. 35: Zeitpunkt der Fragebogenübergabe

Die Patientenbefragungen werden mehrheitlich mit Hilfe von Papierfragebögen durchgeführt. Neue Medien, wie Tablets oder Online-Befragungen, werden erwartungsgemäß noch selten genutzt (Prozentwerte zwischen 0 und 1,7%) (Abb. 36).

Die Befragung kann, unabhängig vom Zeitpunkt der Fragebogenübergabe, während des Krankenhausaufenthaltes oder danach durchgeführt werden. Die Patientenbefragung wird in den meisten Häusern Inhouse realisiert, d.h. die Patienten werden während des Aufenthaltes befragt. In knapp zwei Dritteln der Häuser erhalten die Patienten den Papier-Fragebogen im Krankenhaus mit der Bitte, diesen direkt auszufüllen (Abb. 36).

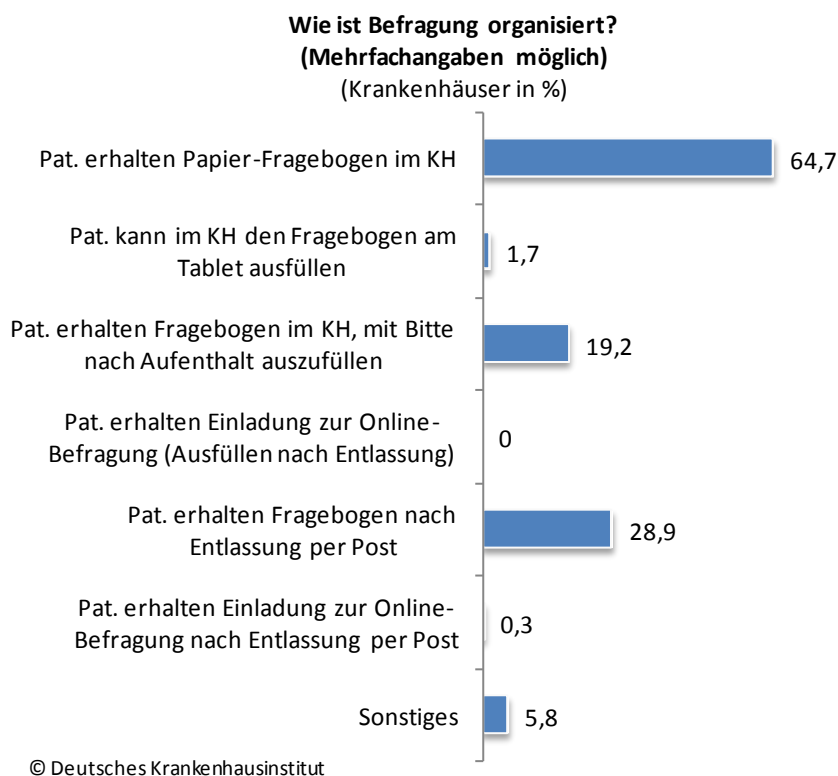


Abb. 36: Art der Befragung

Eine Befragung nach Entlassung bietet u.a. den Vorteil, die Patienten auch zum Überleitungsmanagement befragen zu können. Knapp 20% der Häuser übergeben den Patienten den Papier-Fragebogen im Krankenhaus und bitten diese, ihre Meinung nach Entlassung zu dokumentieren und postalisch zurück zu schicken. Etwas weniger als 30% der Häuser nutzt die Möglichkeit, den Patienten den Fragebogen nach Entlassung nach Hause zu schicken, damit diese ihn dort ausfüllen können (Abb. 36).

Je nach Länge des Fragebogens oder Schwierigkeitsgrad der Fragen kann die Zeit, die Patienten für die Beantwortung eines Fragebogens benötigen, variieren. Diese kann z.B. auch von dem Gesundheitszustand der Patienten beeinflusst werden.

Die Krankenhäuser sollten schätzen, wie lange die Patienten ungefähr brauchten, um den Fragebogen auszufüllen. In den meisten Krankenhäusern (43%) benötigten die Patienten nach Einschätzung der Häuser fünf bis zehn Minuten, um die Fragen zum Aufenthalt zu beantworten. In knapp einem Drittel der Häuser haben die Patienten ungefähr elf bis 20 Minuten zum Ausfüllen des Fragebogens benötigt. Auf weniger als fünf Minuten schätzen rund 17% der Häuser den Aufwand der Patienten bei der Bearbeitung der Patientenbefragung ein. In 10% der Häuser haben die Patienten schätzungsweise 21 Minuten und mehr für das Ausfüllen des Bogens gebraucht (Abb. 37).

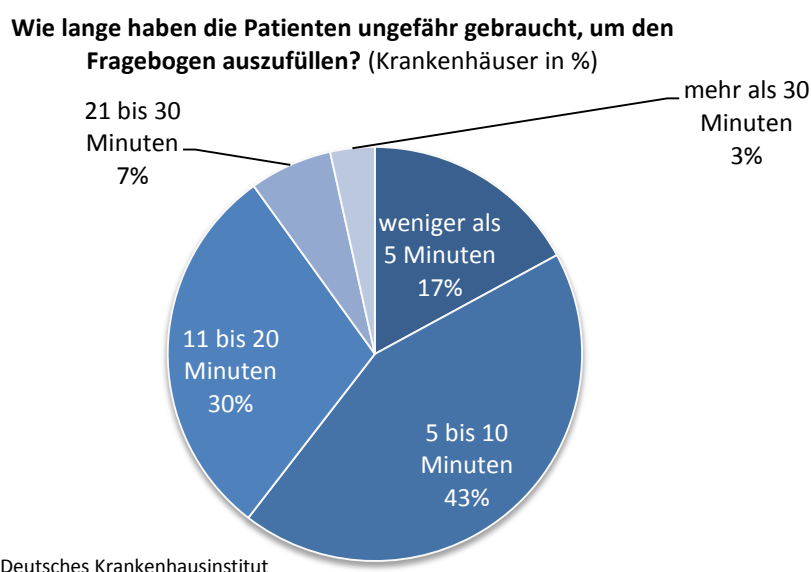


Abb. 37: Zeitaufwand für Patienten

Die Krankenhäuser wurden gefragt, über welchen Zeitraum bzw. wie lange sie ihre Patienten in der Regel befragen. Die Befragung erstreckt sich mehrheitlich über das ganze Jahr. Offen ist an dieser Stelle, ob es sich um eine Befragung handelt, die alle Krankenhauspatienten einschließt oder ob auf einzelnen

Stationen, in einzelnen Fachabteilungen kontinuierlich oder alternierend befragt wird. Auch ist es möglich, dass über das Jahr immer wieder Stichproben von Patienten gezogen werden, die einen Fragebogen erhalten.

Eine rein stichtagsbezogene Befragung der Patienten wird in einem Viertel der Häuser realisiert. Ein Quartal bzw. einen Monat lang befragen 8% bzw. 7% der Häuser ihre Patienten. Eine Patientenbefragung, die ein halbes Jahr lang durchgeführt wird, findet in den Häusern kaum Anwendung. 6% der Häuser wählen einen von den Antwortvorgaben abweichenden Zeitraum der Befragung. Hier wurden u.a. sechs oder achtwöchige Befragungen genannt (Abb. 38).

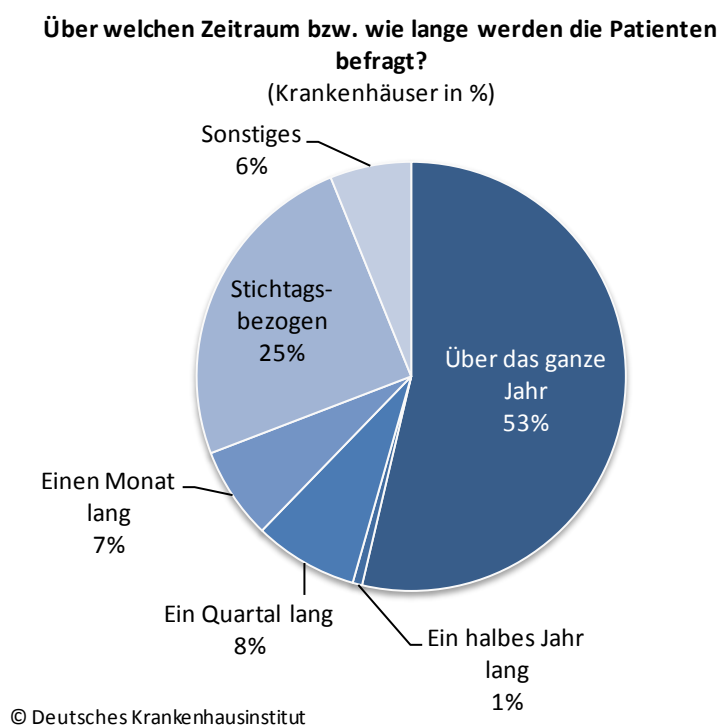


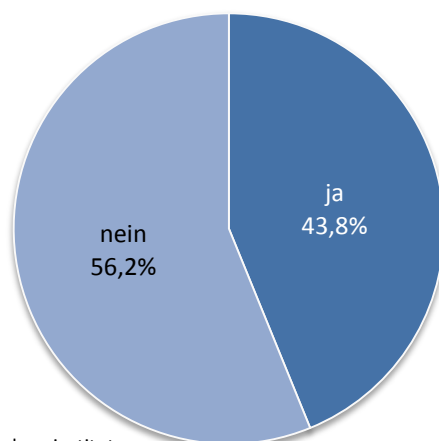
Abb. 38: Befragungszeitraum der Patientenbefragungen

4.4 Inanspruchnahme externer Anbieter

Die Organisation und Durchführung von Patientenbefragungen ist, nicht nur, wenn man die Maßgaben der empirischen Sozialforschung berücksichtigt, zeitlich und personell sehr aufwändig. Verschiedene externe Anbieter haben

sich auf Patientenbefragungen spezialisiert und bieten Unterstützung an. Über die Hälfte der Krankenhäuser führt die Patientenbefragungen jedoch in Eigenregie und ohne Unterstützung von externen Anbietern durch. 44% der Häuser greifen regelmäßig auf die Hilfe von externen Anbietern zurück, um die Befragungen der Patienten zu realisieren (Abb. 39).

Lässt sich Ihr Krankenhaus bei der Durchführung von Patientenbefragungen regelmäßig von externen Anbietern unterstützen?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 39: Unterstützung von externen Anbietern bei Patientenbefragungen

Die Krankenhäuser, die externe Anbieter genutzt haben (n=116) wurden weiter danach gefragt, welche Aufgaben diese in der Regel im Rahmen der Patientenbefragungen übernehmen. Die Aufgabenbereiche der externen Anbieter umfassen in erster Linie die Entwicklung (79%) und Erstellung des Fragebogens (71%) sowie die Auswertung (82%) und Darstellung der Ergebnisse (66%). Etwas weniger als die Hälfte der Krankenhäuser nimmt die Unterstützung der externen Anbieter bei der Erstellung von Informationsmaterialien für die Patienten sowie für die Ergebnispräsentation in Anspruch. Bei etwas weniger als einem Viertel der Häuser umfasst der Aufgabenbereich der Dienstleister auch die Erstellung von Mitarbeiterinformationen sowie den Versand der Fragebögen. Die Dienstleister sind in der Regel nicht in die Umsetzung der Patientenbefragungsergebnisse eingebunden (Abb. 40).

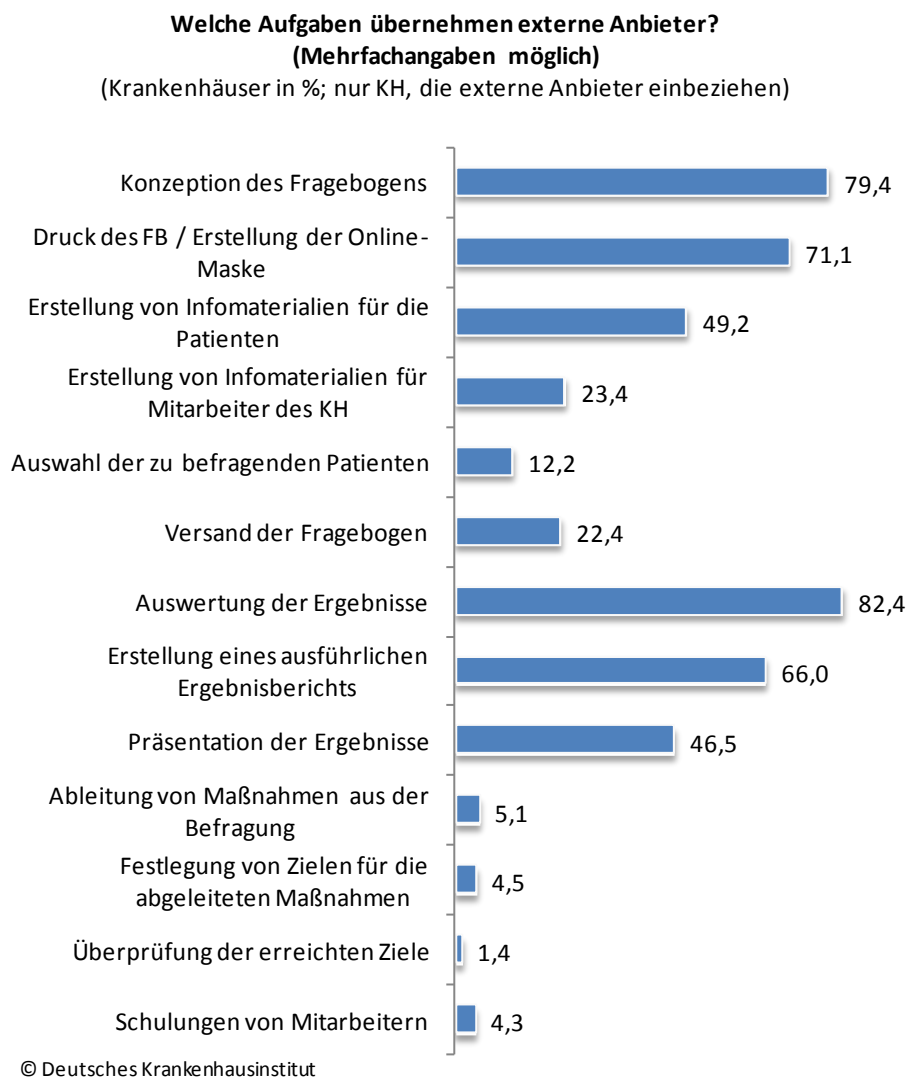


Abb. 40: Aufgaben von externen Anbietern bei Patientenbefragungen

4.5 Ergebnisverwertung von Patientenbefragungen

Patientenbefragungen finden häufig Anwendung, wie auch die aktuellen Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* zeigen. Ein häufiger Kritikpunkt an Befragungen von Patienten ist jedoch, dass die Befragungsergebnisse nicht oder nicht ausreichend umgesetzt bzw. verwertet werden. Die Krankenhäuser wurden deswegen gefragt, für welche Bereiche Verbesserungsmaßnahmen aus den letzten drei Patientenbefragungen abgeleitet worden sind. Bei der Ergebnisinterpretation ist zu berücksichtigen, dass die Angaben davon abhängen, welche Inhalte der von den Krankenhäusern eingesetzte Fragebogen



umfasste. Zudem ist eine Verbesserung nur dann angezeigt, wenn dies möglich ist. Geringe Zustimmungen oder Werte lassen daher keine Rückschlüsse über die Qualität zu, sondern können bedeuten, dass kein Veränderungsbedarf gegeben war. Die Ergebnisse geben nur Auskunft darüber, in welchen Bereichen es Veränderungen gegeben hat. Die abgefragten Bereiche können in medizinisch-pflegerische Maßnahmen, die Hotelleistungen und strategische Aspekte unterteilt werden.

Betrachtet man diese drei Bereiche, so zeigt sich, dass in den letzten drei Jahren aus den Patientenbefragungen am häufigsten Verbesserungen im Bereich der Hotelleistungen abgeleitet wurden. Veränderungen im medizinisch-pflegerischen Bereich waren etwas häufiger als im strategischen Bereich. Konkret wurden in den einzelnen Gebieten aus den Ergebnissen der Patientenbefragungen der letzten drei Jahre folgende Verbesserungen abgeleitet.

Im Bereich der medizinisch-pflegerischen Aspekte wurden insbesondere die Information und Aufklärung aufgrund der Befragungsergebnisse verbessert. Dies ist von allen erfragten Bereichen insgesamt der Aspekt, der am häufigsten Verbesserungen erfahren hat. In 60% der Häuser wurden die Aufklärung und das Informationsverhalten häufig oder standardmäßig verändert. Auch im Bereich des Krankenhauspersonals wurden vielfach Änderungen etabliert, die beispielsweise die Erreichbarkeit oder Freundlichkeit betreffen. Die medizinisch-pflegerische Versorgungsqualität und das Entlassmanagement wurden in 46 bzw. 41 % der Häuser häufig oder standardmäßig aufgrund der Befragungsergebnisse verbessert. Die Einbeziehung der Patienten wurde in gut einem Drittel der Häuser verändert.

Das Risikomanagement und das Schmerzmanagement wurden vergleichsweise wenig als Resultat der Patientenbefragungen verändert.⁹ Je 31% der Häuser haben es aus diesem Grund häufig verbessert, in je 12% bzw. 15% der Häuser wurde kein Änderungsbedarf aufgezeigt. Der Bereich der psycho-

⁹ Die beiden Bereiche sind vermutlich insgesamt selten Themen von Patientenbefragungen.

sozialen Versorgung wurde am seltensten aufgrund von Patientenbefragungen verändert. In 19% der Häuser war dies nie der Fall, in 21% häufig (Abb. 41).

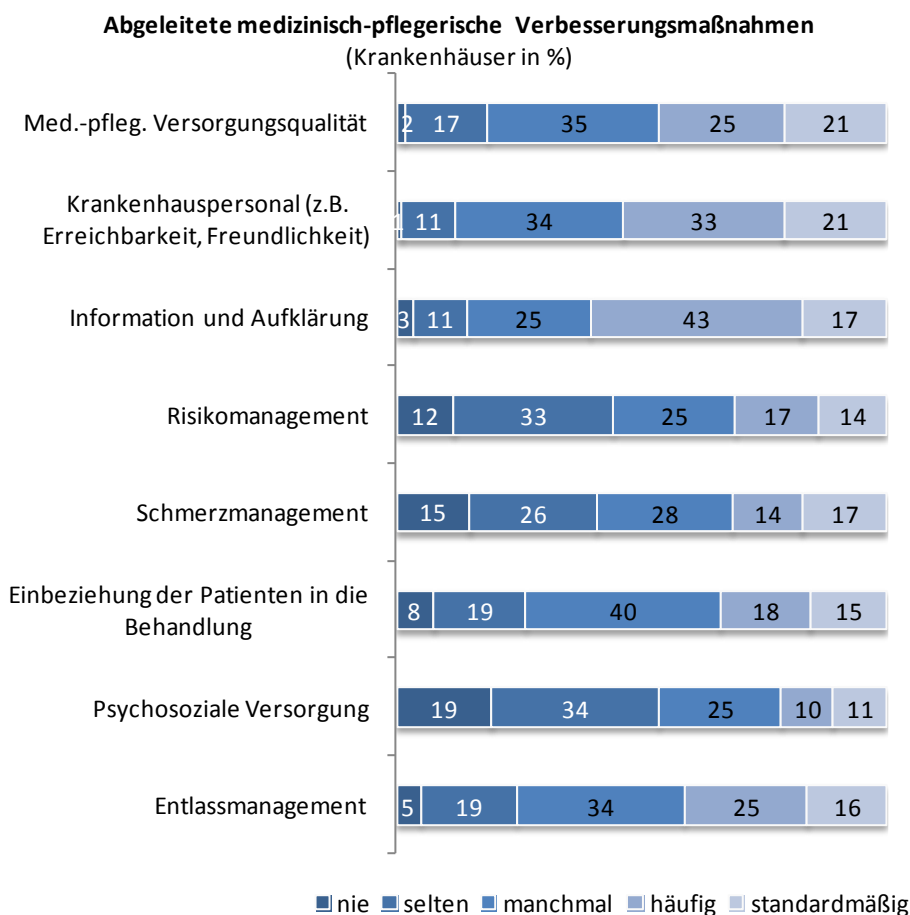


Abb. 41: Abgeleitete medizinisch-pflegerische Verbesserungsmaßnahmen

Verpflegung und Service waren die Aspekte, die im Bereich der Hotelleistungen am häufigsten aufgrund von Patientenbefragungen verändert wurden. In 59% der Häuser wurden entsprechende Änderungen häufig oder standardmäßig realisiert. Auch der Patientenalltag und Versorgungsabläufe sowie Hygiene und Sauberkeit wurden in etwa der Hälfte der Häuser im Anschluss an Befragungsergebnisse verbessert. Dahingegen waren Veränderungen, die die Räumlichkeiten, baulich-fachliches oder die Infrastruktur betreffen, eher selten (Abb. 42).

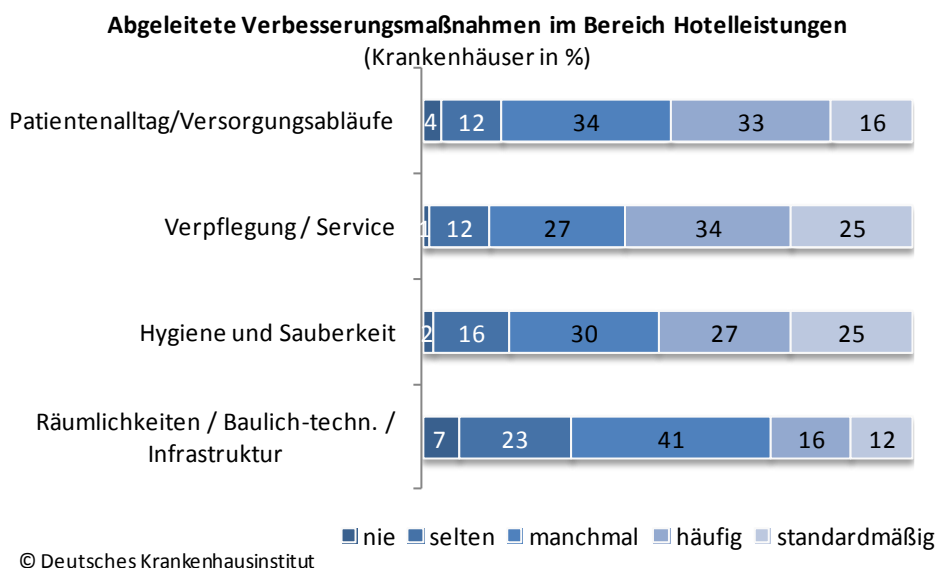


Abb. 42: Abgeleitete Verbesserungen im Bereich von Hotelleistungen

Bei den aufgrund von Patientenbefragungen abgeleiteten strategischen Verbesserungsmaßnahmen, ist an erster Stelle die bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit im Krankenhaus zu nennen. 40% der Häuser etablierten hier häufig oder standardmäßig Änderungen. Eine verbesserte Außendarstellung des Hauses, eine verbesserte Motivation der Mitarbeiter oder eine bessere Zusammenarbeit mit einweisenden Ärzten wurden in je gut einem Drittel der Häuser häufig oder standardmäßig auf Basis der Patientenmeinungen realisiert. Zwischen 12 und 14% der Häuser setzten hier wiederum keine Verbesserungsmaßnahmen ein (Abb. 43).

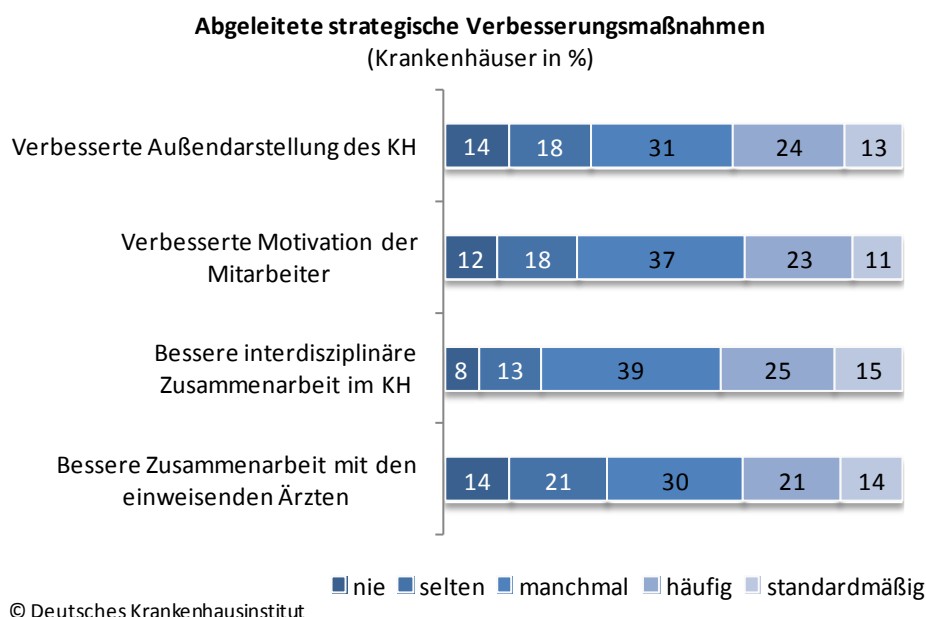


Abb. 43: Abgeleitete strategisch-orientierte Verbesserungsmaßnahmen

Über die Verwertung oder Umsetzung der Patientenbefragungsergebnisse kann auch die Etablierung systematischer Verbesserungsprozesse, wie z.B. des PDCA-Zyklus Auskunft geben. Wie die Befragungsergebnisse zeigen, sind in den Krankenhäusern bei der Umsetzung der Patientenbefragungsergebnisse bereits verschiedene Schritte etabliert. Die Ableitung von Maßnahmen und Problemlösungen wird in den Häusern ebenso häufig realisiert wie die Umsetzung der Maßnahmen und Problemlösung: In je 72% der Häuser ist dies häufig oder standardmäßig der Fall. Die Definition von konkreten Zielen, die mit den Maßnahmen erreicht werden sollen, sowie die Überprüfung, ob die Ziele erreicht wurden, werden jeweils in rund zwei Drittel der Häuser häufig oder standardmäßig nach Patientenbefragungen umgesetzt. Die Ernennung eines Projektverantwortlichen bzw. die Bildung von Projektteams erfolgt in etwas mehr als der Hälfte häufig oder standardmäßig. Die Einrichtung von Qualitätszirkeln oder Benchmark-Workshops ist in den Häusern zur Umsetzung der Befragungsergebnisse vergleichsweise wenig verbreitet: In gut einem Drittel der Häuser wird dies häufig oder standardmäßig realisiert (Abb. 44).

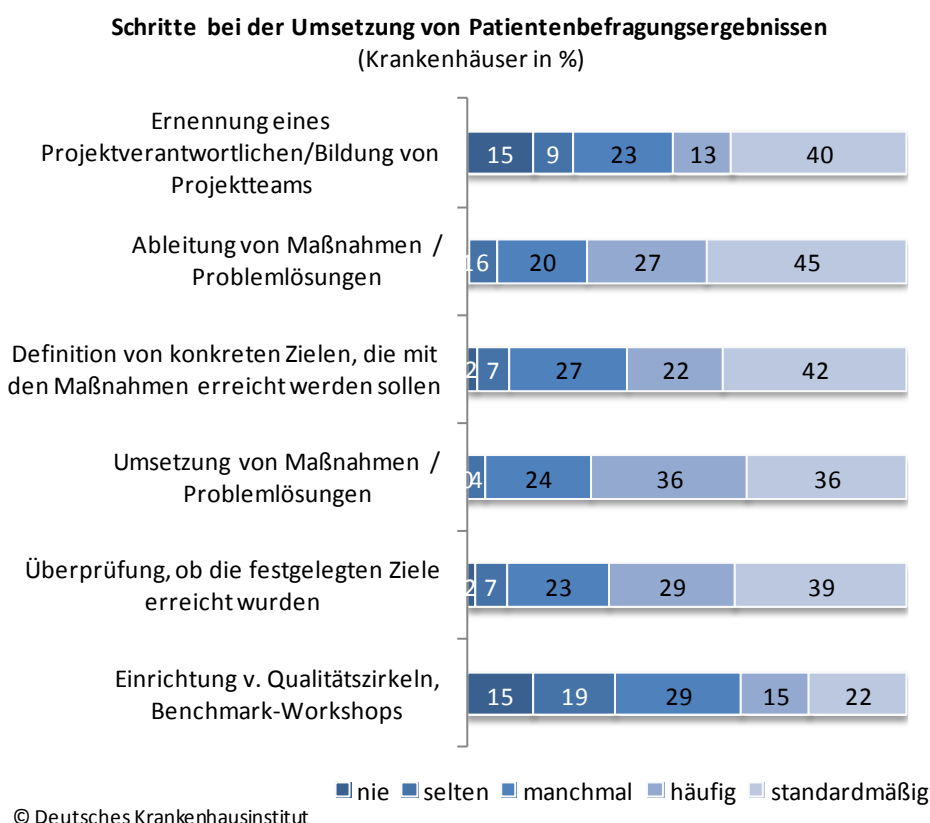


Abb. 44: Realisierungsgrad verschiedener Schritte bei der Umsetzung von Patientenbefragungsergebnissen

4.6 Mögliche Gründe für den Verzicht auf Patientenbefragungen

Patientenbefragungen sind weit verbreitet, wie auch das *Krankenhaus Barometer 2014* gezeigt hat. Dennoch ist es interessant zu erfahren, was mögliche Gründe sein könnten, auf Patientenbefragungen zu verzichten. Die Krankenhäuser wurden gebeten, verschiedene mögliche Argumente für einen Verzicht einzuschätzen.

Prioritär wurden von den Häusern der Aufwand (zutreffend: 84%) und die mangelnde Verwertung der Ergebnisse früherer Befragungen (zutreffend: 70%) genannt. Ebenso könnten die zu hohen Kosten und die geringe Bereitschaft der Patienten, den Fragebogen auszufüllen (bei 63 bzw. 60% zutreffend) Gründe sein, keine Patientenbefragungen durchzuführen.

Ein unklarer Nutzen (39% zutreffend) könnte auch ein Grund sein, die Meinung der Patienten nicht einzuholen. Negative Rückmeldungen von Patienten, fehlende Unterstützung durch Externe oder die Tatsache, dass der Fragebogen nicht das widerspiegelt, was man wissen will, spielen keine Rolle bei der Entscheidung für oder gegen eine Durchführung von Patientenbefragungen (Abb. 45).

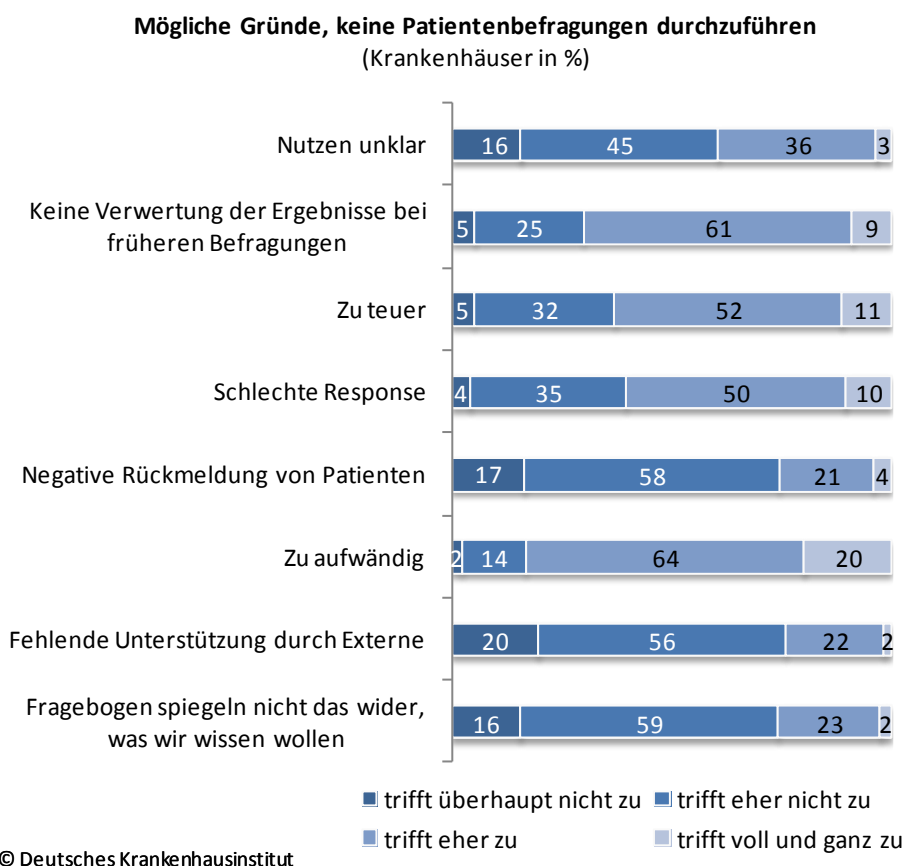


Abb. 45: Mögliche Gründe, keine Patientenbefragung durchzuführen

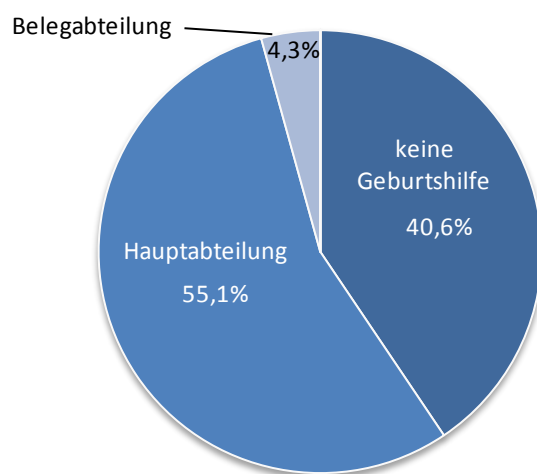
5 Geburtshilfe

5.1 Anzahl von Geburtshilfen und Geburten

Angesichts der demografischen Entwicklung werden die Zukunftsperspektiven der geburtshilflichen Abteilungen in den Krankenhäusern zusehends diskutiert. Vor diesem Hintergrund sind ausgewählte Fragestellungen der stationären geburtshilflichen Versorgung erstmalig im *Krankenhaus Barometer* untersucht worden.

Unter den Stichprobenkrankenhäusern verfügen 55% über eine Hauptabteilung für Geburtshilfe und 4% über eine Belegabteilung (Abb. 46). Damit halten rund 59% der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten eine geburtshilfliche Abteilung vor. Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich nur auf diese Einrichtungen.

Verfügt Ihr Haus über eine geburtshilfliche Abteilung?

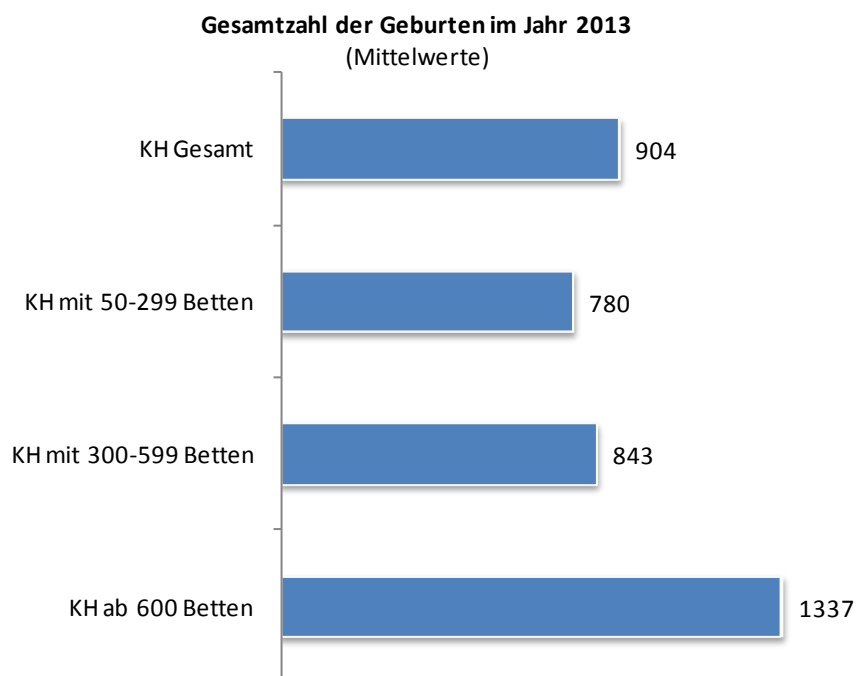


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 46: Krankenhäuser mit geburtshilflichen Abteilungen

Im Jahr 2013 wurden im Mittel 904 Entbindungen in den Stichprobenkrankenhäusern gezählt. Die durchschnittliche Anzahl variiert stark in Abhängigkeit von der Größe der Krankenhäuser. Bei den Häusern mit 50 bis 299 Betten lag

die Anzahl der Geburten bei 780 Geburten, bei den Krankenhäusern ab 600 Betten bei 1.337 Geburten (Abb. 47).



© Deutsches Krankenhausinstitut

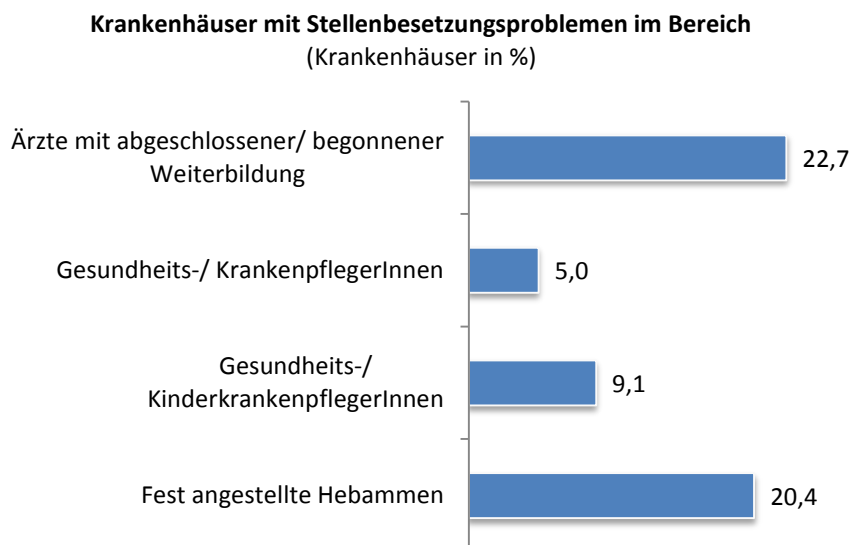
Abb. 47: Mittlere Anzahl der Geburten nach Krankenhausgrößenklassen

5.2 Stellenbesetzungsprobleme in der Geburtshilfe

In den vergangenen Jahren wurde wiederholt die Stellenbesetzungsproblematik im *Krankenhaus Barometer* thematisiert. Für die geburtshilflichen Abteilungen wurde nunmehr erhoben, ob es derzeit Probleme gibt, offene Stellen zu besetzen (Abb. 48).

Mehr als jedes fünfte Krankenhaus mit einer Geburtshilfe hat Probleme, offene Stellen im Bereich der Ärzte mit abgeschlossener bzw. begonnener Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu besetzen.

Fast genauso viele Häuser haben Stellenbesetzungsprobleme bei fest angestellten Hebammen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 48: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen

Bei den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ist der Anteil der betroffenen Krankenhäuser mit 5% deutlich niedriger, während bei den Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen rd. 9% der Häuser entsprechende Schwierigkeiten haben, offene Stellen wieder zu besetzen.

Betrachtet man die Krankenhäuser differenzierter, so zeigen sich weder bei den Größenklassen noch bei der Verteilung nach West- und Ostdeutschland nennenswerte Unterschiede. Geht man aber weiter in die Tiefe und betrachtet die vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung definierten siedlungsstrukturellen Kreistypen, zeigen sich deutliche Unterschiede (Abb. 49).

Die Amtliche Raumordnung definiert vier Kreistypen, die sich u.a. in der Zahl der Einwohner und der Einwohnerdichte unterscheiden.

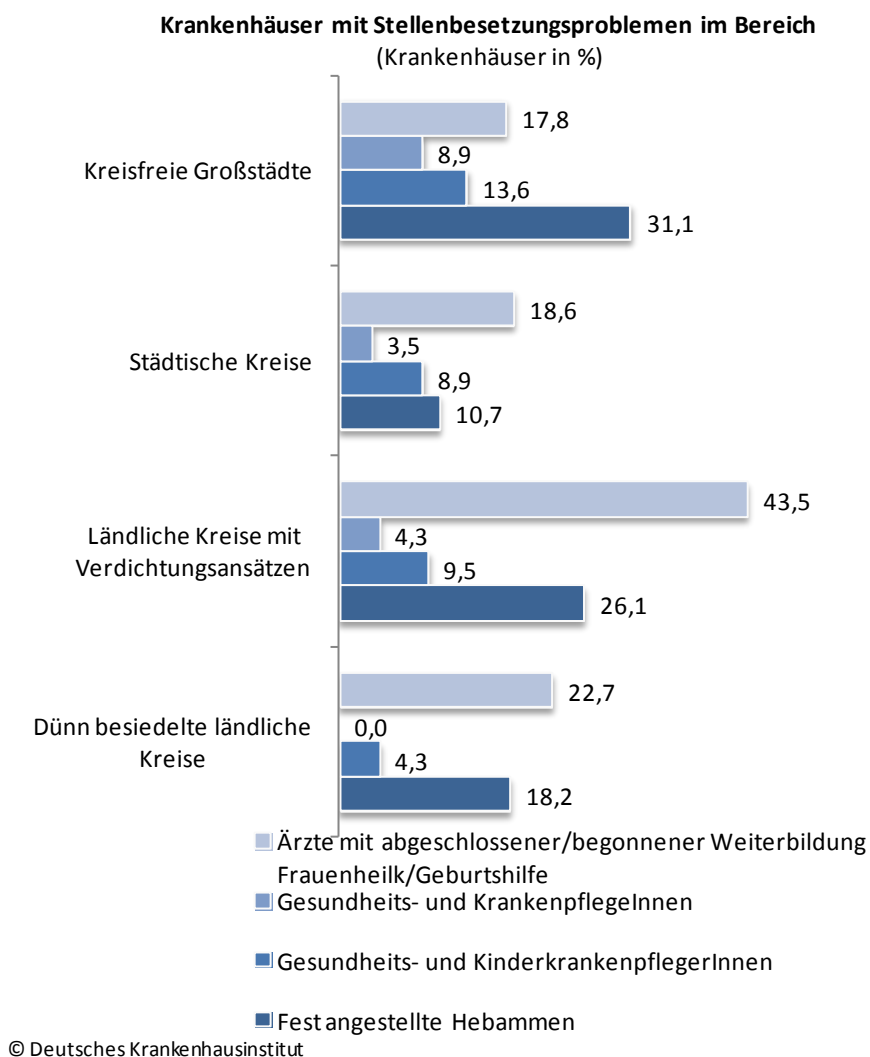


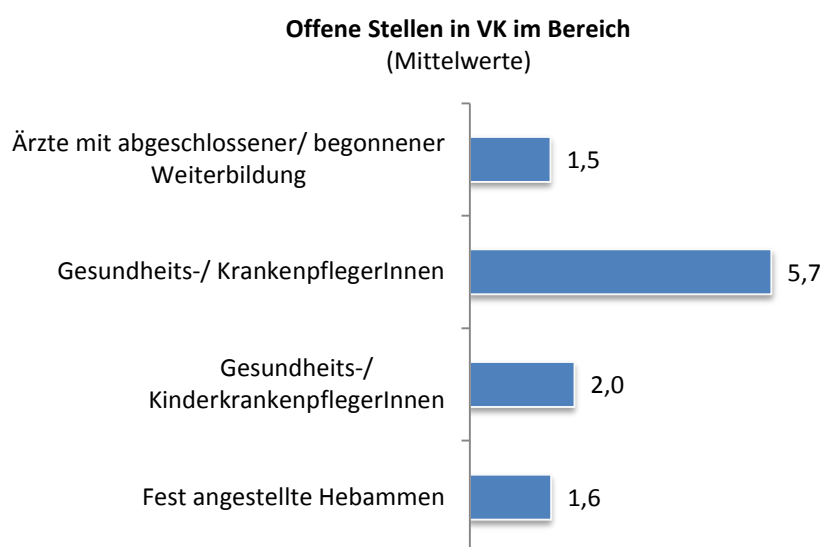
Abb. 49: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen nach siedlungsstrukturellen Kreistypen

Die größten Probleme, offene Stellen im Bereich der Ärzte mit abgeschlossener bzw. begonnener Weiterbildung im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu besetzen, haben Krankenhäuser in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen. Mehr als zwei Fünftel kämpfen mit dieser Problematik. Bei den Krankenhäusern, die in dünn besiedelten ländlichen Kreisen liegen, hatte mehr als ein Fünftel die Schwierigkeit, offene Arztstellen zu besetzen.

Bei den festangestellten Hebammen kann fast ein Drittel der Krankenhäuser in kreisfreien Großstädten offene Stellen nicht ohne Probleme besetzen. Bei

den Häusern, die in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen liegen, ist es noch ein Viertel der Häuser, denen diese Problematik nicht unbekannt ist. Die Gründe, warum gerade Krankenhäuser in diesen Kreistypen besonders stark betroffen sind, müssen an dieser Stelle offen bleiben.

Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen sollten angeben, wie viele Stellen in Vollkräften unbesetzt waren. Bei den Ärzten mit abgeschlossener bzw. begonnener Weiterbildung sind im Durchschnitt der Häuser 1,5 Vollkraftstellen unbesetzt. Auf den ersten Blick scheint das keine problematische Größe zu sein.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 50: Offene Stellen in VK nach Mitarbeitergruppen

Zur besseren Einordnung seien jedoch Vergleichsdaten des Statistischen Bundesamtes herangezogen. Für das Jahr 2012 weist das Statistische Bundesamt (Statistisches Bundesamt 2013a) 881 Fachabteilungen „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ in Allgemeinkrankenhäusern aus. Dort waren 5.169 Ärzte mit einer abgeschlossenen Weiterbildung im Gebiet „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ beschäftigt. Je Fachabteilung waren damit im Durchschnitt 5,9 Fachärzte beschäftigt, hinzu kommt eine annähernd gleiche Anzahl von Assistenzärzten. Dabei handelt es sich um die durchschnittliche Kopfzahl. Die



Anzahl der Vollkräfte liegt aufgrund des Anteils von Teilzeitbeschäftigten von rund einem Fünftel unterhalb der durchschnittlichen Kopfzahl.

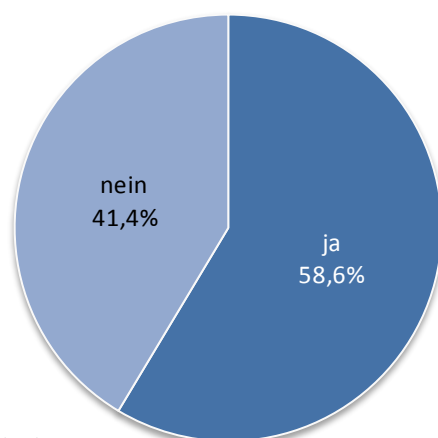
Setzt man die durchschnittlichen Personalbesetzungen der besagten Fachabteilungen in Relation zur durchschnittlichen Anzahl von offenen Stellen in Höhe von 1,5 VK in den Krankenhäusern mit Stellenbesetzungsproblemen, dann wird deutlich, dass der Fachkräftemangel im Ärztlichen Dienst ein relevantes Ausmaß annimmt.

Gleiches gilt für die fest angestellten Hebammen. Gemäß Statistischem Bundesamt (2013a) gab es 2012 566 Krankenhäuser, die Hebammen beschäftigten. Insgesamt gab es 8.548 fest angestellte Hebammen. Im Durchschnitt wurden 15,1 Hebammen je Krankenhaus beschäftigt. Die Anzahl der Vollkräfte ist aufgrund des hohen Teilzeitbeschäftigtenanteils von rd. 72% deutlich niedriger.

Die Krankenhäuser gaben an, dass sie im Durchschnitt 1,6 offene Vollkraftstellen bei den fest angestellten Hebammen verzeichneten. Damit dürfte der Anteil der nicht besetzten Stellen im Mittel hier deutlich über 10% des Personalstammes liegen.

Im Kontext des Fachkräftemangels in der Geburtshilfe sind auch die freiberuflichen Hebammen zu berücksichtigen. Mit entsprechenden Freiberuflern arbeiten aktuell rd. 59% der Krankenhäuser zusammen. Im Durchschnitt arbeiten diese Krankenhäuser mit 6,8 freiberuflich tätigen Hebammen zusammen.

Zusammenarbeit mit Beleghebammen
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 51: Zusammenarbeit mit Beleghebammen

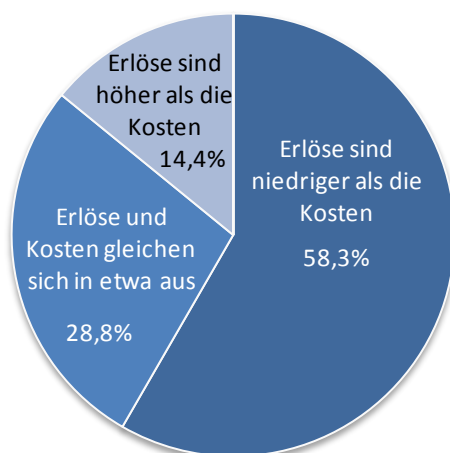
Rund 17% der Krankenhäuser gaben an, dass für ihre Tätigkeit Beleghebammen fehlen würden. Im Durchschnitt würden zusätzliche drei Beleghebammen benötigt.

5.3 Wirtschaftliche Lage der Geburtshilfen

Im *Krankenhaus Barometer* wird traditionell nach der wirtschaftlichen Lage des Gesamtkrankenhauses gefragt (vgl. Kap. 7). Im aktuellen Barometer wurde überdies die wirtschaftliche Lage speziell in den geburtshilflichen Abteilungen untersucht.

Rund 58% der Krankenhäuser gaben hier an, dass im Jahr 2013 die Erlöse in der Geburtshilfe niedriger als die Kosten waren. Mit anderen Worten: Die Mehrzahl der geburtshilflichen Abteilungen arbeitet derzeit nicht kostendeckend.

Wirtschaftliche Lage der geburtshilflichen Abteilung 2013
(Krankenhäuser in %)



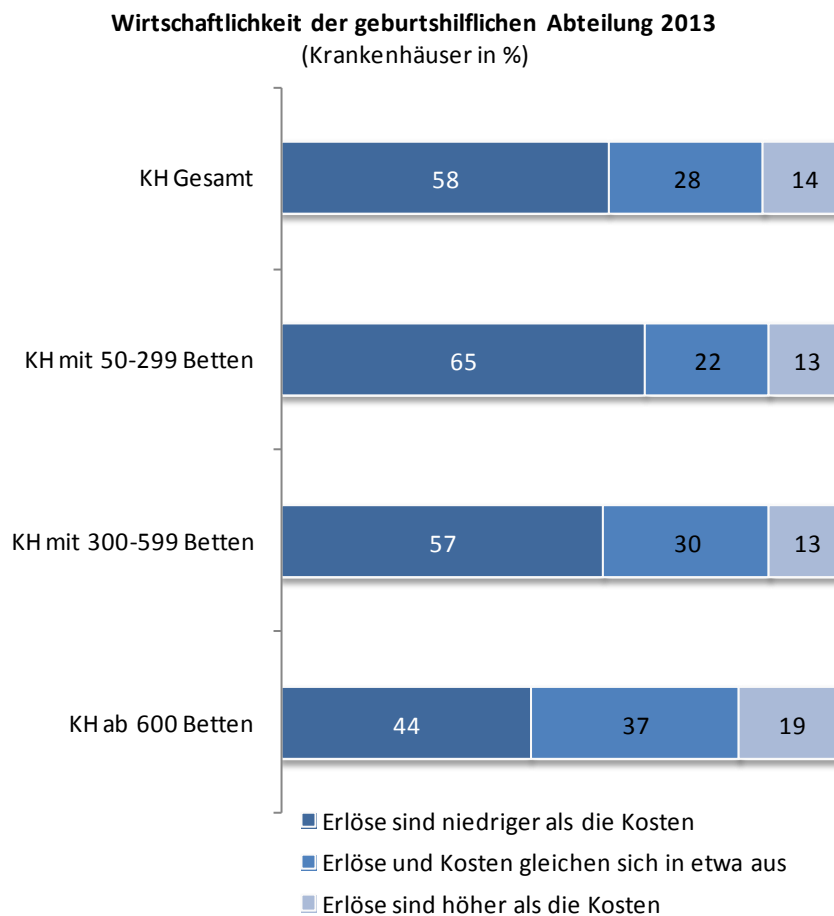
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 52: Wirtschaftliche Lage der geburtshilflichen Abteilungen im Jahr 2013

Deutlich weniger Krankenhäuser, nämlich rd. 29%, führten an, dass die Erlöse und Kosten sich in etwa ausgleichen. Lediglich eine Minderheit der Häuser kann ihre Geburtshilfe mit höheren Erlösen als Kosten betreiben.

Bei der Unterscheidung nach Größenklassen der Krankenhäuser zeigen sich allerdings deutliche Unterschiede (Abb. 53). Fast zwei Drittel der Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten haben in der Geburtshilfe höhere Kosten als Erlöse. Bei den großen Krankenhäusern ab 600 Betten sind es rund 44%.¹⁰

¹⁰ Diese Ergebnisse decken sich – zumindest was die kleinen und mittleren Krankenhäuser angeht – mit den Ergebnissen der Studie von Augurzky, Kreienberg, Mennicken (2014).

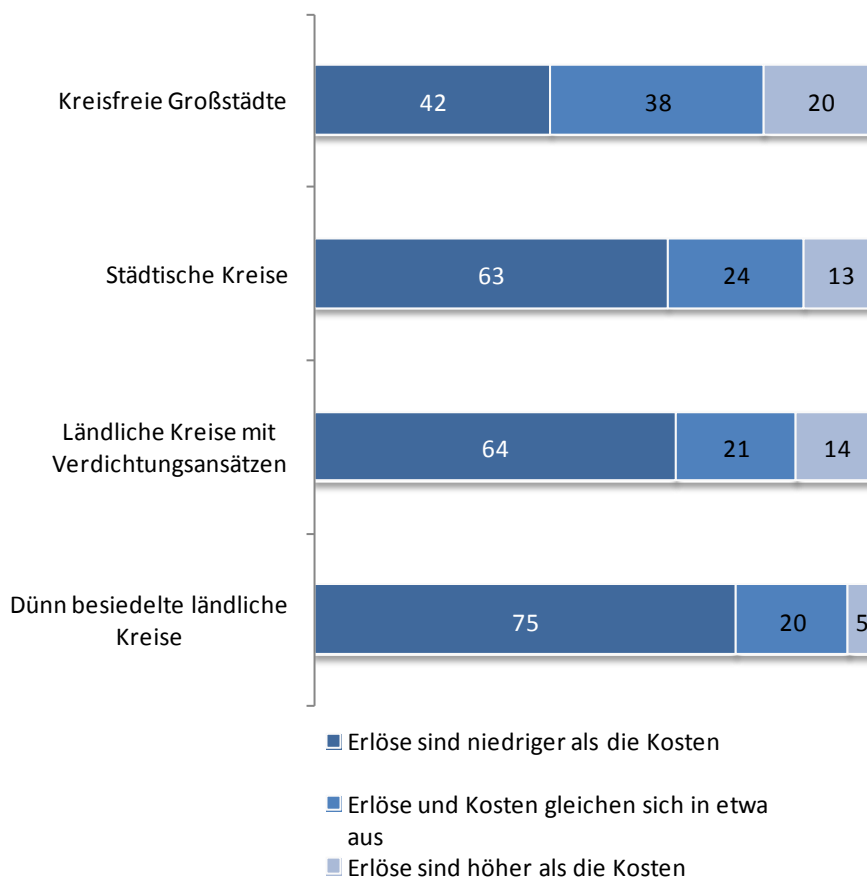


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 53: Wirtschaftliche Lage der geburtshilflichen Abteilungen im Jahr 2013 nach Bettengrößenklassen

Differenziert man die Krankenhäuser nach den siedlungsstrukturellen Kreistypen, so zeigen sich erhebliche Unterschiede im Hinblick auf die wirtschaftliche Situation der geburtshilflichen Abteilungen (Abb. 54). Während rund 42% der entsprechenden Abteilungen in den kreisfreien Großstädten höheren Kosten als Erlösen aufweisen, sind es in den dünn besiedelten ländlichen Kreisen bereits 75%.

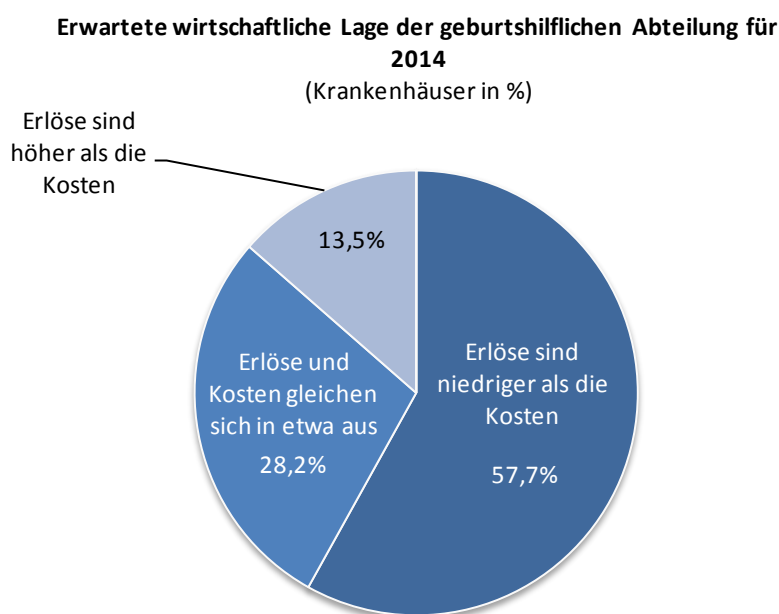
Wirtschaftlichkeit der geburtshilflichen Abteilung 2013
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 54: Wirtschaftliche Lage der geburtshilflichen Abteilungen im Jahr 2013 nach siedlungsstrukturellen Kreistypen

Umgekehrt sind bei 20% der Krankenhäuser in kreisfreien Großstädten die Erlöse höher als die Kosten, aber nur bei 5% der Einrichtungen in den dünn besiedelten ländlichen Kreisen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 55: Erwartete wirtschaftliche Lage der geburtshilflichen Abteilungen für das Jahr 2014

Die Erwartungen der Krankenhäuser im Hinblick auf die wirtschaftliche Situation der Geburtshilfen für das Jahr 2014 unterscheiden sich nur marginal von der Ist-Situation des Jahres 2013. Insgesamt erwarten die Krankenhäuser keine Veränderung bzw. Verbesserung ihrer Situation (Abb. 55).

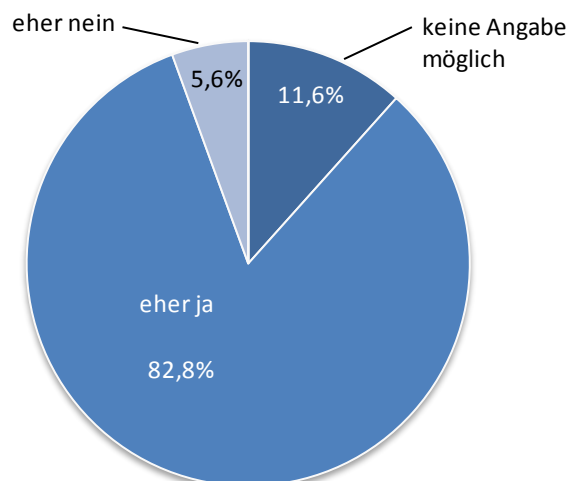
5.4 Zukunft der geburtshilflichen Abteilungen

Angesichts der demografischen Entwicklung steht die Zukunft von geburtshilflichen Abteilungen schon seit einiger Zeit in der Diskussion. Erschwerend kommen aktuell Probleme bei der Haftpflichtversicherung bzw. der Höhe der Haftpflichtprämien für Hebammen und für geburtshilfliche Abteilungen hinzu (DKI, 2013).

Vor diesem Hintergrund sind die Krankenhäuser im Rahmen des *Krankenhaus Barometers* nach der Zukunft der Geburtshilfe befragt worden. Mit Blick auf ihre eigene geburtshilfliche Abteilung sollten die Befragungsteilnehmer konkret ihre Erwartung äußern, ob sie auch in fünf Jahren noch über eine Geburtshilfe verfügen werden (Abb. 56).

Mehr als 82% der Krankenhäuser gehen davon aus, dass sie ihre Geburtshilfe weiter betreiben können. Lediglich rd. 6% der Häuser zeigen sich skeptisch. Sie gehen davon aus, im Laufe der kommenden Jahre diese Abteilung schließen zu müssen.

Gehen Sie davon aus, dass Ihr Krankenhaus auch in 5 Jahren noch über eine geburtshilfliche Abteilung verfügt?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

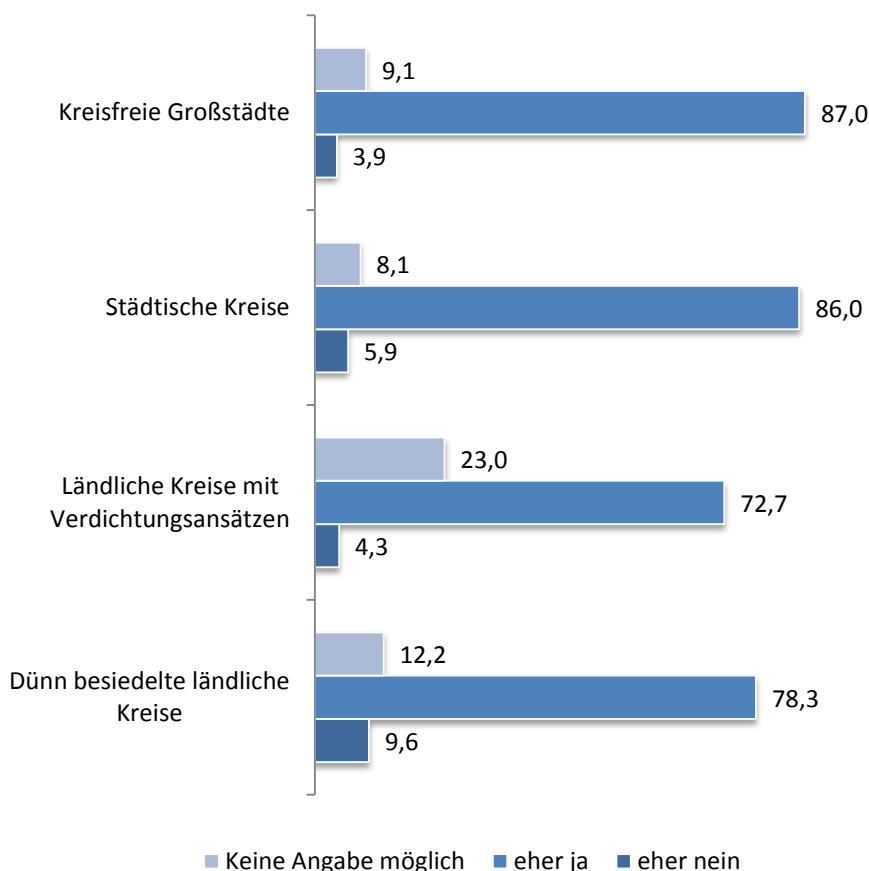
Abb. 56: Zukunft der eigenen geburtshilflichen Abteilung

Auffällig ist der große Anteil von Krankenhäusern (rd. 12%), die keine Angabe machen konnten. Hier zeigt sich möglicherweise eine Unsicherheit über die weitere Entwicklung der Geburtshilfe, die eine klare positive Aussage zur Zukunft der Abteilung verhindert.

Betrachtet man nicht die Gesamtheit aller Krankenhäuser mit Geburtshilfe, sondern differenziert man die Häuser nach Regionen, so zeigen sich erhebliche Unterschiede in der Einschätzung der Zukunft der eigenen Geburtshilfe (Abb. 57).

Auch bei der Differenzierung nach den siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung gehen die weitaus meisten Krankenhäuser davon aus, dass sie in fünf Jahren noch über eine Geburtshilfe verfügen werden.

Gehen Sie davon aus, dass Ihr Krankenhaus auch in 5 Jahren noch über eine geburtshilfliche Abteilung verfügt? (Krankenhäuser in %)



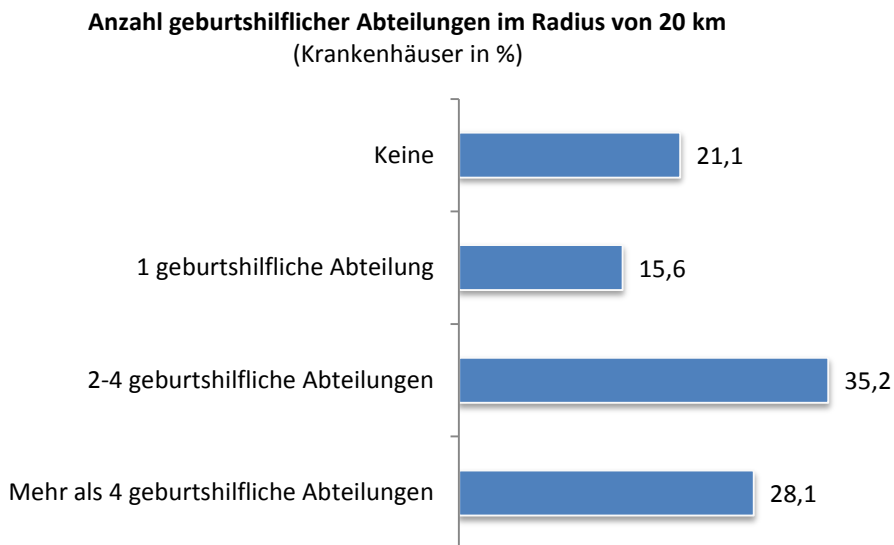
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 57: Erwartungen über die Zukunft der eigenen geburtshilflichen Abteilung nach siedlungsstrukturellen Grundtypen

Auffällig ist aber der hohe Anteil von fast 10% der Krankenhäuser in dünn besiedelten ländlichen Kreisen, die eine Schließung ihrer Geburtshilfe in den kommenden Jahren erwarten. Betrachtet man das im Zusammenhang mit der Anzahl der geburtshilflichen Abteilungen in einem Radius von 20 km um das eigene Krankenhaus, so wird deutlich, dass sich hier ein Problem mit einer wohnortnahen Versorgung im geburtshilflichen Bereich ergeben könnte:

Politisch gesehen ist die Schließung von geburtshilflichen Abteilungen immer heikel. Besonders problematisch ist die Situation dann, wenn die betreffende Geburtshilfe im Umkreis die einzige ihrer Art ist. Aus diesem Grund wurde

nach der Anzahl der geburtshilflichen Abteilungen in einem Radius von 20 km um das eigene Krankenhaus gefragt (Abb. 58).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 58: Anzahl der geburtshilflichen Abteilungen im Radius von 20 km

Ein Fünftel der Häuser gab an, dass sich im Umkreis von 20 km keine weitere geburtshilfliche Abteilung befinden würde. Bei mehr als einem Drittel der Häuser gab es in diesem Radius zwei bis vier entsprechende Abteilungen. Gut 28% Häuser haben in ihrem unmittelbaren Umfeld mehr als vier Geburtshilfen.

Unterteilt man die Krankenhäuser wieder nach den oben schon genannten siedlungsstrukturellen Kreistypen, zeigt sich ein differenzierteres Bild (Abb. 59): Erwartungsgemäß ist die Zahl der Geburtshilfen in einem Radius von 20 km in kreisfreien Großstädten sowie in städtischen Kreisen relativ hoch. In kreisfreien Großstädten haben 50% der Häuser mehr als vier Geburtshilfen in der näheren Umgebung. In städtischen Kreisen liegt der Anteil immer noch bei einem Drittel.

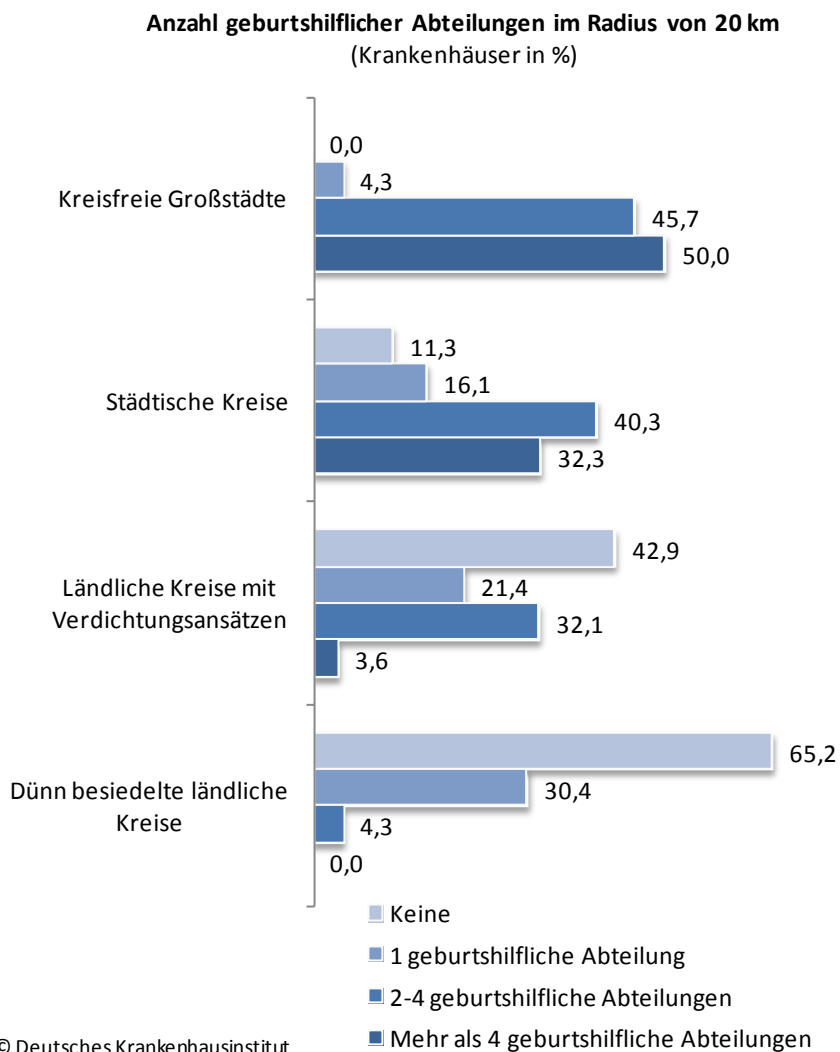


Abb. 59: Anzahl der geburtshilflichen Abteilungen im Radius von 20 km nach siedlungsstrukturellen Grundtypen

Anders sieht es dagegen vor allem in den ländlichen Kreisen aus. In rd. 43% der ländlichen Kreise mit Verdichtungsansätzen und bei 65% der dünn besiedelten ländlichen Kreise gibt es keine weitere geburtshilfliche Abteilung in der Nähe. Hier würde die Schließung der Geburtshilfe möglicherweise Probleme bei der wohnortnahen Versorgung auslösen, insofern fast 10% der Krankenhäuser in dünn besiedelten ländlichen Kreisen angaben, eine Schließung ihrer Geburtshilfe in den kommenden Jahren zu erwarten.



5.5 Gründe für die Schließung von Geburtshilfen

Unabhängig von den Zukunftserwartungen für die eigene geburtshilfliche Abteilung sollte die Befragungsteilnehmer eine generelle Einschätzung zu möglichen Gründen für eine Schließung von Geburtshilfen abgeben (Abb. 60).

Der maßgebliche Grund („trifft voll und ganz zu“ bzw. „trifft eher zu“), der von gut 91% der Häuser genannt wurde, ist die wirtschaftliche Lage der Geburtshilfe. Wie schon festgestellt (vgl. Kap. 5.3), sind in 58% der Krankenhäuser die Kosten der Geburtshilfe höher als die Erlöse. Sollte sich diese Situation verschärfen, erwartet die große Mehrheit der Krankenhäuser, dass es zu Schließungen aus wirtschaftlichen Gründen kommen wird.

Fast ebenso häufig – und sicherlich eng damit zusammenhängend – wurde als Grund für eine Schließung eine geringe Zahl von Geburten genannt. Bevölkerungsprognosen gehen einhellig von einem weiteren Rückgang der Geburtenzahl aus. Der Betrieb und die Aufrechterhaltung einer Geburtshilfe lassen sich längerfristig schwer rechtfertigen, wenn nicht eine Mindestzahl von Geburten pro Jahr vorliegt.

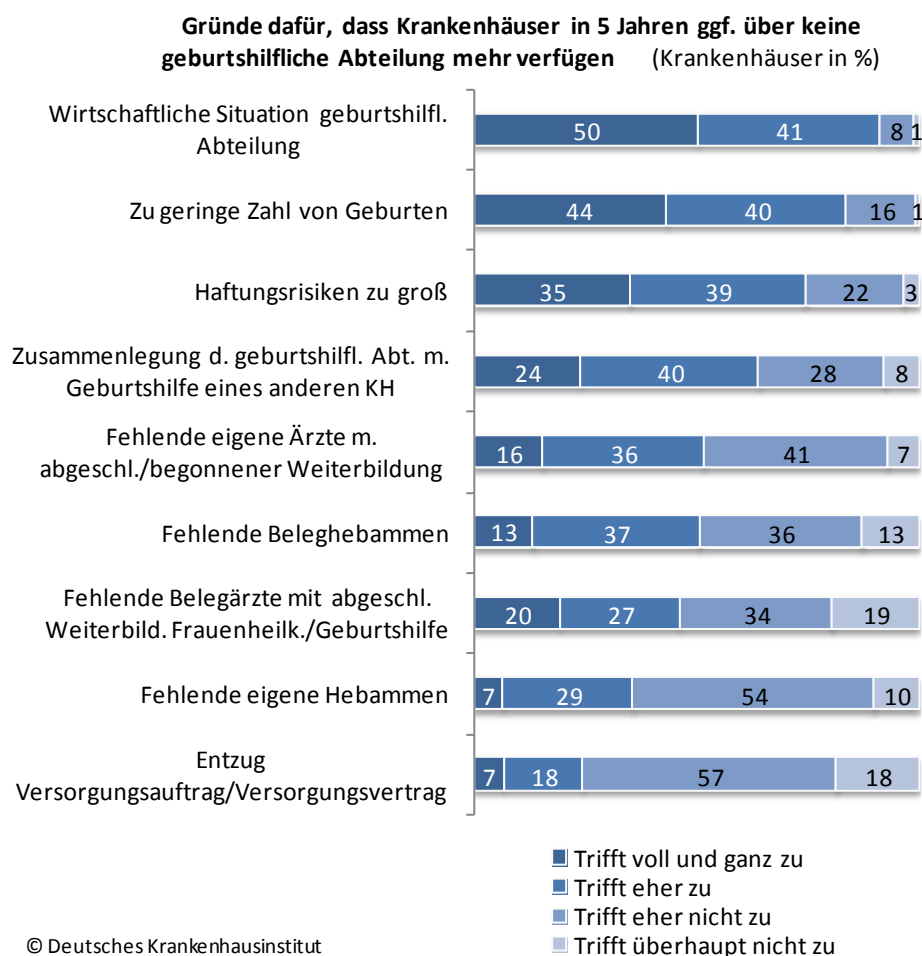


Abb. 60: Gründe für die Schließung von geburtshilflichen Abteilungen

Auch haftungsrechtliche Probleme gefährden die Geburtshilfen in ihrem Bestand. Einer der maßgeblichen Gründe dafür, warum Geburtshilfeabteilungen geschlossen werden könnten, liegt in der Höhe der Haftungsrisiken. Das betrifft nicht nur die Hebammen, die zurzeit im Fokus der Politik stehen. Es betrifft auch die Fachärzte in den Krankenhäusern und die Krankenhäuser selber. Diese Einschätzung wird von rund drei Vierteln der Krankenhäuser geteilt.

Aber auch ein möglicher Fachkräftemangel kann Grund für den Wegfall einer Geburtshilfe sein. Immerhin jeweils rund die Hälfte der Krankenhäuser nannte als maßgebliche Gründe dafür den Ärztemangel im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe bzw. fehlende Beleghebammen. Das Gleiche gilt,

wenngleich in geringerem Umfang, für am Krankenhaus angestellte Hebammen.

Ein maßgeblicher Grund für die eine künftig sinkende Anzahl an Geburtshilfen bildet aus Sicht der Krankenhäuser schließlich die Zusammenlegung von geburtshilfflichen Abteilungen mehrerer Krankenhäuser.





6 Notfallleistungen des Krankenhauses

6.1 Krankenhausleistungen zu ungünstigen Zeiten

Krankenhäuser stellen Unternehmen dar, die rund um die Uhr in Betrieb sind. Aufgrund ihres Auftrages und der Vorhaltung der personellen und sachlichen Kapazitäten werden Krankenhäuser daher ganztägig bzw. auch an Wochenenden in Anspruch genommen. In Krankenhäusern werden neben planbaren Leistungen auch Notfallleistungen erbracht. Eine besondere Herausforderung für die Krankenhäuser stellen insbesondere die stationären und ambulanten Notfälle dar, die in Zeiten mit reduzierter Personalbesetzung behandelt werden.

Als stationäre Notfallleistungen zu ungünstigen Zeiten in diesem Sinne werden folgende Konstellationen definiert:

- stationäre Aufnahmen montags bis freitags in der Zeit zwischen 20 Uhr abends und 6 Uhr morgens
- stationäre Aufnahmen am Wochenende und an Feiertagen

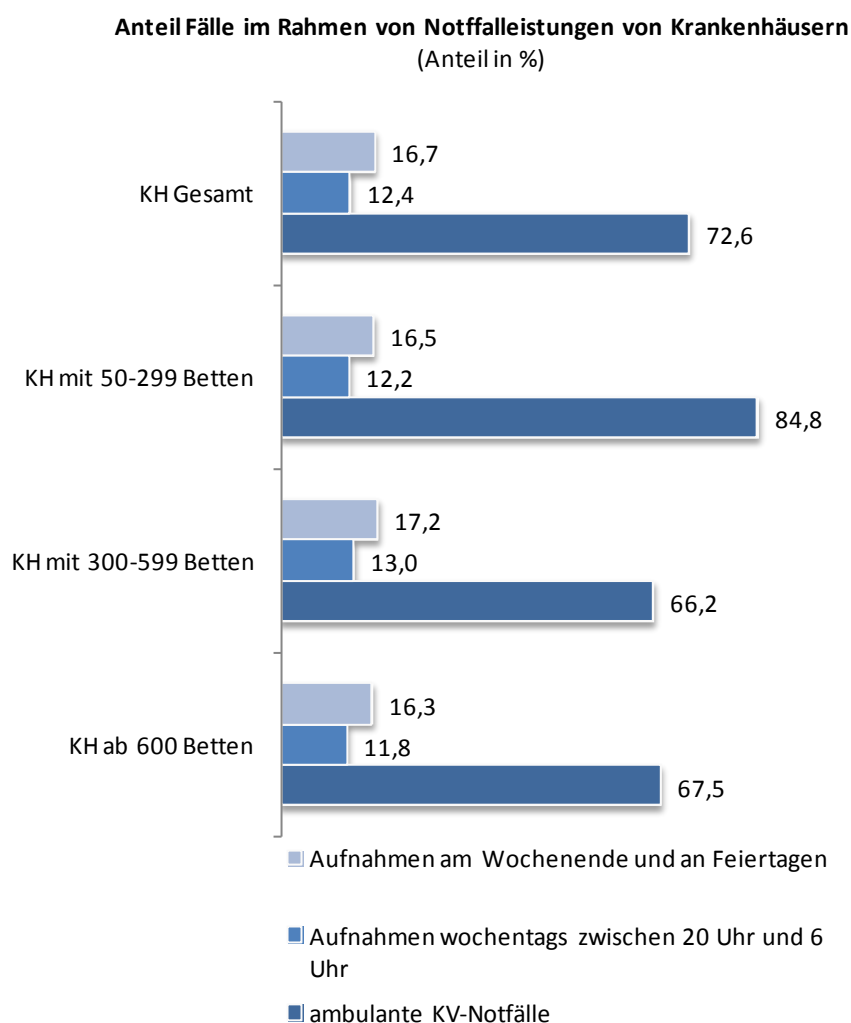
Bei den ambulanten Notfallleistungen sind die Zeiten in etwa vergleichbar. Sie hängen überdies von den vor Ort vorliegenden stundenfreien Zeiten der niedergelassenen Ärzte ab. Dort, wo am Mittwoch- oder Freitagnachmittag die Praxen der niedergelassenen Ärzte geschlossen sind, übernehmen Krankenhäuser verstärkt die ambulante Notfallversorgung ab den Schließungszeiten der Praxen.

Im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* erfolgt eine Quantifizierung der Notfallleistungen der Krankenhäuser. Zur besseren Vergleichbarkeit zwischen den Angaben der Krankenhäuser unterschiedlichen Größenklassen und Regionen wurde als Referenzgröße die vollstationäre Fallzahl des Jahres 2013 verwendet. Sie dient sowohl als Bezugsgröße für die stationären Notfallleistungen zu ungünstigen Zeiten als auch als Vergleichsgröße für die ambulanten Notfallleistungen der Krankenhäuser.

Die Referenzgröße „Vollstationäre Fallzahl“ wurde jeweils gleich 100% gesetzt. Die „Stationären Aufnahmen montags bis freitags in der Zeit zwischen

20 Uhr abends und 6 Uhr morgens“ und die „Stationären Aufnahmen am Wochenende und an Feiertagen“ sind somit Teilmengen. Für die ambulanten Notfallleistungen sind die vollstationären Fallzahlen eine Vergleichsgröße, um die entsprechende Relation einzuschätzen zu können.

Im Durchschnitt haben die Krankenhäuser im Jahr 2013 rd. 17% ihrer Patienten am Wochenende und an Feiertagen vollstationär aufgenommen. Weitere 12% wurden an Wochentagen zwischen 20 Uhr abends und 6 Uhr morgens aufgenommen (Abb. 61).

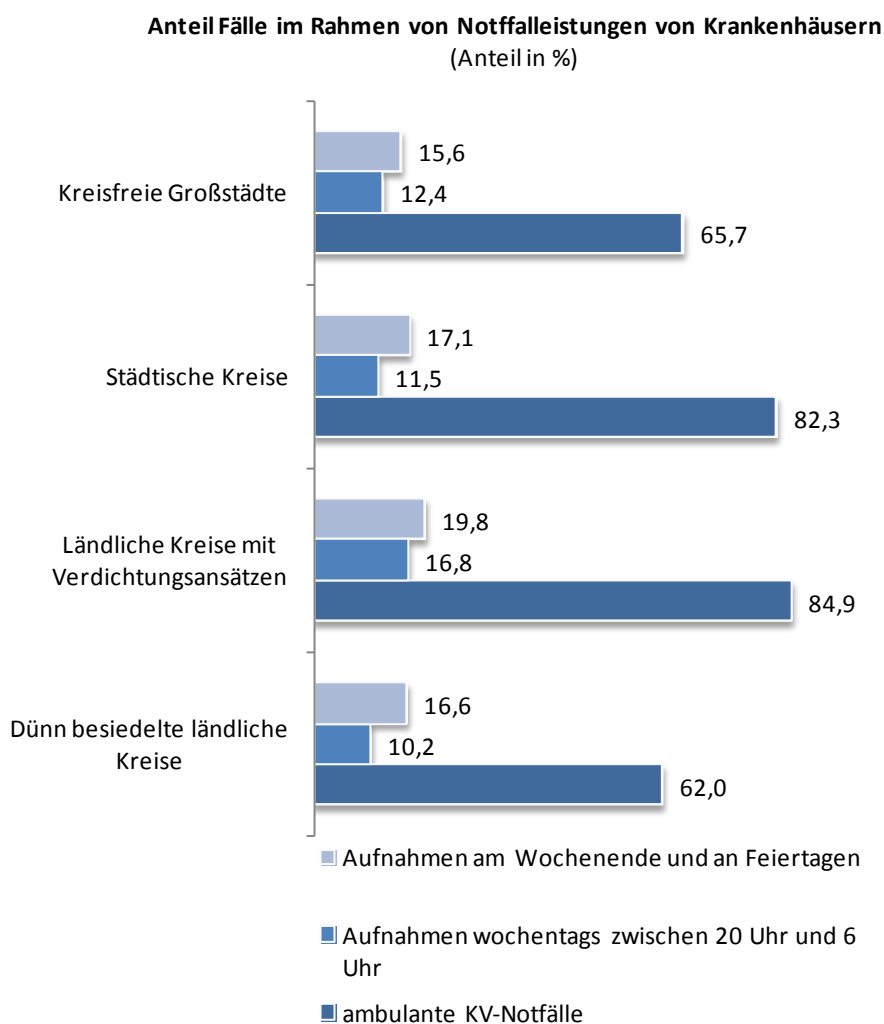


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 61: Anteil Fälle an den Aufnahmen zu ungünstigen Zeiten

Damit wurden über alle Krankenhäuser rund 29% der Patienten zu diesen ungünstigen Zeiten in den Krankenhausbetrieb integriert. Die Unterschiede zwischen den Größenklassen der Krankenhäuser sind dabei nicht sehr groß.

Das Verhältnis der ambulanten Notfälle zu den stationären Fallzahlen lag im Jahr 2013 bei rund 73%. Bei den Krankenhäusern mit 50 bis 299 Betten lag der Anteil der ambulanten KV-Notfälle mit rund 85% deutlich über dem Durchschnitt der anderen Häuser (Abb. 61).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 62: Anteil Fälle an den Aufnahmen zu ungünstigen Zeiten nach siedlungsstrukturellen Kreistypen



Nach den siedlungsstrukturellen Kreistypen fällt vor allem der hohe Anteil der stationären Notfalleistungen bei den Krankenhäusern auf, die in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen liegen. Die Krankenhäuser, die in städtischen Kreisen bzw. in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen angesiedelt sind, haben einen wesentlich höheren Anteil an KV-Notfällen als die Häuser in den übrigen Regionen (Abb. 62).

6.2 Organisation der Notaufnahme

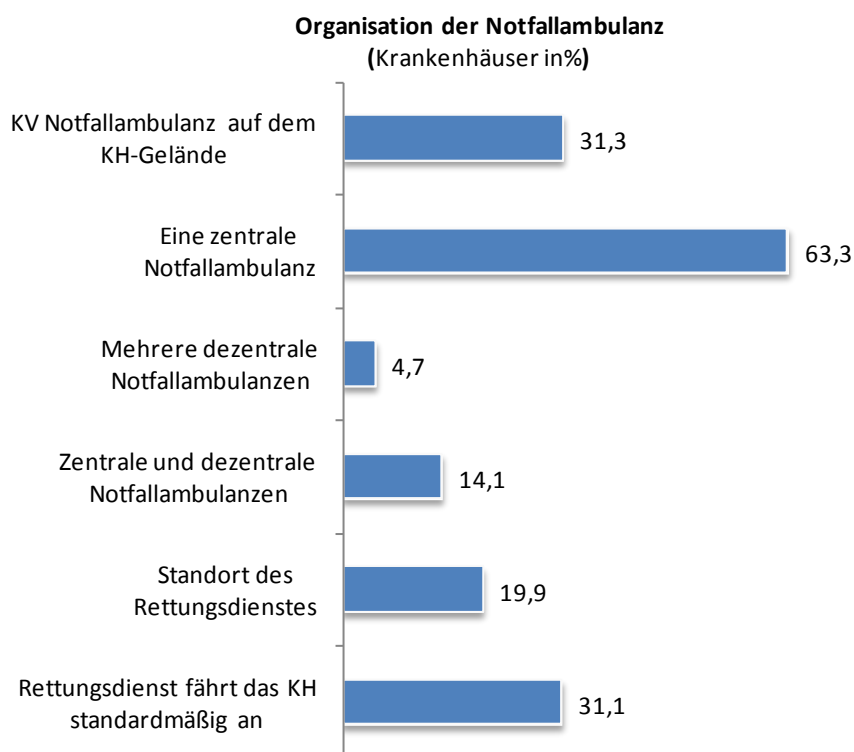
Die Krankenhäuser müssen die eintreffenden Notfälle organisatorisch kanalisieren. Dies erfolgt durch die Notaufnahme des Krankenhauses. Wie die Notfallversorgung organisiert ist, wird nachfolgend dargestellt (Abb. 63):

Annähernd zwei Drittel der Krankenhäuser verfügen über eine zentrale Notaufnahme, wo stationäre und ambulante Notfallpatienten gleichermaßen behandelt werden.

In 14% der Häuser gibt es neben einer zentralen Notaufnahme weitere dezentrale Notaufnahmen. Ein solches organisatorische Konzept liegt vor allem dann vor, wenn die dezentralen Notaufnahmen von speziellen Fachbereichen vorgehalten werden. Lediglich in rd. 5% der Häuser gibt es ausschließlich dezentrale Notaufnahmen.

Auf dem Gelände von fast einem Drittel der Krankenhäuser ist eine Notfallambulanz der niedergelassenen Ärzte angesiedelt. Allerdings haben diese Krankenhäuser durchweg auch eine zentrale bzw. mehrere dezentrale Notaufnahmen.

Fast ein Fünftel der befragten Krankenhäuser verfügt über einen Standort des Rettungsdienstes auf dem Krankenhausgelände. Bei weiteren 31% fährt der Rettungsdienst das Krankenhaus standardmäßig an.



© Deutsches Krankenhausinstitut

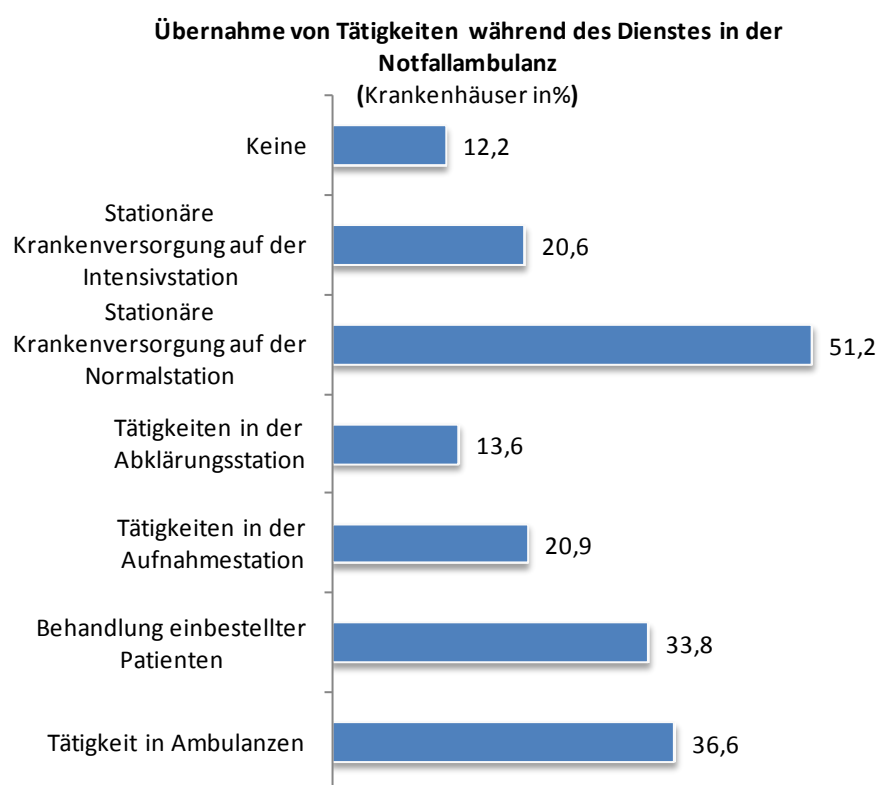
Abb. 63: Organisation der Notaufnahme

Weitergehende Analysen zeigen, dass vor allem Krankenhäuser, die standardmäßig vom Rettungsdienst angefahren werden oder die Standort des Rettungsdienstes sind, einen überproportionalen Anteil an stationären Aufnahmen am Wochenende und an Feiertagen aufweisen. Ansonsten gab es keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Organisation der Notaufnahme und der Häufigkeit von ambulanten und stationären Notfallleistungen (Ergebnisse nicht dargestellt).

6.3 Übernahme weiterer Tätigkeiten während des Dienstes in der Notaufnahme

Krankenhausärzte, die Nacht- oder Wochenenddienst leisten, haben häufig eine Mehrfachbelastung. Auf der einen Seite sind sie zuständig für die Aufrechterhaltung der Notaufnahme, auf der anderen Seite übernehmen sie ärztliche Tätigkeiten in anderen Bereichen des Krankenhauses.

Lediglich 12% der Krankenhäuser gaben an, dass Ärzte, die ihren Dienst in der Notaufnahme ableisten, keiner weiteren Tätigkeit nachgehen (Abb. 64).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 64: Übernahme von Tätigkeiten während des Dienstes in der Notaufnahme

In mehr als der Hälfte der Häuser leisten diese Ärzte Tätigkeiten im Rahmen der stationären Krankenversorgung auf der Normalstation. In rund 21% der

Häuser erfolgt ein Einsatz auf der Intensivstation. In jeweils mehr als einem Drittel der Krankenhäuser übernehmen die Ärzte während ihres Dienstes in der Notaufnahme auch die Behandlung einbestellter Patienten bzw. Tätigkeiten in sonstigen Ambulanzen wie z.B. der BG-Ambulanz.





7 Wirtschaftliche Situation des Krankenhauses

7.1 Finanzierung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

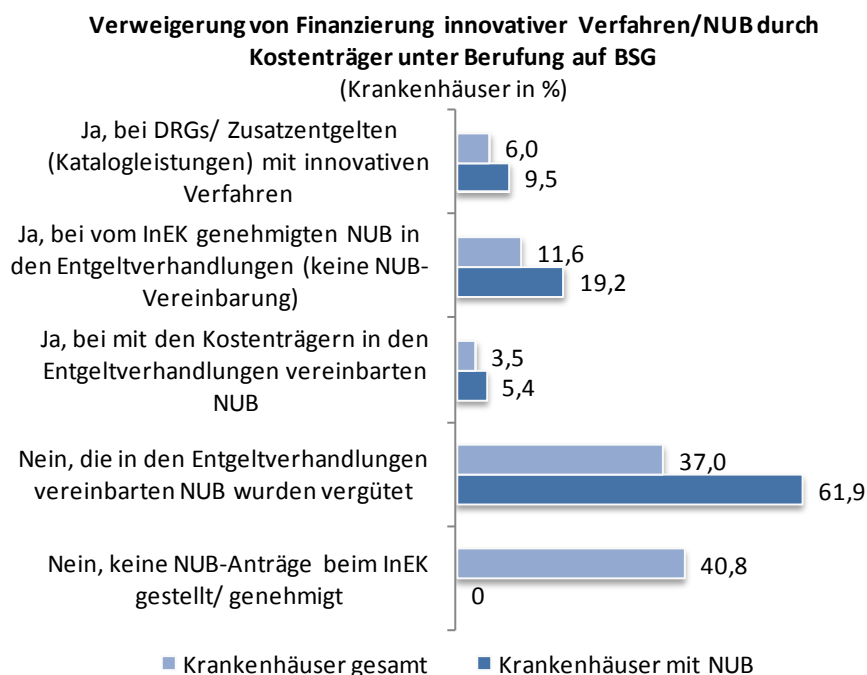
Um der so genannten Innovationslücke zu begegnen, wurde im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) der § 6 Abs. 2 geschaffen. Er ermöglicht den Vertragsparteien vor Ort die Vereinbarung zeitlich befristeter, fallbezogener Entgelte oder Zusatzentgelte zur Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen- und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können. Hierfür hat das Krankenhaus eine Anfrage an das InEK zu stellen, ob die Methode/Leistung die Kriterien der Vereinbarung gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB-Vereinbarung) erfüllt und damit für diese Methode/Leistung im jeweiligen Jahr die Vereinbarung eines krankenhaushaus-individuellen Entgelts gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG zulässig ist.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in seiner jüngsten Rechtsprechung die in § 137c SGB V normierte Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt zu Gunsten innovativer Verfahren, z.B. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) nach § 6 Abs. 2 KHEntgG, eingeschränkt. Demzufolge hängt die Finanzierung ggf. auch von einer einzelfallbezogenen Prüfung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 2 Abs. 1 SGB V durch die Kostenträger ab. Danach haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnis zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (Schwarz, 2013).

Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, ob es in ihrem Krankenhaus vorgekommen ist, dass die Kostenträger ausdrücklich unter Berufung auf die jüngste Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Finanzierung von innovativen Verfahren / NUB verweigert haben. Abb. 65 zeigt die Ergebnisse für die Krankenhäuser insgesamt und beschränkt auf vom InEK für zulässig erklärten NUB bzw. Häuser mit genehmigten NUB oder DRGs / Zusatzentgelten mit innovativen Verfahren:

Bezogen auf die Krankenhäuser insgesamt führten 12% der Einrichtungen an, dass es zu keiner NUB-Vereinbarung bei vom InEK bereits anerkannten NUB gekommen sei, weil die Kostenträger unter Berufung auf das BSG die Qualität

und Wirksamkeit der Leistungen in Frage gestellt haben. In 4% der Häuser wurde bei mit den Kostenträgern in den Entgeltverhandlungen vereinbarten NUB die Finanzierung aufgrund der jüngsten BSG-Rechtsprechung verweigert. 6% der Krankenhäuser führten aus diesem Grund selbst bei DRGs oder Zusatzentgelten (Katalogleistungen) mit innovativen Verfahren eine Verweigerung der Finanzierung durch die Kostenträger an.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 65: Verweigerung von Finanzierungen innovativer Verfahren/NUB durch die Kostenträger unter Berufung auf das BSG

Die meisten Krankenhäuser haben entweder alle in den Entgeltverhandlungen vereinbarten NUB im Grundsatz vergütet bekommen (37%) oder keine NUB-Anträge gestellt (41%).

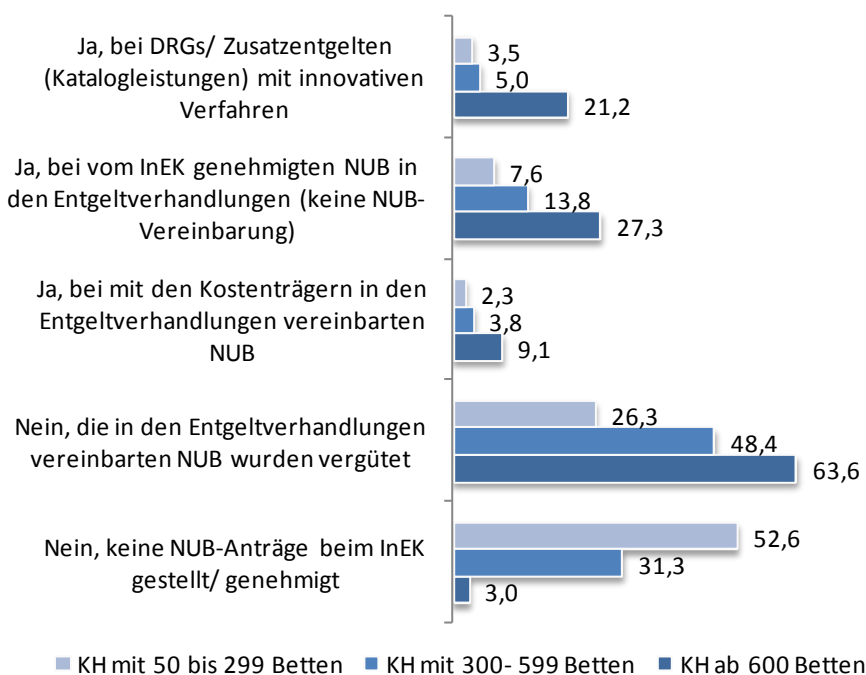
Betrachtet man nur die Krankenhäuser mit vom InEK für zulässig erklärten NUB-Anträgen oder innovativen Katalogleistungen, ergibt sich das folgende Bild: Mehrheitlich wurden in diesen Häusern die in den Entgeltverhandlungen vereinbarten NUB zwar im Grundsatz vergütet (62%). Fast ein Fünftel dieser

Häuser (19%) konnte jedoch trotz zulässiger NUB keine NUB-Vereinbarungen mit den Kostenträgern abschließen. 10% der Krankenhäuser wurde die Finanzierung von Katalogleistungen mit innovativen Verfahren und weiteren 6% der Einrichtungen die Finanzierung von mit den Kostenträgern vereinbarten NUB unter Berufung auf die jüngste BSG-Rechtsprechung verweigert.

Abb. 66 zeigt die entsprechenden Ergebnisse nach Bettengrößenklassen. Da größere Krankenhäuser überproportional NUB-Anträge stellen, NUB mit den Kostenträgern vereinbaren oder innovative Katalogleistungen abrechnen (vgl. Blum/Offermanns, 2009), sind größere Krankenhäuser auch überproportional betroffen. So ist beispielsweise 28% der Großkrankenhäuser ab 600 Betten eine NUB-Vereinbarung in den Entgeltverhandlungen und 21% die Finanzierung von Katalogleistungen mit innovativen Verfahren unter Berufung auf das Bundessozialgericht verweigert worden. In der Fragestellung wurde nicht nach der Anzahl der fraglichen Leistungen differenziert.



Verweigerung von Finanzierung innovativer Verfahren/NUB durch Kostenträger unter Berufung auf BSG
(Krankenhäuser gesamt in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

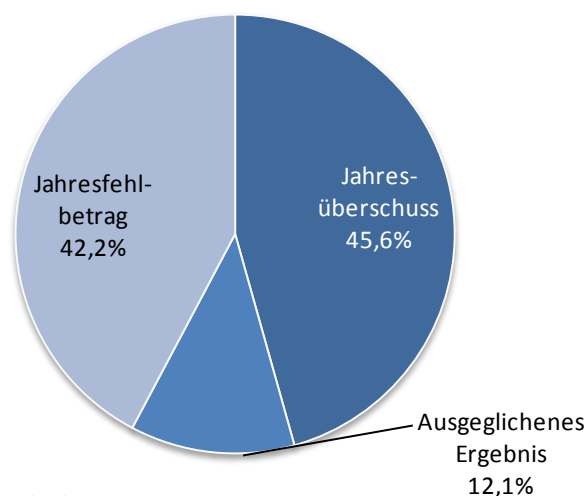
Abb. 66: Verweigerung von Finanzierungen innovativer Verfahren/NUB durch die Kostenträger unter Berufung auf das BSG – nach Bettengrößenklassen

7.2 Jahresergebnis 2013

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2013 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben.

Danach haben 42% der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland im Jahr 2013 Verluste geschrieben. Gegenüber dem Vorjahr (vgl. DKI, 2013), als noch 51% einen Jahresfehlbetrag aufwiesen, entspricht dies einem leichten Rückgang (Abb. 67).

Jahresergebnis 2013
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 67: Jahresergebnis 2013 – Krankenhäuser in %

Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss ist leicht von 43% auf 46% gestiegen. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis hat sich von 7% auf 12% nahezu verdoppelt.

Trotz einer leichten Entspannung war die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser im Jahr 2013 unverändert sehr kritisch.

Nach Bettengrößenklassen differenziert wiesen die kleineren Häuser unter 300 Betten am häufigsten einen Jahresfehlbetrag (44%) und am seltensten einen Jahresüberschuss auf (44%). Allerdings sind die Unterschiede nach Krankenhausgröße insgesamt relativ gering und haben sich gegenüber den Vorjahren deutlich angenähert (Abb. 68).

Im Zeitvergleich zum Jahr 2012 (vgl. DKI, 2013) haben sich insbesondere in den kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten die Ergebnisse verbessert. So lag hier der Anteil der Häuser mit einem Jahresfehlbetrag in 2012 noch bei 57% und der Anteil der Häuser mit einem Jahresüberschuss bei 37%. Dem-

gegenüber haben sich die Ergebnisse in der mittleren Größenklasse tendenziell verschlechtert, insofern hier 2012 noch 38% der Häuser Verluste schrieben. Verglichen damit sind die Ergebnisse in der oberen Bettengrößenklasse vergleichsweise stabil.

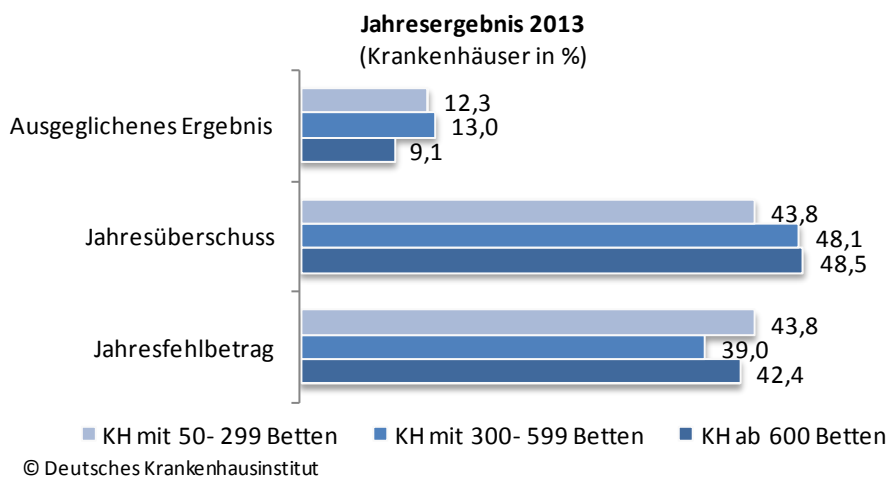


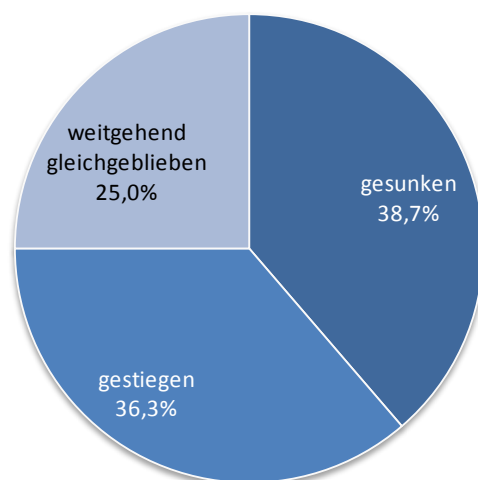
Abb. 68: Jahresergebnis 2013 nach Bettengrößenklassen

7.3 Entwicklung der Jahresergebnisse 2012/2013

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 2012 und 2013 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2013 im Vergleich zu 2012 in 39% der Krankenhäuser gesunken, bei rund 25% konstant geblieben und in rund 36% der Krankenhäuser gestiegen (Abb. 69).

Entwicklung des Jahresergebnisses 2013 im Vergleich zu 2012
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 69: Entwicklung des Jahresergebnisses 2013 im Vergleich zu 2012

Im Vergleich zum letzten *Krankenhaus Barometer* 2013 (DKI, 2013) mit den korrespondierenden Bezugsjahren 2012 und 2011 ist der Anteil der Häuser mit rückläufigem Jahresergebnis um 19% gesunken.

Die Entwicklung der Jahresergebnisse variiert in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße (Abb. 70). Der Anteil der Krankenhäuser mit gesunkenem Jahresergebnis nimmt mit steigender Krankenhausgröße zu. Allerdings weisen die großen Krankenhäuser ab 600 Betten auch den höchsten Anteil mit gestiegenem Jahresergebnis auf.

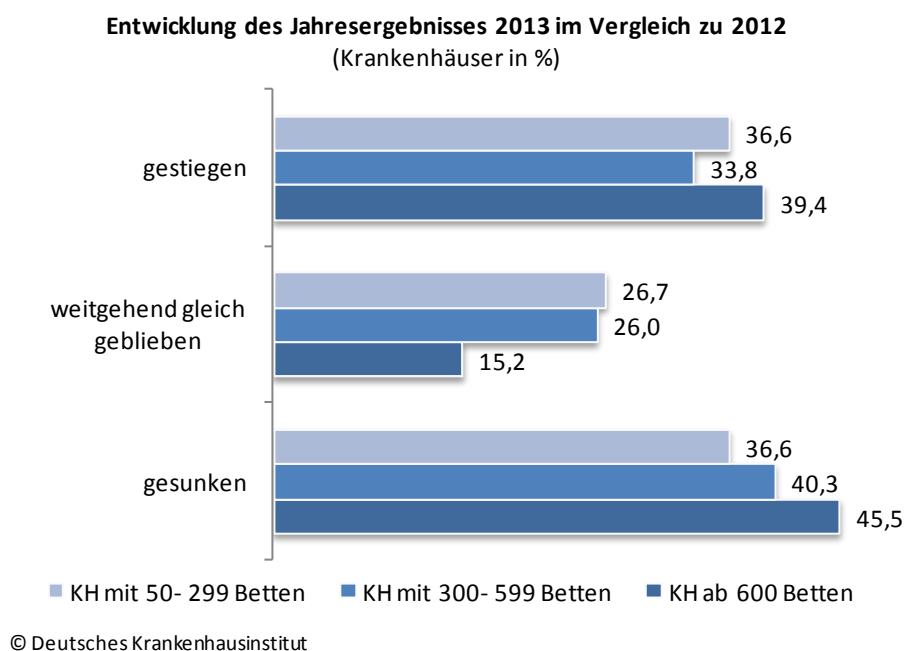


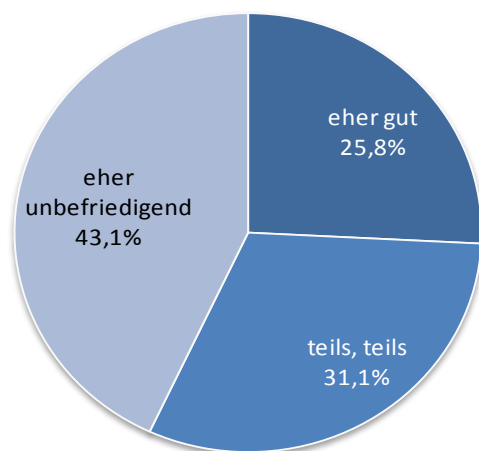
Abb. 70: Entwicklung des Jahresergebnisses 2013 im Vergleich zu 2012

7.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Über das Jahresergebnis 2013 hinaus sollten die Krankenhäuser auch ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2014 beurteilen. 43% der Krankenhäuser schätzen ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein, 26% beurteilen sie als gut, während 31% in dieser Hinsicht unentschieden sind (Abb. 71).

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage damit etwas verbessert. Seinerzeit bezeichneten noch 53% ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend und 13% als eher gut (vgl. DKI, 2013).

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

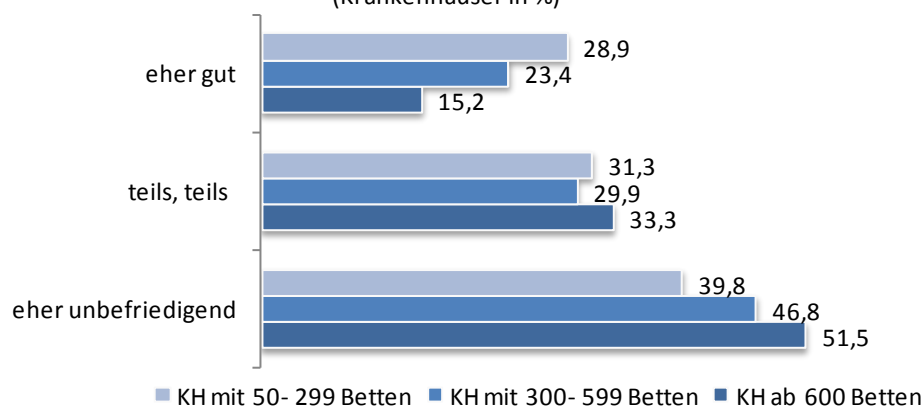


©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 71: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses

Nach Krankenhausgröße fällt die Einschätzung der aktuellen wirtschaftlichen Situation in der unteren Bettengrößenklasse am besten und in der oberen Bettengrößenklasse an schlechtesten aus (Abb. 72). Demgegenüber entsprechen die Werte in der mittleren Bettengrößenklasse in etwa dem Bundesdurchschnitt.

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



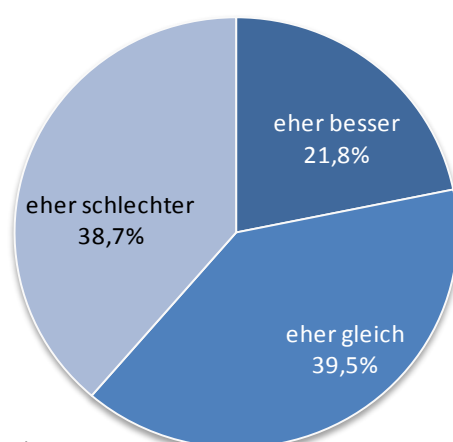
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 72: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses

7.5 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Abschließend sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren Erwartungen für das kommende Jahr 2015 äußern: Nur 22% erwarten eine Verbesserung, jedoch 39% der Krankenhäuser eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation (Abb. 73). Ähnlich wie im Vorjahr fallen die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser daher pessimistisch aus (vgl. DKI, 2013).

Erwartungen für das eigene Krankenhaus 2015
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 73: Erwartungen für das eigene Krankenhaus 2015

Nach Bettengrößenklassen differenziert fallen – bei allerdings insgesamt geringen Unterschieden - die Erwartungen in Häusern der unteren Bettengrößenklasse tendenziell besser und in Krankenhäusern der oberen Bettengrößenklasse tendenziell schlechter aus (Abb. 74).

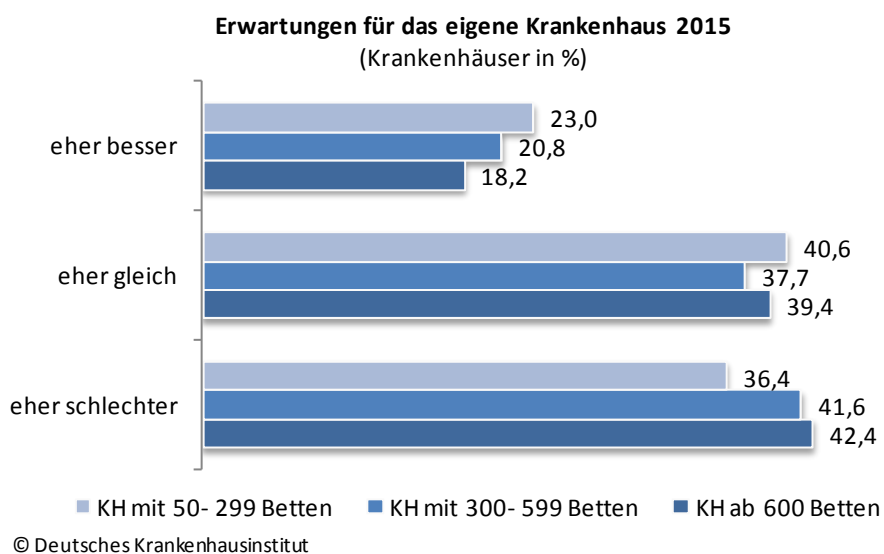


Abb. 74: Wirtschaftliche Erwartungen für 2015



8 Literaturverzeichnis

- Augurzky B., Kreienberg R., Mennicken R (2014). Zukunft der Gynäkologie und Geburtshilfe: Heidelberg
- Blum, K. Offermanns, M.; Müller, U. (2004): Anspruch und Realität von Budgetverhandlungen zur Umsetzung medizintechnischer Innovationen. Düsseldorf: www.dki.de
- Deutsches Krankenhausinstitut (2002 ff.): *Krankenhaus Barometer*. Düsseldorf .www.dki.de.
- Gerst, T. (2013): Akademisierung der Gesundheitsfachberufe: Keine Qualifizierung vom Bett weg. Dtsch Arztebl, 110 (40): A-1844 / B-1630 / C-1600
- Schwarz, K. (2013): Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus. das Krankenhaus, 105 (12), S. 1323-1326
- Statistisches Bundesamt (2014). Bildung und Kultur. Schuljahr 2012/2013. Berufliche Schulen. Fachserie 11 Reihe 2. Wiesbaden 2014
- Statistisches Bundesamt (2013a): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2013
- Statistisches Bundesamt (2013b): Diagnosedaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2013
- Statistisches Bundesamt (2013c). Bildung und Kultur. WS 2012/2013. Studierende an Hochschulen. Fachserie 11 Reihe 4.1. Wiesbaden 2013
- Statistisches Bundesamt (2006). Bildung und Kultur. WS 2005/2006. Studierende an Hochschulen. Fachserie 11 Reihe 4.1. Wiesbaden 2006
- Tippkötter, R./Schüwer, D. (2003): Rationelle Energienutzung in Krankenhäusern. Wiesbaden: Vieweg
- ZEIT ONLINE: (Download: 18.08.2014) <http://www.zeit.de/2013/47/pflege-bachelor-akademische-fachkraefte>