

KRANKENHAUS

BAROMETER

Umfrage 2018

Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

**DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT**



KRANKENHAUS BAROMETER 2018

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

Düsseldorf, Dezember 2018



Inhalt

EINLEITUNG	4
1 WIRTSCHAFTLICHE SITUATION DER KRANKENHÄUSER	6
1.1 Jahresergebnis 2017.....	6
1.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2016/2017	7
1.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation	9
1.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen.....	10
2 INVESTITIONEN	12
2.1 Höhe und Herkunft der Investitionen.....	12
2.2 Verwendung der Investitionen.....	14
2.3 Gewinnmargen zur Finanzierung der Investitionen.....	16
2.4 Investitionsbedarf	20
2.5 Instandhaltung.....	22
3 GEBURTSHILFLICHE ABTEILUNGEN	24
3.1 Stellenbesetzungsprobleme in der Geburtshilfe	24
3.2 Beleghebammen	27
3.3 Wirtschaftliche Lage der Geburtshilfen	29
3.4 Sicherstellungszuschlag.....	32
3.5 Zeitweise Schließung von Abteilungen	33
3.6 Zukunft der geburtshilflichen Abteilungen	34
3.7 Gründe für die Schließung von geburtshilflichen Abteilungen	37
4 MDK-PRÜFUNGEN	40
4.1 Anlass der Prüfung.....	40
4.2 Auswirkungen der Abrechnungsprüfungen auf die Casemix-Punkte	43
4.3 Prüfung von Komplexkodes im Jahr 2017	44
4.4 Schriftliche Erklärung der Krankenhäuser zur Erfüllung der Strukturvoraussetzungen	48
4.5 Anforderung von zusätzlichen Unterlagen bei der Prüfung von Komplexkodes	51
5 PERSONALSITUATION UND MITARBEITERBINDUNG IN DER PFLEGE	54
5.1 Altersstruktur in der Pflege.....	54
5.2 Fluktuation von Pflegekräften.....	55
5.3 Teilzeitarbeit von Pflegekräften.....	59
5.4 Maßnahmen der Mitarbeiterbindung	62
5.5 Personalleasing.....	70
6 INFORMATIONSTECHNIK IM KRANKENHAUS	74
6.1 Einsatz der IT-Systeme	74
6.2 Personalsituation.....	77
6.3 Wechsel des Krankenhausinformationssystems.....	80
6.4 Anwendung des IT-Sicherheitsgesetzes.....	81
6.5 IT-Kosten.....	82
6.6 Zukünftige Herausforderungen	83
7 ENTLASSMANAGEMENT	85
7.1 Standards im Entlassmanagement	85
7.2 Patienten mit Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement	86
7.3 Einwilligung in das Entlassmanagement.....	87
7.4 Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kostenträger	89

7.5	Kapazitäten für Anschlussversorgung.....	92
7.6	Patienten mit Verordnungen im Entlassmanagement.....	94
7.7	Veränderungen durch den Rahmenvertrag.....	95
LITERATURVERZEICHNIS		99



KRANKENHAUS BAROMETER 2018



Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2018 vor.

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

Ziel des *Krankenhaus Barometers* ist es, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnahe Informationen zum aktuellen Krankenhaugeschehen zur Verfügung zu stellen. Seit seiner Einführung im Jahr 2000 hat sich das *Krankenhaus Barometer* zu einem einzigartigen Informationsinstrument im Krankenhausbereich entwickelt, das seither exklusiv, kontinuierlich und auf repräsentativer Basis über zahlreiche aktuelle Themen aus dem Krankenhausbereich berichtet. Die jährlichen Ausgaben des *Krankenhaus Barometers* sind im Downloadbereich der DKI-Homepage abrufbar (www.dki.de).

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2018 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland, welche von April bis Mitte Juli 2018 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 249 Krankenhäuser.

Die Krankenhäuser unter 100 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. 4 % der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

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



KRANKENHAUS BAROMETER 2018

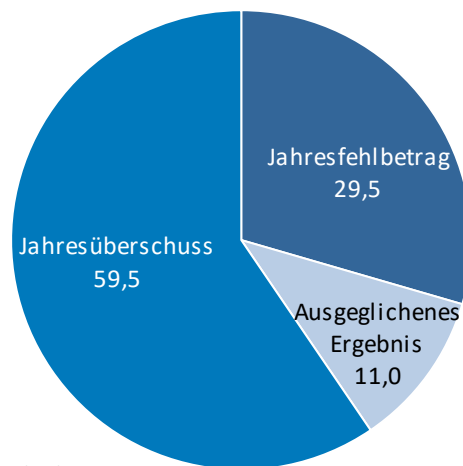
1 Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

1.1 Jahresergebnis 2017

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2017 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben.

Danach hat fast jedes dritte Allgemeinkrankenhaus in Deutschland (30 %) im Jahr 2017 Verluste geschrieben. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss liegt bei 60 % und der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis bei 11 % (Abb. 1)

Jahresergebnis der Krankenhäuser 2017
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Jahresergebnis 2017

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ergebnisse nahezu unverändert geblieben. Insgesamt war die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser somit auch im Jahr 2017 nach wie vor schwierig.

Nach Bettengrößenklassen differenziert wiesen die Häuser der mittleren Bettengrößenklasse mit 300 bis 599 Betten am häufigsten einen Jahresüberschuss (65 %) und am seltensten einen Jahresfehlbetrag auf (23 %). Verglichen damit fällt die wirtschaftliche Lage der kleinen und großen Krankenhäuser etwas schlechter aus (Abb. 2). Verglichen mit dem Vorjahr

haben sich die Jahresergebnisse aber größenklassenübergreifend angenähert (vgl. DKI, 2017).

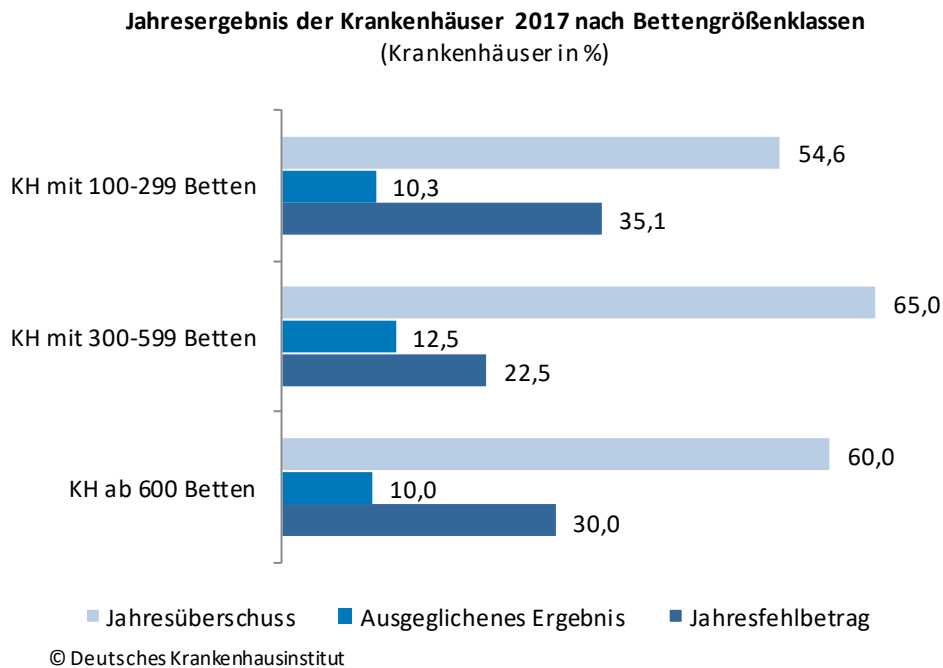


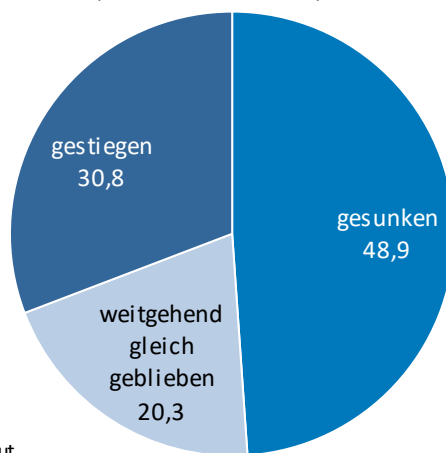
Abb. 2: Jahresergebnis 2017 nach Bettengrößenklassen

1.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2016/2017

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 2016 und 2017 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2017 im Vergleich zu 2016 in 49 % der Krankenhäuser gesunken und bei 31 % der Häuser gestiegen. Bei den übrigen ist es konstant geblieben (Abb. 3).

Entwicklung des Jahresergebnisses 2017 im Vergleich zu 2016
(Krankenhäuser in %)

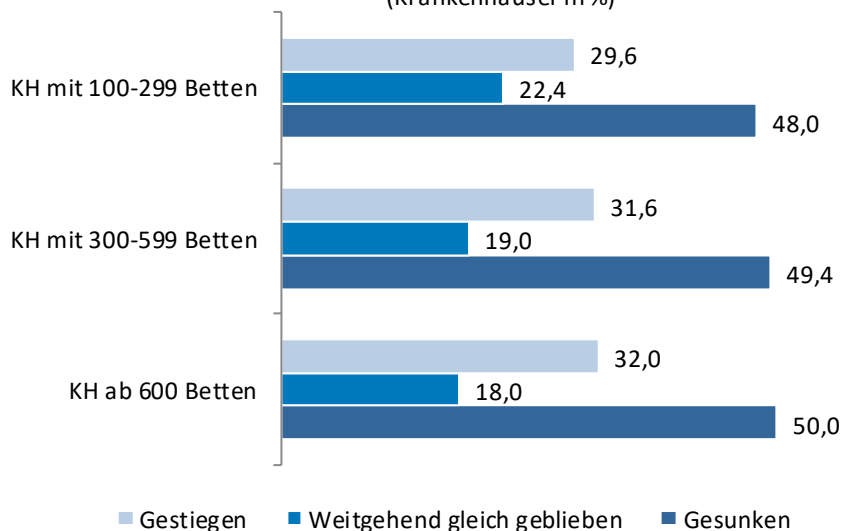


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Entwicklung des Jahresergebnisses 2017 im Vergleich zu 2016

Nach Krankenhausgröße gibt es faktisch kaum noch Unterschiede in der Entwicklung der Jahresergebnisse (Abb. 4). Verglichen mit dem Vorjahr, als die Krankenhäuser mittlerer Größe noch eine deutlich bessere Entwicklung der Jahresergebnisse vorweisen konnten, haben sich auch hier die Ergebnisse größenklassenübergreifend angeglichen (vgl. DKI, 2017).

Entwicklung des Jahresergebnisses 2017 im Vergleich zu 2016 nach Bettgrößenklasse
(Krankenhäuser in %)



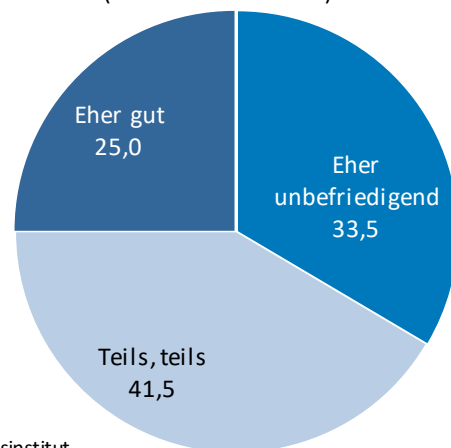
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Entwicklung des Jahresergebnisses 2017 im Vergleich zu 2016 nach Bettengrößenklassen

1.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Über das Jahresergebnis 2017 hinaus sollten die Krankenhäuser auch ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2018 beurteilen. Demnach stufte nur ein Viertel der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage als eher gut ein. Ein Drittel der Krankenhäuser schätzten ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein, während 42 % in dieser Hinsicht unentschieden sind (Abb. 5).

Einschätzung der wirtschaftlichen Situation des KH
(Krankenhäuser in %)

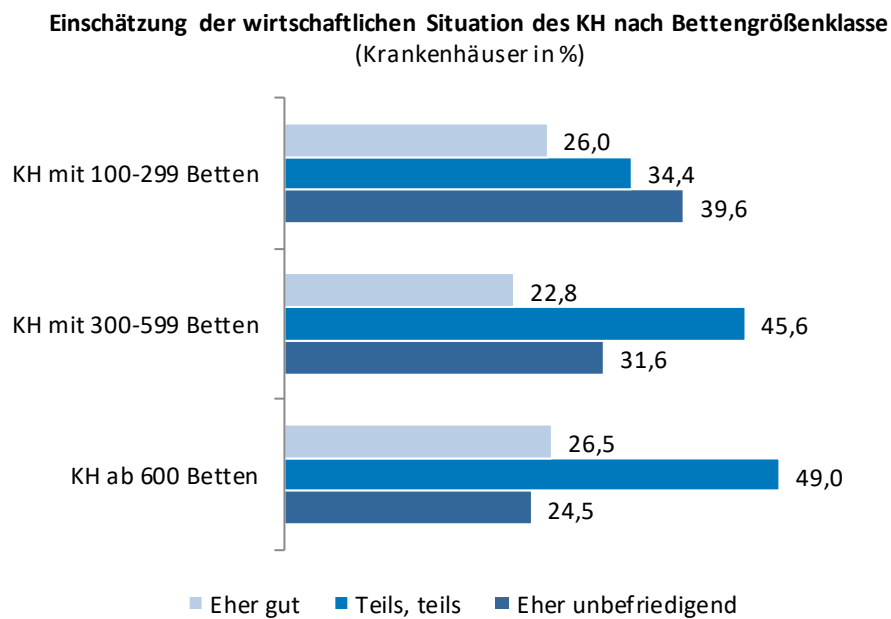


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses

Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil der Häuser mit guter wirtschaftlicher Lage (27 %) leicht abgenommen und der Anteil der Häuser mit unbefriedigender Lage (29 %) etwas zugenommen.

Nach Krankenhausgröße nimmt der Anteil der Krankenhäuser mit unbefriedigender wirtschaftlicher Lage mit steigender Krankenhausgröße ab (**Abb. 6**). Erstmals seit Einführung des DRG-Systems beurteilen die großen Krankenhäuser ab 600 Betten ihre wirtschaftliche Situation damit am besten.



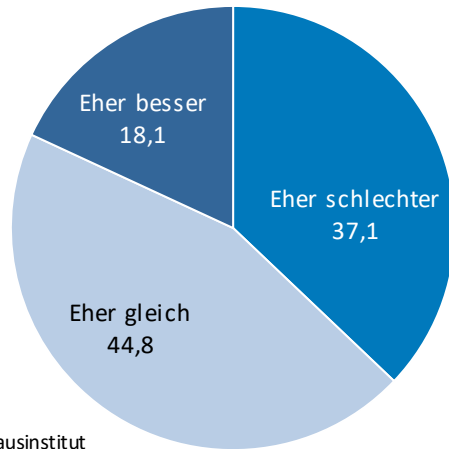
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses nach Bettengrößenklassen

1.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Abschließend sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren Erwartungen für das kommende Jahr 2019 äußern: Nur gut ein Sechstel der Häuser (18 %) erwartet eine Verbesserung und 37 % der Krankenhäuser eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation, während die übrigen in dieser Hinsicht unentschieden sind (Abb. 7). Die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser fallen also insgesamt ambivalent aus.

Erwartungen für das nächste Jahr
(Krankenhäuser in %)

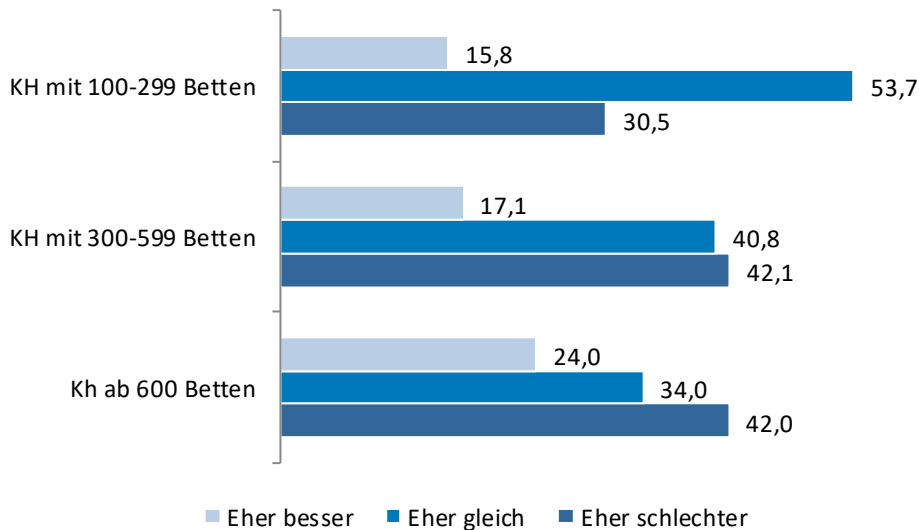


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2019

Nach Bettengrößenklassen differenziert fallen die Erwartungen in Häusern der mittleren Bettengrößenklasse tendenziell etwas besser aus als in den beiden übrigen Bettengrößenklassen (Abb. 8).

Erwartungen für das nächste Jahr nach Bettengrößenklasse
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2019 nach Bettengrößenklassen

2 Investitionen

2.1 Höhe und Herkunft der Investitionen

In der Befragung sollten die Krankenhäuser die Höhe der Investitionen für das Jahr 2017 angeben. Hierbei wurden als Investitionsvolumen die Zugänge laut Anlagennachweis ohne Finanzanlagen definiert.

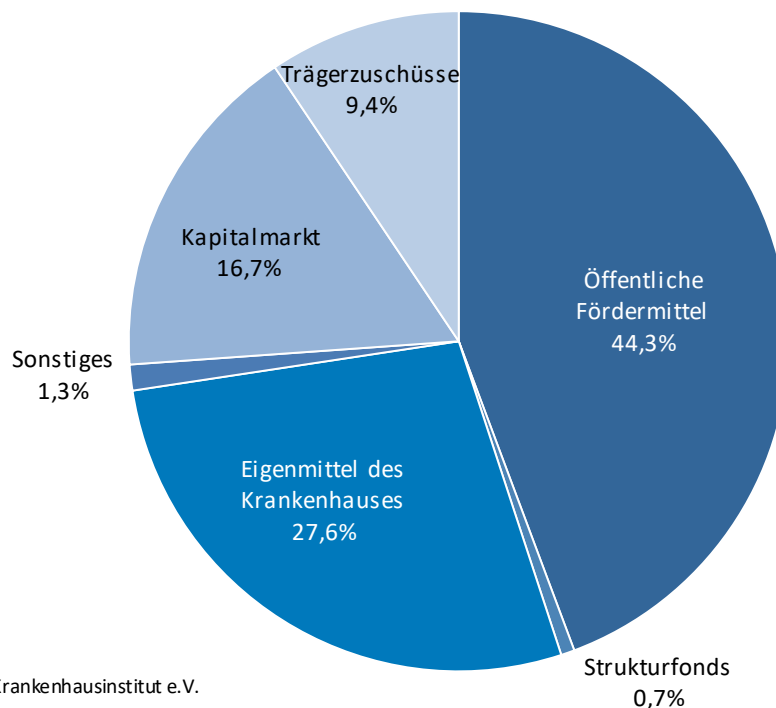
Die Hochrechnung zeigt, dass die Investitionssumme der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten im Jahr 2017 bei 6,8 Mrd. € lag. Das entspricht einem mittleren Investitionsvolumen von rund 15,3 Tsd. € je Bett oder 5,8 Mio. € je Krankenhaus der Grundgesamtheit.

Tab 1: Investitionen im Jahr 2017

Investitionen 2017	Kennwerte
Investitionssumme gesamt	6,8 Mrd. €
Investitionen je Krankenhaus	5,8 Mio. €
Investitionen je Bett	15,3 Tsd. €

Die Krankenhäuser sollten zusätzlich angeben, aus welchen Finanzierungsquellen ihre Investitionsmittel stammen (Abb. 9).

Herkunft der Investitionsmittel der Krankenhäuser 2017
(Angaben in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

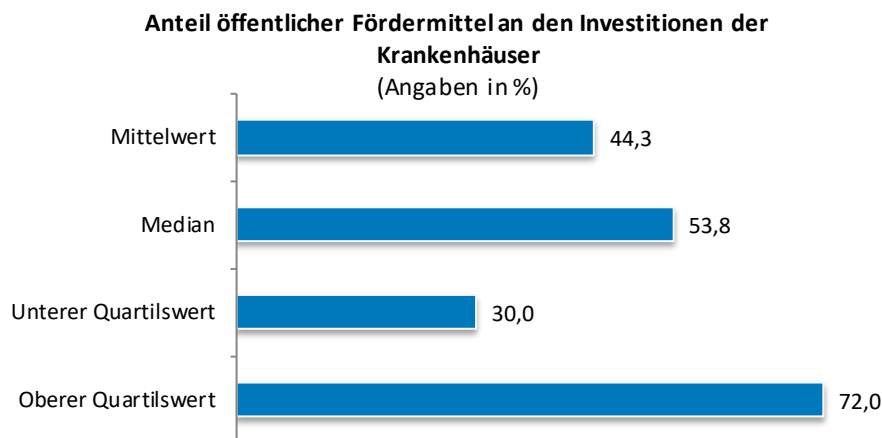
Abb. 9: Herkunft der Investitionsmittel der Krankenhäuser 2017

Aus öffentlichen Fördermitteln stammen 44 % der investiven Mittel der Krankenhäuser. Hierzu zählen die Einzel- und Pauschalförderung, die in einigen Bundesländern verwendete Baupauschale sowie die Mittel für die Universitätskliniken. Nimmt man die Fördermittel aus dem Strukturfonds gemäß den §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes hinzu, so liegt der Anteil der aus öffentlichen Mitteln stammenden Investitionen der Krankenhäuser bei 45 %.

Das bedeutet im Umkehrschluss, dass über die Hälfte der von den Krankenhäusern eingesetzten investiven Mittel nicht aus öffentlichen Fördermitteln stammen. Den nichtgeförderten Anteil der Investitionen müssen die Krankenhäuser anderweitig aufbringen. 28 % stammen direkt aus Eigenmitteln des Krankenhauses (z. B. Wahlleistungserlöse, Überschüsse aus den Leistungsentgelten). Von den Trägern der Krankenhäuser werden 9 % der

Investitionen zur Verfügung gestellt. Weitere 17 % werden über den Kapitalmarkt finanziert. Der Rest entfällt auf andere Finanzierungsquellen (z. B. Spenden, Fördervereine).

In einem Viertel der Krankenhäuser liegt die öffentliche Förderquote nur noch bei 30 % oder weniger (unterer Quartilswert). Lediglich ein Viertel der Einrichtungen erreicht eine Förderquote von 72 % oder mehr (oberer Quartilswert).



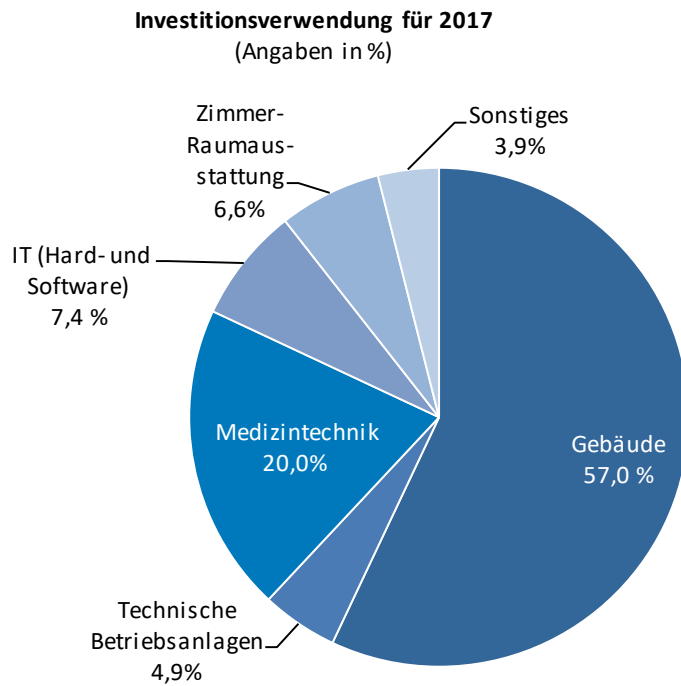
© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Abb. 10: Anteil öffentlicher Investitionen an den Investitionen der Krankenhäuser

Die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen über öffentliche Fördermittel ist für viele Krankenhäuser nicht mehr ausreichend, um den Herausforderungen der Zukunft zu begegnen.

2.2 Verwendung der Investitionen

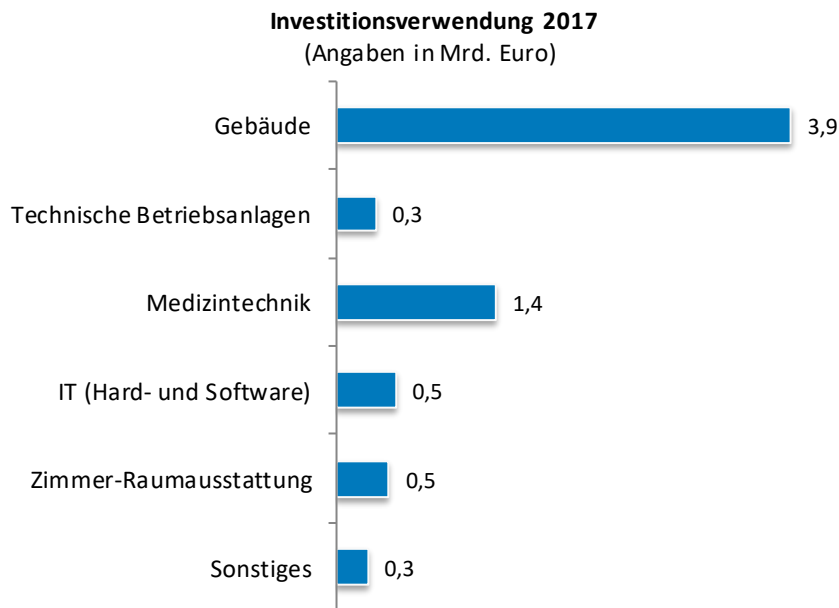
Die Krankenhäuser verwendeten 2017 ihre Investitionen zum überwiegenden Teil (57 %) für den Neu- und Umbau von Gebäuden. In die Medizintechnik flossen 20 % der investierten Mittel. Der Anteil für IT (Hard- und Software) lag bei 7 %. Auf die technischen Betriebsanlagen entfielen 5 % der Mittel. Weitere 7 % wurden für die Zimmer- und Raumausstattung eingesetzt. Auf sonstige Verwendungszwecke entfielen 4 % der Investitionen.



©Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Abb. 11: Verwendung der Investitionen im Jahr 2017

Rechnet man die Angaben der Krankenhäuser in Eurobeträge um, so investierten die Krankenhäuser 2017 im Mittel 3,9 Mrd. Euro in Gebäude. Für Medizintechnik wurden durchschnittlich 1,4 Mrd. Euro ausgegeben. IT-Investitionen lagen bei 0,5 Mrd. Euro.



© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Abb. 12: Verwendung der Investitionen im Jahr 2017

2.3 Gewinnmargen zur Finanzierung der Investitionen

Nur rund 44 % der tatsächlich getätigten Investitionen in den deutschen Krankenhäusern stammen aus öffentlichen Fördermitteln. Den Rest müssen die Krankenhäuser anderweitig aufbringen. Allein zur Finanzierung der erforderlichen Investitionen müssen sie daher eine bestimmte Rendite erwirtschaften.

Wie hoch diese ausfallen muss, um die eigenmittelfinanzierten Investitionen refinanzieren zu können, sollten die Krankenhäuser anhand des operativen Gewinns oder der EBITDA-Marge (Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen) beziffern.

Demnach benötigt gut ein Drittel der Krankenhäuser (34%) eine EBITDA-Marge von 2 % bis 4 %, um die erforderlichen Investitionen finanzieren zu können. Jeweils rund ein Fünftel braucht zu diesem Zweck eine EBITDA-Marge von 4 % bis 6 % bzw. 6 % bis 8 %.

Kumuliert ist in fast 85 % der Krankenhäuser eine EBITDA-Marge von mindestens 2 % erforderlich, um die eigenmittelfinanzierten Investitionen refinanzieren zu können.

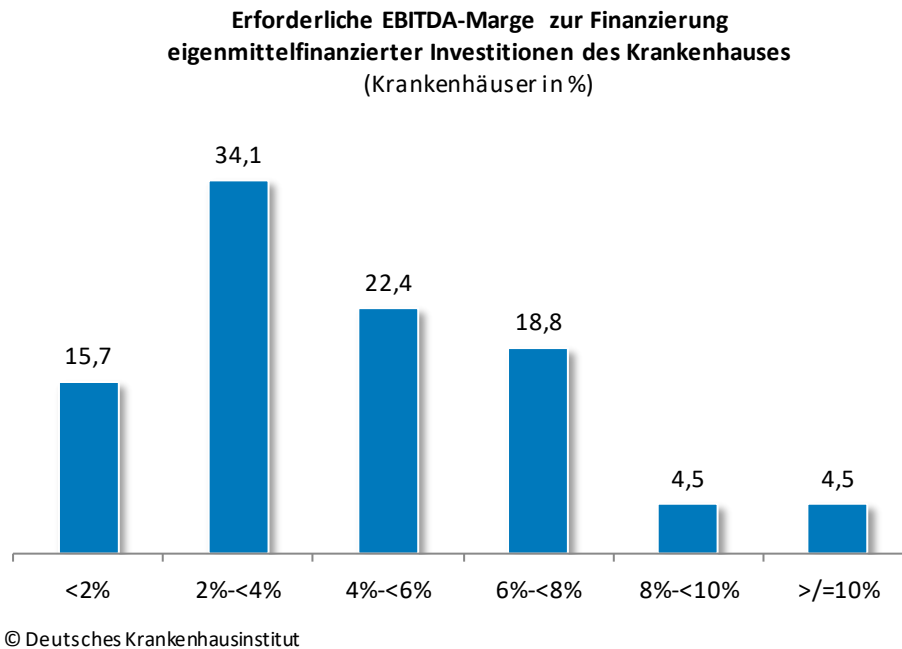
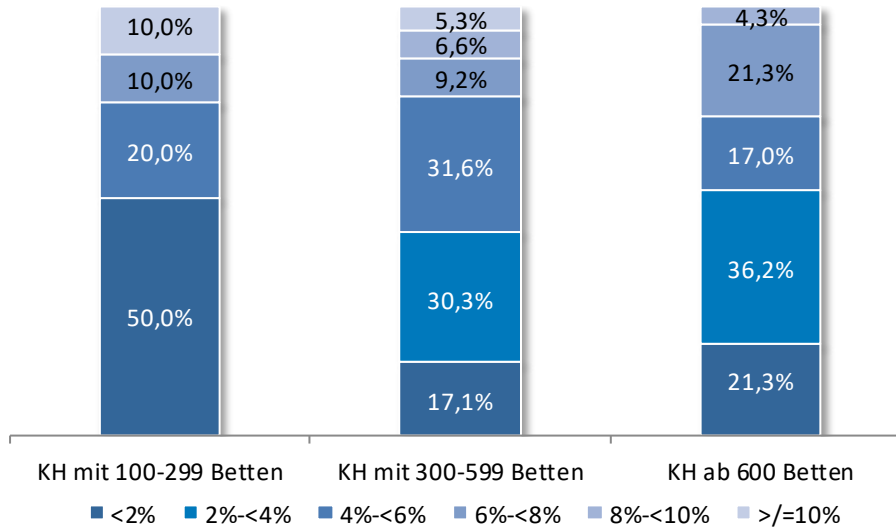


Abb. 13: Erforderliche EBITA-Marge zur Finanzierung von eigenmittelfinanzierten Investitionen

Nach Krankenhausgrößen war die entsprechende Verteilung sehr heterogen. Für die Hälfte der Krankenhäuser mit bis zu 299 Betten ist eine EBITDA-Marge von 2 % ausreichend (vgl. Abb. 14). Dagegen benötigt ein Viertel der Krankenhäuser ab 600 Betten eine Marge von 8 % oder mehr für die Finanzierung von eigenmittelfinanzierten Investitionen.

**Erforderliche EBITDA-Marge zur Finanzierung
eigenmittelfinanzierter Investitionen des Krankenhauses
nach Bettengrößenklassen**
(Krankenhäuser in %)



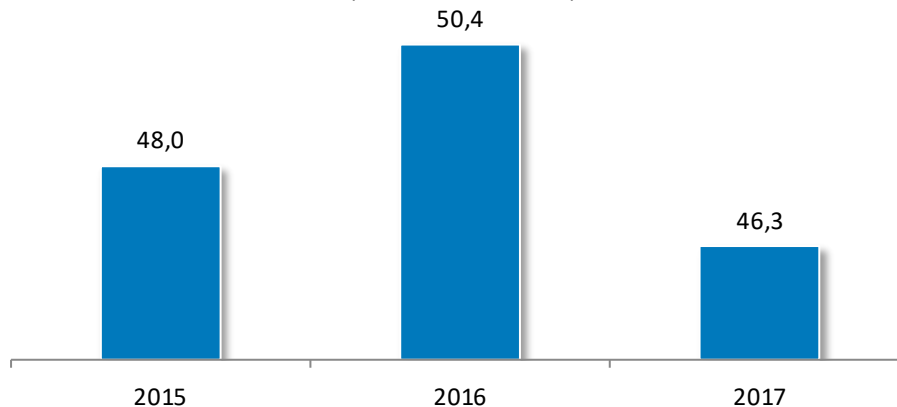
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 14: Erforderliche EBITDA-Marge zur Finanzierung von eigenmittelfinanzierten Investitionen nach Bettengrößenklassen

Angesichts der zur Eigenmittelfinanzierung von Investitionen nötigen Renditen stellt sich die Frage, inwieweit die Krankenhäuser ihre erforderliche EBITDA-Marge regelmäßig erreichen bzw. auch künftig erreichen werden.

In den Jahren 2015 – 2017 reichten die operativen Gewinne der Krankenhäuser zumeist nicht aus, um die eigenmittelfinanzierten Investitionen decken zu können. In diesen Jahren erreichte nur zwischen 46 % (2017) und gut 50 % der Krankenhäuser (2016) ihre erforderliche EBITDA-Marge (vgl. Abb. 15).

**Ausreichende EBITDA-Marge zur Finanzierung
eigenmittelfinanzierter Investitionen des Krankenhauses**
(Krankenhäuser in %)

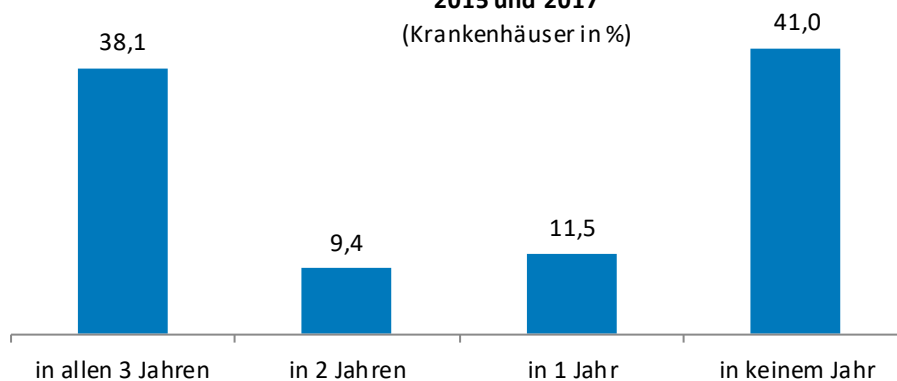


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 15: Ausreichende EBITA-Marge

Betrachtet man nicht einzelne Jahre, sondern den gesamten Zeitraum zwischen 2015 und 2017, dann haben in etwa gleiche viele Krankenhäuser in allen drei Jahren eine ausreichende EBITDA-Marge zur Finanzierung eigenmittelfinanzierter Investitionen erreicht bzw. nicht erreicht.

**Ausreichende EBITDA-Marge zur Finanzierung
eigenmittelfinanzierter Investitionen des Krankenhauses zwischen
2015 und 2017**
(Krankenhäuser in %)



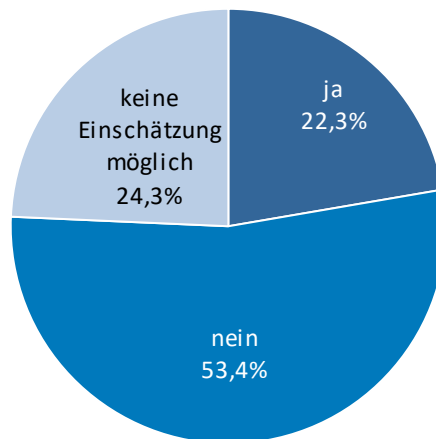
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 16: Ausreichende EBITA-Marge in den Jahren 2015 bis 2017

Gut die Hälfte der Krankenhäuser (53%) glaubt auch nicht, ausreichend Potenzial zu haben, um die jeweils erforderliche EBITDA-Marge in den

nächsten fünf Jahren regelmäßig zu erreichen. 22 % der Häuser sind in dieser Hinsicht zuversichtlich. Die Übrigen konnten hierzu noch keine Angaben machen.

Ausreichend Potenziale, die erforderliche EBITDA-Marge in den nächsten fünf Jahren regelmäßig zu erreichen
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 17: Potenzial die EBITA-Marge in den nächsten 5 Jahren zu erreichen

Die Einschätzung darüber, ob das Krankenhaus in der Zukunft über ausreichend Potenzial verfügt, um die erforderliche EBITA-Marge zu erreichen, hängt stark davon ab, wie die Situation zwischen 2015 und 2017 war. So gehen 60 % der Krankenhäuser, die zwischen 2015 und 2017 in jedem Jahr die erforderliche EBITA-Marge erreicht haben, davon aus, dass ihr Krankenhaus über ausreichend Potenzial verfügt. Bei den Krankenhäusern, die im gleichen Zeitraum in keinem Jahr die erforderliche Marge erreichen konnten, schätzen dies nur 20 % so ein. Von diesen Häusern geht knapp die Hälfte davon aus, auch in Zukunft nicht über ausreichend Potenzial zu verfügen.

2.4 Investitionsbedarf

Die Krankenhäuser sollten den Investitionsbedarf für ihr Krankenhaus für die nächsten fünf Jahre (2019 – 2023) schätzen. Hochgerechnet auf die Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten in Deutschland liegt der

Investitionsbedarf für die Jahre 2019 – 2023 bei insgesamt 46,4 Mrd. Euro. Der Investitionsbedarf der Krankenhäuser pro Jahr des Prognosezeitraums beträgt somit 9,3 Mrd. Euro.

Der prognostizierte Investitionsbedarf liegt um mehr als ein Drittel über den im Jahr 2017 durchgeführten Investitionen (6,8 Mrd. Euro). Berücksichtigt man, dass die Förderung aus öffentlichen Mitteln nur 44 % aller Investitionen ausmachen, dann setzt sich die Unterfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder weiter fort. Der Investitionsstau wird noch weiter zunehmen.

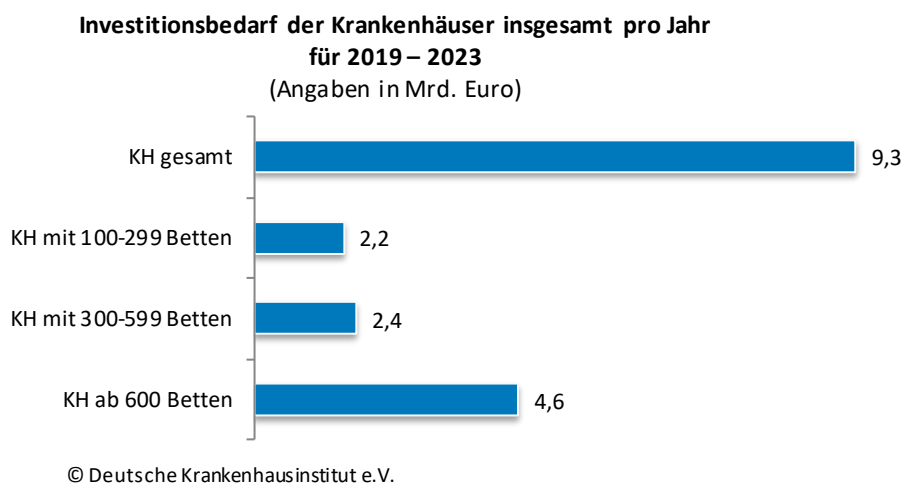
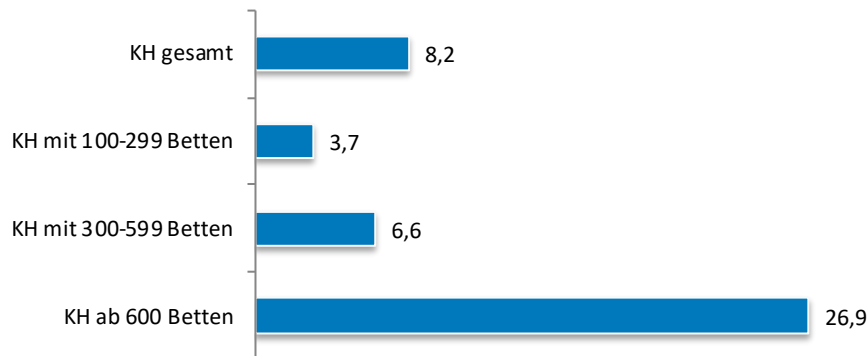


Abb. 18: Investitionsbedarf der Allgemeinkrankenhäuser für 2019 bis 2023 je Jahr

Die Hälfte der in der Zukunft benötigten investiven Mittel entfällt auf die Krankenhäuser ab 600 Betten.

Rechnet man den investiven Bedarf auf das einzelne Krankenhaus herunter, dann liegt der durchschnittliche Investitionsbedarf je Krankenhaus bei 8,2 Mio. € pro Jahr des Prognosezeitraums 2019 – 2023 (vgl. Abb. 19).

Investitionsbedarf pro Krankenhaus und Jahr für 2019 – 2023
(Angaben in Mio. Euro)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 19: Investitionsbedarf der Allgemeinkrankenhäuser für 2019 bis 2023 je Jahr

Bei relativ starker Streuung innerhalb der einzelnen Bettengrößenklassen steigt der Investitionsbedarf mit zunehmender Krankenhausgröße überproportional an. Während die großen Häuser ab 600 Betten ihren Investitionsbedarf auf durchschnittlich 26,0 Mio. € pro Jahr taxieren, fällt er in der unteren Bettengrößenklasse (3,7 Mio. €) und der mittleren Bettengrößenklasse (6,6 Mio. €) merklich niedriger aus.

2.5 Instandhaltung

Neben den Investitionskosten für Anlagegüter entstehen Kosten für deren Instandhaltung. Instandhaltungskosten sind jedoch keine Investitionskosten im Sinne des KHG. Bei den Instandhaltungskosten handelt es sich um pflegesatzfähige Kosten zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern des Krankenhauses.

Um die Substanz ihrer Anlagegüter zu erhalten, müssen die Krankenhäuser entsprechende Instandhaltungsmaßnahmen durchführen. Die Krankenhäuser wurden nach der Höhe der substanzerhaltenden Instandhaltungskosten im Jahr 2017 befragt.



2017 gaben die Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten 3,7 Mrd. € für Instandhaltung aus. Das entspricht einem Aufwand für Instandhaltung von 1,7 Mio. € je Allgemeinkrankenhaus und Jahr oder 7,5 Tsd. € je Bett.

Tab. 2: Instandhaltungskosten im Jahr 2017

Instandhaltungskosten 2017	Kennwerte
Instandhaltungssumme gesamt	3,2 Mrd. €
Instandhaltung je Krankenhaus	1,7 Mio. €
Instandhaltung je Bett	7,5 Tsd. €
Relation Instandhaltung zu Investitionen	51 %

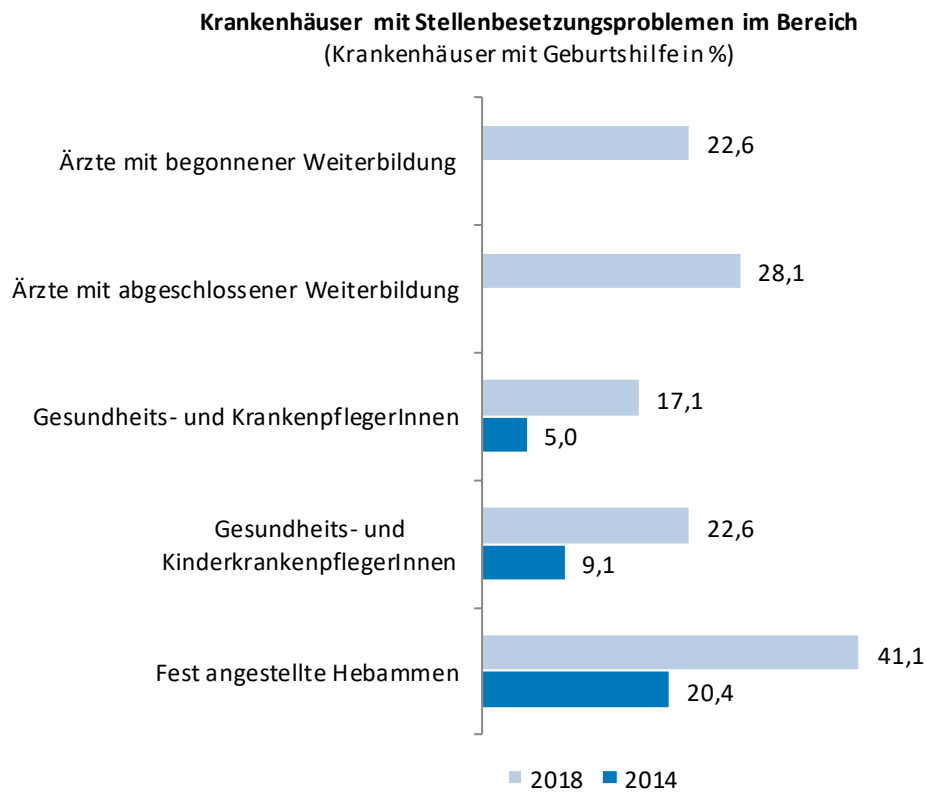
Die Krankenhäuser führen neben Neu- und Erweiterungsinvestitionen auch eine reine Substanzerhaltung durch, die Instandhaltungskosten verursacht. Vergleicht man die Angaben der Krankenhäuser, die sowohl ihre jährlichen Investitionen als auch ihre Instandhaltungskosten ausgewiesen haben, dann liegt das Verhältnis von Instandhaltungskosten zu Investitionen bei etwa 51 %.

3 Geburtshilfliche Abteilungen

3.1 Stellenbesetzungsprobleme in der Geburtshilfe

Für die geburtshilflichen Abteilungen wurde für das 2018 Jahr erhoben, ob es Probleme gibt, offene Stellen bei verschiedenen Berufsgruppen zu besetzen. Abb. 20 zeigt die entsprechenden Ergebnisse auch im Vergleich zum Jahr 2014 (DKI, 2014).

Die größten Stellenbesetzungsprobleme bestehen bei den fest angestellten Hebammen. Mehr als 41 % der Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung haben das Problem, offene Stellen zu besetzen. Im Vergleich zu 2014 hat sich der Anteil der Häuser verdoppelt, die bei den fest angestellten Hebammen offene Stellen nicht besetzen können.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 20: Stellenbesetzungsprobleme in der Geburtshilfe

Auch bei den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen bzw. Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen bestehen Stellenbesetzungsprobleme. Etwa jedes fünfte Krankenhaus mit einer Geburtshilfe kann offene Stellen in diesen



beiden Berufen nicht besetzen. Auch hier zeigt der Vergleich zu 2014 eine deutliche Verschärfung des Problems.

Bei den Ärzten liegt eine vergleichbare Problematik vor. Sowohl bei den Ärzten mit begonnener als auch mit abgeschlossener Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe können offene Stellen in rund einem Viertel der Krankenhäuser nicht besetzt werden. Im Jahr 2014 wurde bei den Ärzten nicht zwischen begonnener und abgeschlossener Weiterbildung unterschieden. Aber schon damals war fast ein Viertel der Krankenhäuser von entsprechenden Stellenbesetzungsproblemen betroffen.

Nach Bettengrößenklassen gab es keine nennenswerten Differenzen zwischen den Krankenhäusern. Betrachtet man die vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung definierten siedlungsstrukturellen Regionstypen, zeigen sich aber deutliche Unterschiede (vgl. Abb. 21).

Die größten Probleme, offene Stellen im Bereich der Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu besetzen, haben Krankenhäuser in ländlichen Räumen. Mehr als zwei Fünftel der Krankenhäuser in diesen Regionen kämpfen mit dieser Problematik. Deutlich weniger Krankenhäuser haben Probleme, Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung zu finden, wenn sie in Agglomerationsräumen liegen.

Genau umgekehrt stellt sich die Situation bei den festangestellten Hebammen dar. In Agglomerationsräumen und in städtischen Räumen kann fast die Hälfte der Krankenhäuser keine offenen Stellen besetzen. Dagegen hat weniger als ein Fünftel der Krankenhäuser in ländlichen Räumen dieses Problem. Schon im Jahr 2014 gab es eine vergleichbare Konstellation. Auch damals hatten die eher ländlich gelegenen Krankenhäuser die geringsten Probleme, offene Stellen bei den fest angestellten Hebammen zu besetzen.

**Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Bereich
(Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)**

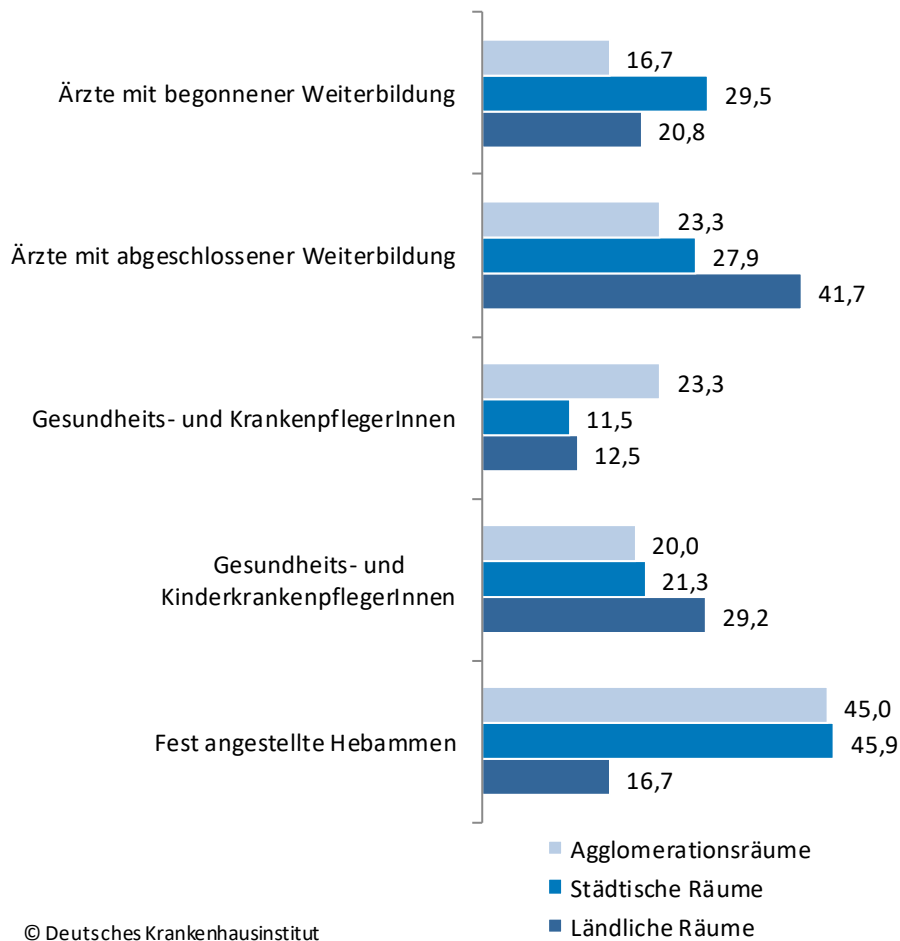
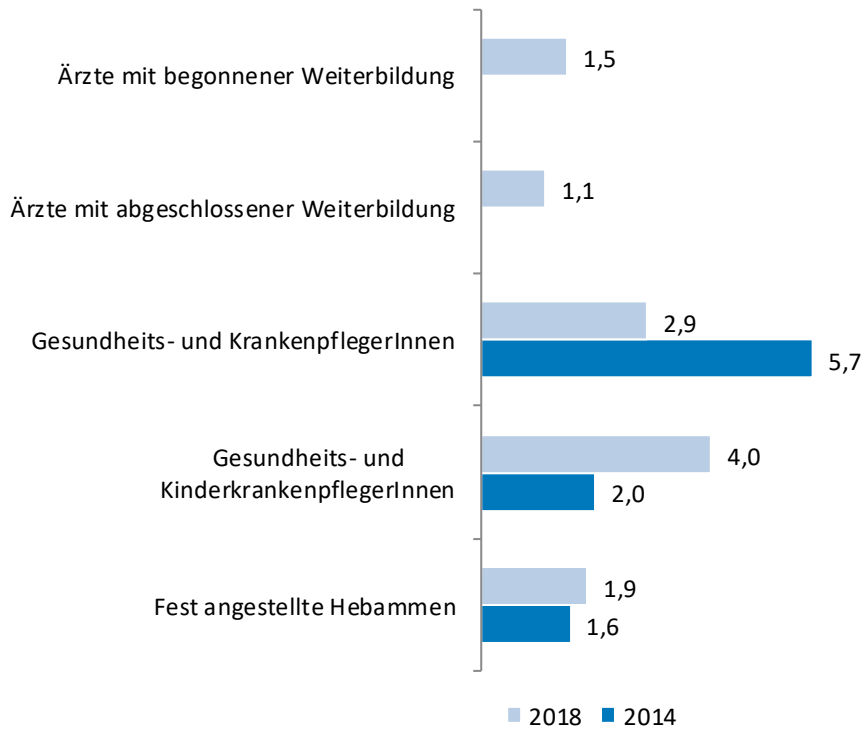


Abb. 21: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen nach siedlungsstrukturellen Regionstypen

Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen sollten angeben, wie viele Stellen in Vollkräften unbesetzt waren (Abb. 25). Im ärztlichen Dienst sind im Durchschnitt der betroffenen Häuser 1,5 Vollkraftstellen (Ärzte in Weiterbildung) bzw. 1,1 Vollkraftstellen (Ärzte mit Weiterbildung) unbesetzt.

**Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Bereich
(Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)**



© Deutsches Krankenhausinstitut

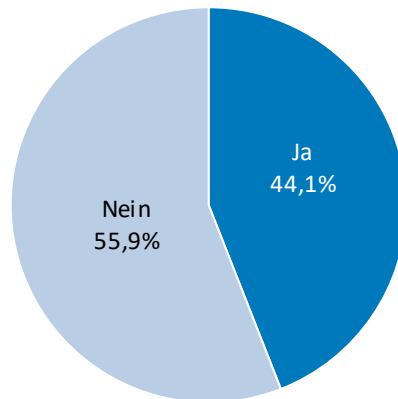
Abb. 22: Offene Stellen nach VK nach Mitarbeitergruppen

Bei den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ist die Anzahl der unbesetzten Stellen im Vergleich zu 2014 rückläufig. Dagegen hat sie sich bei den Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen im Mittel verdoppelt. Bei den fest angestellten Hebammen ist die Zahl der offenen Stellen fast unverändert.

3.2 Beleghebammen

In 44 % der geburtshilflichen Abteilungen sind freiberufliche Hebammen tätig. Der entsprechende Anteil der Abteilungen variiert stark mit der Größe der Krankenhäuser. So sind in 62 % der Krankenhäuser mit bis zu 299 Betten Beleghebammen tätig, während der Anteil bei den Krankenhäusern ab 600 Betten bei 30 % liegt.

**Arbeiten derzeit in Ihrer geburtshilflichen Abteilung
Beleghebammen?**
(Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)

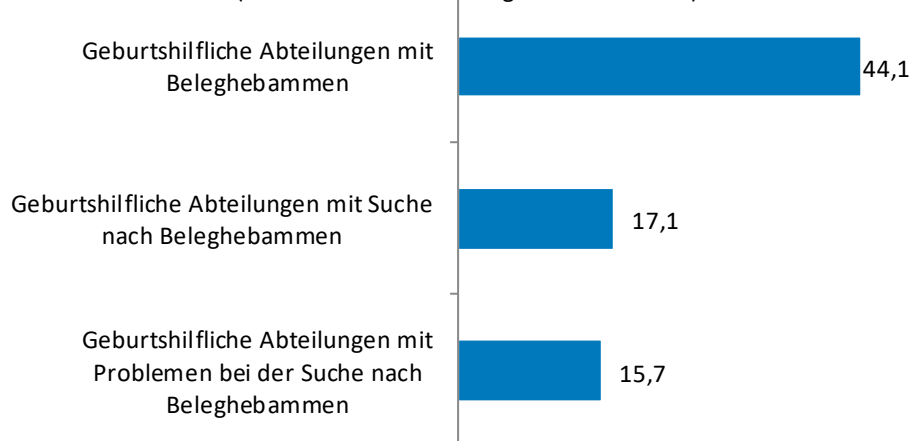


© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Abb. 23: Geburtshilfliche Abteilungen mit Beleghebammen

Im Mittel sind 7,7 Beleghebammen in den jeweiligen geburtshilflichen Abteilungen tätig. Fast ein Fünftel der Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung sucht derzeit Beleghebammen. Der größte Teil dieser Krankenhäuser hat schon Beleghebammen im Einsatz. Allerdings sucht auch eine kleine Zahl von Krankenhäusern Beleghebammen, obwohl sie derzeit keine eingesetzt hat.

**Krankenhäuser mit Beleghebammen und
der Suche nach Beleghebammen**
(Krankenhäuser mit Beleghebammen in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 24: Geburtshilfliche Abteilungen mit Suche nach Beleghebammen



Fast alle geburtshilflichen Abteilungen, die nach Beleghebammen suchen, haben derzeit Probleme, Beleghebammen zu finden.

Im Mittel werden 2,6 Beleghebammen (Köpfe) je geburtshilflicher Abteilung gesucht. Rechnet man die Zahl der gesuchten Beleghebammen auf alle geburtshilflichen Abteilungen hoch, so werden 269 Beleghebammen deutschlandweit gesucht. Gemäß Statistischem Bundesamt waren 2017 1.848 Beleghebammen in den Allgemeinkrankenhäusern tätig. Damit soll der derzeitige Bestand an Beleghebammen um fast 15 % aufgestockt werden.

3.3 Wirtschaftliche Lage der Geburtshilfen

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

Rund 57 % der Krankenhäuser gaben hier an, dass im Jahr 2017 die Erlöse in der Geburtshilfe niedriger als die Kosten waren. Mit anderen Worten: die Mehrzahl der geburtshilflichen Abteilungen arbeitet derzeit nicht kostendeckend.

In gleicher Größenordnung haben die geburtshilflichen Abteilungen dies auch schon für 2013 festgestellt. Zwischen 2013 und 2017 hat sich offensichtlich nichts an der wirtschaftlichen Lage der Geburtshilfen geändert.

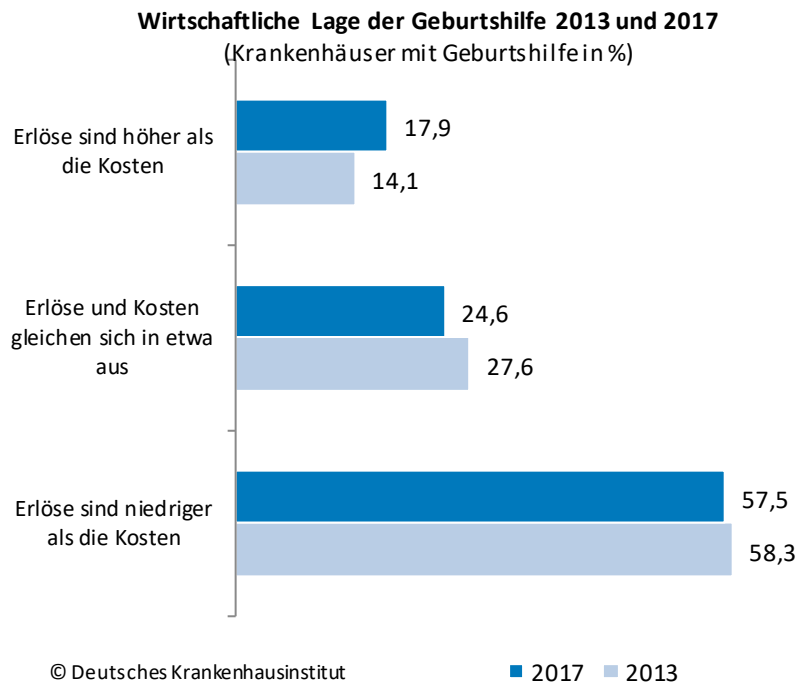
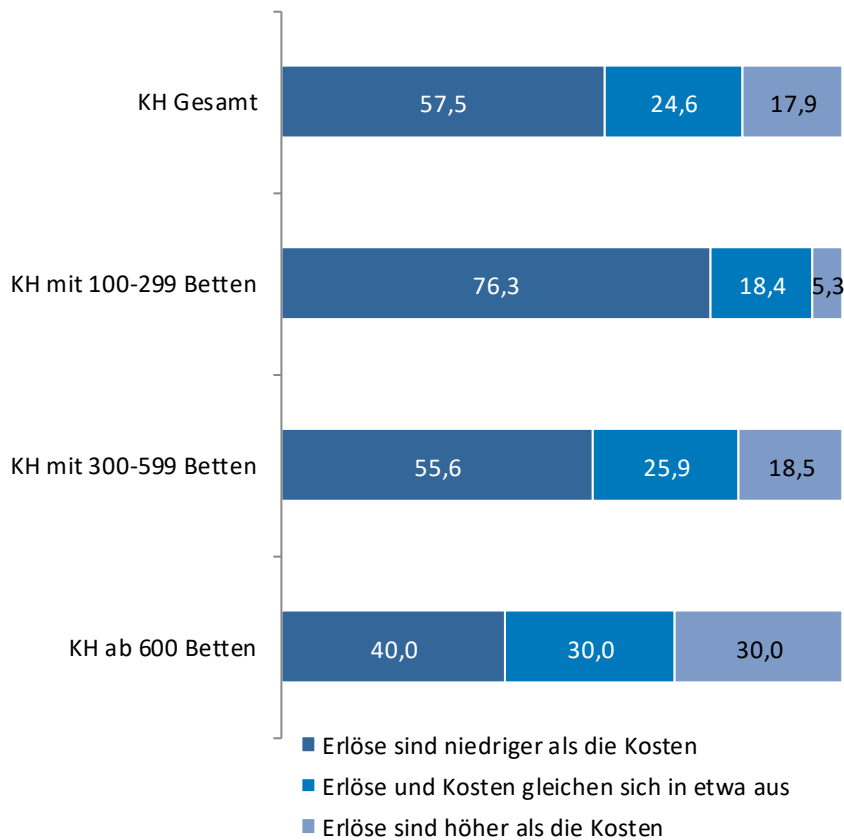


Abb. 25: Wirtschaftliche Lage der geburtshilflichen Abteilungen 2013 und 2017

Bei der Unterscheidung nach Größenklassen der Krankenhäuser zeigen sich allerdings deutliche Unterschiede (vgl. Abb. 26). Mehr als drei Viertel der Krankenhäuser mit 100 bis 299 Betten haben in der Geburtshilfe höhere Kosten als Erlöse. Das ist im Vergleich zu 2013 noch einmal ein Zuwachs um 11 Prozentpunkte.

Wirtschaftlichkeit der geburtshilflichen Abteilung 2017
(Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)



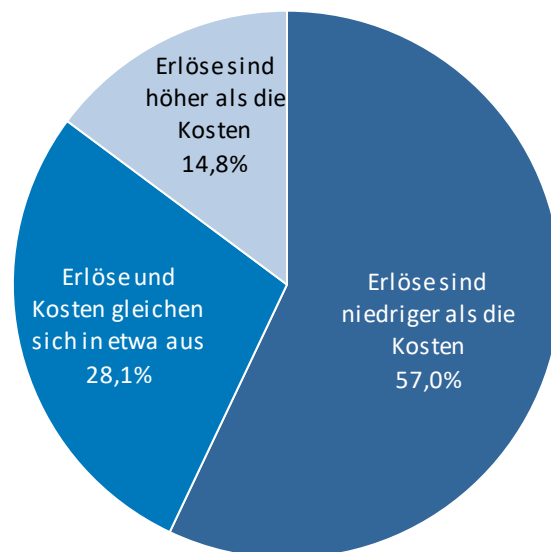
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 26: Wirtschaftliche Lage der geburtshilflichen Abteilungen 2017 nach Bettengrößenklassen

Anders sieht es bei den großen Krankenhäusern ab 600 Betten aus. Hier gaben für 2017 40 % der Krankenhäuser an, dass die Erlöse niedriger als die Kosten seien. Für 2013 hatten dies noch 44 % der großen Krankenhäuser angegeben.

Bei den großen Krankenhäusern nahm der Anteil der Häuser, bei denen die Erlöse höher als die Kosten sind, im Vergleich zu 2013 um 11 Prozentpunkte zu. Im Jahr 2017 waren in 30 % der Häuser ab 600 Betten die Erlöse höher als die Kosten. Bei den kleinen Krankenhäusern bis 299 Betten gaben dies nur 5 % der Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung an.

Erwartete wirtschaftliche Lage der geburtshilflichen Abteilung für 2018
(Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 27: Erwartete wirtschaftliche Lage der geburtshilflichen Abteilungen 2018

Die Erwartungen der Krankenhäuser im Hinblick auf die wirtschaftliche Situation der Geburtshilfen für das Jahr 2018 unterscheiden sich nur wenig von der Ist-Situation des Jahres 2017. Insgesamt erwarten die Krankenhäuser kaum eine Veränderung bzw. Verbesserung ihrer Situation.

3.4 Sicherstellungszuschlag

Gemäß § 17 b Absatz 1a KHG können zur Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen Zuschläge vereinbart werden – die sogenannten Sicherstellungszuschläge.

Die Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung wurden gefragt, ob sie einen Sicherstellungszuschlag beantragt hätten und falls ja, wie der Bearbeitungsstand sei.

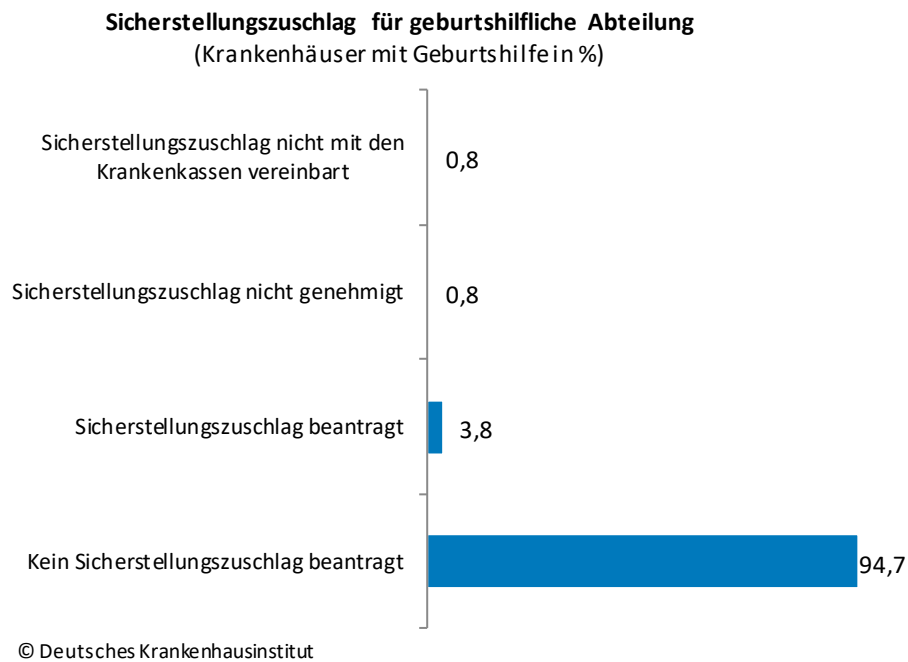


Abb. 28: Sicherstellungszuschlag für geburtshilflichen Abteilungen

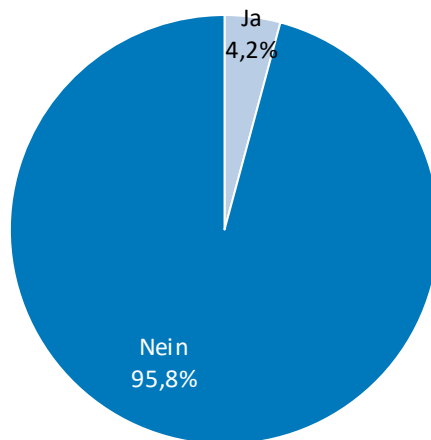
Der überwiegende Teil der Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung hat keinen Sicherstellungszuschlag beantragt.

Rund 6 % der Stichprobenkrankenhäuser gaben an, einen Sicherstellungszuschlag beantragt zu haben. Davon sind jeweils in einem Prozent der Fälle der Sicherstellungszuschlag nicht genehmigt bzw. nicht mit den Krankenkassen vereinbart worden.

3.5 Zeitweise Schließung von Abteilungen

Für das Jahr 2017 sollten Häuser angeben, ob sie ihre geburtshilfliche Abteilung temporär geschlossen und für einen bestimmten Zeitraum keine weiteren Patientinnen aufgenommen haben.

Temporäre Schließung der geburtshilflichen Abteilung 2017
(Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 29: Temporäre Schließung der geburtshilflichen Abteilung

Nur 4 % der Krankenhäuser haben 2017 ihre geburtshilfliche Abteilung zeitweise geschlossen.

In den Krankenhäusern, in denen die Geburtshilfe temporär geschlossen war, wurden im Mittel für 19 Tage keine Patientinnen aufgenommen.

3.6 Zukunft der geburtshilflichen Abteilungen

Angesichts der demografischen Entwicklung steht die Zukunft von geburtshilflichen Abteilungen schon seit einiger Zeit in der Diskussion. Erschwerend kommt der Fachkräftemangel dazu, der seit Jahren virulent ist.

Vor diesem Hintergrund sind die Krankenhäuser im Rahmen der *Krankenhaus Barometer 2018* 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 (vgl. Abb. 30).

Mehr als 92 % der Krankenhäuser gehen davon aus, dass sie ihre Geburtshilfe weiterhin betreiben können. Lediglich 2 % der Häuser zeigen sich skeptisch.

Sie gehen davon aus, im Laufe der kommenden Jahre diese Abteilung schließen zu müssen.

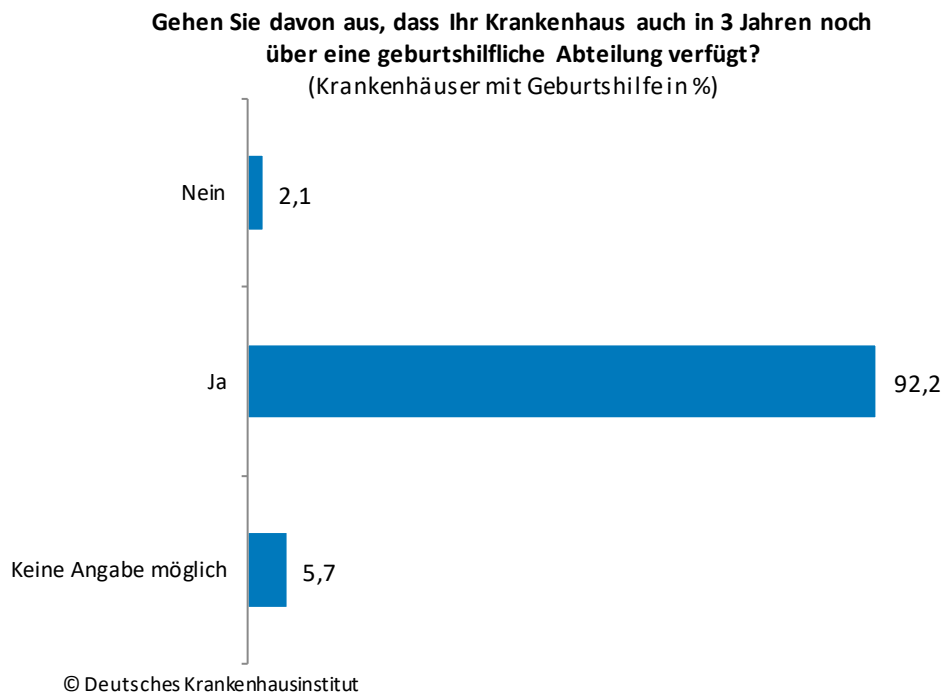


Abb. 30: Zukunft der eigenen geburtshilflichen Abteilung

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 (vgl. Abb. 31).

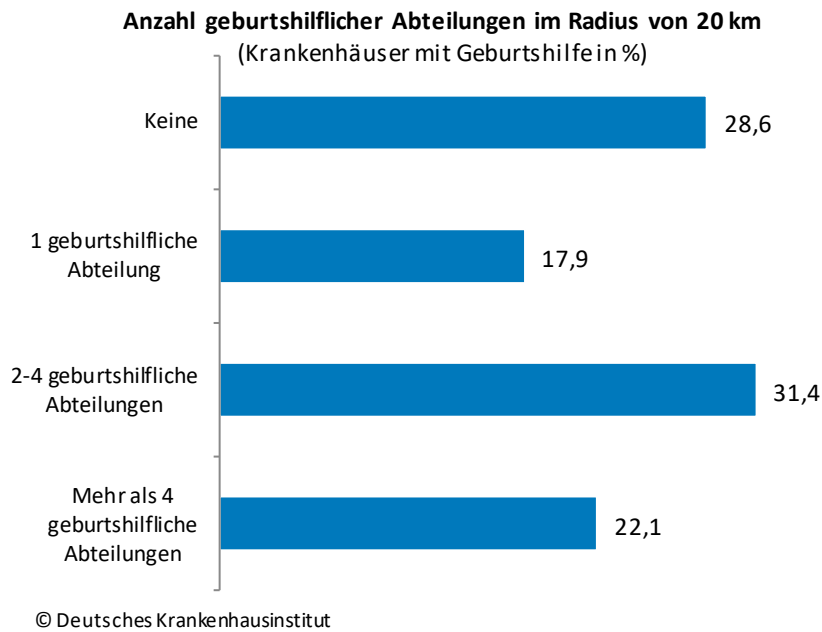
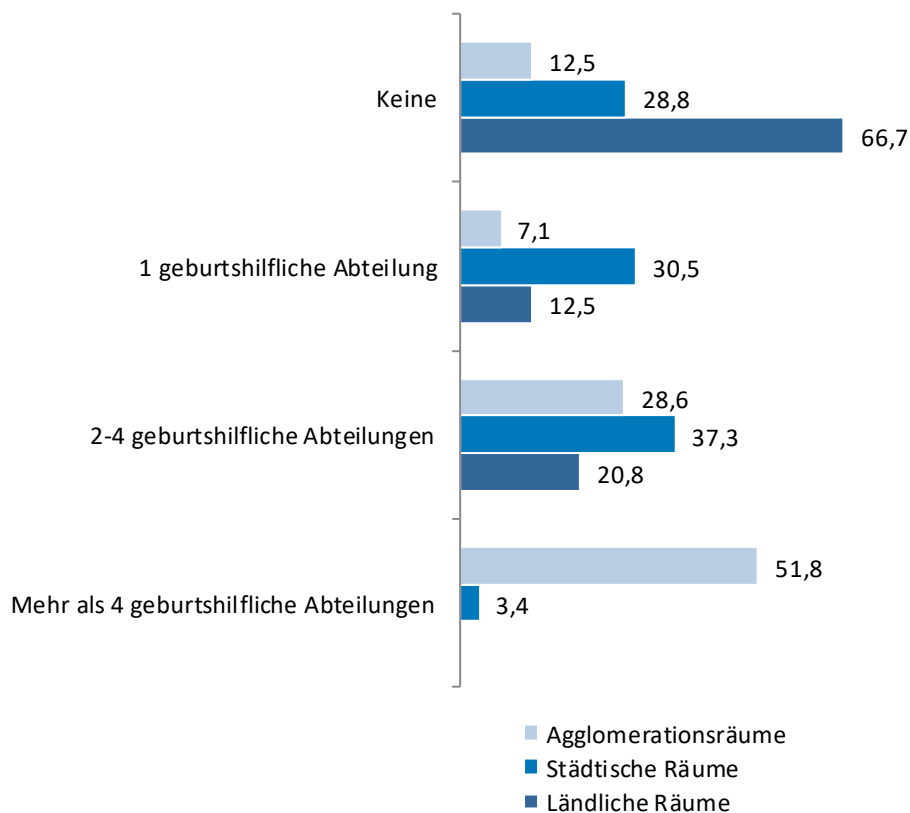


Abb. 31: Anzahl der geburtshilflichen Abteilung in einem Radius von 20 km

Rund 29 % der Häuser gaben an, dass sich im Umkreis von 20 km keine weitere geburtshilfliche Abteilung befinden würde. Bei etwa einem Drittel der Häuser gab es in diesem Radius zwei bis vier entsprechende Abteilungen. Gut ein Fünftel der Krankenhäuser hatten in ihrem unmittelbaren Umfeld mehr als vier Geburtshilfen.

Unterteilt man die Krankenhäuser wieder nach siedlungsstrukturellen Regionstypen, zeigt sich ein differenzierteres Bild (vgl. Abb. 32): Erwartungsgemäß ist die Zahl der Geburtshilfen in einem Radius von 20 km in Agglomerationsräumen relativ hoch. In Agglomerationsräumen haben 52 % der Häuser mehr als vier Geburtshilfen in der näheren Umgebung. In ländlichen Räumen hat kein Stichprobenkrankenhaus in diesem Radius vier und mehr andere Geburtshilfen.

Anzahl geburtshilflicher Abteilungen im Radius von 20 km
(Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 32: Anzahl der geburtshilflichen Abteilung in einem Radius von 20 km nach siedlungsstrukturellen Regionstypen

In zwei Drittel der ländlichen Krankenhäuser gibt es in einem Radius von 20 km keine andere geburtshilfliche Abteilung. Das kommt in Agglomerationsräumen lediglich bei 12 % der Krankenhäuser vor.

3.7 Gründe für die Schließung von geburtshilflichen Abteilungen

Unabhängig von den Zukunftserwartungen für die eigene geburtshilfliche Abteilung sollten die Befragungsteilnehmer eine generelle Einschätzung zu möglichen Gründen für eine Schließung von Geburtshilfen abgeben (vgl. Abb. 33).



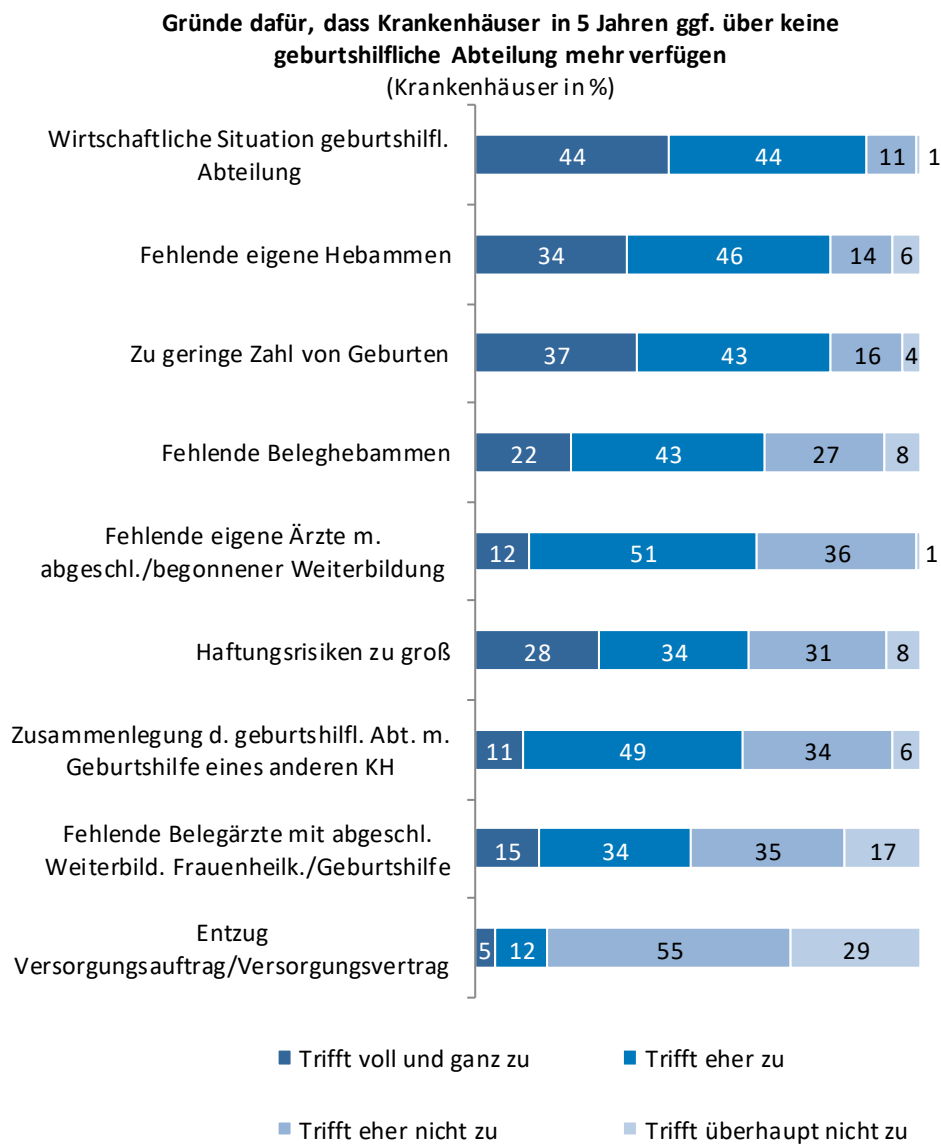
Der maßgebliche Grund („trifft voll und ganz zu“ bzw. „trifft eher zu“), der von gut 88 % der Häuser genannt wurde, ist die wirtschaftliche Lage der Geburtshilfe. Wie schon festgestellt (vgl. Kap. 3.3), sind in 57 % der Krankenhäuser die Kosten der Geburtshilfe höher als die Erlöse. Sollte sich diese Situation verschärfen, erwartet die große Mehrheit der Krankenhäuser, dass es zu Schließungen aus wirtschaftlichen Gründen kommen wird.

Eng damit zusammenhängend, nannten fast 80 % der Krankenhäuser fehlende Hebammen sowie eine zu geringe Zahl von Geburten als weitere Gründe für eine Schließung.

Fehlende Beleghebammen und fehlende eigene Ärzte mit abgeschlossener oder begonnener Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe stehen an vierter und fünfter Stelle der am häufigsten genannten Gründe.

Nur von wenigen Krankenhäusern wurde der Entzug des Versorgungsauftrages bzw. Versorgungsvertrages als maßgeblicher Grund genannt.

Für die Krankenhäuser mit geburtshilflichen Abteilungen scheint die größte Bedrohung für den Erhalt dieser Abteilung neben wirtschaftlichen Gründen der Fachkräftemangel zu sein. Seit 2014 hat sich der Fachkräftemangel verschärft, so dass die Gefahr der Schließung von geburtshilflichen Abteilungen aus diesem Grund 2018 deutlich stärker betont wird



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 33: Gründe für die Schließung von geburtshilflichen Abteilungen



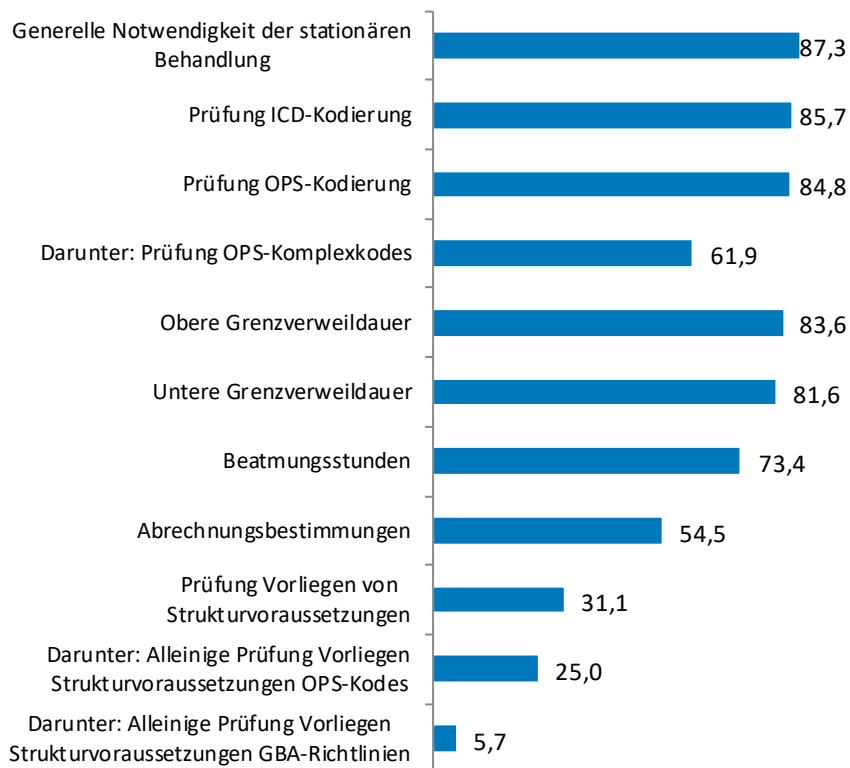
4 MDK-Prüfungen

4.1 Anlass der Prüfung

Für das Jahr 2016 wurde im *Krankenhaus Barometer 2017* festgestellt, dass in rund 99 % der befragten Krankenhäuser (mindestens) ein Prüfverfahren entsprechend der Prüfverfahrenvereinbarung von den Krankenkassen eingeleitet wurde. Lediglich in 0,4 % der Krankenhäuser fand 2016 überhaupt keine Prüfung statt (DKI, 2017).

Dies sowie der Hinweis zahlreicher Krankenhäuser auf zunehmende Abrechnungsprobleme waren der Anlass dafür, bei den Krankenhäusern nachzufragen, welche Gründe für eine Prüfung von Seiten der Kostenträger und/oder den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) angegeben wurden. In der nachfolgenden Abbildung (vgl. Abb. 34) sind die unterschiedlichen Gründe angegeben. Bei der Interpretation der Abbildung ist zu berücksichtigen, dass Krankenhäuser auch mehrfach, jeweils aus unterschiedlichen Gründen, im Jahr geprüft werden.

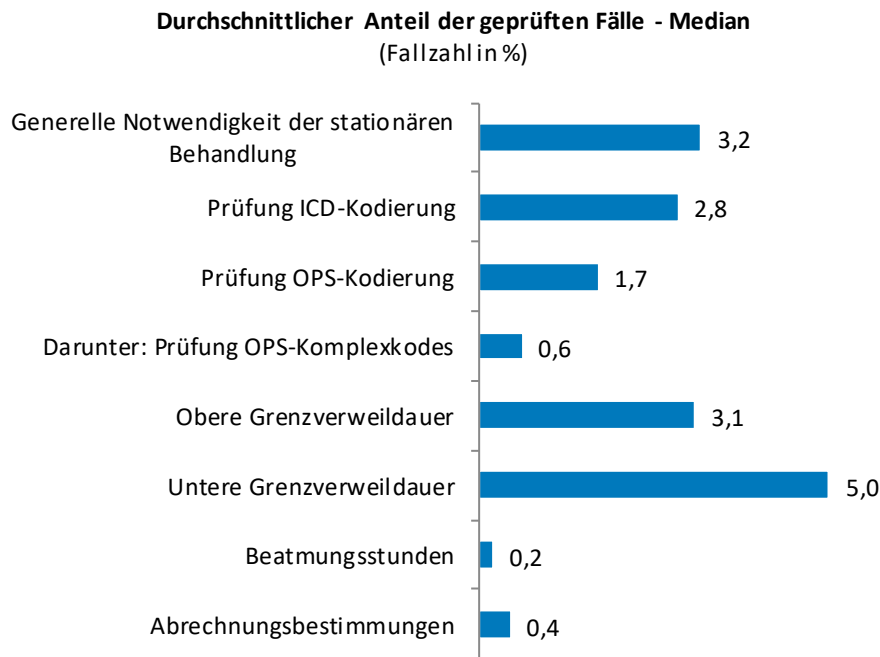
Durchschnittlicher Anteil der geprüften Krankenhäuser
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 34: Anteil durch den MDK geprüfter Krankenhäuser

In den meisten Krankenhäusern (87 %) ist der häufigste Prüfanlass die primäre Fehlbelegung. Geprüft wird also, inwieweit es überhaupt eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit gibt. In den Krankenhäusern, die auf primäre Fehlbelegung geprüft worden sind, wurden im Mittel (Median) rund 3 % der vollstationären Fälle des Jahres 2017 einbezogen (Abb. 35). Der Anteil geprüfter Fälle in Bezug auf unterschiedliche Prüfanlässe wird in Abb. 35 dargestellt.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 35: Prüfanlässe des MDK – Anteil der geprüften Fälle in den Krankenhäusern 2017

In ebenfalls mehr als vier Fünftel der Krankenhäuser wurde die ICD-Kodierung bzw. OPS-Kodierung vom MDK überprüft. In den von einer Prüfung betroffenen Krankenhäusern wurden rund 3 % der vollstationären Fälle auf ihre ICD-Kodierung und fast 2 % der Fälle auf ihre OPS-Kodierung hin überprüft.

Die untere Grenzverweildauer stellt einen sehr häufigen Prüfanlass dar. Bei ihrer Prüfung steht im Vordergrund, ob eine DRG-Pauschale vollständig oder deutlich weniger Bewertungsrelationen abgerechnet werden können. Fast 82 % der Krankenhäuser gaben an, dass dies bei ihnen geprüft wurde. Einbezogen wurden hierbei im Mittel 5 % der vollstationären Fälle des Jahres 2017. Der oberen Grenzverweildauer wurde zwar 2017 in etwas mehr Krankenhäusern nachgegangen, dafür wurden aber im Durchschnitt weniger Fälle in die Prüfung einbezogen (3 %).

In 31 % der Häuser wurde das Vorliegen von Strukturvoraussetzungen überprüft. Der Großteil der Prüfungen bezog sich hierbei auf die alleinige



Prüfung von Strukturvoraussetzungen in Verbindung mit OPS-Kodes, für die es allerdings keine gesetzliche Grundlage gibt (vgl. Beume, Porten 2014). Davon betroffen waren 25 % der Krankenhäuser. In fast 6 % der Häuser wurde eine alleinige Prüfung des Vorliegens von Strukturvoraussetzungen in Verbindung mit Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt. Die geprüften Fallzahlen bewegen sich in einem sehr niedrigen Anteil der vollstationären Fälle des Jahres 2017 (Ergebnisse nicht dargestellt).

4.2 Auswirkungen der Abrechnungsprüfungen auf die Casemix-Punkte

Die Kostenträger dokumentieren durch die Veranlassung von MDK-Prüfungen, dass sie die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung bzw. das korrekte Vorgehen der Krankenhäuser bei der Erbringung der Leistung in Zweifel ziehen. Die Abrechnung der Krankenhäuser wird strittig gestellt.

Die Krankenhäuser wurden daher gefragt, wie viele Casemix-Punkte von den Krankenkassen bei den Abrechnungsprüfungen strittig gestellt wurden und wie viele Casemix-Punkte das Krankenhaus durch die Abrechnungsprüfungen verloren hat.

Ein Vergleich der „Verlustquote“ zeigt, dass die kleinen und die großen Krankenhäuser gut 26 % der strittig gestellten Casemix-Punkte/ Erlöse tatsächlich durch die Abrechnungsprüfungen verlieren. Bei den Krankenhäusern zwischen 300 und 599 Betten liegt die „Verlustquote“ bei durchschnittlich 38 %. Das bedeutet aber auch im Umkehrschluss, dass der Großteil der strittig gestellten Rechnungen (Casemix-Punkte bzw. Erlöse), die in den Krankenhäusern einen erheblichen bürokratischen Aufwand auslösen, in den Krankenhäusern verbleibt. Diese können in dem weit überwiegenden Anteil nachweisen, dass sie die Leistung wirtschaftlich und/oder den Abrechnungsregeln gemäß erbracht haben.

Casemix-Punkte, die die Krankenhäuser effektiv verlieren, dürfen nicht automatisch mit unwirtschaftlichen Leistungen oder Fehlern in der Abrechnung gleichgesetzt werden. So zeigen sich zunehmend Abrechnungsprobleme und Rechnungskürzungen, die für erhebliche



Irritationen in jüngster Vergangenheit gesorgt haben, wie beispielsweise in Verbindung mit aktuellen Urteilen des Bundessozialgerichts zur Schlaganfall- und zur geriatrischen Versorgung.

4.3 Prüfung von Komplexkodes im Jahr 2017

Für die Abrechnung der Fallpauschalen müssen die Krankenhäuser u.a. den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) anwenden. Dieser OPS-Katalog stellt die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen dar. Enthalten sind in diesem Katalog Komplexkodes für spezielle Leistungsangebote wie die Schlaganfall- und geriatrische Versorgung, die nur kodiert werden dürfen, wenn die dazugehörigen struktur- und behandlungsbezogenen Voraussetzungen vom Krankenhaus erfüllt werden.

Der MDK kann im Rahmen der Abrechnung von Einzelfällen prüfen, ob die medizinischen Voraussetzungen für die Anwendung der Codes vorgelegen haben. Aus diesem Grunde wurden die Krankenhäuser danach gefragt, wie oft eine solche Prüfung der Komplexkodes im Jahr 2017 erfolgt ist. Ausgewählt wurden neun verschiedene Komplexkodes.

Bei den Krankenhäusern, die Komplexkodes für die Abrechnung an die Krankenkassen übermitteln, erfolgte 2017 größtenteils (mindestens) eine Prüfung der Komplexkodes durch den MDK (vgl. Abb. 36). Bei der „Hochaufwendigen Pflege von Erwachsenen“ (OPS 9-200) wurde fast jedes Krankenhaus (mindestens) einer MDK-Prüfung unterzogen.

Lediglich bei den beiden Komplexkodes „Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung“ (OPS 8-98a) und „Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation“ (OPS 8-552) wurden nur drei Viertel der Häuser überprüft.

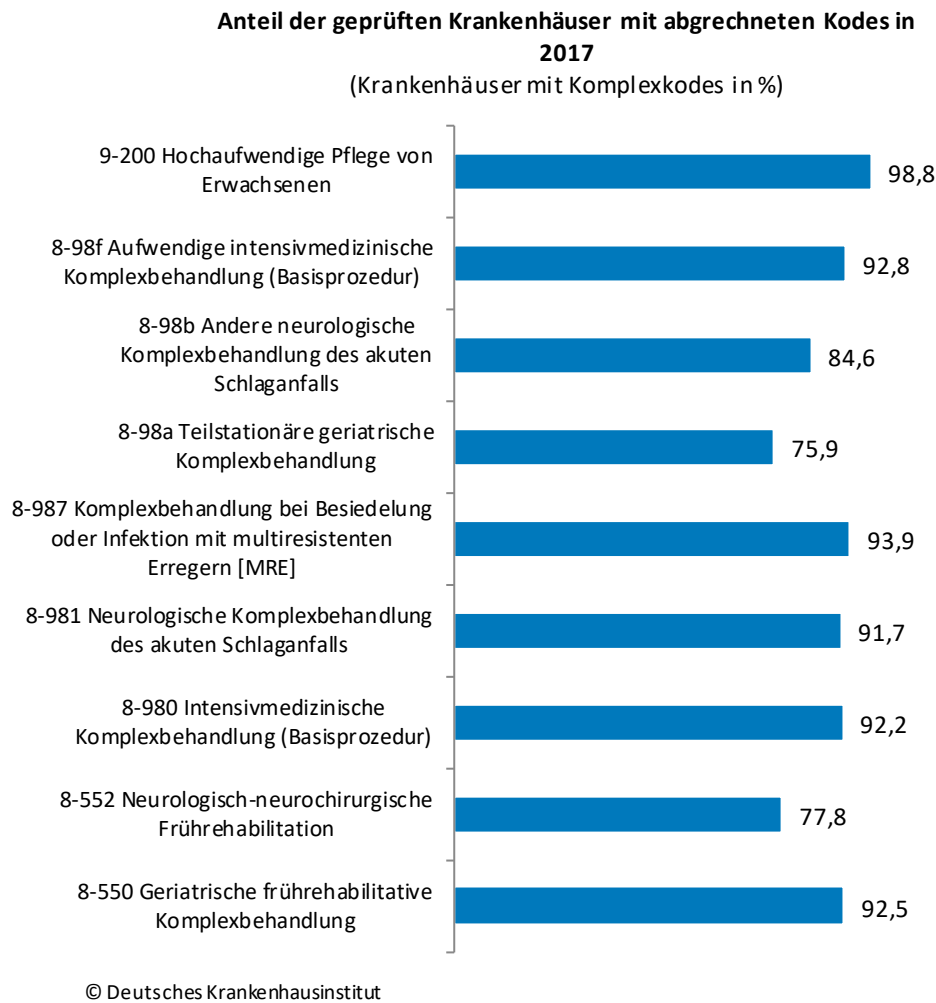
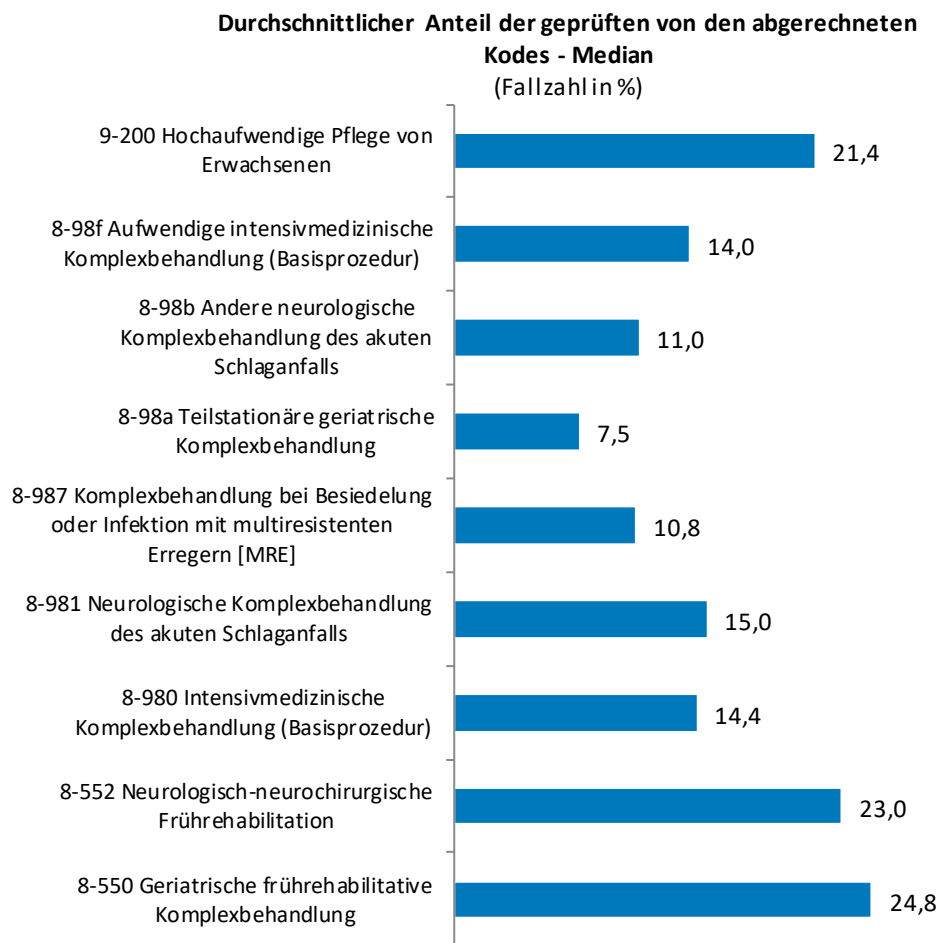


Abb. 36: Anteil der geprüften Krankenhäuser mit der Abrechnung von Komplexkodes im Jahr 2017

Die Krankenhäuser, bei denen es 2017 zu einer Einzelfallprüfung wegen eines Komplexkodes kam, sollten den Anteil der Kodes mit Vorverfahren bzw. MDK-Prüfung entsprechend der Prüfverfahrensvereinbarung angeben (vgl. Abb. 37).

Am häufigsten wurden die „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ (OPS 8-550), die „Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation“ (OPS 8-552) und die „Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ (OPS 9-200) überprüft. Zwischen einem Viertel und einem Fünftel aller im Jahr 2017 abgerechneten Komplexkodes wurden im Durchschnitt von den

Krankenkassen in Zweifel gezogen und einem Vorverfahren bzw. einer MDK-Prüfung unterzogen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 37: Anteil der geprüften von den abgerechneten Fällen mit Komplexkodes im Jahr 2017

Bei anderen Komplexkodes lag die Prüfquote zwischen 11 und 15 %. Im Vergleich dazu wurde die „Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung“ (OPS 8-98a) weniger häufig geprüft (7,5 %).

Die Krankenkassen haben im Nachgang zu Urteilen von Sozialgerichten eine Überprüfung der Voraussetzungen von Komplexkodes rückwirkend für die letzten 4 Jahre veranlasst.

Um den Umfang und den Gegenstand rückwirkender Prüfungen zu ermitteln, wurden die Krankenhäuser gebeten anzugeben, ob eine Prüfung der von ihnen die Abrechnung maßgeblich bestimmenden Kodes aus den vergangenen Jahren 2013 bis 2016 stattgefunden habe.

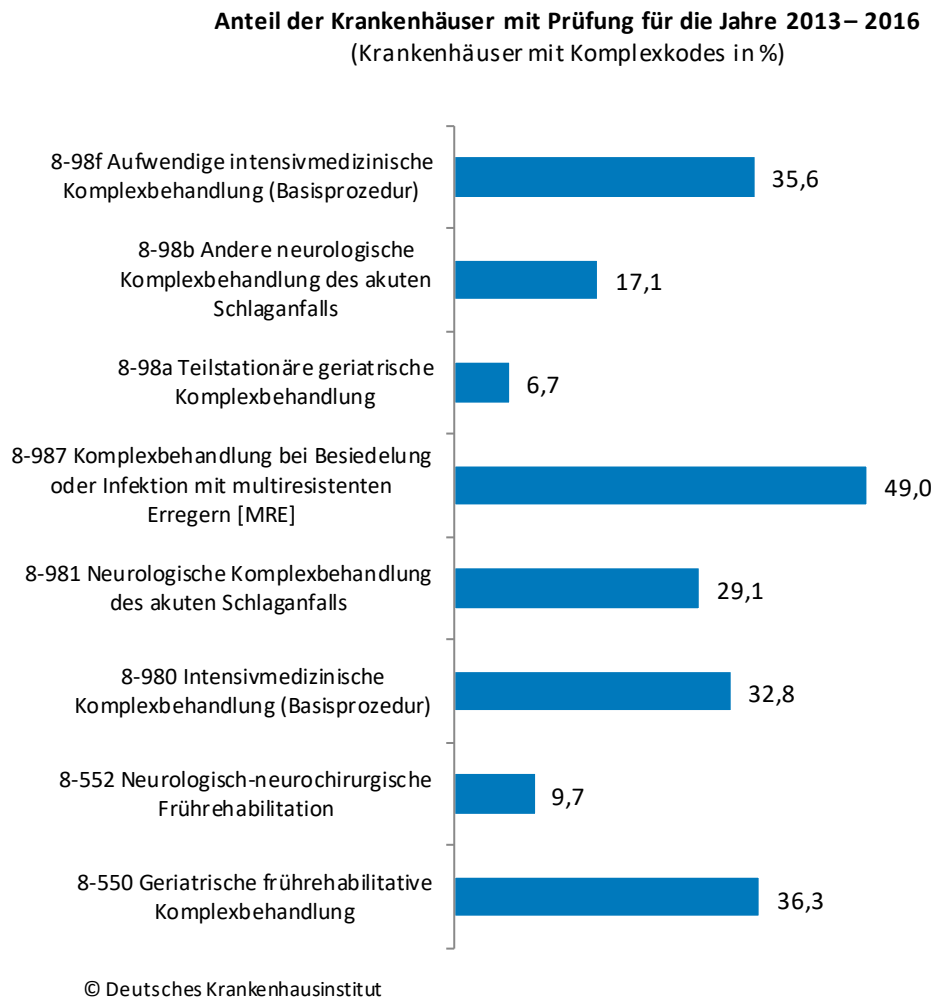


Abb. 38: Anteil der Krankenhäuser mit einer Prüfung im Jahr 2017 für die Jahre 2013 bis 2016

Fast die Hälfte der Krankenhäuser gab an, dass es eine Prüfung der Abrechnung beim Komplexcode „8-987 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]“ gab. Bei mehr als einem Drittel der Häuser wurden die beiden Kodes „8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ und 8“-98f Aufwendige intensivmedizinische



Komplexbehandlung (Basisprozedur)“ einer rückwirkenden MDK-Prüfung unterzogen.

Weniger als 10 % der Krankenhäuser mussten die Voraussetzungen für die Abrechnung der Codes „8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation“ und „8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung“ nachweisen.

4.4 Schriftliche Erklärung der Krankenhäuser zur Erfüllung der Strukturvoraussetzungen

Die Besonderheit der Komplexcodes besteht darin, dass sie neben medizinischen Komponenten, die sich auf Operationen, Prozeduren oder allgemeine medizinische Maßnahmen beziehen, auch zahlreiche Strukturkomponenten enthalten.

Im Rahmen der Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V darf der MDK die medizinischen Fragestellungen überprüfen. Eine Überprüfung der Strukturmerkmale ist im Rahmen der Einzelprüfung rechtlich nicht vorgesehen.

Dennoch wird von den Krankenhäusern immer wieder berichtet, dass eine „Strukturprüfung“ seitens des MDK erfolgt sei. Hierbei werden anhand von Checklisten Strukturmerkmale abgefragt. Die Krankenhäuser sollen durch eine schriftliche Erklärung gegenüber den Kostenträgern und/oder dem MDK versichern, dass die jeweiligen Strukturvoraussetzungen für die Abrechnung der Komplexcodes vorliegen. Das kann dazu führen, dass im Rahmen einer Einzelfallprüfung eine „Strukturprüfung“ durch den MDK entfällt.

In der nachfolgenden Abbildung (vgl. Abb. 39) sind die Angaben der Krankenhäuser, die Komplexcodes abrechnen, enthalten.

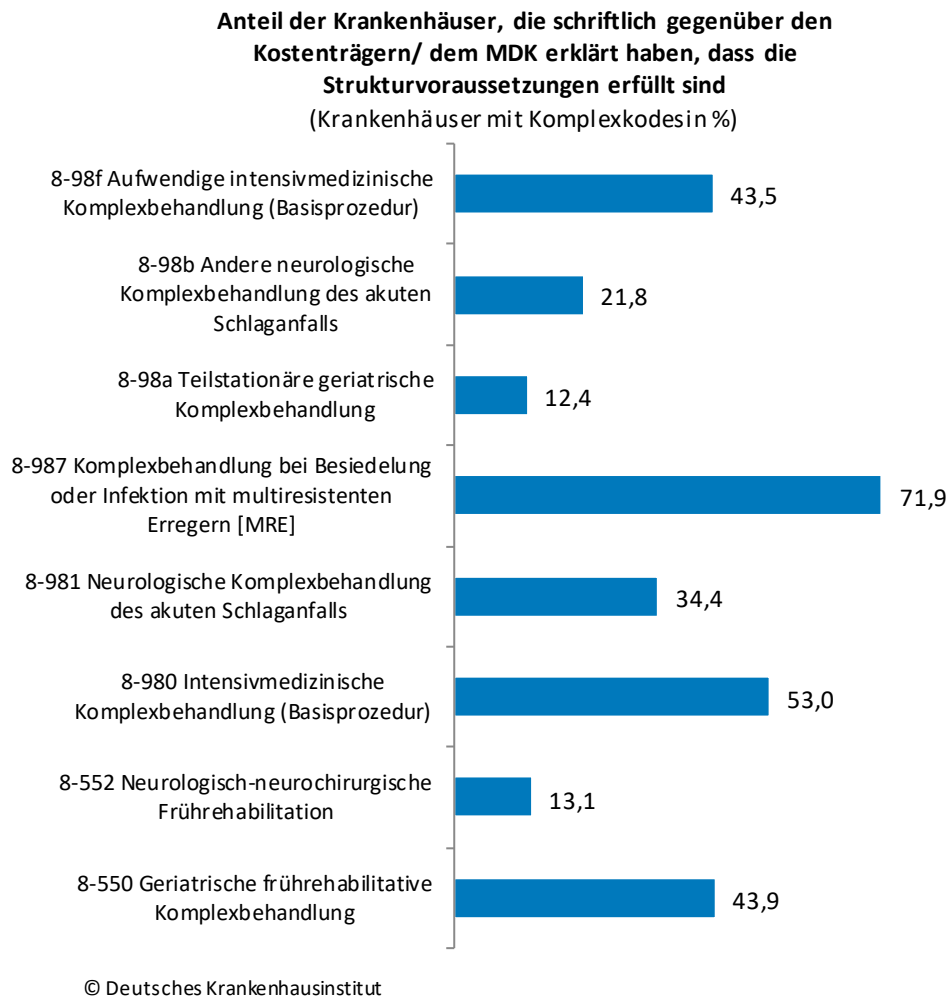


Abb. 39: Anteil der Krankenhäuser, die gegenüber den Kostenträgern/ dem MDK schriftlich die Erfüllung der Strukturvoraussetzungen erklärt haben

Fast 72 % der Krankenhäuser, die den Komplexcode „8-987 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]“ ansetzen, haben trotz fehlender Rechtsgrundlage auf Wunsch der GKV gegenüber den Krankenkassen und/ oder dem MDK schriftlich erklärt, dass sie die Strukturvoraussetzungen erfüllen.

Mehr als die Hälfte der Krankenhäuser tat dies auch bei der „Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)“ (OPS 8-980).

Eine schriftliche Erklärung bei den beiden Codes „Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation“ (OPS 8-552) und „Teilstationäre geriatrische

Komplexbehandlung“ (OPS 8-98a) gaben jeweils etwas mehr als 10 % der Krankenhäuser an.

Diejenigen Krankenhäuser, die eine schriftliche Erklärung zur Erfüllung der jeweiligen Strukturvoraussetzungen bei den Komplexkodes abgegeben haben, wurden weiter nach der Wirksamkeit dieser (freiwilligen) Erklärung befragt (vgl. Abb. 40).

Erklärung der Krankenhäuser zu den Strukturvoraussetzungen
(Krankenhäuser mit Komplexkodes in %)

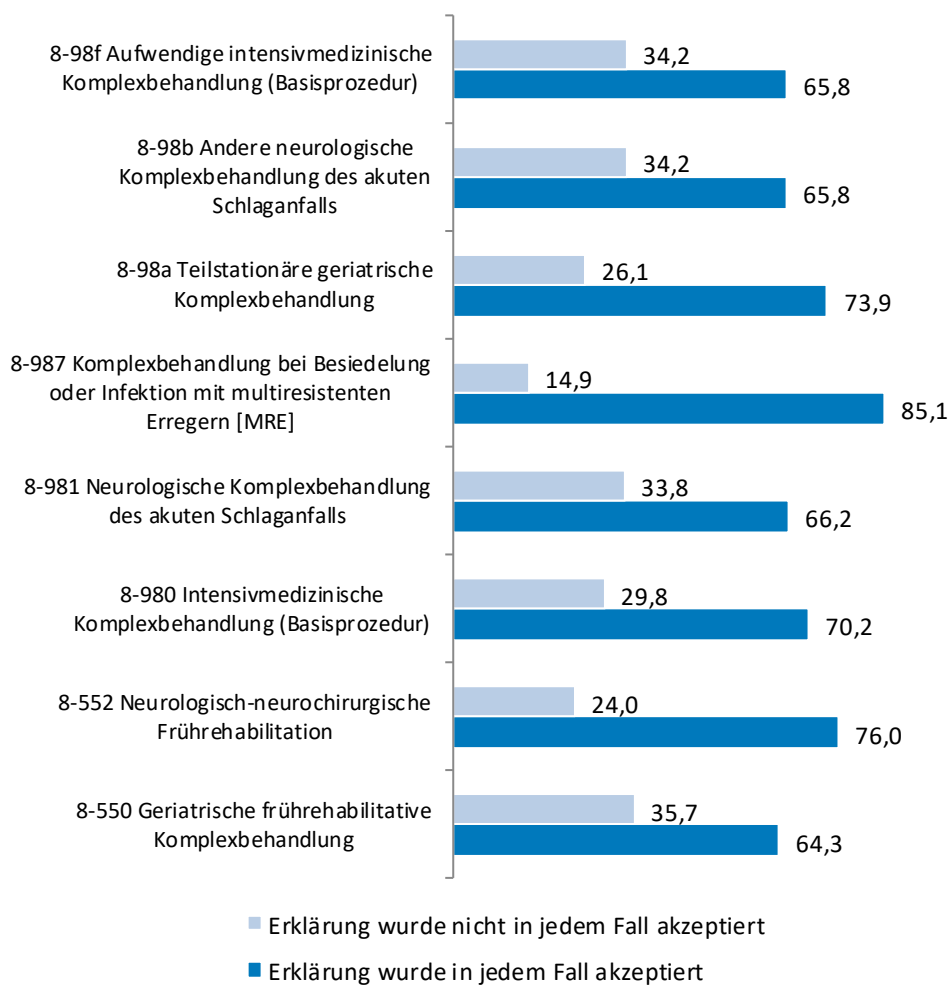


Abb. 40: Wirksamkeit der Erklärung der Krankenhäuser zur Erfüllung der Strukturvoraussetzungen



Bei allen ausgewählten Komplexkodes gaben mindestens 64 % der Krankenhäuser an, dass die Erklärung ihres Hauses zu den Strukturvoraussetzungen in jedem Abrechnungsfall mit einem entsprechenden Komplexcode von den Krankenkassen und / oder dem MDK akzeptiert wurde. Eine „Strukturprüfung“ erfolgte dann nicht mehr.

4.5 Anforderung von zusätzlichen Unterlagen bei der Prüfung von Komplexkodes

Bei den Krankenhäusern,

- die keine schriftliche Erklärung zur Erfüllung der jeweiligen Strukturvoraussetzungen abgegeben haben,
- oder den Häusern, bei denen diese Erklärung nicht in jedem Fall akzeptiert wurde,

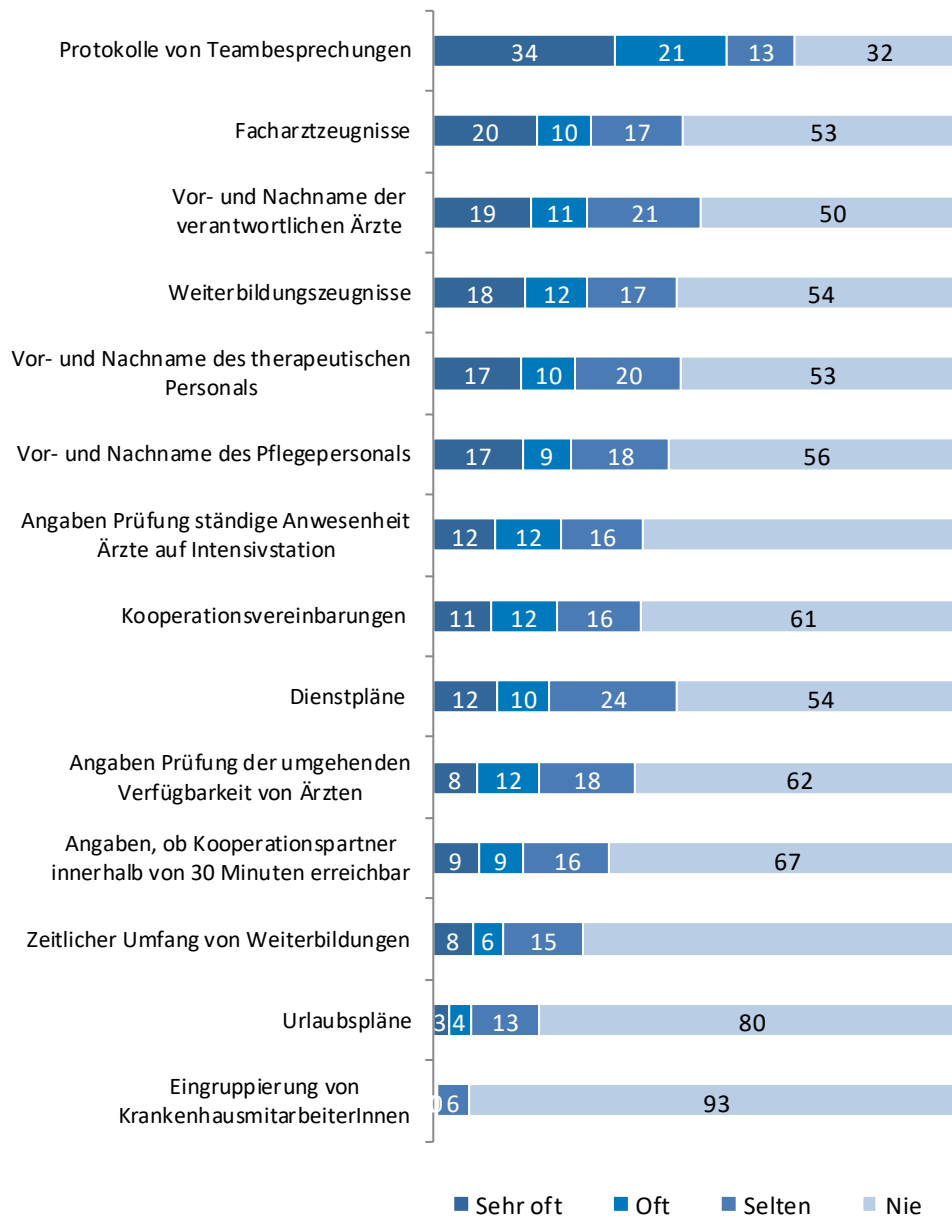
konnte es im Rahmen der Einzelfallprüfungen auch zu „Strukturprüfungen“ kommen. Bei den „Strukturprüfungen“ prüft der MDK nicht nur die medizinischen Inhalte und Fragestellungen, sondern auch die Einhaltung von struktur- und behandlungsbezogenen Voraussetzungen. Dazu werden zusätzliche Unterlagen von den Krankenkassen bzw. dem MDK angefordert.

Die Krankenhäuser wurden gefragt, welche Unterlagen im Rahmen einer solchen „Strukturprüfung“ verlangt werden (vgl. Abb. 41).

Mehr als die Hälfte der Krankenhäuser (55 %) gab an, dass oft bzw. sehr oft Protokolle von Teambesprechungen angefordert worden seien.

In rund 30 % der Krankenhäuser wurden oft / sehr oft „Facharztzeugnisse“, „Weiterbildungszeugnisse“ oder „Vor- und Nachname der verantwortlichen Ärzte“ angefordert.

**Wurden von den Krankenkassen/ dem MDK bei der Prüfung von
Komplexxodes folgende Unterlagen zusätzlich angefordert?**
(Krankenhäuser mit Komplexxodes in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 41: Anforderung von zusätzlichen Unterlagen bei der Prüfung von Komplexxodes

In etwa einem Viertel der Krankenhäuser wurden oft/ sehr oft folgende Angaben eingefordert:

- Vor- und Nachname des therapeutischen Personals,
- Vor- und Nachname des Pflegepersonals und
- Angaben zur Prüfung der ständigen Anwesenheit von Ärzten auf der Intensivstation.

Dagegen hatten die Krankenkassen / der MDK eher ein geringes Interesse an Urlaubsplänen oder die Eingruppierung von Krankenhausmitarbeitern.



5 Personalsituation und Mitarbeiterbindung in der Pflege

Personalprobleme stellen in der Pflege eine besondere Herausforderung dar. So hatte 2016 ungefähr die Hälfte der Einrichtungen Probleme, offene Stellen in der Pflege zu besetzen. Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen konnten im Durchschnitt rund sieben Pflegestellen (Vollkräfte) nicht besetzen (DKI, 2016; DKI, 2013).

Die gezielte Bindung der Pflegekräfte ist für die Krankenhäuser eine Möglichkeit, diesem Problem zumindest in Teilen entgegen zu wirken. Im *Krankenhaus Barometer 2018* wurden neben einer Bestandsaufnahme der derzeitigen Personalsituation in der Pflege verschiedene Möglichkeiten der Mitarbeiterbindung erfragt.

5.1 Altersstruktur in der Pflege

Die Altersverteilung der zum Befragungszeitpunkt beschäftigten examinierten Pflegekräfte kann der Abb. 42 entnommen werden. Demnach sind 46 % der examinierten Pflegekräfte in den Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten 45 Jahre und älter, weniger als 10 % sind jünger als 25 Jahre. Nach Krankenhausgröße resultieren kaum Unterschiede in der Altersverteilung.

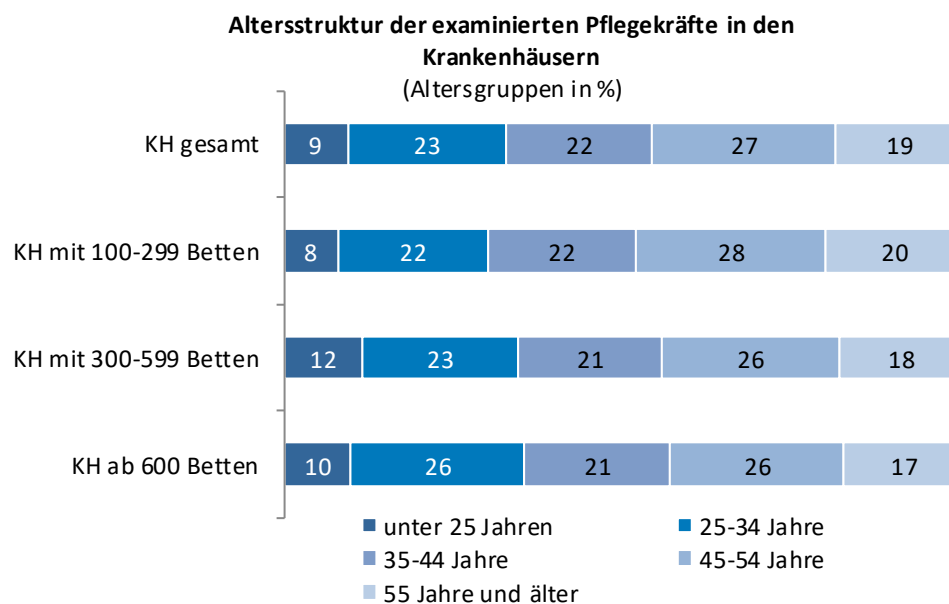


Abb. 42: Altersstruktur der examinierten Pflegekräfte in den Krankenhäusern



5.2 Fluktuation von Pflegekräften

Die Fluktuationsquote kann Aufschluss über verschiedene Aspekte geben. Studien zeigen beispielsweise, dass schlechte Arbeitsbedingungen als Hauptmotivatoren für einen Arbeitgeberwechsel gelten (Borchart et al., 2011; Estry-Behar et al., 2010). Vor allem organisationale und stationsspezifische Aspekte stehen häufig im Zusammenhang mit der Absicht eines innerberuflichen Arbeitgeberwechsels (Nolting et al. 2006, Van den Heede et al. 2011). Die Qualität der Arbeitsumgebung, die Anzahl der zu versorgenden Patienten und die Personalbesetzung korrelieren mit der Entstehung von Arbeitgeberwechselabsichten (Van den Heede et al., 2011). Auch umgekehrt konnte gezeigt werden, dass niedrige Fluktuationsraten in Zusammenhang mit einer hohen Arbeitgeberattraktivität standen (Chen und Johantgen, 2010; Schmalenberg und Kramer, 2008)

Die Häuser wurden zunächst nach der Höhe der Fluktuationsrate der examinierten Pflegekräfte im Jahr 2017 gefragt. Die Fluktuationsrate wurde als der „Anteil der aus Ihrem Krankenhaus ausgeschiedenen Pflegekräfte in Prozent“ definiert.

Knapp 10 % der Antwortenden waren nicht über die Höhe der Fluktuationsquote informiert und wählte die Antwortkategorie „weiß nicht“. Zusätzlich machten rund 10 % der Befragten bei der Frage keine Angabe. Der Anteil der Personen, die keine Kenntnis über die Fluktuationsrate der examinierten Pflegekräfte hatten, variierte deutlich mit der Größe der Krankenhäuser. So nahm der Anteil mit zunehmender Bettenzahl kontinuierlich ab.

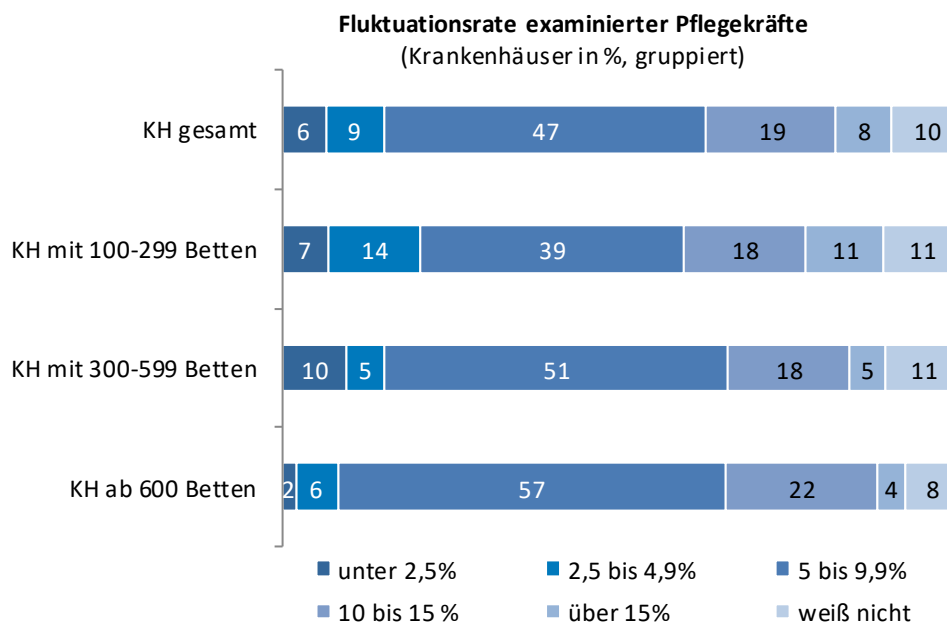
Insgesamt lag die Fluktuationsrate der im Jahr 2017 aus dem Krankenhaus ausgeschiedenen examinierten Pflegekräfte bei 8 % (Median). Bei geringen Unterschieden nach Krankenhausgröße fällt die Fluktuation in den Häusern der mittleren Bettengrößenklasse tendenziell am niedrigsten und den größeren Kliniken am höchsten aus. Insgesamt variierte die Fluktuationsrate zwischen 5 und 10 % (Quartilswerte) (Tab. 3).

Tab. 3: Fluktuationsrate der examinierter Pflegekräfte im Jahr 2017

Fluktuationsrate examinierter Pflegekräfte im Krankenhaus 2017 in %	Gesamt	KH mit 100-299 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten
Mittelwert	8,5	8,4	8,1	9,0
5 % getrimmte Mittelwert	8,0	8,0	7,6	8,2
Median	8,0	8,0	7,3	8,0
Unterer Quartilswert	5,0	5,0	5,1	6,2
Oberer Quartilswert	10,0	11,0	10,0	10,0

Betrachtet man die prozentuale Verteilung, so lag die Fluktuationsrate der examinierter Pflegekräfte im Jahr 2017 in knapp der Hälfte der Krankenhäuser zwischen 5 und 10 %. Knapp ein Fünftel der Häuser gab an, dass im Jahr 2017 zwischen 10 und 15 % der examinierter Pflegekräfte aus ihrem Haus ausgeschieden sind. In 15 % der Häuser bewegte sich die Fluktuationsrate bis 5 %.

In den Häusern mit bis zu 299 Betten war der Anteil der Kliniken mit einer Fluktuationsrate bis 5 % deutlich höher als in den anderen Betten-größenklassen. Gleichwohl waren es auch überdurchschnittlich viele kleine Häuser, die über mehr als 15 % ausgeschiedene examinierte Pflegekräfte berichteten (Abb. 43).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 43: Fluktuationsraten examinierter Pflegekräfte im Jahr 2017 in %

Über die Fluktuationsraten der examinieren Pflegekräfte im Jahr 2017 hinaus wurde nach den Gründen hierfür gefragt.¹ Aus Sicht der befragten Häuser haben die Pflegekräfte vor allem aufgrund einer temporären Aufgabe der Berufstätigkeit das Haus verlassen, z. B. aufgrund von Elternschaft, Pflege Angehöriger sowie einem Stellenwechsel in ein anderes Krankenhaus. Je knapp der Hälfte der Befragten bewerten die Gründe (sehr) oft als zutreffend. Gut ein Drittel der Häuser gibt an, dass der Renteneintritt der Pflegekräfte ein häufiger Anlass war, aus der Klinik auszuscheiden.

Die weiteren erfragten Wechselmotive spielen aus Sicht der Kliniken eine eher nachrangige Rolle. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ist aus Sicht von gut drei Vierteln der Häuser „manchmal“ die Ursache für ein Ausscheiden aus der Klinik, in knapp einem Fünftel ist dies nie der Fall. Gut 70 % der Kliniken benennen „manchmal“ den Wechsel in eine Stelle außerhalb des Pflegebereichs, ein Viertel jedoch nie als Grund für die Kündigung der Pflegekräfte.

¹ Bei einigen Items ist der Anteil der Befragten, die „keine Angabe“ gemacht haben, erhöht. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass den Befragten die Gründe für das Ausscheiden nicht bekannt sind oder die Gründe nicht zutreffend sind.

In etwa der Hälfte der Häuser trifft es „manchmal“ zu, dass Pflegekräfte das Haus verlassen, weil sie zu einem ambulanten Pflegedienst wechseln. Gleichwohl ist dies in 44 % der Häuser nie ein Grund für das Ausscheiden der Pflegekräfte.

Aus Sicht von jeweils etwas mehr als der Hälfte der Kliniken waren 2017 die dauerhafte Berufsaufgabe vor Erreichen des Rentenalters oder der Wechsel in ein Altenpflegeheim bzw. stationäre Pflegeeinrichtung keine Gründe, warum die Pflegekräfte den Arbeitsplatz im eigenen Haus kündigen. Auffällig ist jedoch, dass ein früherer Ausstieg aus dem Beruf vor Renteneintritt in 46 % der Einrichtungen „manchmal“ einen Austrittsgrund darstellt (Abb. 44).

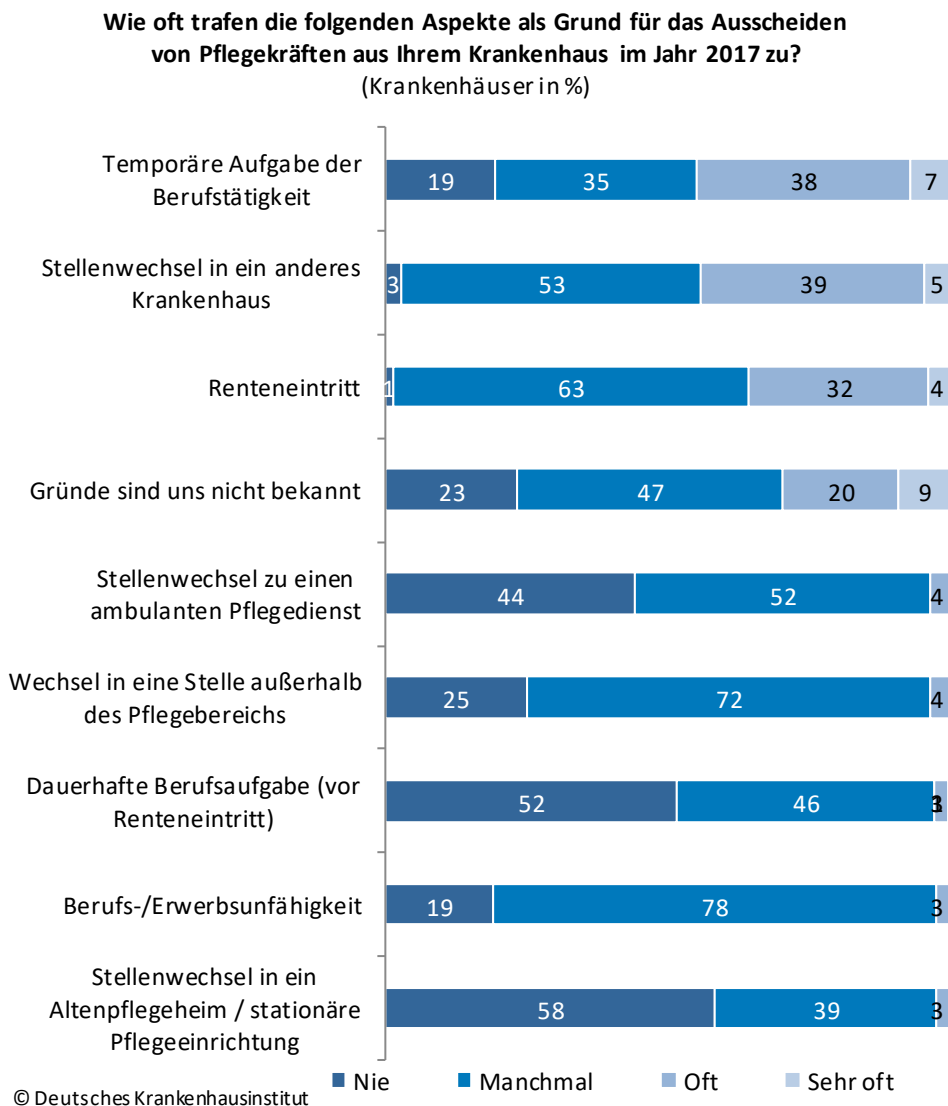


Abb. 44: Gründe für das Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Krankenhaus

5.3 Teilzeitarbeit von Pflegekräften

Der Pflegesektor ist – auch aufgrund des hohen Frauenanteils – traditionell ein Bereich mit einer vergleichsweise hohen Teilzeitquote. Im Jahr 2015 waren gemäß den Zahlen des Statistischen Bundesamtes 50 % der Pflegekräfte im Krankenhaus in Teilzeit beschäftigt, wobei hier eine Zunahme seit 2009 zu konstatieren war. Die Teilzeitkräfte arbeiten im Mittel „halbtags“, d. h. je nach tariflicher Regelarbeitszeit ca. 19 – 20 h pro Woche (Blum und Offermanns, 2018). Diese wöchentliche Arbeitszeit wurde auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes ermittelt, so dass keine Aussagen über die verschiedenen Stundenverteilungen vorliegen.

Im *Krankenhaus Barometer* wurden die Zahlen noch einmal ausschließlich für examinierte Pflegekräfte für das Jahr 2017 erfragt. Zudem wurde nach der Stundenverteilung gefragt.

Die Teilzeitquote examinierter Pflegekräfte lag auch im Jahr 2017 bei knapp 50 %. In den Häusern ab 600 Betten war der Anteil der examinierten Pflegekräfte, die in Teilzeit tätig waren, etwas geringer als in den Häusern anderer Bettengrößenklassen. Die höchste Teilzeitquote wiesen die Häuser mit bis zu 299 Betten auf (Tab. 4).

Tab. 4: Teilzeitquote unter examinieren Pflegekräften im Jahr 2017

Teilzeitquote examinierter Pflegekräfte im Krankenhaus 2017 in %	Gesamt	KH mit 100-299 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten
Mittelwert	49,4	50,8	49,1	47,2
5 % getrimmte Mittelwert	49,2	50,3	49,3	47,6
Median	49,9	50,0	50,0	47,6
Unterer Quartilswert	40,0	40,0	40,0	41,0
Oberer Quartilswert	58,0	61,8	56,7	55,5

Die Häuser wurden gebeten für die in Teilzeit arbeitenden examinieren Pflegekräfte die Stundenverteilung anzugeben, die gemäß tariflicher Vereinbarung im Jahr 2017 vorlag. Dazu wurden drei verschiedene

Kategorien vorgegeben. Ein Großteil der in Teilzeit tätigen examinierten Pflegekräfte hat gemäß den vertraglichen Vereinbarungen im Jahr 2017 wöchentlich 25 und mehr Stunden gearbeitet (56 %). Über ein vertraglich vereinbartes Stundenkontingent zwischen 15 und 25 Stunden verfügte knapp ein Drittel aller in Teilzeit beschäftigten examinierten Pflegekräfte. Nur ein geringer Teil hatte im Jahr 2017 einen Arbeitsvertrag über bis zu 15 Stunden wöchentlich (Abb. 45).

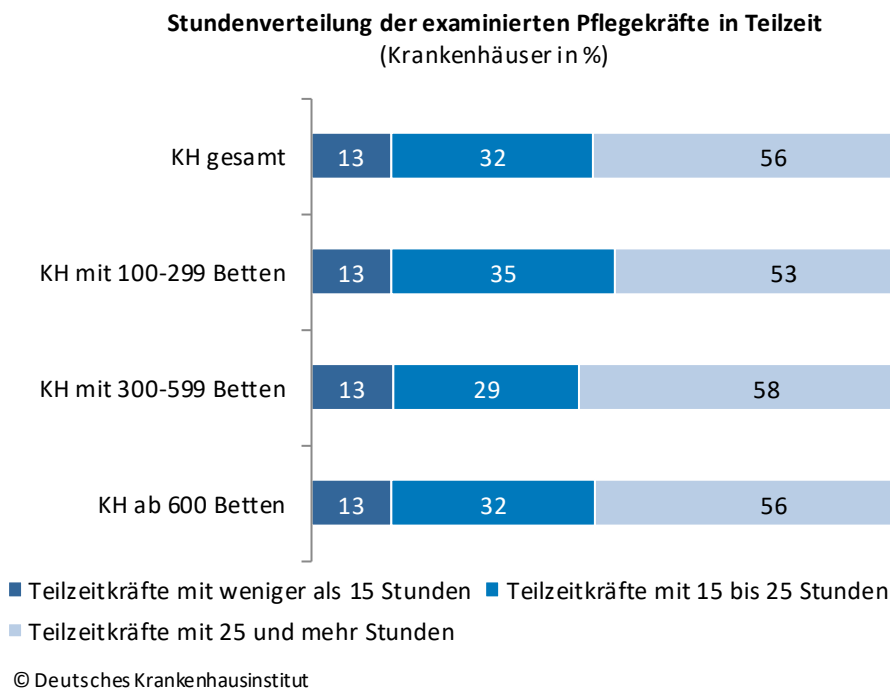


Abb. 45: Stundenverteilung der examinierten Pflegekräfte in Teilzeit

Des Weiteren wurden die Häuser nach den Gründen gefragt, warum Pflegekräfte vielfach in Teilzeit arbeiten.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass der Hauptgrund einer Teilzeittätigkeit im Pflegebereich, wie zu erwarten, die Betreuung von Kindern ist. Über die Hälfte der Häuser sieht dies „sehr oft“, ein weiteres Drittel „oft“ als Grund der reduzierten Wochenarbeitszeit.

Knapp zwei Drittel der Einrichtungen gehen davon aus, dass Pflegekräfte aufgrund einer besseren Work-Life-Balance „sehr oft“ oder „oft“ in Teilzeit tätig



sind. Etwa die Hälfte der Häuser sieht die reduzierte Arbeitszeit von Pflegekräften in einer zu starken Belastung durch die Tätigkeit begründet.

Gesundheitliche Gründe sind aus Sicht von 42 % der Kliniken (sehr) oft die Ursache, keine Vollzeittätigkeit in der Pflege auszuüben. Die Pflege von Angehörigen ist in knapp einem Drittel (sehr) oft der Anlass für eine Teilzeittätigkeit der Pflegekräfte.

Geregeltere Arbeitszeiten bzw. ein seltener Abruf aus dem Frei sowie fehlende finanzielle Anreize, mehr zu arbeiten, sieht jeweils ungefähr die Hälfte der Häuser „manchmal“ als Erklärung einer Teilzeittätigkeit. Aus Sicht von je gut einem Viertel der Kliniken war das 2017 jedoch nie ein Grund für Pflegekräfte, eine reduzierte Wochentätigkeit zu vereinbaren.

Altersteilzeit, zu wenig Abwechslung oder Entfaltungsmöglichkeiten bei der Tätigkeit oder ein fehlendes anderes Angebot bzw. eine fehlende Vollzeittätigkeit sind für einen Großteil der Häuser keine adäquate Erklärung für die Teilzeittätigkeit der Pflegekräfte (Abb. 46).

Häuser unterschiedlicher Größe unterscheiden sich kaum in ihrer Einschätzung, aus welchen Gründen Pflegekräfte in Teilzeit tätig sind.

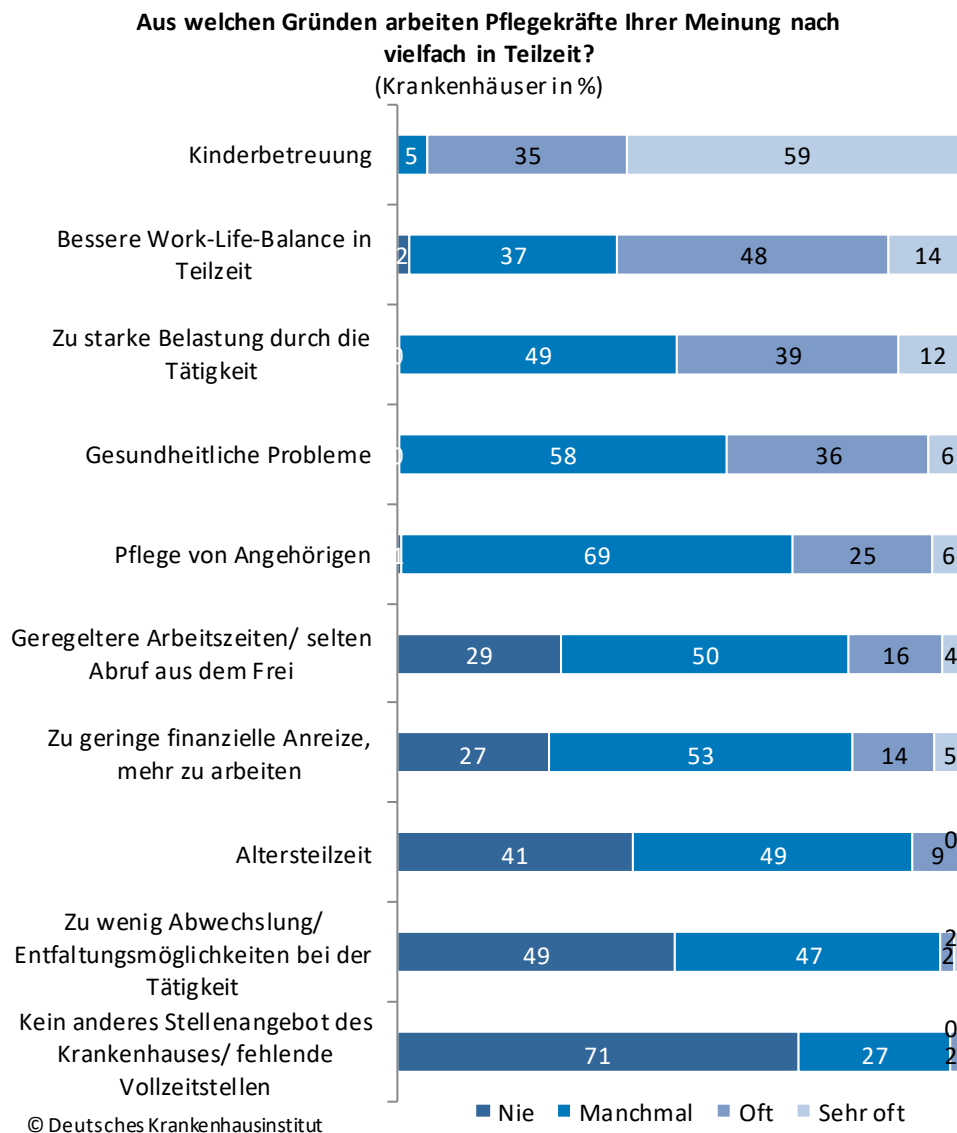


Abb. 46: Gründe für die Teilzeittätigkeit von Pflegekräften

5.4 Maßnahmen der Mitarbeiterbindung

Krankenhäusern stehen verschiedene Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung zur Verfügung, um Beschäftigte mittel- bis langfristig an sich zu binden. Sie stellen somit auch eine Möglichkeit dar, einem Fachkräftemangel entgegen zu wirken. Mitarbeiterbindung soll, in der Regel über positive Anreize, wie beispielsweise finanzielle Anreize, flexible Arbeitszeiten, ein attraktives Arbeitsumfeld, Maßnahmen der Personalentwicklung etc. erfolgen. Auch eine „richtige“ Mitarbeiterführung kann zur Mitarbeiterbindung beitragen. Buchan, ein internationaler Pflegewissenschaftler, rät zu einem Strategie-Mix, bei dem



u. a. eine kontinuierliche Supervision, ein beziehungsbasierter Führungsstil oder familienfreundliche Strategien integriert sein sollten.²

Im *Krankenhaus Barometer 2018* wurden die Krankenhäuser nach der Umsetzung zum einen allgemeiner Maßnahmen der Mitarbeiterbindung und zum anderen nach spezifischen Angeboten der Familienorientierung und des altersgerechten Arbeitens gefragt.

Die meisten der erfragten allgemeinen Möglichkeiten zur Mitarbeiterbindung von Pflegekräften werden in über der Hälfte der Häuser bereits umgesetzt. Der Umsetzungsgrad variiert bei den unterschiedlichen Angeboten häufig danach, ob sie „krankenhausweit“ oder „auf einzelnen Stationen“ realisiert sind.

Krankenhausweit gehören vor allem Angebote zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitsmanagement, wie Gesundheitstage oder Stressbewältigungsprogramme, systematische Qualifizierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten, Führungskräfteentwicklung sowie die optimale Arbeitszeitgestaltung, die auch zum Abbau möglicher Arbeitsbelastungen beitragen soll, zum Standard. Die beiden zuletzt genannten Möglichkeiten sind, wenn nicht krankenhausweit, so doch auf einzelnen Stationen, in nahezu allen Häusern umgesetzt. Angebote zur Gesundheitsförderung oder zum Gesundheitsmanagement sind in gut drei Viertel aller Kliniken zumindest auf ausgewählten Stationen bereits realisiert.

Eine Entlastung von patientenfernen Tätigkeiten, Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten für das eigene Tätigkeitsfeld, flexible Dienstzeiten und die Erstellung eines Maßnahmenplans für die Weiterqualifizierung der Pflegekräfte sind in knapp der Hälfte der Einrichtungen bereits krankenhausweit realisiert, um Pflegekräfte noch stärker an das eigene Haus zu binden. Zwischen 27 und 38 % der Kliniken setzt die genannten Möglichkeiten der Mitarbeiterbindung in der Pflege bereits auf einzelnen Stationen um, in weiteren 14 bis 22 % ist die Realisierung ein Zukunftsthema.

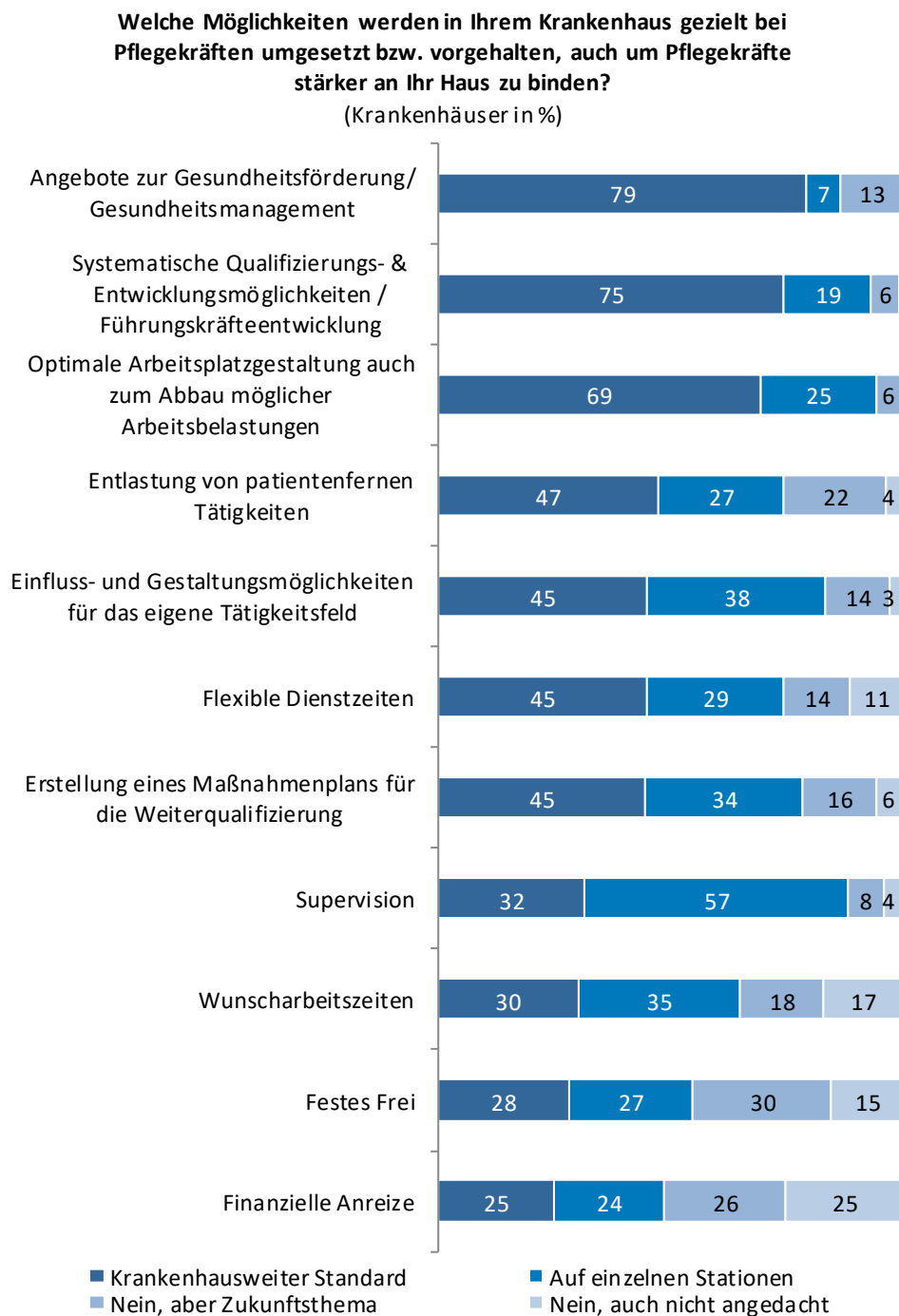
² Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) hat im September 2018 ein Strategiepapier des "International Centre on Nurse Migration (ICNM)" und des Weltverbands der Pflegeberufe (ICN) übersetzt, in dem der Pflegewissenschaftler James Buchan Möglichkeiten der Mitarbeiterbindung in der Pflege aufzeigt.



Supervisionen werden Pflegekräften in knapp einem Drittel der Häuser bereits krankenhausesweit und in etwas mehr als der Hälfte der Kliniken auf einzelnen Stationen angeboten.

Wunscharbeitszeiten, festes Frei und finanzielle Anreize nutzen zwischen 24 und 35 % der Häuser krankenhausesweit und auf einzelnen Stationen. Die Umsetzung von finanziellen Anreizen oder einem festen Frei stellt für 26 bzw. 30 % der Häuser ein Zukunftsthema dar, um Pflegekräfte noch stärker an das eigene Krankenhaus zu binden. Gleichwohl sind in einem Viertel der Häuser finanzielle Anreizmöglichkeiten keine angedachte Maßnahme (Abb. 47).

Flexible Dienstzeiten und Angebote zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitsmanagement werden in den Häusern ab 600 Betten deutlich häufiger zur Mitarbeiterbindung umgesetzt als in den anderen Häusern. Wunscharbeitszeiten zählen in der höchsten Bettengrößenklasse am häufigsten, in den mittleren am seltensten zum Angebot, um Pflegekräfte ans eigene Krankenhaus zu binden. Die Umsetzung von systematischen Qualifizierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten bzw. Führungskräfteentwicklung, einer Entlastung von patientenfernen Tätigkeiten, einer Erstellung eines Maßnahmenplans für die Weiterqualifizierung sowie finanzielle Anreize werden von den Kliniken mit zunehmender Größe häufiger eingesetzt, um das eigene Haus für Pflegekräfte attraktiv zu machen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 47: Ergriffene allgemeine Möglichkeiten zur Mitarbeiterbindung in der Pflege

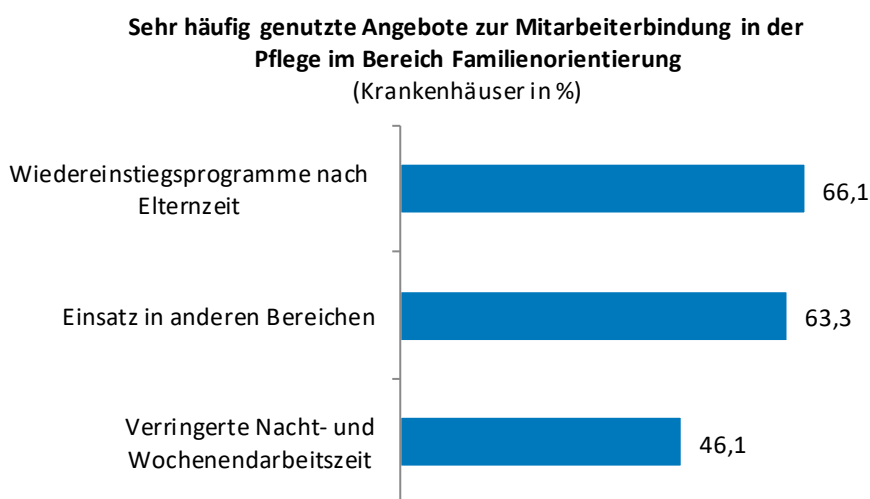
Auch familienorientierte Angebote machen das eigene Krankenhaus für Pflegekräfte attraktiver bzw. binden diese ans eigene Haus. Im Mittel haben die Häuser fünf (Median: 4) der erfragten Aspekte familienorientierter

Angebote umgesetzt. In Kliniken der höchsten Bettengrößenklasse gehören vergleichsweise mehr Angebote zum Standard als in den anderen Häusern (Mittelwert und Median: 6).

Aufgrund der Vielzahl der erfragten familienorientierten Möglichkeiten erfolgt die Darstellung der Ergebnisse nach Zusammenfassung der „sehr häufigen“, „häufigen“ und eher „seltenen“ Angebote im Bereich der Familienorientierung.

Wiedereinstiegsprogramme nach Elternzeit, wie z. B. über Teilzeitmodelle, Workshops oder Coaching, und ein Einsatz in anderen Bereichen werden den Pflegekräften in den Häusern sehr häufig im Rahmen der Familienorientierung angeboten. Je ungefähr zwei Drittel der Einrichtungen versuchen, ihre Pflegekräfte mit diesen Offerten stärker ans eigene Haus zu binden. Knapp die Hälfte der Krankenhäuser bietet Pflegekräften verringerte Nacht- und Wochenendarbeitszeiten an, um das eigene Haus als Arbeitgeber attraktiv zu machen (Abb. 48).

Wiedereinstiegsprogramme nach der Elternzeit werden in den Häusern mittlerer Größe am häufigsten und in den kleinsten Häusern am seltensten angeboten. Der Einsatz in anderen Bereichen erfolgt mit zunehmender Bettenzahl häufiger und verringerte Nacht- und Wochenenddienst-arbeitszeiten sind in den kleinsten Häusern am häufigsten und den mittleren am seltensten umgesetzt.



© Deutsches Krankenhausinstitut

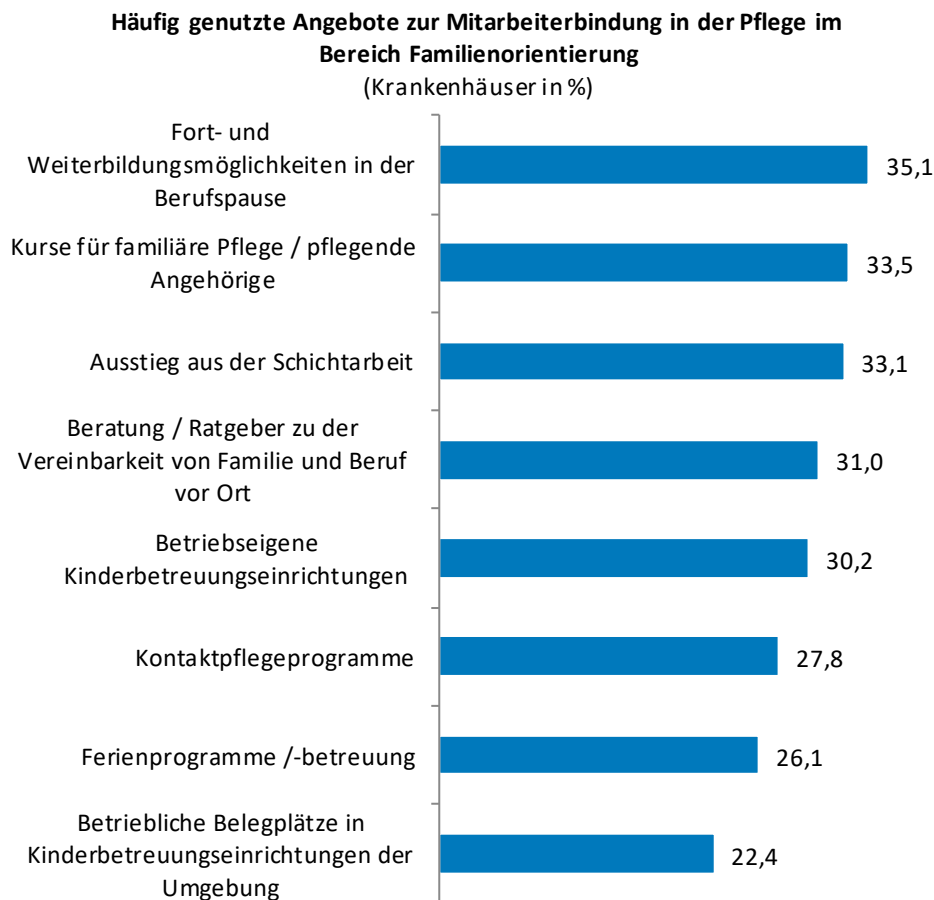
Abb. 48: Sehr häufige Angebote im Bereich Familienorientierung zur Mitarbeiterbindung in der Pflege



Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Berufspause, Kurse für familiäre Pflege bzw. pflegende Angehörige, ein Ausstieg aus der Schichtarbeit und Beratung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf vor Ort, der ggf. auch die Pflege Angehöriger einschließt, werden von je rund einem Drittel der Häuser genutzt, um Pflegekräfte im Sinne einer verstärkten Familienorientierung ans eigene Klinikum zu binden.

Betriebseigene Kinderbetreuungseinrichtungen (z. B. Kindergärten), Kontaktpflegeprogramme, (z. B. mit Pflegekräften in der Elternzeit) und Ferienprogramme bzw. Ferienbetreuung zählen in 26 bis 30 % der Einrichtungen zum familienorientierten Angebot für Pflegekräfte. Gut ein Fünftel der Häuser hält betriebliche Belegplätze in Kinderbetreuungseinrichtungen der Umgebung für die Mitarbeiter vor (Abb. 49).

Bei der Vorhaltung familienorientierter Angebote zur Mitarbeiterbindung in der Pflege zeigen sich zum Teil merkliche Unterschiede zwischen den Häusern verschiedener Bettengrößenklassen. Die Kliniken mit 600 und mehr Betten bieten ihren Mitarbeitern beispielsweise deutlich häufiger Kurse für familiäre Pflege bzw. pflegende Angehörige, Beratung oder Ratgeber zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf vor Ort, betriebseigene Kinderbetreuungseinrichtungen oder betriebliche Belegplätze in Kinderbetreuungseinrichtungen in der Umgebung an als die Häuser anderer Größe.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 49: Häufige Angebote im Bereich Familienorientierung zur Mitarbeiterbindung in der Pflege

Ein Teil der erfragten familienorientierten Angebote zählt bisher nur in wenigen Häusern zum Standard. So werden die Vermittlung von weiteren Betreuungsangeboten, wie z. B. eine Notbetreuung, Nachhilfelehrer oder Au-Pair, betriebliche Kooperationen mit Tagesmüttern oder Tagesmutter-service sowie die Verleihung pflegerischer Hilfsmittel in weniger als 10 % der Einrichtungen umgesetzt. Genesungsbetreuung für Kinder, Kurzzeitpflege und Tagespflegeplätze, besondere Sozial- und Serviceleistungen, wie Mittagstisch für Kinder, Hausaufgabenbetreuung, Kinderzimmer mit Betreuungsmöglichkeiten im Krankenhaus und finanzielle Zuschüsse bei Wiedereinstieg vor Ablauf der Elternzeit werden bisher kaum realisiert.



Neben der Familienorientierung sind für Krankenhäuser Angebote altersgerechtes Arbeiten von Relevanz. Die Häuser setzten im Schnitt vier verschiedene der erfragten Angebote (Median und Mittelwert: 4) im Bereich des altersgerechten Arbeitens um, um das eigene Haus für ältere Pflegekräfte attraktiver zu machen bzw. diese an ihr Haus zu binden. Der pflegeinterne Stellenwechsel in andere Bereiche mit unterschiedlichem Anforderungs- und Belastungsprofil ist die am häufigsten umgesetzte Maßnahme. In 71 % der Häuser ist dies der Fall.

Je gut 60 % der Kliniken bieten ihren älteren Pflegekräften im Sinne einer stärkeren Mitarbeiterbindung die Möglichkeit einer Spezialisierung an, z. B. als Pflegeexperte für Wunden, Stoma, Diabetes, sowie andere Tätigkeitsschwerpunkte, z.B. als Praxisanleiter oder Case Manager.

43 % der Einrichtungen variierten die Personaleinsatzplanung auf Station in Abhängigkeit von Alter, Leistungsfähigkeit und Expertise. Mitarbeiterbindung älterer Pflegekräfte durch eine Verringerung körperlich anstrengender Arbeit oder der Möglichkeit, aus der Schichtarbeit auszusteigen, bietet je ungefähr ein Drittel der Kliniken an.

Job-Rotation, d. h. sporadische oder regelmäßige Rotation zwischen verschiedenen Stationen, sowie selbstbestimmte Kurzpausen offeriert je knapp ein Viertel der Häuser den (älteren) Mitarbeitern im Pflegebereich (Abb. 50).

Pflegeinterne Stellenwechsel in andere Bereiche mit unterschiedlichem Belastungs- und Anforderungsprofil, Job-Rotation und die Möglichkeit, aus der Schichtarbeit auszusteigen, werden mit zunehmender Krankenhausgröße häufiger umgesetzt, um ältere Pflegekräfte an das eigene Haus zu binden.

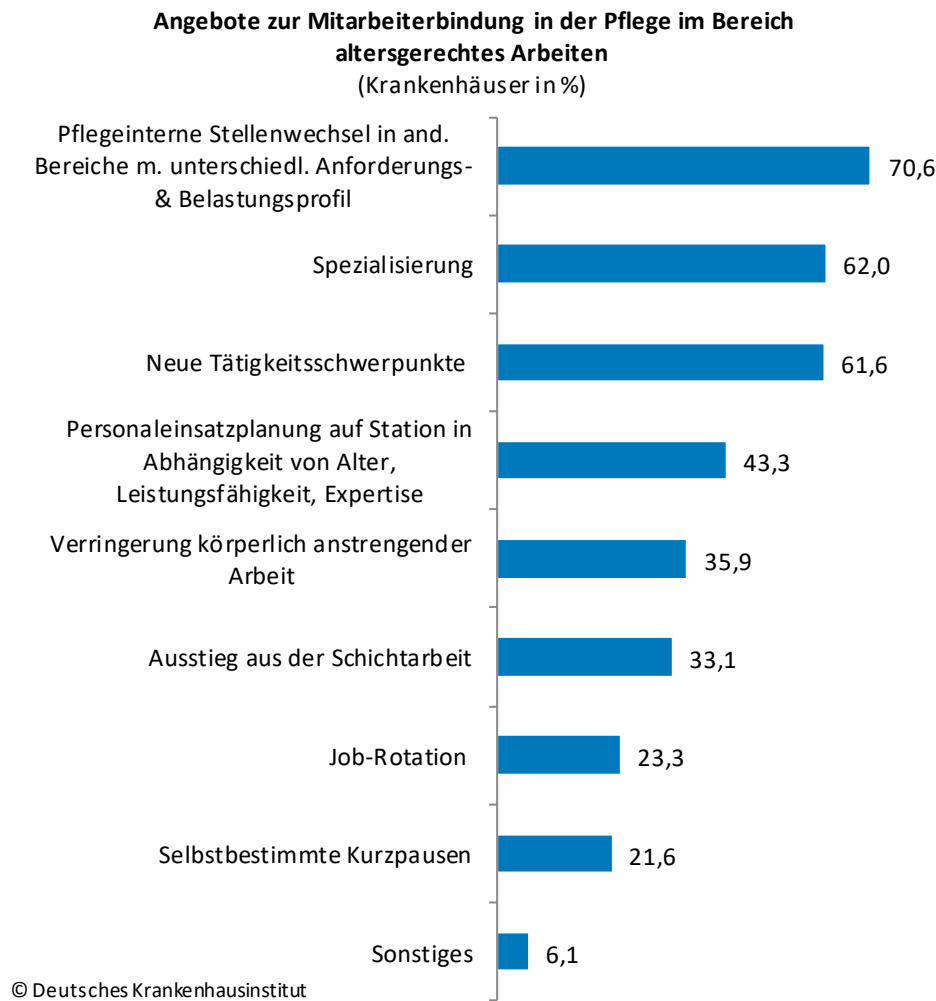


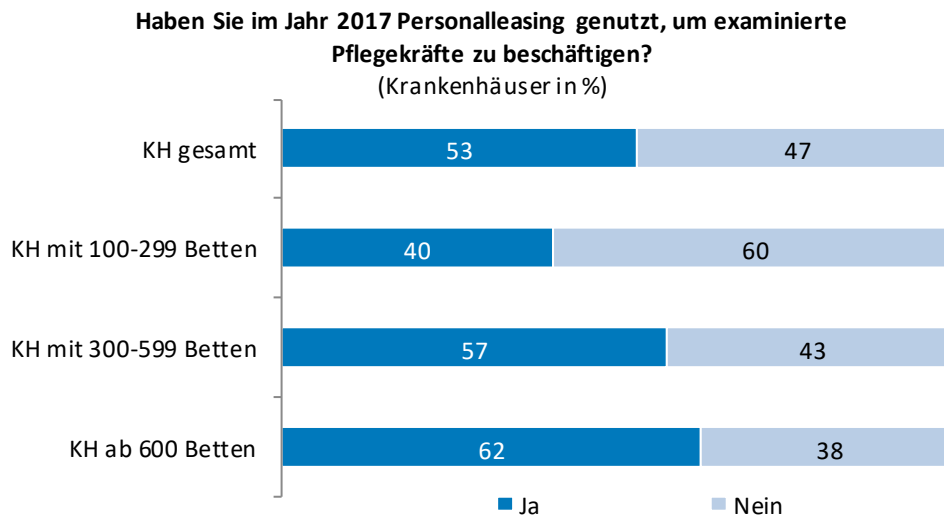
Abb. 50: Angebote im Bereich altersgerechtes Arbeiten zur Mitarbeiterbindung in der Pflege

5.5 Personalleasing

Personalleasing stellt eine Möglichkeit dar, den benannten Fachkräftemangel in der Pflege zu kompensieren. Zeitarbeit, so das Ergebnis einer Studie aus dem Jahr 2010, wird in der Pflege eher als Mittel zur Aufrechterhaltung der Versorgung bei zu geringer Personaldecke eingesetzt und weniger zur Kompensation von Arbeitsspitzen (Hans-Böckler-Stiftung 2010). Bisher sind wenig Zahlen bekannt, inwieweit Krankenhäuser Personalleasing nutzen, so dass dieser Bereich im *Krankenhaus Barometer 2018* erfragt wurde.

Etwas mehr als die Hälfte der Kliniken hat im Jahr 2017 die Möglichkeiten des Personalleasings genutzt, um examinierte Pflegekräfte zu beschäftigen. Beim

Einsatz von Leiharbeitskräften zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang mit der Größe der Häuser. Je größer die Häuser, desto stärker wurde auf Personalleasing gesetzt, um examinierte Pflegekräfte zu finden (Abb. 51).



© Deutsches Krankenhausinstitut

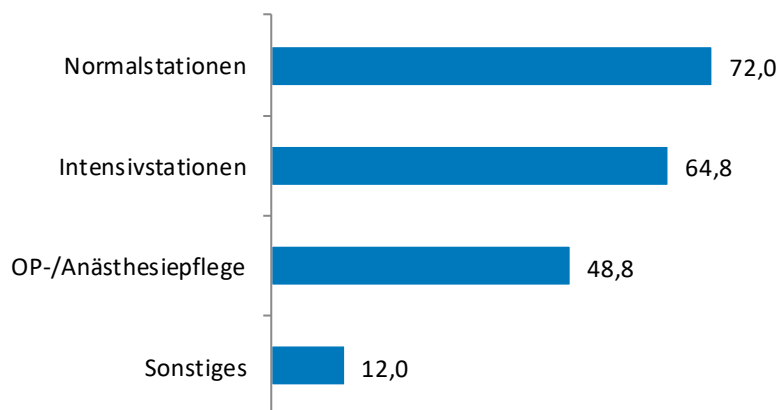
Abb. 51: Umsetzung von Personalleasing im Pflegebereich

Die Häuser mit Personalleasing haben im Mittel fünf examinierte Pflegekräfte (Vollkräfte) über Personalleasing angestellt (5 % getrimmter Mittelwert; Median: 4, Mittelwert: 7). Erwartungsgemäß nimmt auch die Anzahl der über Personalleasing angestellten examinierten Pflegekräfte mit zunehmender Krankenhausgröße zu: In den Häusern der kleinsten Bettengrößenklasse waren im Mittel zwei (Median: 2, Mittelwert: 2), in den mittleren im Mittel fünf (Median: 4, Mittelwert: 5) und in den größten Häusern im Schnitt elf (Median: 10, Mittelwert: 14) examinierte Pflegekräfte über Personalleasing beschäftigt (jeweils Vollkräfte).

Die Krankenhäuser haben examinierte Pflegekräfte über Personalleasing in der Regel in zwei verschiedenen Einsatzbereichen beschäftigt (Median: 2, Mittelwert: 2). Examinierte Pflegekräfte, die über Personalleasing im Jahr 2017 in den Krankenhäusern angestellt waren, wurden vor allem auf Normalstationen eingesetzt (72 %), wobei dies in Kliniken der mittleren Größe am seltensten der Fall war. Auch der Fachkräftemangel auf Intensivstationen

wurde in vielen Häusern über Personalleasing kompensiert. Ungefähr zwei Drittel der Häuser haben hier Pflegekräfte über entsprechende Anbieter rekrutiert. Die Einrichtungen mit 600 und mehr Betten haben dies im Vergleich am häufigsten umgesetzt. Knapp die Hälfte der Kliniken hat examinierte Pflegekräfte im OP- und Anästhesiebereich eingesetzt, die über Personalleasing gewonnen wurden (Abb. 52). Der Einsatz von Personalleasing-Kräften in der OP- und Anästhesiepflege nimmt mit steigender Bettenzahl überproportional zu: Im Vergleich zu 38 % der Einrichtungen der kleinsten Bettengrößenklasse haben gut zwei Drittel der größten Häuser in dem Bereich auf examinierte Pflegekräfte über Personalleasing zurück gegriffen.

In welchen Bereichen waren examinierte Pflegekräfte über Personalleasing angestellt?
(Krankenhäuser mit Personalleasing in %)

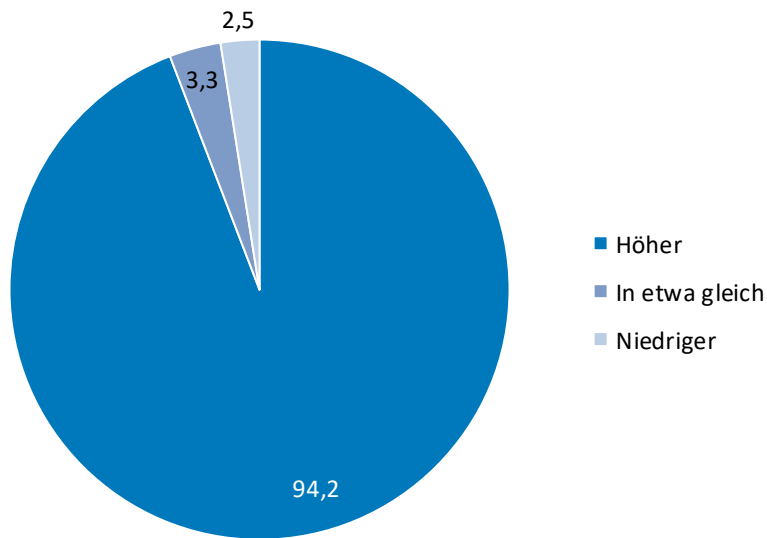


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 52: Einsatzbereiche von examinierten Pflegekräften durch Personalleasing

Der Einsatz von examinierten Pflegekräften über Personalleasing mit Mehrkosten verbunden. 94 % der Kliniken schätzen die Personalkosten für examinierte Pflegekräfte, die über Personalleasing beschäftigt werden, im Vergleich zu fest angestellten als höher ein. Eine Kostenersparnis sehen nur knapp 3 % der befragten Häuser (Abb. 53). Hier sind keine Unterschiede zwischen Häusern unterschiedlicher Bettengrößen zu konstatieren.

Durchschnittlichen Kosten der examinierten Pflegekräfte über Personalleasing im Vergleich zu fest angestellten Pflegekräften
(Krankenhäuser mit Personalleasing in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 53: Kostenvergleich für examinierte Pflegekräfte über Personalleasing vs. fest angestellt



6 Informationstechnik im Krankenhaus

Informationstechnik nimmt im Krankenhaus eine immer wichtigere Rolle ein. Die Digitalisierung der Gesellschaft macht nicht vor den Türen der Krankenhäuser halt. Moderne Versorgungsprozesse werden durch die Informationstechnik unterstützt. Viele der Versorgungsprozesse benötigen eine Öffnung der IT-Systeme und einen internen oder auch externen Datenaustausch. Diese Öffnung parallel mit der wachsenden Anzahl an Cyberattacken führt zusätzlich dazu, dass der Bereich der IT-Sicherheit im Krankenhaus ausgebaut werden muss. Insgesamt wächst die Bedeutung der IT in den strategischen Planungen der Krankenhäuser.

Aus diesem Grund wurden schon im *Krankenhaus Barometer 2017* grundlegende Inhalte zum Stand der Krankenhaus-IT abgefragt. Im *Krankenhaus Barometer 2018* soll nun überprüft werden, ob sich seither in diesem wichtigen Bereich Veränderungen ergeben haben.

6.1 Einsatz der IT-Systeme

Für einen allgemeinen Überblick über den Stand der IT in den Krankenhäusern wurden die teilnehmenden Kliniken nach dem derzeitigen Einsatz der IT-Systeme in ihren Häusern gefragt (Abb. 54).

Fast sämtliche Krankenhäuser berichten im *Krankenhaus Barometer 2018* eine elektronische Bildverwaltung (96 %) vorzuhalten. Gegenüber den Einrichtungen, die im Jahr 2017 dieses System bestätigten, ist dies ein Zuwachs von 8 %. In der überwiegenden Mehrheit der Einrichtungen gibt es eine Homepage (94 % in 2018 bzw. 91 % in 2017) und das digitale Diktat (80 % in 2018 bzw. 78 % in 2017) wird zur Arbeitserleichterung verwendet. WLAN für Patienten bieten 2018 78 % der Befragten an und damit 6 % mehr als im Jahr zuvor. Obwohl 64 % der Krankenhäuser 2018 eine hausinterne elektronische Patientenakte vorhalten, ist die Umsetzung der mobilen Visite erst bei 47 % der Kliniken erfolgt. Hier hat jedoch im letzten Jahr eine sichtbare Zunahme stattgefunden. Die Teilnehmer berichteten 2017 noch zu 40 % eine mobile Visite durchzuführen. Rund jede vierte Einrichtung nutzt zudem die

elektronische Medikationsunterstützung sowie die elektronische Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung. Auch hier gab es in 2018 im Bereich der elektronischen Medikationsunterstützung eine deutlich höhere Nutzung (34 %) als noch im Jahr zuvor (25 %). Im Gegensatz zu den bereits weitreichend genutzten IT-Systemen, finden auch weiterhin das Internetportal für Patienten sowie Patientenbetten mit RFID-Transpondern kaum Anwendung in deutschen Krankenhäusern.

Bei den Telemedizinischen Anwendungen nutzen weiterhin rund 40 % der Befragten die Möglichkeit eines Tele-Konsils und knapp jede fünfte Klinik führt Tele-Monitoring durch. Telemedizinische Trainings- oder Therapieanwendungen spielen derzeit in den Krankenhäusern jedoch nur eine untergeordnete Rolle (4 %).



Welche IT-Systeme sind in Ihrem Krankenhaus derzeit im Einsatz? (Krankenhäuser in %)

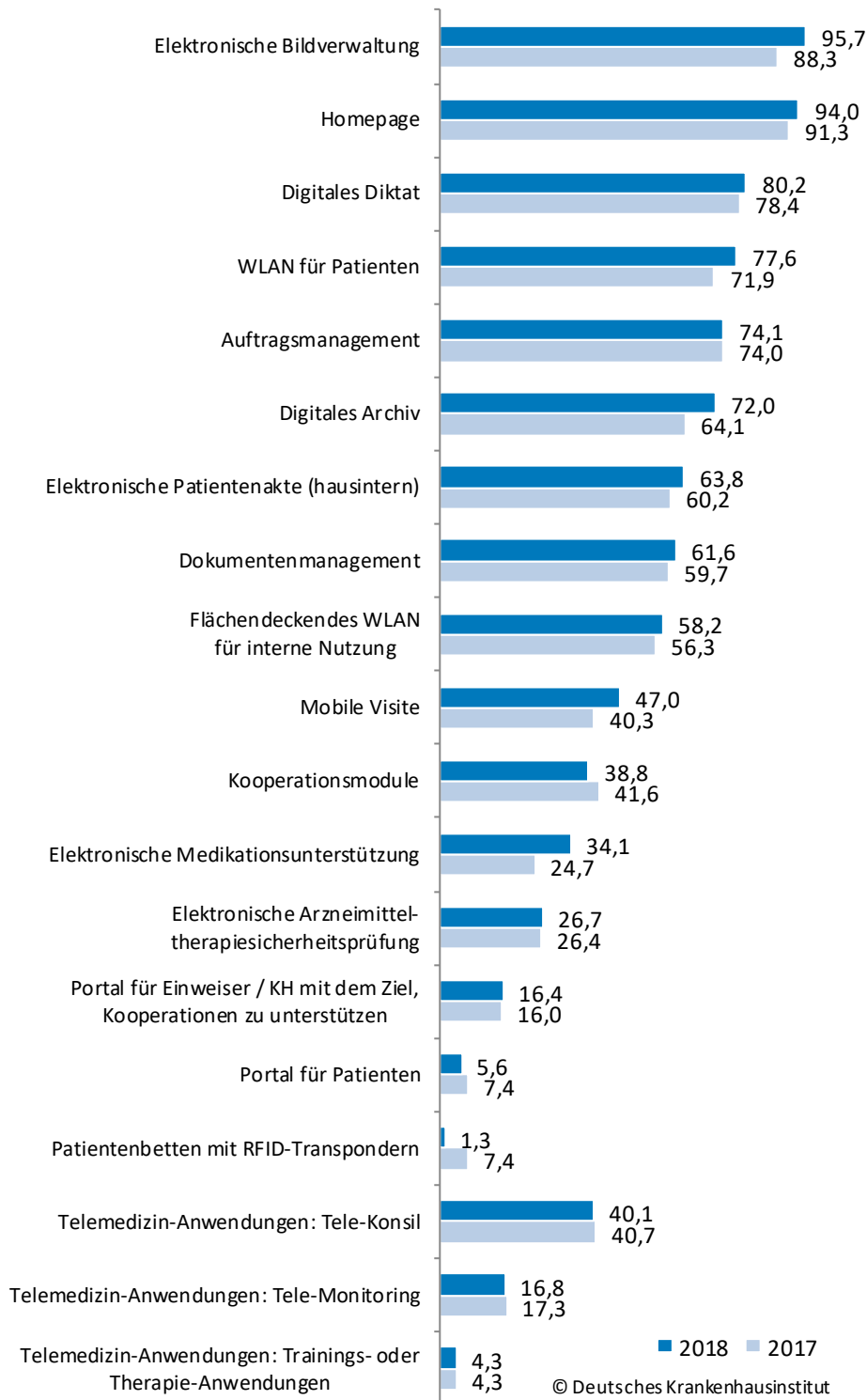


Abb. 54: Einsatz der IT-Systeme im Krankenhaus

6.2 Personalsituation

Gefragt nach der Entwicklung der Anzahl der IT-Mitarbeiter im Krankenhaus, berichtete rund jede vierte teilnehmende Einrichtung von gestiegenen Mitarbeiterzahlen. In 69 % der Häuser war 2017 sowie gleichbleibend in 68 % in 2016 keine Veränderung zu verzeichnen, während in wenigen Einrichtungen ein Rückgang bei den IT-Mitarbeitern festzustellen war (Abb. 55).

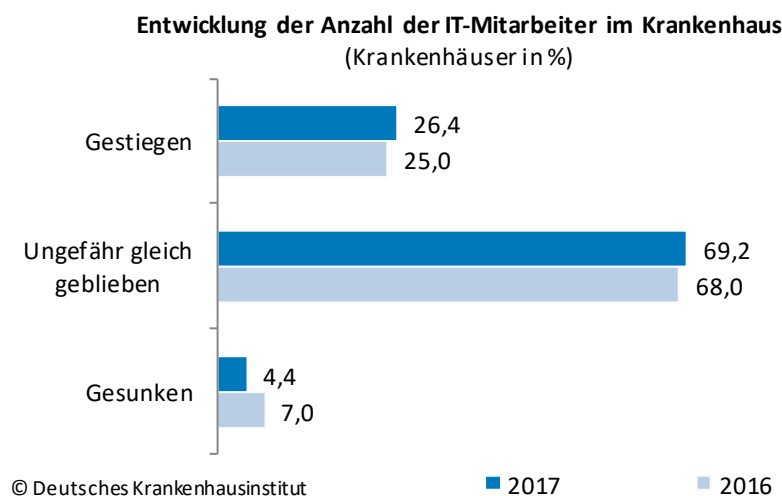


Abb. 55: Entwicklung der Anzahl der IT-Mitarbeiter

Die Anzahl der am vorgegebenen Stichtag (31.12.2017) beschäftigten hauseigenen IT-Mitarbeiter unterlag dabei deutlichen Schwankungen - erwartungsgemäß in Abhängigkeit von der Größe der befragten Einrichtung. Im Median wurden am Stichtag sechs IT-Mitarbeiter (in Köpfen) pro Krankenhaus beschäftigt (5 % getrimmter Mittelwert: 7,9; zum Stichtag 31.12.2016 noch 8,4). Kleine Kliniken mit 100 bis 299 Betten hielten zu beiden Stichtagen jeweils drei IT-Mitarbeiter (Median) vor, mittlere Kliniken mit 300 bis 599 Betten beschäftigen sechs (31.12.2017) bzw. sieben (31.12.2016) IT-Mitarbeiter und Häuser ab 600 Betten wiesen 17,5 (31.12.2017) oder noch am 31.12.2016 19,5 IT-Mitarbeiter vor.

Insgesamt haben 47 % der Befragten angegeben, bis zu fünf hauseigene IT-Mitarbeiter am 31.12.2017 beschäftigt zu haben. Gut jedes vierte Krankenhaus hatte sechs bis zehn IT-Mitarbeiter, 16 % bis zu 20 Angestellte

im IT-Bereich. Lediglich 4 % der Einrichtungen gaben 50 IT-Beschäftigte oder mehr pro Krankenhaus an (Abb. 56).

Gegenüber der Stichtagsbefragung zum 31.12.2016 bedeutet das eine leichte Verschiebung der Mitarbeiterzahlen in den „mittleren Bereich“ (6 bis 20 Beschäftigte): *Im Krankenhaus Barometer 2017* hat noch jede zweite Klinik bis zu fünf IT-Mitarbeiter beschäftigt und 9 % gaben an 21 bis 50 Angestellte im IT-Bereich zu haben. Dagegen hatten 23 % der Befragten 6 bis 10 und 14 % 11 bis 20 IT-Mitarbeiter.

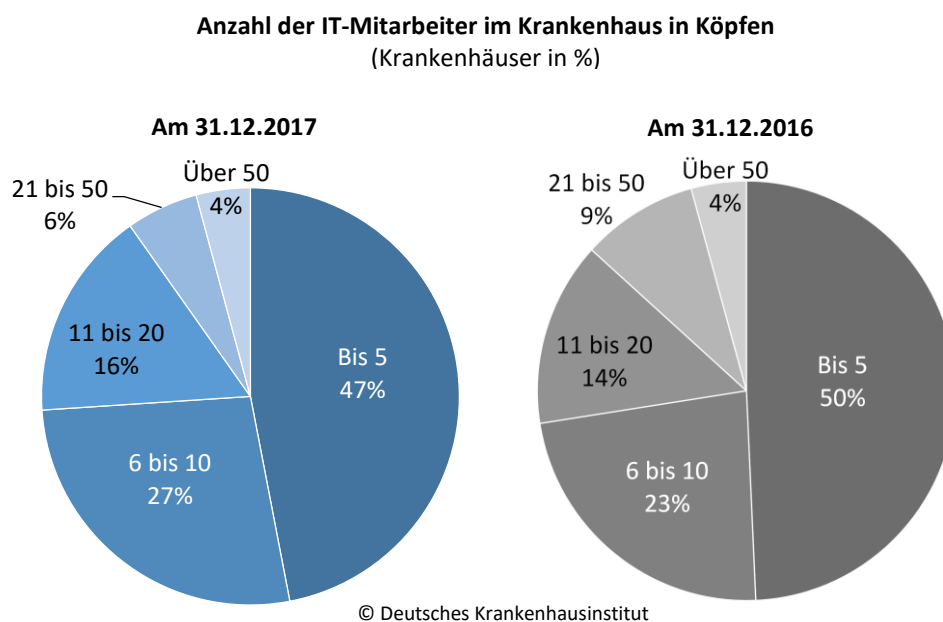


Abb. 56: Anzahl IT-Mitarbeiter im Krankenhaus in Köpfen

Die Anzahl der Krankenhausmitarbeiter, die jeweils pro IT-Mitarbeiter betreut wurden, variiert ebenfalls deutlich. Im Mittel (Median) wurden am Stichtag (31.12.2017) 139 Krankenhausmitarbeiter von einem IT-Mitarbeiter betreut, während es ein Jahr zuvor (Stichtag: 31.12.2016) noch 126 Mitarbeiter waren (5 % getrimmter Mittelwert: 139,5 am 31.12.2017 versus 132,4 am 31.12.2016). In den kleinen Kliniken (100 bis 299 Betten) wurden im Durchschnitt (Median) 139 Mitarbeiter (31.12.2017) gegenüber 119 Mitarbeitern (31.12.2016), in den mittelgroßen Einrichtungen (300 bis 599 Betten) 145 (31.12.2017) bzw. 154 (31.12.2016) und in den Einrichtungen ab

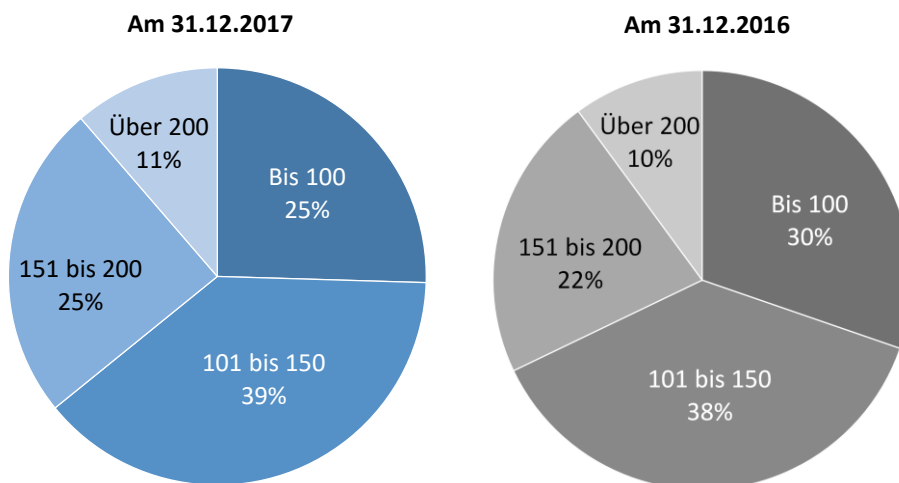
600 Betten 130 (31.12.2017) gegenüber 105 Mitarbeitern ein Jahr zuvor (31.12.2016) von einem hauseigenen IT-Angestellten versorgt.

Zusätzlichen IT-Support durch externe Anbieter nahmen dabei 73 % aller Kliniken in Anspruch. Im Jahr 2017 bestätigten noch 60 % der Befragten, externen Support einzuholen.

Insgesamt wurden in jedem vierten Krankenhaus am Stichtag (31.12.2017) bis zu 100 Mitarbeiter von einem IT-Mitarbeiter versorgt (Abb. 57). In 39 % der Kliniken wurden zwischen 101 und 150 Mitarbeiter pro IT-Mitarbeiter betreut, in jeder vierten Einrichtung sogar 151 bis 200 Mitarbeiter. Jedes zehnte Krankenhaus berichtete von über 200 Mitarbeitern im Zuständigkeitsbereich eines IT-Mitarbeiters.

Gegenüber der Stichtagsbefragung zum 31.12.2016 bedeutet das eine leichte Verschärfung der Arbeitssituation für die Mitarbeiter im IT-Bereich: Im *Krankenhaus Barometer 2017* haben noch 30 % der Kliniken ein Verhältnis von IT-zu Krankenhausmitarbeiter von 1:100 gehabt; in 38 % der Einrichtungen wurden von einem IT-Mitarbeiter 101 bis 150 und in 22 % der Krankenhäuser 151 bis 200 Angestellte betreut.

Anzahl der Krankenhausmitarbeiter, die pro IT-Mitarbeiter betreut wurden
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 57: Anzahl der betreuten Krankenhausmitarbeiter pro IT-Mitarbeiter

6.3 Wechsel des Krankenhausinformationssystems

Der Wechsel eines Krankenhausinformationssystems ist aufgrund seiner hohen Komplexität praktisch nur unter enormen Schwierigkeiten möglich und bedarf einer langfristigen und strategischen Planung. Die teilnehmenden Krankenhäuser wurden daher wiederholt gefragt, ob in der nächsten Zeit ein KIS-Wechsel geplant ist oder in jüngster Vergangenheit bereits stattgefunden hat (Abb. 58).

Im Vergleich zu den Ergebnissen des Vorjahres haben die Krankenhäuser beim Wechsel des KIS-Systems in 2018 keine neuen Pläne gefasst: Lediglich 4 % der befragten Krankenhäuser haben in den letzten 12 Monaten einen KIS-Wechsel durchgeführt. Bei 5 % der Kliniken steht in den nächsten 24 Monaten ein Wechsel des Krankenhausinformationssystems an. 91 % der Einrichtungen haben keinerlei Pläne hinsichtlich eines KIS-Wechsels in den nächsten zwei Jahren.

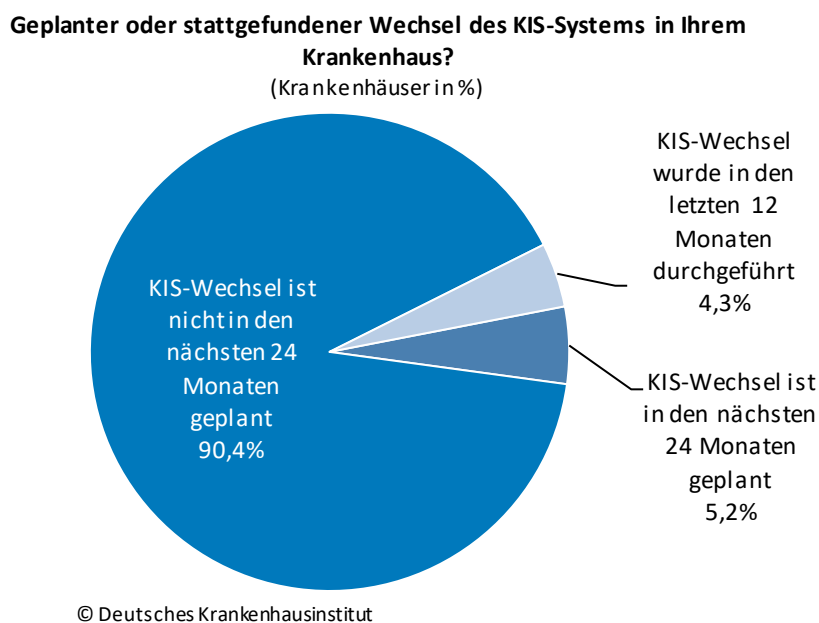


Abb. 58: Geplante oder stattgefundene Wechsel des KIS-Systems



6.4 Anwendung des IT-Sicherheitsgesetzes

Das IT-Sicherheitsgesetz sieht für als Kritische Infrastruktur eingestufte Krankenhäuser (KRITIS-Betreiber³) besondere Anforderungen vor. Für einen Überblick wurden die teilnehmenden Krankenhäuser erneut um eine Eingruppierung ihrer Zugehörigkeit zu den Betreibern einer Kritischen Infrastruktur gebeten.

Unter den Teilnehmern des *Krankenhaus Barometers* 2018 waren 17 % schon im Jahr 2017 als Klinik mit Kritischer Infrastruktur eingestuft. 4 % der Befragten waren im Jahr 2017 noch nicht, jedoch im Jahr 2018 unter den KRITIS-Betreibern. Insgesamt haben 21 % der teilnehmenden Krankenhäuser sich zu den KRITIS-Betreibern gezählt.

Gefragt zum Umsetzungsstand der vorgegebenen Anforderungen des IT-Sicherheitsgesetzes haben in 2018 39 % der Kliniken, die keine KRITIS-Betreiber sind, bereits trotzdem mit konkreten Planungen und teilweisen Umsetzungen der Anforderungen begonnen. Dieser Anteil hat gegenüber 2017 mit 25 % einen deutlichen Zuwachs erfahren (Daten nicht gezeigt).

17 % der Kliniken geben derzeit an, das Thema zu beobachten, aber noch keine konkreten Planungen vorgenommen zu haben. Nur 6 % der Krankenhäuser berichten, dass konkrete Umsetzungen zum IT-Sicherheitsgesetz noch nicht bearbeitet werden und auch künftig keine Aufgabe in ihrem Haus darstellen wird, da sie keine Kritische Infrastruktur betreiben.

Unter den Teilnehmern des *Krankenhaus Barometers* 2018 befinden sich des Weiteren 39 Einrichtungen, die im Jahr 2017 als KRITIS-Betreiber eingestuft wurden. 80 % dieser Kliniken haben angegeben, im Jahr 2017 keinen Anlass zur Meldung im Rahmen der KRITIS-Verordnung an das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) gehabt zu haben. Lediglich zwei Krankenhäuser haben im Jahr 2017 jeweils drei Meldungen an das BSI gemacht. Ebenso befinden sich unter den teilnehmenden Krankenhäusern 49

³ Im Juli 2015 hat die Bundesregierung das Gesetz zur Erhöhung der Sicherheit informationstechnischer Systeme (IT-Sicherheitsgesetz) in Kraft gesetzt. Krankenhäuser mit Kritischer Infrastruktur (mindestens 30.000 vollstationäre Fälle pro Jahr) werden demnach – sofern nicht andere Spezialregelungen bestehen – verpflichtet, die für die Erbringung ihrer wichtigen Dienste erforderliche IT nach dem Stand der Technik angemessen abzusichern und diese Sicherheit mindestens alle zwei Jahre überprüfen zu lassen (BSI, 2016, 2017).



Einrichtungen, welche im Jahr 2018 als KRITIS-Betreiber eingestuft wurden. Von diesen haben im ersten Quartal des Jahres 2018 71 % keine Veranlassung zu einer Meldung an das BSI gehabt. Bis zum 31.03.2018 haben weitere vier Kliniken jeweils einen Vorfall und eine Einrichtung zwei Vorkommnisse gemeldet.

6.5 IT-Kosten

Bei einem Vergleich der IT-Kosten bezogen auf das Gesamt-IT-Budget liegen die Kosten für Software in 2017 wie in 2016 deutlich vor den Kosten für Hardware und Personal (Abb. 59): Im Einzelnen hatten 2017 jeweils 47 % der Häuser „sehr hohe“ und „hohe“ Kosten für Installation und Wartung sowie für Kauf, Leasing oder Miete von Software. Im Bereich der Personalkosten von IT-Mitarbeitern lag der Anteil der Häuser mit „sehr hohen“ und „hohen“ Kosten bei insgesamt 29 %. Einen Unterschied zur Kostenstruktur von 2016 gab es dabei kaum. Ein deutlicher Rückgang der Kosten gegenüber dem Vorjahr ist jedoch im Hardware-Bereich zu beobachten: Während 2016 noch 42 % der Befragten „sehr hohe“ und „hohe“ Kosten für Kauf, Leasing oder Miete von Hardware angaben, waren es 2017 noch 27 % der Teilnehmer. 16 % der Kliniken berichteten derweil noch über „sehr hohe“ und „hohe“ Kosten im Bereich der Installation und Wartung von Hardware. Im Jahr 2016 lag dieser Anteil noch bei 26 %.

„Keine“ bis „geringe“ Kosten melden nach wie vor jeweils rund die Hälfte der Befragten für Datenverbindungen oder Leistungen externer Dienstleister. „Sonstige Kosten“ entstanden in einigen Kliniken beispielsweise durch Umsetzungen von IT-Sicherheits-Maßnahmen oder Netzwerkausbau.

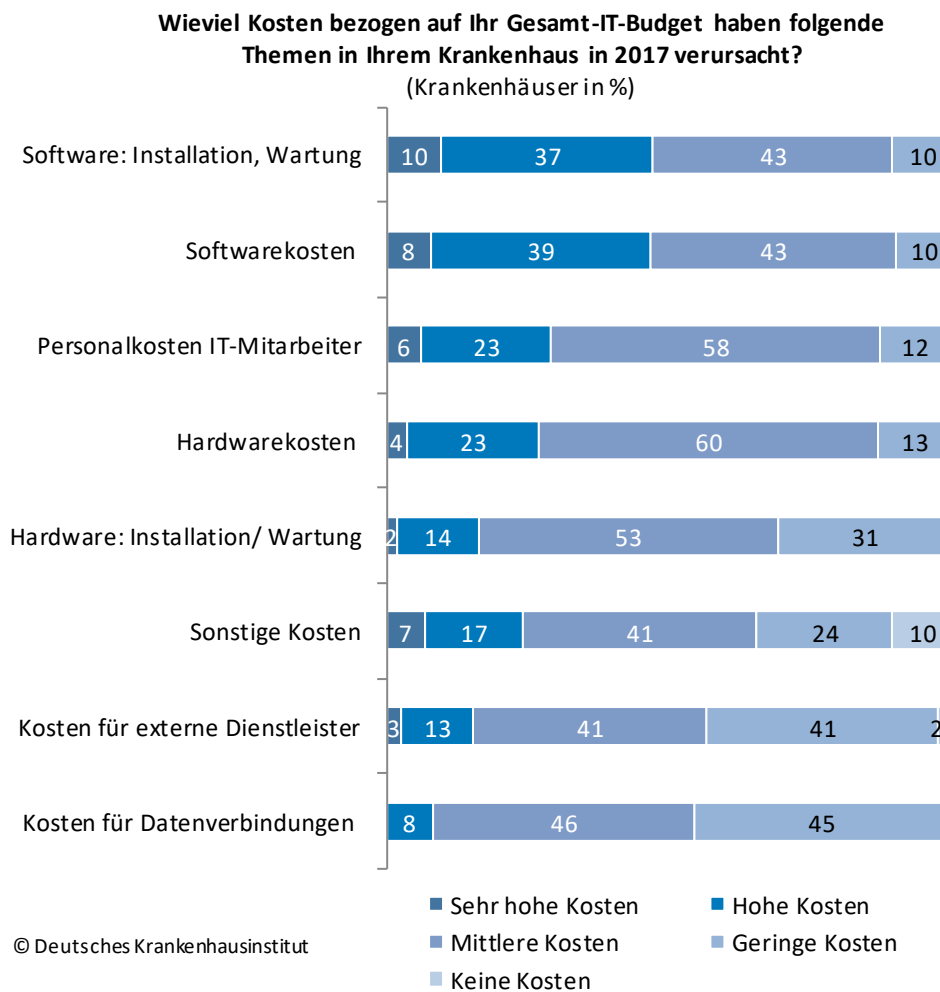


Abb. 59: IT-Kosten in 2017

6.6 Zukünftige Herausforderungen

Gefragt nach den größten Herausforderungen der kommenden drei Jahre im IT-Bereich ihres Krankenhauses, gaben die Befragten eine Vielzahl von unterschiedlichen Einschätzungen an.

Die insgesamt 320 Einzelnennungen wurden inhaltlich zusammengefasst und in Tab. 5 dargestellt. Demnach sehen die Beteiligten die Gewährleistung der allgemeinen IT-Sicherheit (sowie speziell der Cyber-Security) inklusive Umsetzung des IT-Sicherheitsgesetzes, Einrichtung eines IT-Sicherheits- und Ausfallmanagements sowie Informationssicherheits-Managementsystems als größte Herausforderung der unmittelbaren Zukunft (17,8 % der Nennungen). 15,6 % der Antworten beziehen sich auf die Digitalisierung im Krankenhaus



allgemein. Auf die Umsetzung der aktuellen Gesetzeslagen (allgemein und speziell der Europäischen Datenschutzgrundverordnung sowie der KRITIS-Verordnung) fielen 11,9 % der Nennungen. Ebenfalls 11,9 % der Angaben bezogen sich jeweils auf die elektronische Patientenakte (inklusive Bildgebung, Einbindung der Pflege und digitale Archivierung) sowie auf die Modernisierung und Ausweitung der IT-Infrastruktur.

Mobile Datenerfassung inklusive mobiler digitaler Visite und die besondere Herausforderung bei der Gewinnung von kompetentem IT-Fachpersonal sowie der Fortbildung des vorhandenen IT-Personals waren jeweils für 7,8 % der Angaben von besonderer Bedeutung. Auch der Aufbau einer Telematikinfrastruktur ist in der unmittelbaren Zukunft in den Krankenhäusern ein Thema (5,9 %). Bevorstehende Konsolidierungen und Zentralisierungen im IT-Bereich (2,8 %) sowie Finanzierung der anstehenden Themen (2,5 %) stehen in einigen Einrichtungen in der nächsten Zeit ebenfalls im Vordergrund.

Die unter der „Rest“-Kategorie zusammengefassten Themen befassten sich mit individuellen Anforderungen der einzelnen Einrichtungen, wie beispielsweise der Bewältigung von Big Data im Forschungsbereich, der Einrichtung einer elektronischen Signatur, Nutzung von Assisted Coding, Schaffung verbesserter Oberflächen oder der Durchführung organisatorischer und technischer Prozessoptimierungen.

Tab. 5: Die größten Herausforderungen der nächsten drei Jahre im IT-Bereich

(Basis: 320 Einzelnennungen)	% der Nennungen
IT-Sicherheit	17,8
Digitalisierung	15,6
Umsetzung aktuelle Gesetzeslagen	11,9
Elektronische Patientenakte	11,9
IT-Infrastruktur	11,9
Mobilität im Krankenhaus / digitale Visite	7,8
IT-Mitarbeiter (Fachkräftemangel / Fortbildung)	7,8
Telematikinfrastruktur	5,9
Rest	4,1
Konsolidierung / Zentralisierung / Insourcing	2,8
IT-Finanzierung / Kosten	2,5

7 Entlassmanagement

7.1 Standards im Entlassmanagement

Im Entlassmanagement gibt es verschiedene Standards, an denen sich die Krankenhäuser bei Organisation und Umsetzung des Entlassmanagements orientieren können. Die bekanntesten sind der Nationale Expertenstandard „Entlassmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP, 2009), der wesentliche Anforderungen an Struktur, Prozess und Ergebnis des Entlassmanagements im Krankenhaus definiert, und die Produkt- und Leistungsbeschreibung der klinischen Sozialarbeit der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG, 2015), welche die Aufgaben der klinischen Sozialarbeit unter anderem bei der Organisation der ambulanten, stationären und rehabilitativen Nachsorge nach Entlassung aus dem Krankenhaus beschreibt. Daneben können hauseigene Standards zum Einsatz kommen, die sich ggf. an den genannten oder anderen Standards orientieren.

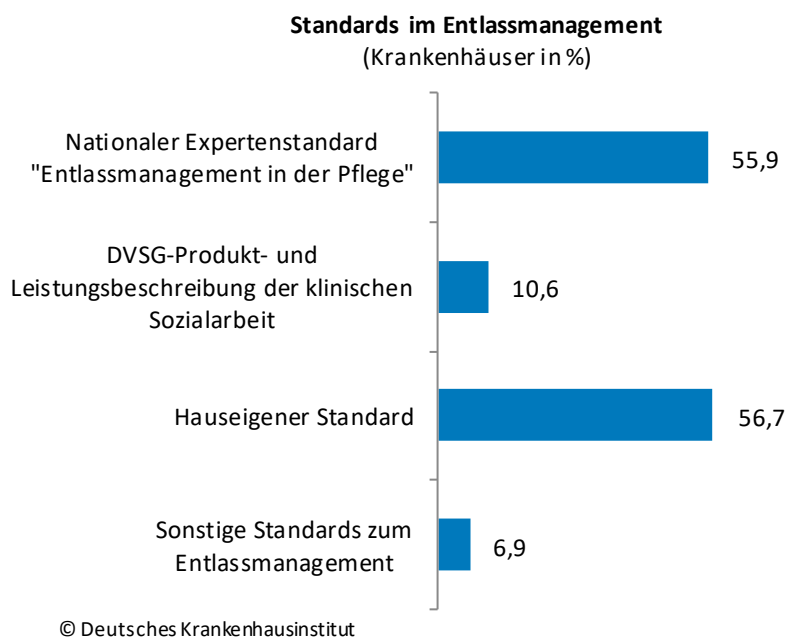


Abb 60: Standards im Entlassmanagement

Jeweils rund 56 % der Krankenhäuser nutzen den Nationalen Expertenstandard oder hauseigene Standards (Mehrfachnennungen möglich). Verglichen damit kommt die Produkt- und Leistungsbeschreibung der DVSG



vergleichsweise selten zum Einsatz (11 %). In der Restkategorie „Sonstige“ wurde im Rahmen einer offenen Frage vor allem der Rahmenvertrag Entlassmanagement überproportional genannt (Abb 60).

7.2 Patienten mit Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement

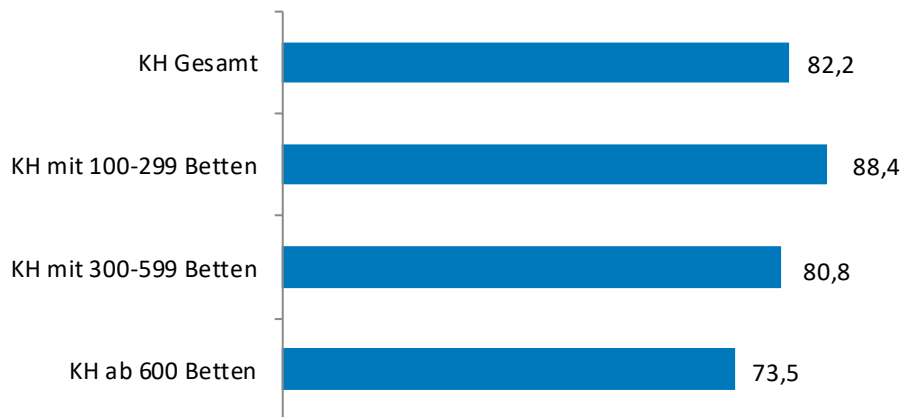
Laut § 3 Abs. 2 des Rahmenvertrages Entlassmanagement sind für Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf nach der Entlassung Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagements im Rahmen eines differenzierten Assessments zu treffen. Dieser komplexe Versorgungsbedarf kann beispielsweise bei Patienten mit neu aufgetretenen umfassenden Einschränkungen von Mobilität und Selbstversorgung bestehen. Konkretere Definitionen zum komplexen Versorgungsbedarf nach der Entlassung enthält der Rahmenvertrag nicht.

Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer taxieren, wie hoch in ihren Häusern im 1. Quartal 2018 der Anteil der Patienten mit Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement war. Im Mittel (Median) lag der entsprechende Anteilswert bei 20 % der vollstationären Patienten.

Nach Bettengrößenklassen fällt auf, dass in den kleinen Häusern unter 300 Betten der Anteil der Anteil der Patienten mit Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement mit im Mittel 30 % (Median) überproportional ausfällt, während er in den größeren Krankenhäusern in etwa dem Bundesdurchschnitt entspricht. (Ergebnisse nicht dargestellt)

Ergänzend hierzu wurden die Krankenhäuser gefragt, ob sie es für sinnvoll halten, wenn sich die Vorgaben des Rahmenvertrages Entlassmanagement auf Patienten mit Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement beschränken würden. Die Frage wurde von der großen Mehrheit der Krankenhäuser bejaht (83 %). Die Zustimmung nimmt dabei mit abnehmender Krankenhausgröße zu (Abb. 61).

Beschränkung der Vorgaben des Rahmenvertrags auf Patienten mit Bedarf für umfassendes Entlassmanagement sinnvoll?
(Krankenhäuser mit Ja-Angabe in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 61: Beschränkung der Vorgaben des Rahmenvertrages auf Patienten mit Bedarf für umfassendes Entlassmanagement

7.3 Einwilligung in das Entlassmanagement

Laut § 39 Abs. 1a SGB V muss für die Durchführung eines Entlassmanagements und die Unterstützung durch die Kranken-/ Pflegekasse hierbei die Einwilligung der Patienten in schriftlicher Form vorliegen. In Umsetzung dieser Vorgabe sind in der Anlage 1a und 1b des Rahmenvertrages entsprechende Formulare zur Einwilligung bzw. Nicht-Einwilligung des Patienten hinterlegt. Für das 1. Quartal 2018 sollten die Krankenhäuser angeben, wie hoch der Anteil der Patienten mit entsprechenden Einwilligungen war.

Bei der Einwilligung in das Entlassmanagement geht es im Wesentlichen darum, eine lückenlose Anschlussbehandlung nach dem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen Daten erheben und verarbeiten. Der Weitergabe der Daten an weiterbehandelnde Leistungserbringer muss der Patient zustimmen und die Anlage 1b unterschreiben.

Laut Angaben der Krankenhäuser willigten im 1. Quartal 2018 im Mittel (Median) 80 % der vollstationären Patienten in das Entlassmanagement und

die damit verbundene Datenverarbeitung ein. Mit steigender Krankenhausgröße nimmt die Bereitschaft der Patienten zur Einwilligung in das Entlassmanagement merklich ab (Abb. 62).

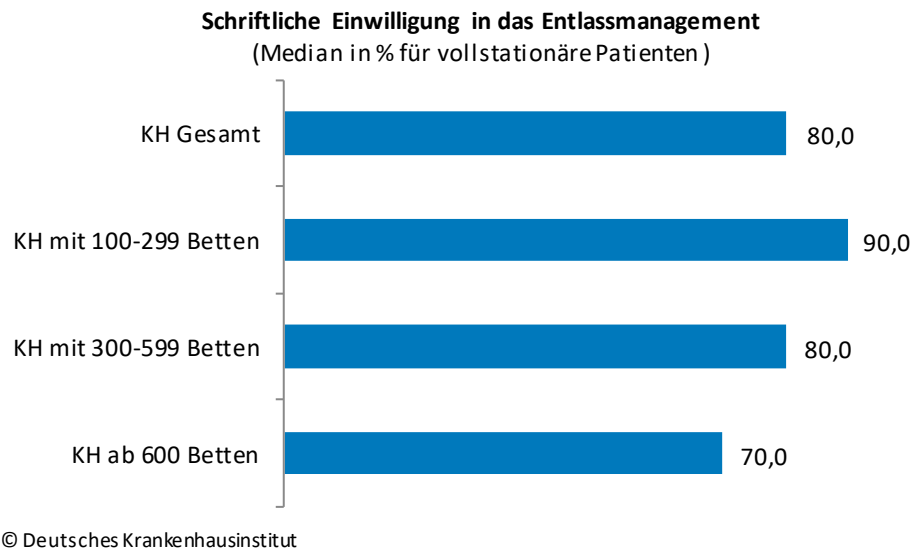
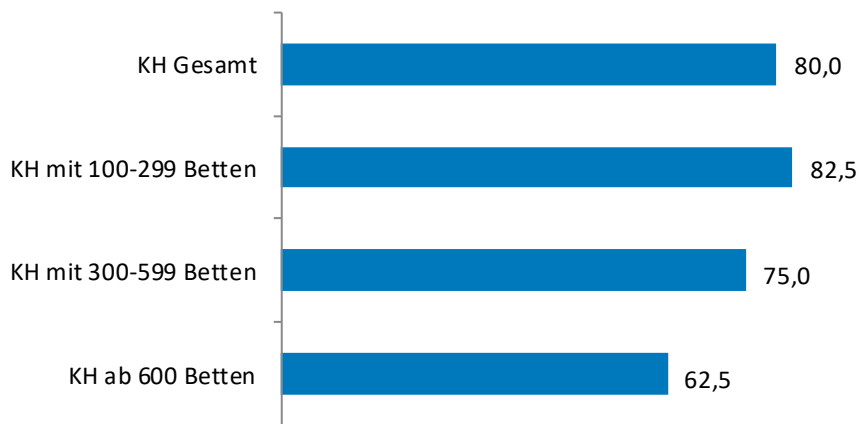


Abb. 62: Patienten mit schriftlicher Einwilligung in das Entlassmanagement (1. Quartal 2018)

Die Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken- oder Pflegekasse kommt dann in Betracht, wenn bei Notwendigkeit einer Anschlussversorgung eine gemeinsame Organisation dieser Anschlussversorgung durch Krankenhaus und Krankenkasse erforderlich ist. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus der jeweiligen Kranken- oder Pflegekasse die erforderlichen Daten (z. B. Angaben über den Umfang und die Dauer der erforderlichen Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) übermitteln.

Auch hier stimmten im 1. Quartal 2018 im Mittel (Median) 80 % der vollstationären Patienten der Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kasse und der damit verbundene Datenverarbeitung bei abermals sehr großer Streuung zu. So lag der untere Quartilswert der Verteilung bei 45 % der vollstationären Patienten und der obere Quartilswert bei 95 % der Patienten. Mit steigender Krankenhausgröße nimmt die diesbezügliche Einwilligungsbereitschaft der Patienten wiederum merklich ab (Abb. 63).

Schriftliche Einwilligung in Unterstützung des Entlassmanagements durch Kasse



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 63: Patienten mit schriftlicher Einwilligung in Unterstützung des Entlassmanagements durch Kranken- / Pflegekasse (1. Quartal 2018)

7.4 Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kostenträger

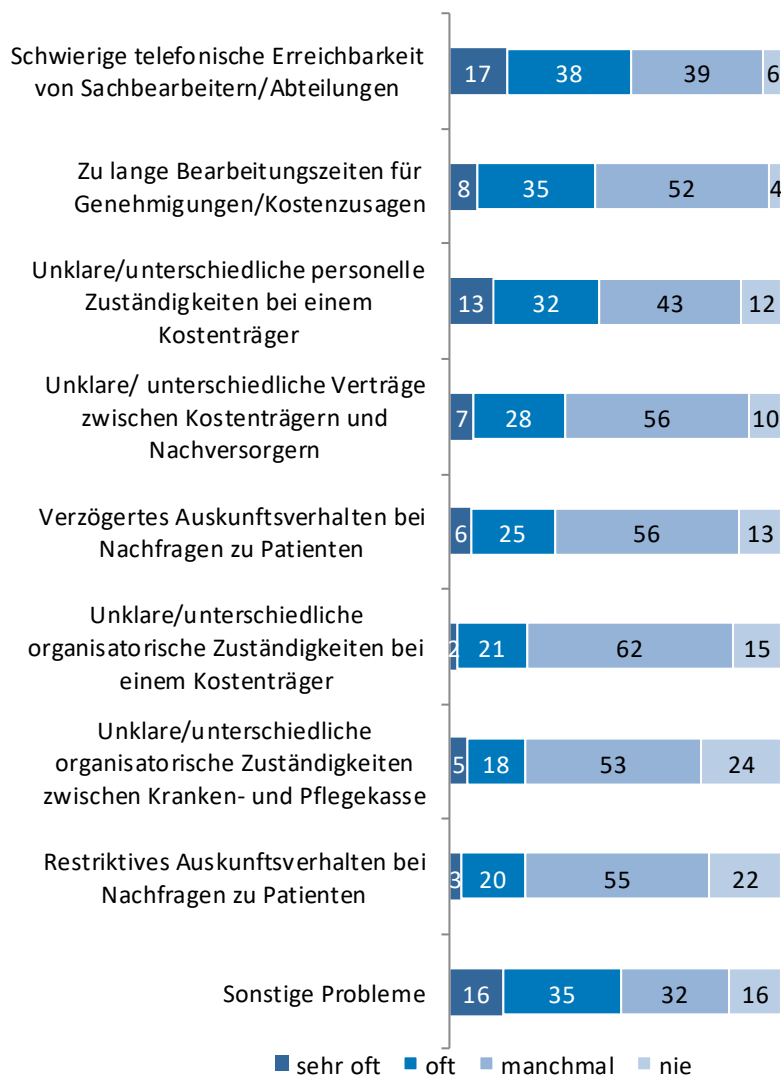
Gemäß § 3 Abs. 6 des Rahmenvertrages Entlassmanagement soll das Krankenhaus Kontakt zu einer Krankenkasse bzw. Pflegekasse aufnehmen, sobald es einen patientenbezogenen Bedarf für die Unterstützung des Entlassmanagements durch die zuständige Kasse feststellt. Im Krankenhaus Barometer sollten die Teilnehmer den Anteil der Patienten schätzen, der im 1. Quartal 2018 einen Unterstützungsbedarf im definierten Sinne hatte.

Gut die Hälfte der Befragten (52 %) konnte hierzu keine Angaben machen. Die Übrigen taxierten den Anteil der vollstationären Patienten mit Bedarf für Unterstützung des Entlassmanagements durch Kranken- oder Pflegekasse im Mittel (Median) auf 10 % (Ergebnisse nicht dargestellt).

Laut § 2 Abs. 3 des Rahmenvertrages Entlassmanagement hat der Patient gegenüber der Krankenkasse bzw. Pflegekasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements. Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Kasse festgestellt wird, soll das Krankenhaus gemäß § 3 Abs. 6 Rahmenvertrag rechtzeitig Kontakt zur Kasse aufnehmen. Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder

Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs etwa in den Bereichen Pflege, Rehabilitation, Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung der Fall sein.

**Probleme mit Kranken- und Pflegekassen
bei Unterstützung des Entlassmanagements**
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 64: Probleme mit Kranken- und Pflegekassen bei Unterstützung des Entlassmanagements (1. Quartal 2018)



Weitere Konkretisierungen zu Art und Umfang der Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken- oder Pflegekasse enthält der Rahmenvertrag nicht. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenhäuser angeben, wie sich die entsprechende Unterstützung durch die Kassen, vor allem bei genehmigungspflichtigen Leistungen, im 1. Quartal 2018 entwickelt hat (Abb. 64).

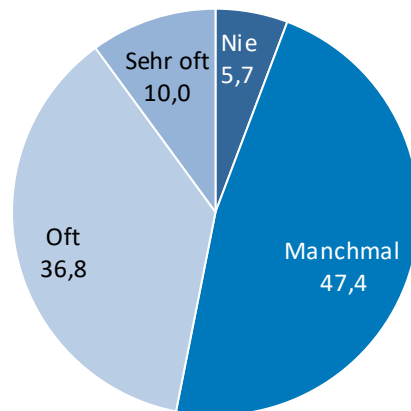
Die größten Probleme mit Blick auf die Unterstützung des Entlassmanagements der Kranken- und Pflegekassen bilden aus Krankenhaussicht vor allem die schwierige telefonische Erreichbarkeit von Sachbearbeitern und Abteilungen, zu lange Bearbeitungszeiten für Genehmigungen und Kostenzusagen und unklare bzw. unterschiedliche personelle Zuständigkeiten bei einem Kostenträger, z. B. das Fehlen fester Ansprechpartner je Patient. Jeweils rund die Hälfte der Befragten führte an, dass entsprechende Probleme oft oder sehr oft auftreten.

Weitere Probleme in der Kooperation zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern betrafen unklare oder unterschiedliche Verträge zwischen Kostenträgern und Nachversorgern, z. B. in Reha- oder Hilfsmittelbereich, und ein verzögertes Auskunftsverhalten bei Nachfragen zu Patienten, die bei jeweils einem Drittel der Krankenhäuser oft oder sehr oft moniert wurden.

Andere Probleme, wie unklare organisatorische Zuständigkeiten bei einem Kostenträger, z. B. zwischen verschiedenen Leistungsbereichen, unterschiedliche organisatorische Zuständigkeiten zwischen Kranken- und Pflegekasse sowie ein restriktives Auskunftsverhalten bei Nachfragen zu Patienten traten dagegen seltener auf.

Ergänzend zum Themenkomplex der Kooperation von Krankenhäusern und Kostenträgern sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit im 1. Quartal 2018 die für eine Anschlussversorgung ggf. erforderlichen (vorläufigen) Genehmigungen, Kostenzusagen oder Pflegeeinstufungen schon vor Entlassung aus dem Krankenhaus zur Verfügung standen. Dies war bei knapp der Hälfte der Häuser oft (37 %) oder sehr oft (10 %) der Fall, bei gut der Hälfte der Einrichtungen manchmal (47 %) oder nie (6 %) (Abb. 65).

Verfügbarkeit von (vorläufigen) Genehmigungen/Kostenzusagen/Pflegeeinstufungen der Kassen vor Entlassung aus dem Krankenhaus

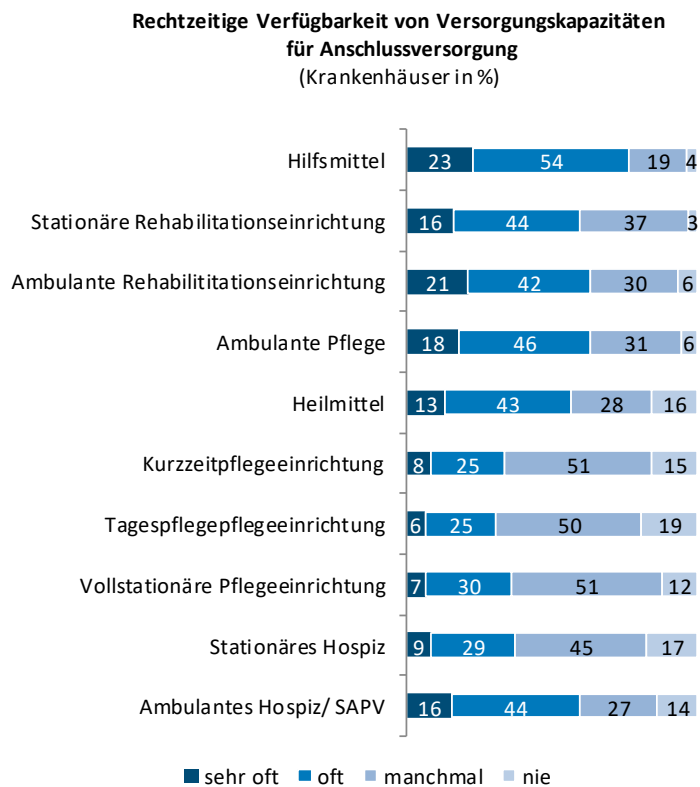


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 65: Verfügbarkeit von für eine Anschlussversorgung erforderliche Genehmigungen der Kassen vor Entlassung (1. Quartal 2018)

7.5 Kapazitäten für Anschlussversorgung

Das Entlassmanagement durch die Krankenhäuser und dessen Unterstützung durch die Kostenträger setzt aus naheliegenden Gründen die Verfügbarkeit angemessener Nachsorgeangebote voraus. Im *Krankenhaus Barometer* wurde deswegen danach gefragt, inwieweit nach entsprechender Genehmigung, Kostenzusage oder Pflegeeinstufung seitens der Kostenträger die für eine Anschlussversorgung erforderlichen Versorgungskapazitäten rechtzeitig zur Verfügung standen. Diesbezüglich resultiert ein heterogenes Bild (Abb. 66).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 66: Rechtzeitige Verfügbarkeit von Versorgungskapazitäten für Anschlussversorgung (1. Quartal 2018)

Am besten klappt demnach die Anschlussversorgung mit Hilfsmitteln. Bei gut drei Vierteln der Krankenhäuser sind erforderliche Hilfsmittel oft (54 %) oder sehr oft (23 %) rechtzeitig verfügbar. Auch für die Überleitung in die stationäre und ambulante Rehabilitation sowie die ambulante Pflege sehen die Häuser eine rechtzeitige Anschlussversorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus mehrheitlich gewährleistet. Allerdings führte hier auch jeweils mehr als ein Drittel der Häuser regelmäßige Überleitungsprobleme an.

Die größten Probleme gibt es allerdings bei der Überleitung in die stationäre und teilstationäre Pflege. Bei jeweils rund zwei Dritteln der befragten Krankenhäuser stehen Pflegeplätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie in Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen mehrheitlich nicht rechtzeitig zur Verfügung.



Mit Blick auf die Palliativversorgung ist die Anschlussversorgung bei stationären Hospizen schwieriger als in bei ambulanten Hospizen bzw. der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

7.6 Patienten mit Verordnungen im Entlassmanagement

Die wesentliche Neuregelung im Entlassmanagement besteht darin, dass nach § 39 Abs. 1a SGB V das Krankenhaus in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen nach Entlassung bestimmte Leistungen verordnen und Arbeitsunfähigkeit bescheinigen kann, soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist bzw. der Patient nicht am Entlasstag oder Folgetag den weiterbehandelnden Arzt aufsuchen kann. Für ausgewählte Leistungen sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit sie im 1. Quartal 2018 von den neuen Verordnungsmöglichkeiten Gebrauch gemacht haben (Abb. 67).

Einschränkend sei erwähnt, dass sich zwischen 41 % (Verordnung von Hilfsmitteln) und 48 % der Befragten (Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit) nicht in der Lage sahen, zum Erhebungszeitpunkt hierzu eine realitätsnahe Schätzung abzugeben. Die nachfolgenden Ergebnisse beschränken sich insofern auf die Krankenhäuser mit entsprechenden Angaben. Vor diesem Hintergrund sind die nachfolgenden Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

Vorbehaltlich dieser Einschränkung wird insgesamt von den neuen Verordnungsmöglichkeiten bislang eher zurückhaltend Gebrauch gemacht. So liegt der Anteil der vollstationären Patienten mit Verordnung von Arzneimitteln im Mittel (Median) bei 1 %. Der entsprechende Anteil der Patienten mit Verordnung von Hilfsmitteln fällt mit 0,8 % noch geringer aus. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden nur für 1 % der Patienten ausgestellt. Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege erfolgt im Mittel (Median) bei 5 % der vollstationären Patienten.

Einzig bei der Verordnung von Hilfsmitteln fiel der entsprechende Anteilswert, den Angaben der Befragungsteilnehmer zufolge, mit einem Median von 13 % vergleichsweise hoch aus.⁴

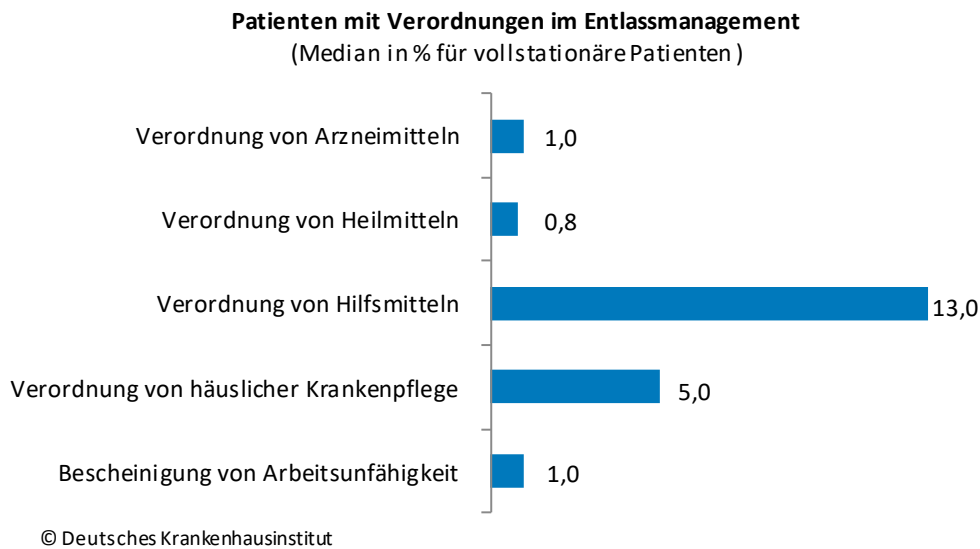


Abb. 67: Patienten mit Verordnungen im Entlassmanagement (1. Quartal 2018)

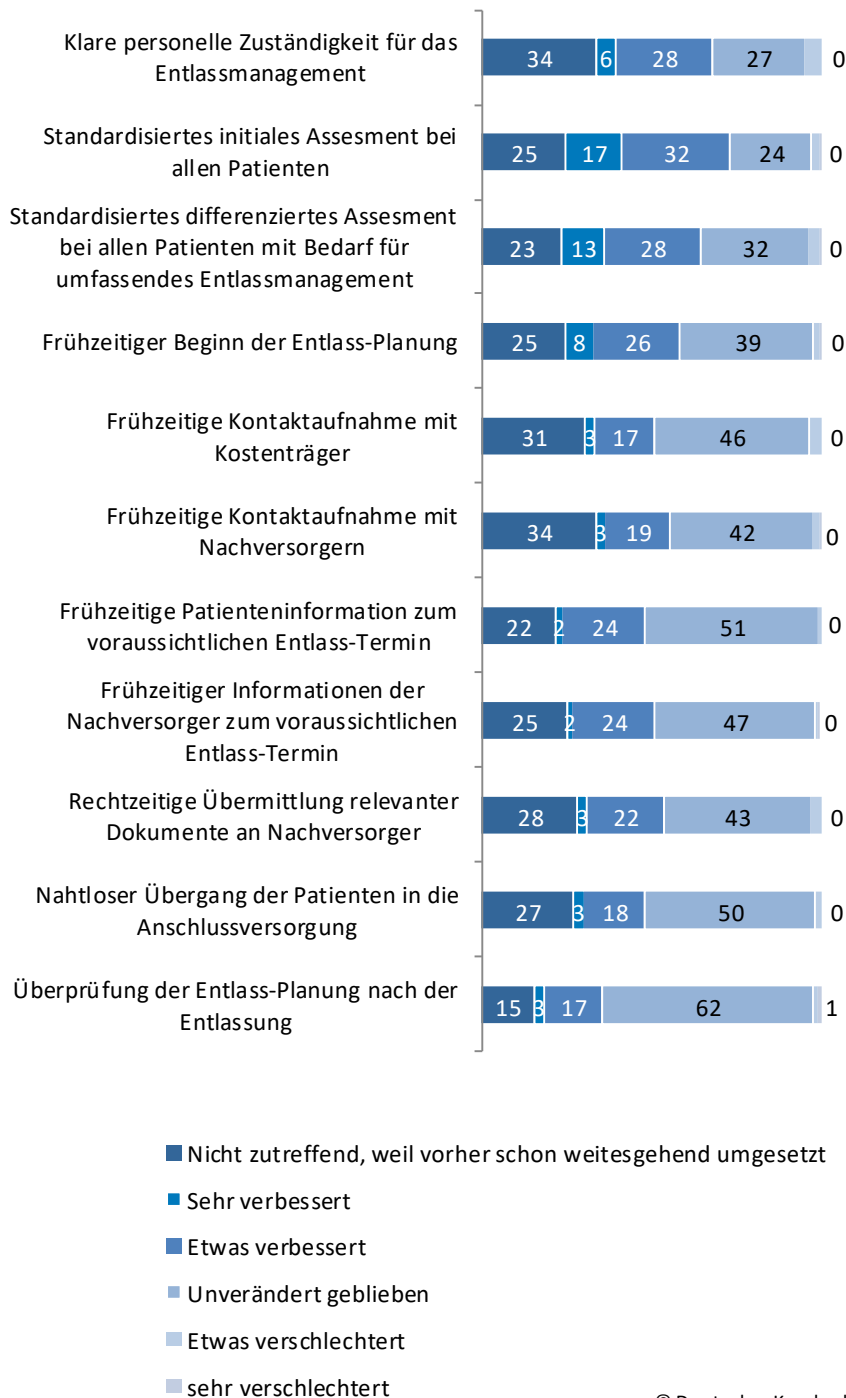
7.7 Veränderungen durch den Rahmenvertrag

Abschließend zu diesem Fragenkomplex sollten die Teilnehmer angeben, inwieweit sich ihrer Auffassung nach auch infolge der Regelungen des Rahmenvertrages das Entlassmanagement in ihren Häusern verändert habe. Die entsprechenden Häufigkeiten zu den erhobenen Aspekten können im Einzelnen der Abb. 68 entnommen werden.

Demnach hat der Rahmenvertrag bei den meisten Krankenhäusern bislang zu keinen Veränderungen oder nur zu leichten Verbesserungen geführt. Relevante Anteile der Krankenhäuser waren vom Rahmenvertrag allerdings kaum betroffen, weil sie die entsprechenden Regelungen, laut Selbsteinschätzung, schon vorher weitestgehend umgesetzt hatten.

⁴ Angesichts dieses vordergründig sehr hohen Wertes muss letztlich offen bleiben, inwieweit hier die Angaben nur begrenzt reliabel sind oder der Komplexität des Hilfsmittelverzeichnisses geschuldet sind, das zahlreiche und heterogene Produktgruppen umfasst.

**Veränderungen im Entlassmanagement durch
Rahmenvertrag**
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 68: Veränderungen im Entlassmanagement durch Rahmenvertrag (Häufigkeiten 1. Quartal 2018)



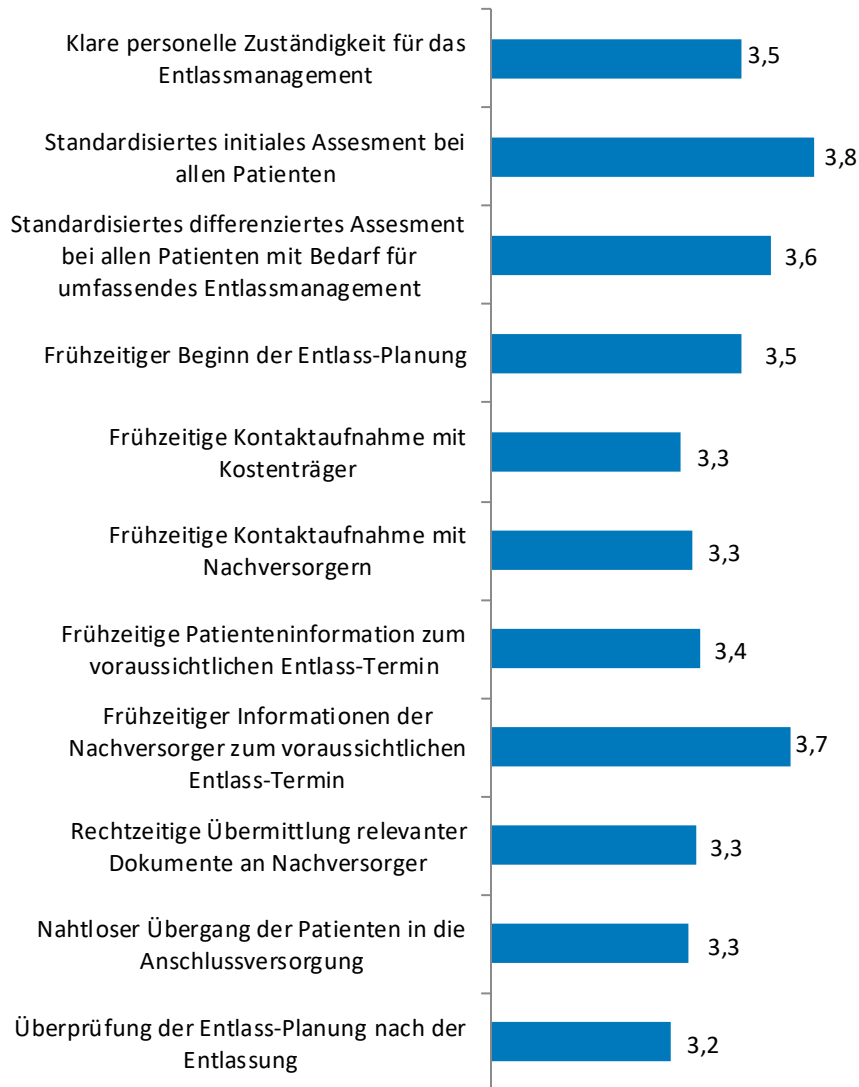
Dies betrifft insbesondere klare personelle Zuständigkeiten für das Entlassmanagement sowie die frühzeitige Kontaktaufnahme mit Kostenträgern und Nachversorgern. Jeweils mehr als 30 % konstatieren hier einen relativ hohen Umsetzungsgrad noch vor Inkrafttreten des Rahmenvertrages. Verglichen damit werden die vorherige Umsetzung frühzeitiger Patienteninformation zum Entlassmanagement und vor allem der Überprüfung der Entlassplanung nach der Entlassung, z. B. durch Kontaktierung von Patienten oder Nachversorgern, kritischer gesehen.

Für die übrigen Häuser, welche die aufgeführten Vorgaben des Rahmenvertrages bislang noch nicht weitestgehend umgesetzt sahen, zeigt Abb. 69 die durchschnittlichen Veränderungen im Entlassmanagement infolge des Rahmenvertrages. Demzufolge hat der Rahmenvertrag in diesen Häusern im Durchschnitt eher positive Auswirkungen gehabt, insofern alle Mittelwerte oberhalb des Indifferenzwertes liegen.

Die größten Verbesserungen sind demnach vor allem bei der Durchführung eines standardisierten initialen Assessments bei allen Patienten bzw. eines differenzierten Assessments bei Patienten mit Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement sowie der frühzeitigen Information der Nachversorger zum voraussichtlichen Entlasstermin zu beobachten. Auch mit Blick auf die personellen Zuständigkeiten für das Entlassmanagement und den frühzeitigen Beginn der Entlassplanung resultieren überdurchschnittliche Werte.

Bei den anderen erfragten Aspekten fallen die Verbesserungen im Mittel geringer aus. Dies betrifft etwa die Kooperation mit den Kostenträgern und Nachversorgern sowie die Überprüfung des Entlassmanagements nach der Entlassung.

Veränderungen im Entlassmanagement durch Rahmenvertrag
 (Mittelwerte auf einer Skala von 1-5 für Krankenhäuser mit Angaben)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 69: Veränderungen im Entlassmanagement durch Rahmenvertrag (Mittelwerte 1. Quartal 2018)



Literaturverzeichnis

- Beume, C., Porten, S. (2014). Komplexbehandlungen und Strukturprüfungen durch die Krankenkassen und den MDK. Das Krankenhaus. Nr. 11, 1044-1051.
- Blum, K., Offermanns, M. (2018). Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030. www.dki.de
- Blum, K. (2017). Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin. www.dki.de
- Borchart, D. Galatsch, M. Dichter, M., Schmidt, S.G. Hasselhorn, H.M. (2011/08). Warum Pflegende ihre Einrichtung verlassen, <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1>
- Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) (2017). Schutz Kritischer Infrastrukturen durch IT-Sicherheitsgesetz und UP KRITIS. www.bsi.bund.de
- Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) (2016). Das IT-Sicherheitsgesetz Kritische Infrastrukturen schützen. www.bsi.bund.de
- Chen, Y. & Johantgen, M. (2010). Magnet Hospital attributes in European hospitals: a multilevel model of job satisfaction. International Journal of Nursing Studies, 47, (8), 1001-1012.
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2017). *Krankenhaus Barometer*. Düsseldorf. www.dki.de
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2016). *Krankenhaus Barometer*. Düsseldorf. www.dki.de
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2014). *Krankenhaus Barometer*. Düsseldorf. www.dki.de
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2013). *Krankenhaus Barometer*. Düsseldorf. www.dki.de
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2007). *Krankenhaus Barometer*. Düsseldorf. www.dki.de
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. www.dnqp.de
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2015): Produkt- und Leistungsbeschreibung der klinischen Sozialarbeit. (DVSG, 2015). Berlin: DVSG
- Estryn-Behar M., van der Heijden B., Fry C., Hasselhorn H.-J (2010). Longitudinal Analysis of Personal and Work-Related Factors Associated With Turnover Among Nurses. Nursing Research. Vol 59, No 3, 166–177



Hans-Böckler-Stiftung (2010). Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege. Arbeitspapier 215. Düsseldorf.

Löffert, S., Golisch, A. (2013). Alter(n)sgerechtes Arbeiten im Krankenhaus. Düsseldorf. www.dki.de

Nolting, HD., Grabbe, Y., Genz, O. & Kordt, M. (2006). Beschäftigtenfluktuation bei Pflegenden: Ein Vergleich der Bedeutung von arbeitsbedingtem Stress, organisationalen und individuellen Faktoren für die Absicht zum Berufswechsel und zum innerberuflichen Arbeitsplatzwechsel. In: Pflege, 19. Verlag Hans Huber ISSN (online) 1664-283X

Schmalenberg C., Kramer M. (2008). Essentials of a Productive Nurse Work Environment. Nursing Research. Vol 57, No 1, 2–13.

Van den Heede, K., Florquin M, Bruyneel L, Aiken L, Diya L, Lesaffre E, Sermeus W. (2011). Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: A mixed method study. International Journal of Nursing Studies, xx,(x), x-x DOI.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.12.001