

Innovationspanel2010/2011.

Klinikwirtschaft.NRW

Ergebnisse einer Befragung nordrhein-westfälischer Krankenhäuser
zu ihren Modernisierungsthemen und -projekten im Jahr 2010/2011

Erstellt im Auftrag des Clusters Gesundheitswirtschaft.NRW durch:



Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Auftragnehmer)

Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051 – 56 oder 17
Email: karl.blum@dki.de

in Zusammenarbeit mit:



Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule

Munscheidstr. 14
45886 Gelsenkirchen
Tel: 0209 / 1707-121
Fax.: 0209 /1707-245
Email: evans@iat.eu



ZIG – Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL

Jahnplatz 5
33602 Bielefeld
Tel.: 0521 / 329860-12
Fax.: 0521 / 329860-49
Email: borchers@zig-owl.de

Autoren/-innen: Dr. Karl Blum, Uwe Borchers, Michaela Evans, Dr. Sabine Löffert

gefördert vom:

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



unterstützt durch:



EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung



Inhaltsverzeichnis

1	ZUSAMMENFASSUNG	5
2	EINLEITUNG	7
2.1	AUSGANGSLAGE	7
2.2	EINE ERWEITERTE PERSPEKTIVE AUF KRANKENHÄUSER– FOKUS „KLINIKWIRTSCHAFT“	8
2.3	ZIELSETZUNG DES INNOVATIONSPANEL2010/2011.KLINIKWIRTSCHAFT.NRW	10
2.4	INHALTE.....	12
2.5	METHODIK.....	14
3	LEISTUNGSPORTFOLIO AM STANDORT	18
3.1	AMBULANTE ÄRZTLICHE LEISTUNGEN.....	18
3.2	INTEGRIERTE VERSORGUNG	21
3.3	DISEASE MANAGEMENT PROGRAMME (DMP)	22
3.4	BESONDERE AKZENTE IM UND NEBEN DEM PLANANGEBOT.....	23
3.5	ZENTRENBILDUNG.....	32
3.6	ZUSAMMENFASSUNG	35
4	RÄUMLICHE VERDICHTUNG UND KOOPERATIONSVERHALTEN	36
4.1	KOOPERATIONEN MITTELS PATIENTENÜBERLEITUNGSMANAGEMENT.....	36
4.2	KOOPERATIONEN MIT PARTNERN VERSCHIEDENER BEREICHE	40
4.3	ZUSAMMENFASSUNG	46
5	INNOVATIONSFELDER UND PROJEKTE DER KLINIKWIRTSCHAFT	48
5.1	INNOVATIONSZIELE	48
5.2	INNOVATIONSAKTIVITÄTEN	49
5.3	INNOVATIVE PROJEKTE DER KRANKENHÄUSER	56
5.4	FORSCHUNGSAKTIVITÄTEN.....	63
6	TRENDS	64
6.1	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION DES KRANKENHAUSES	64
6.2	INVESTITIONSVORHABEN	66
7.	DISKUSSION	67
7.1	LEISTUNGSPORTFOLIO.....	67

7.2	RÄUMLICHE VERDICHTUNG UND KOOPERATIONSVERHALTEN.....	68
7.3	INNOVATIONSFELDER UND PROJEKTE DER KLINIKWIRTSCHAFT.....	70
7.4	TRENDS	71
7.5	FAZIT	71
TABELLENVERZEICHNIS		75
ABBILDUNGSVERZEICHNIS		76
LITERATUR		78
PROJEKTBEGLEITENDE ARBEITSGRUPPE.....		79

1 Zusammenfassung

Der Terminus „Klinikwirtschaft“ erweitert in Nordrhein-Westfalen die Perspektive des traditionellen Krankenhauswesens derart, dass auch leistungsbezogene Verflechtungsbeziehungen der Krankenhäuser zu vor- und nachgelagerten Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft mit in den Blick genommen werden. An der vorliegenden repräsentativen Krankenhausbefragung beteiligten sich 2010/2011 insgesamt 95 Krankenhäuser aus NRW. Die Befragung wurde in Kooperation von ZIG – Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe (Bielefeld), dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI, Düsseldorf) sowie dem Institut für Arbeit und Technik (IAT, Gelsenkirchen) durchgeführt.

Vorab zwei wichtige Bemerkungen, die für die weiteren Ausführungen relevant sind: 1. „Innovation“ im Sinne der durchgeführten Befragung ist nicht notwendigerweise die Entwicklung, Umsetzung oder Etablierung grundlegend neuer Strukturen, Prozesse oder Technologien in und unter Beteiligung von Krankenhäusern. Denn was für einzelne Häuser längst zum Standard gehört, kann wiederum für andere Einrichtungen noch Neuland sein. „Innovation“ im Sinne der Ziele des Innovationspanels 2010/2011.Klinikwirtschaft.NRW ist demnach primär als „Modernisierung“ der Krankenhauslandschaft in NRW zu verstehen. 2. Die nachfolgende Studie fokussiert Krankenhäuser nicht ausschließlich im planungsrechtlichen Sinne, d.h. unter alleiniger Berücksichtigung planungsrechtlich zugewiesener Versorgungsaufgaben. Das „Innovationspanel.Klinikwirtschaft“ untersucht Krankenhäuser vielmehr in ihrer Eigenschaft als betriebliche (technisch-organisatorischer Kontext) und unternehmerische (rechtlicher Kontext) Einheit mit ihren Handlungsoptionen.

Ziel der Untersuchung war es, bewusst einen Blick in die Breite und Vielfalt der Modernisierung der Krankenhäuser in NRW zu wagen. Dies bedeutet in der Folge, dass die vorliegenden Daten lediglich einen ersten Zugriff zur Thematik darstellen und in erster Linie hypothesenbildenden Charakter haben. Durch ergänzende, vor allem qualitative Forschungsmethoden (z.B. Fallstudien), sollten die im Innovationspanels 2010/2011.Klinikwirtschaft.NRW erarbeiteten Ergebnisse im Nachgang vertiefend untersucht werden.

Das Innovationspanel 2010/2011.Klinikwirtschaft.NRW zeigt nachdrücklich die Bedeutung der Krankenhäuser für die regionale Gesundheitsversorgung über die stationäre Patientenversorgung hinaus. Auf der einen Seite diversifizieren die Krankenhäuser ihr Leistungsangebot zusehends. Demnach werden im Krankenhaus zusätzlich zur vollstationären Akutbehandlung eine Reihe unterschiedlichster Gesundheitsleistungen unter einem Dach vorgehalten,

etwa in den Bereichen ambulante ärztliche Versorgung, Pflege, Rehabilitation und Prävention. Auf der anderen Seite zeigen sich auch veränderte Kooperationsbeziehungen zu vor- und nachgelagerten Leistungs- und Versorgungsbereichen. So etablieren die Krankenhäuser sukzessive ein abgestimmtes Überleitungsmanagement mit zahlreichen anderen Kliniken, Sozial- und Gesundheitseinrichtungen. Darüber hinaus gehen die Krankenhäuser gezielt weitergehende Kooperationen mit anderen Unternehmen und Branchen ein, etwa im Bereich der Finanzierung, Logistik, Konzeptentwicklung, Personalgestaltung und -qualifizierung.

Die Krankenhäuser in NRW sind auf zahlreichen Innovations- bzw. Modernisierungsfeldern aktiv. Dabei werden Innovationen primär auf Basis ihres aktuellen Status-quo definiert, also als (ggf. größere) organisatorische, infrastrukturelle und/oder technologische Weiterentwicklungen im eigenen Haus. Oberster Maßstab der Innovationsaktivitäten ist dabei die Erhöhung des Patientennutzens bei verbesserter Organisation und gesteigerter Wirtschaftlichkeit. In der Summe über alle erfassten Innovationsfelder sind zahlreiche Projekte realisiert, konkret geplant oder in der Entwicklung. Sie belegen damit die hohe Innovationsdynamik der Krankenhausversorgung in NRW. Schwerpunkte bilden die Verbesserung des Ambientes, der Bau neuer Funktionsbereiche und die Einführung eines patientenbezogenen Fallmanagements, die Versorgungsqualität und das Prozess- und Personalmanagement. Die inhaltliche Vielfalt der Projekte spiegelt gleichzeitig die Heterogenität des Innovationsgeschehens in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern wider.

2 Einleitung

2.1 Ausgangslage

Die 413 Krankenhäuser¹ in Nordrhein-Westfalen sind mit über 230.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Stand 2009) ein bedeutendes Rückgrat der medizinischen Versorgung. Nach wie vor werden die Krankenhäuser vor allem als Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und als lokale Infrastruktureinrichtungen betrachtet. Faktisch leisten die Einrichtungen nicht nur einen Beitrag zur Sicherstellung der regionalen Gesundheitsversorgung, sondern sie entwickeln darüber hinaus auch spezifische Innovations- und Investitionsstrategien, mit denen sie ihr Leistungsspektrum und ihre Angebote der Gesundheitsversorgung als zukunftsweisende Geschäftsfelder positionieren und einen Beitrag zur regionalen Wirtschaft leisten.

Die Krankenhäuser als Unternehmen haben ein systematisches Interesse daran, neben ihren stationären Kernleistungen erstens innovative Angebote zu entwickeln, zweitens sich mit ihrem (regionalwirtschaftlichen) Umfeld stärker zu vernetzen und drittens ihr Leistungsangebot zu diversifizieren, etwa im Bereich der ambulanten Versorgung. Dafür hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren Voraussetzungen geschaffen, etwa mit der Integrierten Versorgung (IV), dem ambulanten Operieren, der Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhausärzte oder der Gründung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ).

Stärker noch als in der Vergangenheit ist zu erwarten, dass Krankenhäuser das Versorgungsgeschehen einer Region mit organisieren und nicht nur Sektoren übergreifende Angebote entwickeln, sondern auch konkrete Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Ärztenetzen sowie Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen ausbauen. Krankenhäuser gestalten Gesundheit in der Region, indem sie auch ursprünglich „institutionen-fremde“ Leistungen und Angebote in ihr Portfolio übernehmen²

¹ Die Zahl der hier erfassten Krankenhäuser (allgemeine und sonstige Krankenhäuser) ist nicht identisch mit den im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommenen Krankenhäusern gemäß § 12 KHGG NRW. Erfasst werden alle Krankenhäuser einschließlich der mit ihnen verbundenen Ausbildungsstätten mit Ausnahme der Krankenhäuser im Straf- und Maßregelvollzug. Grundlage ist der Statistische Bericht „Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2009“ (IT.NRW 2010).

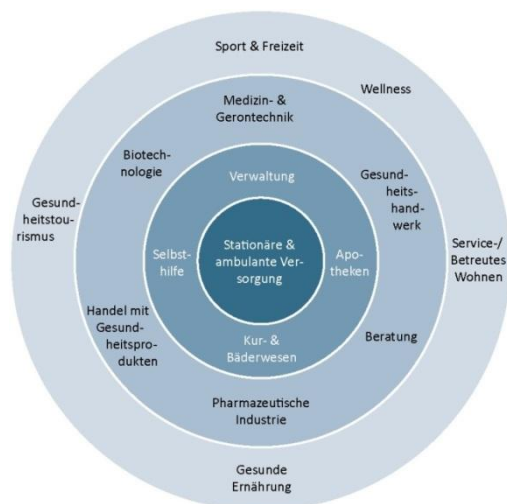
² Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft: Für eine hochwertige und flächendeckende Gesundheitsversorgung, innovative Medizin und moderne Arbeitsplätze in Krankenhäusern. Berlin 2009 (www.dkgev.de)

2.2 Eine erweiterte Perspektive auf Krankenhäuser– Fokus „Klinikwirtschaft“

Die Entwicklung regionaler Gesundheitsstrukturen fokussiert maßgeblich auf zwei Gestaltungsdimensionen, die integriert gedacht werden müssen:

- auf die *Gestaltung regionaler Gesundheitsräume*, in deren Fokus die Optimierung der Versorgungsqualität, der Herstellung von Transparenz zu verfügbaren Angeboten und Leistungen sowie die Sicherung des Zugangs der Bevölkerung zu innovativen Gesundheitsdiensten stehen.
- auf die *Gestaltung regionaler (Gesundheits)-Wirtschaftsräume*, womit die Realisierung von wirtschaftlich relevanten Modernisierungs- und Innovationsleistungen in das Zentrum der Aufmerksamkeit rückt. Neue regionale Arrangements für „Gesundheit“ können in dieser Perspektive als räumliche Reorganisation u.a. von Kapital, Arbeit und Flächen verstanden werden.

Die Gestaltung regionaler Gesundheitsversorgung lässt sich dementsprechend als Komplexaufgabe – *cross cutting issue* – (Martin 2000) definieren, an der unterschiedliche individuelle und kollektive, lokale, bundesweite und sogar internationale Akteure, öffentliche, halb-öffentliche und private Organisationen beteiligt sind. Restrukturierungsprozesse beschränken sich nicht auf solitäre Lösungen, sondern erforderlich sind vielfach Netzwerkanrangements, (geschäftsfähige) Kooperationen und strategische Allianzen.



zeitwirtschaft):

Modell der Gesundheitswirtschaft
(Quelle: Institut Arbeit und Technik)

Das links stehende Modell fokussiert auf die Verflechtungsbeziehungen der stationären Gesundheitsversorgung mit ihrem wirtschaftlichen Umfeld. Erfasst werden sowohl der Kernbereich des traditionellen Gesundheitswesens (z.B. stationäre und ambulante Versorgung, Selbsthilfe, Kurwesen), als auch vor- und nachgelagerte Einrichtungen (z.B. Medizintechnik, Biotechnologie, Pharmazeutische Industrie) sowie Anbieter gesundheitsnaher Produkte und Dienstleistungen (z.B. Betreutes Wohnen, Gesundheitstourismus, Frei-

Die Perspektive „Klinikwirtschaft“ eröffnet vor diesem Hintergrund eine integrierte Perspektive der Entwicklungsdimensionen und -chancen von Krankenhäusern in der regionalen Gesundheitsversorgung. Insbesondere in der angloamerikanischen Literatur lässt sich ein intensiver Diskurs zu den regionalwirtschaftlichen Perspektiven und den Exportchancen von Krankenhäusern nachzeichnen. Die Beiträge fokussieren auf die Bedeutung der Krankenhäuser für die lokale Wirtschaft, rücken interregionale Wirtschaftsbeziehungen sowie die ökonomischen Effekte der Einrichtungen auf die wirtschaftliche Entwicklung insgesamt in den Fokus. (Nelson 2009; Cordes et al. 1999; Erickson et al. 1986).

Krankenhäuser präsentieren sich angesichts dessen vielfach als Initiatoren neuer Versorgungslösungen und als Treiber der Regionalwirtschaft:

- Krankenhäuser präsentieren sich vielerorts als die größten Arbeitgeber und Anbieter von Gesundheitsleistungen der lokalen/regionalen Gesundheitswirtschaft.
- Krankenhäuser zeichnen sich durch vielfältige Kooperationsbeziehungen mit vor- und nachgelagerten Versorgungseinrichtungen aus. Hierzu zählen nicht nur niedergelassene Haus- und Fachärzte, sondern auch Einrichtungen z.B. der ambulanten und stationären Rehabilitation oder der Altenhilfe. Die Kooperationsbeziehungen müssen sich keineswegs nur lokal niederschlagen, sondern können sich auch interregional oder gar international aufspannen.
- Krankenhausstandorte sind vielfach primärer Anlaufpunkt und quartiersbezogener Entwicklungsraum für gesundheitliche Beratung, Begleitung, Untersuchung und Behandlung. Akut medizinische Angebote der Krankenhäuser am Standort werden um Satelliten-Leistungen aus den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Medical Wellness oder Pflege/Betreutes Wohnen ergänzt. Teils integrieren die Einrichtungen oder ihre Träger entsprechende Dienste selbst in ihr Leistungsportfolio, teils erfolgt die Verlängerung der Wertschöpfungskette über die Ansiedlung entsprechender Unternehmen und Anbieter am Standort.
- Krankenhäuser realisieren mit vor- und zuliefernden Unternehmen, v.a. aus den Feldern der Life Sciences (Biomedizin, Medizintechnik, Biotechnologie), der IT- oder Logistikwirtschaft, Kooperationen und Systemlösungen. Im Zentrum des aktuellen Modernisierungsgeschehens steht nicht zuletzt die Frage, wie Krankenhäuser mitsamt ihrer Infrastruktur – von der Flächenbewirtschaftung, der Gebäudetechnik und In-

standhaltung, der Leistungsbereiche (Labor, Apotheke, Radiologie, Küche, Wäscherei, etc.), der Kommunikations- und Informationstechnik bis hin zur Logistik, Energieversorgung und Abfallwirtschaft – wirtschaftlich und unternehmerisch zu betreiben sind. Hospital Engineering und Facility Management (FM) gelten mittlerweile nicht mehr als reine Kostenverursacher, sondern als Schlüsselbereiche klinischer Innovation und betriebswirtschaftlicher Rettungsanker.

Untersuchungen zu den regionalwirtschaftlichen Effekten wurden in der Vergangenheit etwa von Speiser (1995) vorgelegt. Die Studien lieferten Hinweise auf die indirekten Beschäftigungswirkungen von Krankenhäusern. Im Ergebnis wurde ein Beschäftigungsmultiplikator von 1,5 ermittelt, d.h. auf jeden Arbeitsplatz im Krankenhaus (Vollkräfte) entfallen 0,5 Arbeitsplätze (ebenfalls auf der Basis von Vollkräften) im regionalwirtschaftlichen Umfeld. Neuere Untersuchungen zu indirekten Beschäftigungseffekten der Krankenhäuser bestätigen die Effekte im regionalwirtschaftlichen Umfeld (SMI 2009).

Ausgehend hiervon besteht ein wissenschaftliches Interesse daran, sich eingehender nicht nur mit den quantitativen Effekten, sondern auch mit qualitativen Dimensionen des Erneuerungsgeschehens und den spezifischen Innovations- und Investitionsstrategien der Krankenhäuser auseinanderzusetzen. Krankenhäuser sind unverzichtbare Basiseinrichtungen der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, sie schaffen die Voraussetzungen für funktionierende Wirtschaftsräume und sind Teil dieser. Ausgehend von diesen konzeptionellen Überlegungen werden nachfolgend Ziele und Inhalte des Innovationspanel2010/2011.Klinikwirtschaft.NRW beschrieben.

2.3 Zielsetzung des Innovationspanel2010/2011.Klinikwirtschaft.NRW

Die nachfolgend vorgestellte Befragung wurde in Kooperation von ZIG – Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe (Bielefeld), dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI, Düsseldorf) sowie dem Institut für Arbeit und Technik (IAT, Gelsenkirchen) durchgeführt. Das „InnovationspanelKlinikwirtschaft“ kann als ein Instrument verstanden werden, das systematisch und periodisch Informationen zum Modernisierungsgeschehen der Krankenhäuser in NRW erheben soll.

Ziel des Innovationspanels³ ist es,

- Modernisierungs- und Transformationsfelder der Krankenhäuser in NRW zu identifizieren,
- die Modernisierungs- und Transformationsfelder durch Befragungskategorien abzubilden und zu operationalisieren,
- Aussagen zur Breite und Vielfalt des Modernisierungsgeschehens der Krankenhäuser in den entsprechenden Innovations- und Transformationsfeldern zu generieren,
- Hinweise zu liefern, durch welche Maßnahmen die Krankenhäuser in NRW in ihren Modernisierungsaktivitäten gestärkt werden können,
- Hinweise zu liefern, wie die Gesundheitsregionen in NRW (Aachen, Köln/Bonn, Münsterland, Ostwestfalen-Lippe, Metropole Ruhr, Südwestfalen⁴) diesen Prozess unterstützen und begleiten können.

„Innovation“ im Sinne der durchgeführten Befragung ist nicht notwendigerweise die Entwicklung, Umsetzung oder Etablierung grundlegend neuer Strukturen, Prozesse oder Technologien in und unter Beteiligung von Krankenhäusern. Denn was für einzelne Häuser längst zum Standard gehört, kann wiederum für andere Einrichtungen noch Neuland sein. „Innovation“ im Sinne der Ziele des Innovationspanels2010/2011.Klinikwirtschaft.NRW ist demnach primär als „Modernisierung“ der Krankenhauslandschaft in NRW zu verstehen. Ziel der Untersuchung war es, bewusst einen Blick in die Breite und Vielfalt der Modernisierung der Krankenhäuser in NRW zu wagen. Dies bedeutet in der Folge, dass die vorliegenden Daten lediglich einen ersten Zugriff zur Thematik darstellen und in erster Linie hypothesenbildenden Charakter haben. Durch ergänzende, vor allem qualitative Forschungsmethoden (z.B. Fallstudien), sollten die im Innovationspanels2010/2011.Klinikwirtschaft.NRW erarbeiteten Ergebnisse im Nachgang weiter vertieft werden.

³ Cluster Gesundheitswirtschaft Nordrhein Westfalen: Überlegungen für ein Innovationspanel.Klinikwirtschaft.NRW. Bielefeld 2009

⁴ Stand: Mai 2011

2.4 Inhalte

In Umsetzung dieser Zielvorgabe werden inhaltlich im Innovationspanel 2010/2011. Klinikwirtschaft.NRW. folgende Themen behandelt:

- **Leistungsportfolio Krankenhaus**

Im Krankenhaus werden zusätzlich zur vollstationären Akutbehandlung eine Reihe unterschiedlicher Gesundheitsleistungen unter einem Dach vorgehalten. Das betrifft gleichermaßen ambulante, präventive und rehabilitative Leistungen sowie Versorgungs-, Beratungs- und Serviceangebote. In der entsprechenden Geschäftsfeldanalyse oder Analyse des Leistungsportfolios geht es konkret darum, die Versorgungs- und Dienstleistungsangebote, welche in den Krankenhäusern in NRW vorgehalten werden, umfassend und detailliert zu erfassen bzw. zu beschreiben. Im Ergebnis steht eine repräsentative Bestandsaufnahme des Leistungsportfolios der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zur Verfügung.

- **Portfolio Krankenhausträger**

Viele Krankenhausträger betreiben bzw. halten nicht nur Krankenhäuser vor. Vor allem die öffentlichen und kirchlichen Krankenhausträger sind in der Regel auch Träger anderer Sozial- und Gesundheitseinrichtungen im regionalen Umfeld des Krankenhauses (z. B. Alten- und Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, Rehabilitationseinrichtungen etc.). Diese decken vielfach weite Bereiche der gemeinnützigen Sozial- und Gesundheitswirtschaft sowie öffentlicher Gesundheitsunternehmen ab. Es ist wenig darüber bekannt, inwieweit Synergien innerhalb der Trägerstrukturen bestehen. In der entsprechenden Geschäftsfeldanalyse werden daher die Kooperationsbeziehungen zwischen Krankenhaus und anderen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen desselben Trägers detailliert erfasst und beschrieben. Im Ergebnis steht eine umfassende Bestandsaufnahme der trägerinternen Kooperationsbeziehungen nordrhein-westfälischer Krankenhäuser zur Verfügung.

- **Portfolio vor- und nachgelagerter Bereiche**

Über trägereigene Einrichtungen hinaus kooperieren Krankenhäuser mit zahlreichen anderen vor- und nachgelagerten Bereichen. Das Krankenhaus ist Teil einer Wertschöpfungskette von Gesundheitsdienstleistungen und Produkten. Vorgelagerte Bereiche haben daher die

Funktion von "Zulieferern" für das Krankenhaus, das Krankenhaus ist seinerseits "Zulieferer" für nachgelagerte Bereiche. Jenseits der traditionellen vor- und nachstationären Leistungsprozesse (z. B. vertragsärztliche Versorgung, ambulante und stationäre Pflege, Rehabilitation etc.) haben sich mittlerweile zahlreiche neue und innovative Kooperationsfelder etabliert (wie Krankenhausallianzen, Kooperationen mit der Zuliefererindustrie, internationale Kooperationen etc.). In der Geschäftsfeldanalyse werden diese Kooperationsfelder zwischen Krankenhaus sowie den vor- und nachgelagerten Bereichen systematisch erfasst und beschrieben. Im Ergebnis steht eine repräsentative Bestandsaufnahme der Kooperationsbeziehungen nordrhein-westfälischer Krankenhäuser mit der Gesundheitswirtschaft ihres Umfeldes zur Verfügung.

- Innovationsprojekte der Klinikwirtschaft

Über die genannten Geschäftsfelder bzw. das Leistungs- und Kooperationsportfolio hinaus gibt es in den Krankenhäusern eine Reihe innovativer Ansätze, Modelle, Verfahren, Projekte etc., die im Innovationspanel erfasst werden. In diesem Zusammenhang werden zum einen die wichtigsten (übergeordneten) Innovationsziele der Krankenhäuser identifiziert, z. B. die Verbesserung der Versorgungsqualität oder die Erschließung neuer Geschäftsfelder. Zum anderen stellen die Krankenhäuser Inhalt und Entwicklungsstand von aus ihrer Sicht besonders innovativen Projekten dar, beispielsweise innovative Organisationsstrukturen, Prozessinnovationen sowie innovative Behandlungsmethoden und Versorgungsangebote.

- Trends in der Klinikwirtschaft

Die Gesundheits- und Klinikwirtschaft ist ein Markt, der sich auch künftig durch eine große Dynamik auszeichnen wird. Über die Darstellung des Leistungs- und Kooperationsportfolios und innovativer Projekte hinaus soll das Innovationspanel daher auch als Prognoseinstrument für künftige Trends und Entwicklungen dienen. Schwerpunkte hierbei bilden die wirtschaftliche Entwicklung der Krankenhäuser, die Entwicklung der Investitionsfähigkeit im Allgemeinen und geplante Investitionsvorhaben in neuen oder innovativen Geschäftsfeldern im Besonderen.

2.5 Methodik

Zur Vorbereitung der Studie wurden explorative Interviews mit Vertretern der nordrhein-westfälischen Klinikwirtschaft (v.a. Krankenhäuser, Vor- und Zulieferindustrie, Branchennetzwerke) geführt. Im Mittelpunkt der Gespräche standen die Identifizierung zentraler Modernisierungs- und Investitionsfelder der Klinikwirtschaft und die Sondierung einschlägiger Entwicklungstrends der Krankenhäuser. Ergänzt wurden die Vorarbeiten durch inhaltsanalytische Auswertungen einschlägiger Artikel in Fachzeitschriften der Klinikwirtschaft (u.a. KMA, KU, Das Krankenhaus) hinsichtlich der dort avisierten Innovationsthemen und -projekte. Insgesamt entstand durch dieses Vorgehen und die Expertise der beteiligten Projektpartner ein erstes Portfolio einschlägiger Modernisierungs- und Investitionsfelder, die in einem Teil der Erhebung berücksichtigt werden sollten.

Das Erhebungsinstrument zum Innovationspanel2010/2011.Klinikwirtschaft.NRW wurde unter Federführung des DKI gemeinsam von den Kooperationspartnern ZIG, IAT und DKI entwickelt. Die Entwicklungsphase des Instruments wurde von einem Projektbeirat unterstützend begleitet. Darüber hinaus wurde das Projekt auch im Rahmen der Arbeitsgruppe der nordrhein-westfälischen Gesundheitsregionen (Aachen, Köln-Bonn, Münsterland, Ostwestfalen-Lippe, Ruhrgebiet, Südwestfalen) diskutiert. Hier konnten durch die thematischen Schwerpunkte und Aktivitäten in den Gesundheitsregionen wertvolle Impulse für die Erhebung geliefert werden.⁵

Für die gute Zusammenarbeit und die konstruktive Unterstützung des Projektes möchten wir uns an dieser Stelle bei allen Mitgliedern der Projektgruppe und der Arbeitsgruppe der nordrhein-westfälischen Gesundheitsregionen herzlich bedanken.

Die Grundlage der schriftlichen Krankenhausbefragung des Innovationspanels bildete somit ein eigens hierfür entwickelter Fragebogen, welcher 12 Seiten bzw. rund 230 Items umfasste. Er war in die folgenden vier Kapitel unterteilt:

⁵ Die sechs (Stand: Mai 2011) nordrhein-westfälischen Gesundheitsregionen haben sich im Zuge des Clustermanagements Gesundheitswirtschaft.NRW auf die Durchführung sog. „Themenpatenschaften“ verständigt. Hierunter ist die thematische Federführung für ein Zukunftsfeld der Gesundheitswirtschaft zu verstehen. Die nordrhein-westfälischen Gesundheitsregionen haben sich auf folgende Themenpatenschaften verständigt: Aachen: Medizintechnik, Köln-Bonn: Gesundheit für Generationen, Münsterland: Medizinische Prävention, Ostwestfalen-Lippe: Vernetzte Versorgung, Ruhrgebiet: Klinikwirtschaft, Südwestfalen: Werkstoffe und Techniken für die Gesundheitswirtschaft. (Anm. d. V erf.)

-
- *Leistungsportfolio am Standort* (z.B. neue Versorgungsformen, ambulante ärztliche Leistungen, besondere Pflegeleistungen, Palliativversorgung, Rehabilitation, Komplementärmedizin, Prävention und Gesundheitsberatung)
 - *Räumliche Verdichtung und Kooperationsverhalten* (z.B. Kooperationen mit anderen Krankenhäusern und sonstigen stationären Einrichtungen, mit ambulanten Einrichtungen, mit der Zuliefererindustrie, mit internationalen Partnern, mit Patientenorganisationen oder mit Nachbarbranchen)
 - *Innovationsfelder und Projekte der Klinikwirtschaft* (z.B. Innovationen in den Bereichen Krankenhausbau, Versorgungsqualität, neue Geschäftsfelder, Prozess- und Personalmanagement, Logistik oder Forschung)
 - *Trends in der Klinikwirtschaft* (z.B. wirtschaftliche Entwicklung, Entwicklung der Investitionsfähigkeit, geplante Investitionsvorhaben).

Ein erster Entwurf des Erhebungsinstruments für das Innovationspanel2010/2011.Klinikwirtschaft.NRW wurde einem Pretest durch die projektbegleitende Arbeitsgruppe und ausgewählte Krankenhauspraktiker unterzogen. Die Experten sollten das Instrument auf seine Inhaltsvalidität überprüfen, etwa hinsichtlich Verständlichkeit von Fragen und Antwortformaten, Korrektheit der Terminologie und fehlenden oder ggf. redundanten Fragestellungen. Auf Basis des Pretests wurde der Fragebogen nochmals überarbeitet bzw. in Teilbereichen merklich gekürzt.

Die Erhebungsunterlagen für das Innovationspanel2010/2011.Klinikwirtschaft.NRW (Anschreiben, Fragebogen, portofreies Rückkuvert) wurden postalisch versandt und waren jeweils an die Geschäftsführung des Krankenhauses adressiert. Laut Anschreiben war es der Geschäftsführung freigestellt, den Fragebogen selbst auszufüllen oder ausfüllen zu lassen.

Auf jedem Fragebogen war eine Identifikationsnummer für das jeweilige Krankenhaus vermerkt. Diese diente zum einen der Rücklaufkontrolle. Zum anderen konnten darüber bestimmte Strukturdaten (wie Krankenhausgröße, Trägerschaft, regionale Lage etc.) aus der DKI-Krankenhausdatei zugeordnet werden, so dass diese nicht eigens erhoben werden mussten.

Sowohl im Anschreiben als auch auf dem Deckblatt des Fragebogens wurden die Befragungsteilnehmer ausdrücklich darüber informiert, dass die übermittelten Informationen streng

vertraulich behandelt und die Ergebnisse ausschließlich anonymisiert und für Gruppen zusammengefasst dargestellt werden.

Die Befragung des Innovationspanels wurde vom DKI durchgeführt und fand von September 2010 bis Dezember 2010 in drei Erhebungsphasen statt (Ersterhebung und zwei Nachfassaktionen). Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) hat sowohl in einem Rundschreiben an die Krankenhäuser als auch in einem der Nachfassaktion beigefügten Begleitschreiben auf die Erhebung aufmerksam gemacht und eine Teilnahmeempfehlung ausgesprochen. Dafür sei ihr an dieser Stelle herzlich gedankt.

Grundgesamtheit des Innovationspanel2010/2011.Klinikwirtschaft.NRW sind die 372 Allgemeinkrankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, die in einer Vollerhebung schriftlich befragt wurden. Psychiatrische Einrichtungen fanden wegen eines abweichenden Leistungs- und Kooperationsportfolios keine Berücksichtigung. Insgesamt haben 95 Allgemeinkrankenhäuser aus NRW an der Erhebung teilgenommen (Rücklaufquote: 25,5%).

Auf der einen Seite entsprach dieser Rücklauf zwar insgesamt nicht den Erwartungen: Er ist im Wesentlichen zurückzuführen auf einen unterproportionalen Rücklauf in der zahlenmäßig größten Gruppe der kleineren Krankenhäuser unter 300 Betten. Zudem tat sich, so die mündliche Rückmeldung von Nonrespondern, ein Teil der Krankenhäuser schwer, zumindest partiell vertrauliche Informationen zu ihrem Leistungs- und Kooperationsportfolio sowie ihren Innovationsfeldern preiszugeben. Auf der anderen Seite ist der Rücklauf aber hoch genug, um einen breiten und guten Überblick über die Krankenhäuser in NRW gemäß den o.g. Zielvorgaben zu vermitteln. Somit konnten insbesondere zu den zentralen Themenbereichen erstmalig auf breiter statistischer Basis grundlegende Informationen gewonnen werden.

Die vom Deutschen Krankenhausinstitut durchgeführte Erfassung und Auswertung der Erhebungsdaten für das Innovationspanel erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS.

Der Rücklauf der Erhebungsbögen variierte, wie erwähnt, in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Tabelle 1 zeigt die entsprechende Verteilung nach Bettengrößenklassen.

Tab. 1: Verteilung der Bettengrößenklassen in der Stichprobe

	Häufigkeit	Prozent
Unter 100 Betten	6	6,3
100 – 299 Betten	32	33,7
300 – 599 Betten	44	46,3
Ab 600 Betten	13	13,7
Gesamt	95	100,0

Für die Ergebnisauswertung musste die Nettostichprobe noch bearbeitet bzw. gewichtet werden. Es ist eine entsprechende Korrektur (Gewichtung) der realisierten Stichprobe durchgeführt worden, um eine repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit zu erhalten. D. h. eine Unter- bzw. Überrepräsentanz von Einrichtungen verschiedener Krankenhausgrößen wurde statistisch ausgeglichen. Die Gewichtung erfolgte also nach dem Merkmal der Krankenhausgröße mit vier Bettengrößenklassen (unter 100 Betten, 100-299 Betten, 300-599 Betten, ab 600 Betten). Die hierfür erforderliche Verteilung der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit ist in der Amtlichen Statistik hinterlegt bzw. liegt standardmäßig auch in der DKI-Krankenhausdatenbank vor.

Die Verteilung der gewichteten Stichprobe ist in Tabelle 2 zu sehen.

Tab. 2: Verteilung der Bettengrößenklassen in der gewichteten Stichprobe

	Häufigkeit	Prozent
Unter 100 Betten	9	9,4
100 – 299 Betten	46	48,3
300 – 599 Betten	34	35,8
Ab 600 Betten	6	6,5
Gesamt	95	100,0

Nach Maßgabe der genannten Gewichtung sind die Ergebnisse repräsentativ für die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser in NRW.

3 Leistungsportfolio am Standort

In diesem Teil des Innovationspanels wird umfassend und differenziert das Leistungsspektrum erfasst, das die Krankenhäuser neben der stationären Akutversorgung vorhalten. Mit Blick auf das Leistungsportfolio am Standort ist auf der einen Seite zu unterscheiden zwischen bestimmten Kernleistungen, die grundsätzlich vom bzw. im Krankenhaus erbracht werden. Dazu zählen beispielsweise die ambulanten Leistungen im Krankenhaus oder bestimmte neue Versorgungsformen (wie die Integrationsversorgung und Disease-Management-Programme). Auf der anderen Seite sind Zusatzleistungen zu nennen, die ggf. auch in enger Kooperation mit Einrichtungen des Krankenhausträgers oder anderer externer Anbieter erbracht werden können.

3.1 Ambulante ärztliche Leistungen

Die Krankenhausleistungen beschränken sich nicht auf die vollstationäre Versorgung. Vielmehr leisten die Krankenhäuser und ihre Ärztinnen und Ärzte in NRW auch einen nennenswerten Beitrag zur ambulanten ärztlichen Versorgung (Abb.:1). Dies betrifft insbesondere die ambulante Tätigkeit im Rahmen von persönlichen und Institutsermächtigungen:

Krankenhausärztinnen und -ärzte können zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung persönlich ermächtigt werden, wenn ansonsten eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten nicht sichergestellt ist. Die persönliche Ermächtigung beschränkt sich in der Regel auf ausgewählte Leistungen. 92% der befragten Krankenhäuser gaben an, dass Krankenhausärzte in ihren Einrichtungen über eine persönliche Ermächtigung verfügen.

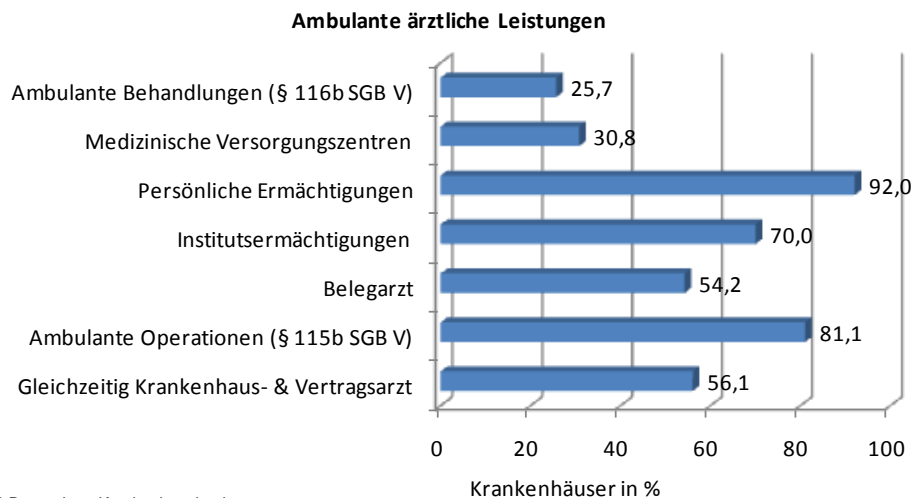


Abb. 1: Vom Krankenhaus erbrachte ambulante ärztliche Leistungen

Bei diesen Ermächtigungsleistungen handelt es sich allerdings um persönliche Leistungen des Krankenhausarztes und nicht um Leistungen des Instituts Krankenhaus. Darüber hinaus verfügen 70% der Krankenhäuser über sog. Institutsermächtigungen.

Fachliche Schwerpunkte der Institutsermächtigungen bilden die Psychiatrie, die Pädiatrie und die Onkologie (Abb.:2). Jeweils rund 20% der befragten Krankenhäuser verfügen über eine psychiatrische Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V bzw. ein sozialpädiatrisches Zentrum gemäß § 119 SGB V. Darüber hinaus haben jeweils rund 7% der Allgemeinkrankenhäuser eine Institutsermächtigung für die Psychiatrie oder die Kinder- und Jugendpsychiatrie. 15% der Institutsermächtigungen umfassen ambulante Leistungen im Bereich der Onkologie. Die übrigen 30% vorhandener Institutsermächtigungen verteilen sich auf sonstige Leistungsbereiche.

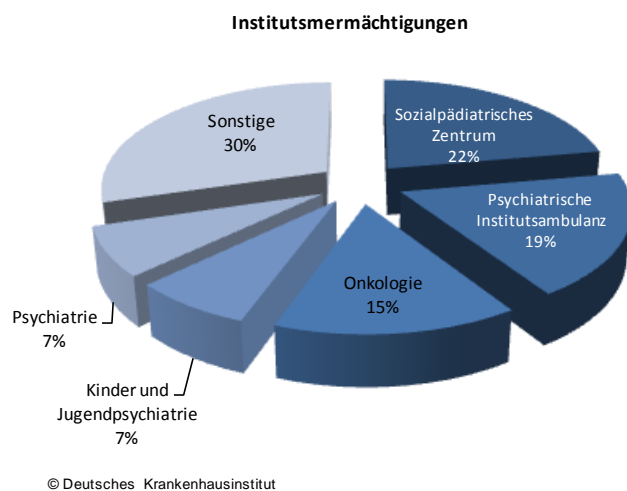


Abb. 2: Leistungsbereiche vorhandener Institutsermächtigungen

Einen weiteren Schwerpunkt der ambulanten ärztlichen Behandlung im Krankenhaus bilden ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe nach § 115b SGB V. Rund 81% der Krankenhäuser in NRW führen entsprechende Eingriffe durch.

Seit 2004 nehmen die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Hierbei handelt es sich nach § 95 SGB V um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Auch Krankenhäuser können Medizinische Versorgungszentren gründen oder an ihnen teilnehmen. Im Jahr 2010 hielten rund 30% der Krankenhäuser in NRW ein MVZ vor.

Darüber hinaus können Krankenhäuser unter bestimmten Bedingungen zur ambulanten Behandlung bei hochspezialisierten Leistungen sowie seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116 b SGB V zugelassen werden. Nach anfangs eher zögerlicher Umsetzung erbringt mittlerweile gut ein Viertel der Krankenhäuser eine ambulante Behandlung nach § 116 b SGB V.

Neben der ambulanten Behandlung im Krankenhaus bzw. durch Krankenhausärzte bestehen darüber hinaus Möglichkeiten einer vertraglich geregelten Tätigkeit von Vertragsärzten im Krankenhaus. So gibt es in gut jedem zweiten Krankenhaus in NRW (54%) eine belegärztliche Versorgung nach § 121 SGB V. Ein annähernd gleicher Prozentsatz an Krankenhäusern (56%) gab an, in ihren Einrichtungen würden Ärzte gleichzeitig als Krankenhaus- und Ver-

tragsarzt gemäß § 20 der Ärztezulassungsverordnung tätig sein. Danach können etwa Vertragsärzte zeitlich befristet auch als Angestellte im Krankenhaus arbeiten.

3.2 Integrierte Versorgung

Zur Förderung der Integrationsversorgung nach den §§ 140a ff. SGB V gab es von 2004-2008 eine Anschubfinanzierung. Zu diesem Zweck hatte jede Krankenkasse in diesem Zeitraum bis zu 1% der Krankenhausrechnungen einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung der Integrationsverträge erforderlich waren.

Diese Anschubfinanzierung ist zwar mit Jahresende 2008 ausgelaufen. Gleichwohl beteiligten sich im Jahr 2010 noch 45% der Allgemeinkrankenhäuser in Nordrhein-Westfalen an der Integrierten Versorgung (Abb.: 3). Eine nennenswerte Steigerung ist jedoch nicht mehr zu erwarten. Nur 2% der befragten Krankenhäuser gaben an, Anträge zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung gestellt zu haben oder zu planen.

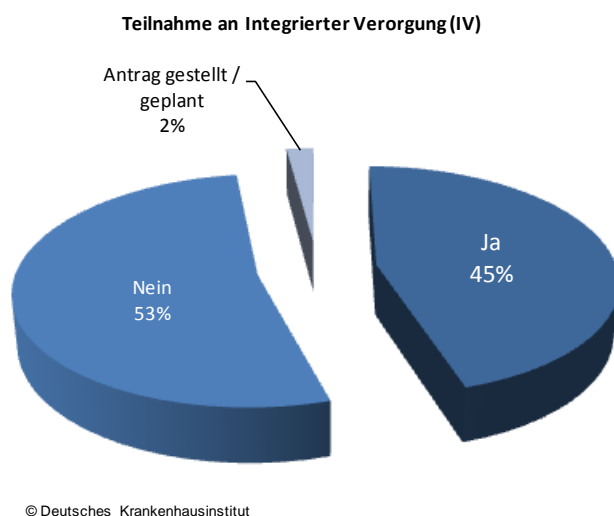


Abb. 3: Teilnahme an der Integrierten Versorgung (IV) nach den §§ 140a-d SGB V

Im Rahmen der Integrierten Versorgung kooperieren die Krankenhäuser in der Regel mit anderen Leistungserbringern (Abb.: 4). Primäre Kooperationspartner der Häuser, die einen Vertrag zur Integrierten Versorgung abgeschlossen haben, sind bislang vor allem niedergelassene Ärzte (87%) und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (73%). 45% der an der In-

tegrationsversorgung beteiligten Krankenhäuser arbeiten mit sonstigen Einrichtungen außerhalb der Krankenhausversorgung zusammen (z.B. Alten- und Pflegeheime, Pflegedienste, Ärztenetze, Physiotherapie).

Während die genannten Kooperationsformen der sektorenübergreifenden Integrationsversorgung zuzurechnen sind, fällt die Kooperation mit anderen Krankenhäusern unter die interdisziplinär-fachübergreifende Integrierte Versorgung. In diesem Sinne kooperieren immerhin 40% der NRW-Krankenhäuser mit Integrationsversorgung mit anderen Krankenhäusern.

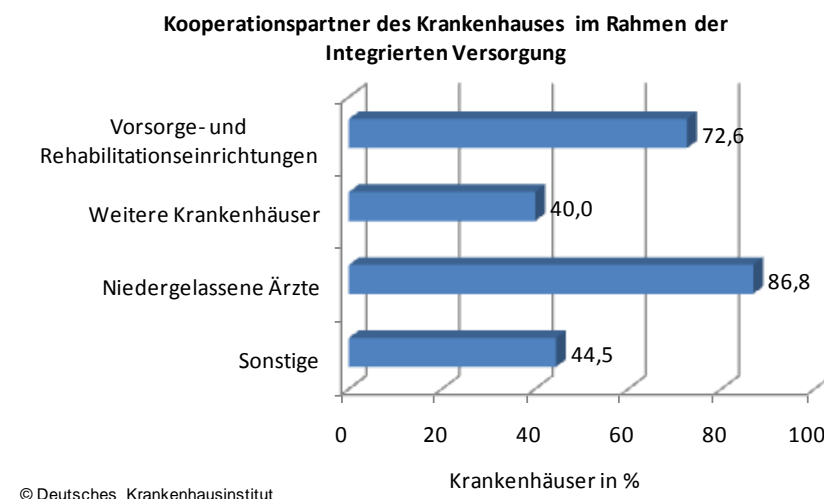


Abb. 4: Kooperationspartner des Krankenhauses im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV)

3.3 Disease Management Programme (DMP)

Durch strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137 SGB V (Disease Management Programme) soll die Behandlung chronisch Kranker verbessert werden. Bislang hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nur wenige Krankheitsbilder benannt, für die DMP entwickelt werden sollen (Diabetes mellitus, Brustkrebs, koronare Herzkrankheiten, Asthma bronchiale/chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen).

Die Beteiligung der Krankenhäuser in NRW an Disease Management Programmen fällt vergleichsweise hoch aus (Abb.: 5). So nimmt jeweils etwa jedes zweite Krankenhaus am DMP Diabetes mellitus (57%) bzw. am DMP koronare Herzkrankheiten (50%) teil. Jeweils rund ein

Drittel der Krankenhäuser beteiligt sich am DMP Brustkrebs respektive am DMP Asthma bronchiale/COPD.

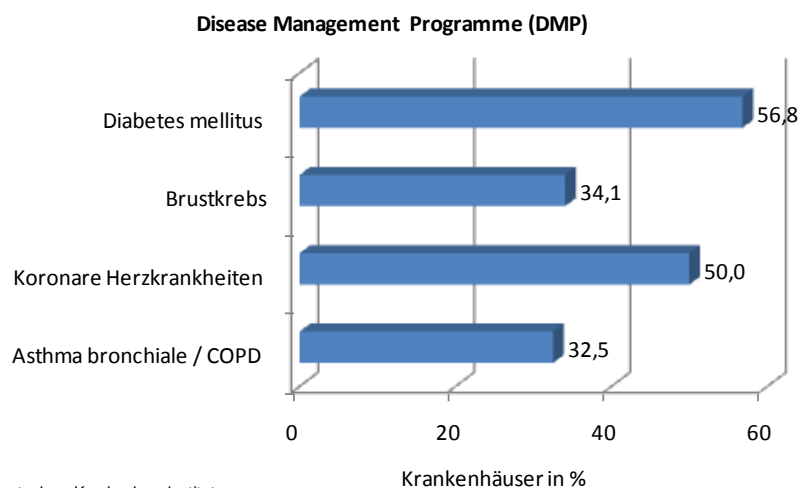


Abb. 5: Disease Management Programme (DMP) nach § 137f SGB V

3.4 Besondere Akzente im und neben dem Planangebot

Der politisch intendierte Kapazitätsabbau bei traditionellen Kernleistungen des Krankenhauses bzw. die Substitution vollstationärer Behandlungen durch andere Behandlungsformen veranlassen die Krankenhäuser, Alternativ- oder Zusatzangebote zum „klassischen“ stationären Leistungsspektrum zu entwickeln. Auch der zunehmende Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern bzw. um die Patientinnen und Patienten zwingt die Krankenhäuser dazu, ein möglichst attraktives Angebot vorzuhalten. Schließlich können durch eine verbesserte Verzahnung von Versorgungsbereichen und Leistungsangeboten Kosten gespart und die medizinische Versorgungsqualität verbessert werden. Vor diesem Hintergrund sind Ansätze zu sehen, das Krankenhausangebot zu diversifizieren bzw. Versorgungsprozesse in das Krankenhaus zu integrieren und so das Krankenhaus zum „Gesundheitszentrum“ auszubauen. Demnach werden im Krankenhaus eine Reihe unterschiedlichster Gesundheitsleistungen unter einem Dach vorgehalten, z. B. Rehabilitation, Geriatrie, stationäre Pflege und ambulante Pflegedienste bis hin zu Angeboten der Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung.

In diesem Sinne sollten die Befragungsteilnehmer des Innovationspanels angeben, welche Zusatzleistungen in ihrem Krankenhaus oder in enger Zusammenarbeit mit dem Kranken-

haus von anderen Trägern oder Anbietern erbracht werden (z. B. in den Räumlichkeiten, auf dem Gelände des Krankenhauses oder in unmittelbarer Nachbarschaft). Nachfolgend sind die Ergebnisse nach einzelnen Versorgungsbereichen zusammengefasst.

3.4.1 Besondere Pflegeleistungen

Pflegeleistungen gehören mittlerweile direkt oder indirekt zum Leistungsportfolio vieler Krankenhäuser in NRW (Abb.: 6). So gaben 38% der Befragungsteilnehmer an, vollstationäre Pflege gemäß § 43 SGB XI vorzuhalten. Davon erfolgt in 23% der fraglichen Krankenhäuser die vollstationäre Pflege in Einrichtungen des Krankenhauses selbst, z. B. in den Krankenhausräumlichkeiten oder auf dem Krankenhausgelände. Die Mehrzahl dieser Krankenhäuser (60%) erbringt vollstationäre Pflegeleistungen in enger Zusammenarbeit mit Einrichtungen des Krankenhausträgers (wie kommunale oder kirchliche Träger). Weitere 17% der Krankenhäuser kooperieren mit externen Anbietern vollstationärer Pflege anderer Träger.

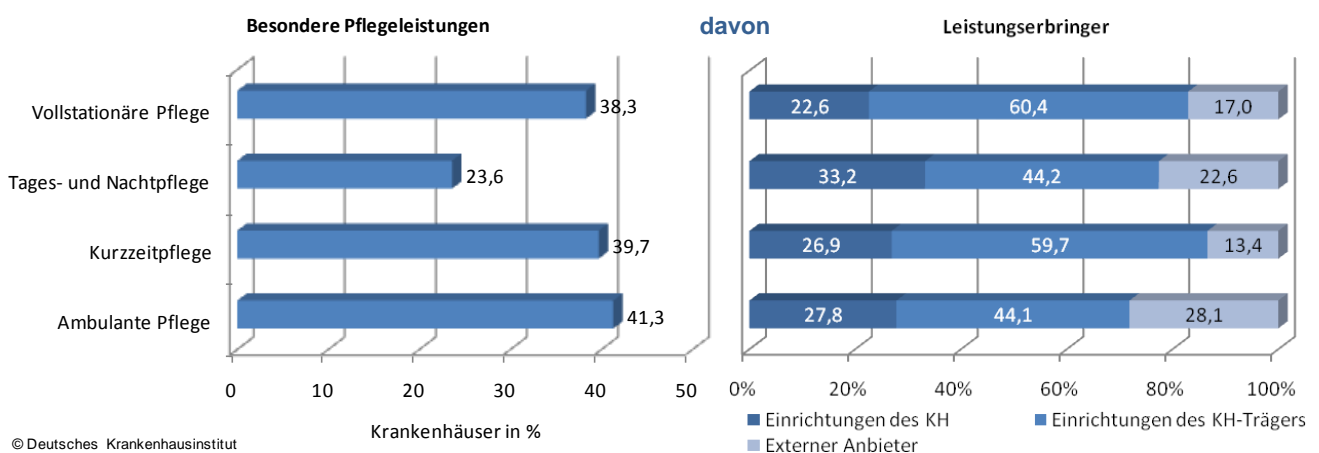


Abb. 6: Vom Krankenhaus oder in enger Zusammenarbeit mit dem Haus von anderen erbrachte besondere Pflegeleistungen

Ein annähernd gleicher Prozentsatz der Krankenhäuser (40%) bietet Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI an. Auch diese Leistungen werden mehrheitlich (60%) in enger Zusammenarbeit mit Einrichtungen des Krankenhausträgers erbracht. Verglichen damit werden teilstationäre Pflegeangebote, also die Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI, seltener angeboten (24% der Krankenhäuser in NRW).

Einen Schwerpunkt bei den besonderen Pflegeleistungen der Krankenhäuser in NRW bildet die ambulante Pflege. 41% der Krankenhäuser offerieren entsprechende Leistungen, sei es in Einrichtungen des Krankenhauses, z.B. Stützpunkte ambulanter Pflegedienste am Krankenhaus (28%), sei es über Einrichtungen des Krankenhausträgers (44%) oder anderer externer Anbieter (28%).

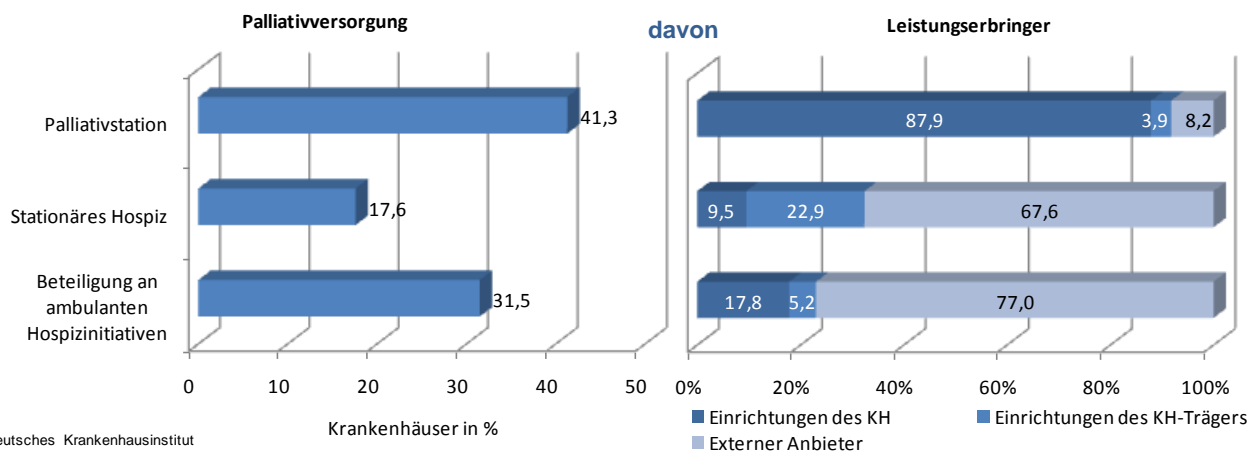
3.4.2 Palliativversorgung

Palliativmedizinische Leistungen gehören traditionell zum Leistungsspektrum der Krankenhäuser. Im Innovationspanel 2010/2011. Klinikwirtschaft.NRW beschränkte sich die Frage nach der Palliativversorgung aber ausdrücklich auf die Versorgung durch Palliativmediziner mit Zusatzweiterbildung gemäß WBO Abs. C in ausgewählten Einrichtungen (Palliativstation, Stationäres Hospiz, Beteiligung an ambulanten Hospizinitiativen/-netzen):

Demnach halten 41% der Krankenhäuser in NRW eine Palliativstation mit entsprechend qualifiziertem Personal vor. Dabei handelt es sich größtenteils (88%) um Einrichtungen des Krankenhauses, hingegen weniger um Einrichtungen des Krankenhausträgers oder anderer Anbieter (Abb.: 7).

18% der Krankenhäuser in NRW halten in ihren Räumlichkeiten ein stationäres Hospiz vor bzw. arbeiten eng mit Hospizen im Umfeld zusammen. Im Unterschied zur Palliativstation ist hier die Zusammenarbeit mit externen Anbietern außerhalb der eigenen Trägerschaft die vorherrschende Kooperationsform (68%).

Das gleiche gilt analog für die Beteiligung an ambulanten Hospizinitiativen oder –netzen. 32% der Krankenhäuser in NRW führen entsprechende Beteiligungen an.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Vom Krankenhaus oder in enger Zusammenarbeit mit dem Haus von anderen erbrachte Palliativversorgung

3.4.3 Rehabilitation

Die Krankenhäuser in NRW sind zusehends im Bereich der Rehabilitation tätig (Abb.: 8). 40% der Befragungsteilnehmer führten an, ambulante Rehabilitationsleistungen selbst oder in enger Kooperation mit anderen Leistungserbringern durchzuführen. Leistungen der Frührehabilitation werden in rund einem Drittel der Krankenhäuser erbracht. Im Unterschied zur ambulanten Rehabilitation erfolgen diese Leistungen primär in Einrichtungen des Krankenhauses selbst (72%).

Die teilstationäre Rehabilitation sowie die stationäre Rehabilitation/Anschlussheilbehandlung sind dagegen weniger verbreitet. Jeweils rund 20% der Krankenhäuser nannten diese Rehabilitationsbereiche im Innovationspanel. Dabei überwiegen enge Kooperationen mit Einrichtungen des Krankenhausträgers oder externer Anbieter.

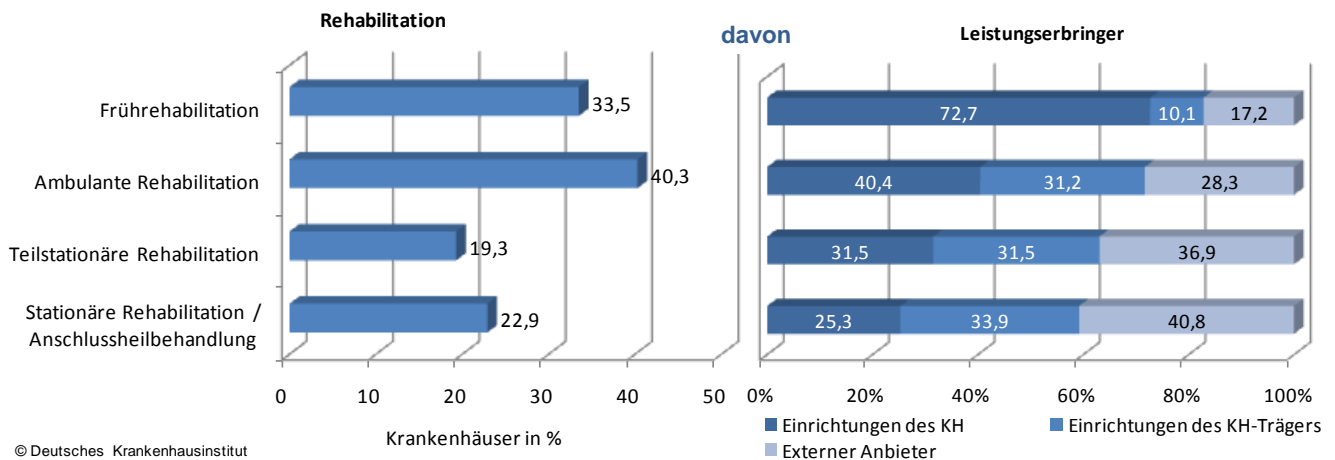


Abb. 8: Vom Krankenhaus oder in enger Zusammenarbeit mit dem Haus von anderen erbrachte Rehabilitationsleistungen

3.4.4 Geriatrische Versorgung

Bei einer alternden Bevölkerung gewinnen geriatrische Angebote zunehmend an Bedeutung. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit sie eine geriatrische Versorgung durch Geriater mit Zusatzweiterbildung gemäß WBO Abs. C in ausgewählten Einrichtungen gewährleisten können.

Bislang verfügt knapp ein Drittel der Krankenhäuser in NRW über eine stationäre geriatrische Versorgung in organisatorisch und räumlich abgrenzbaren Einheiten (z. B. Abteilung oder Station). Diese befinden sich größtenteils im Krankenhaus selbst (69%). Daneben gibt es teilweise eine enge Zusammenarbeit mit geriatrischen Einrichtungen des Krankenhausträgers oder anderer Anbieter (Abb.: 9).

23% der Krankenhäuser in NRW erbringen tagesklinische Leistungen im Bereich der Geriatrie, sei es in Einrichtungen des Krankenhauses (62%), sei es in enger Zusammenarbeit mit Einrichtungen des Krankenhausträgers oder anderer externer Anbieter (jeweils 19%).

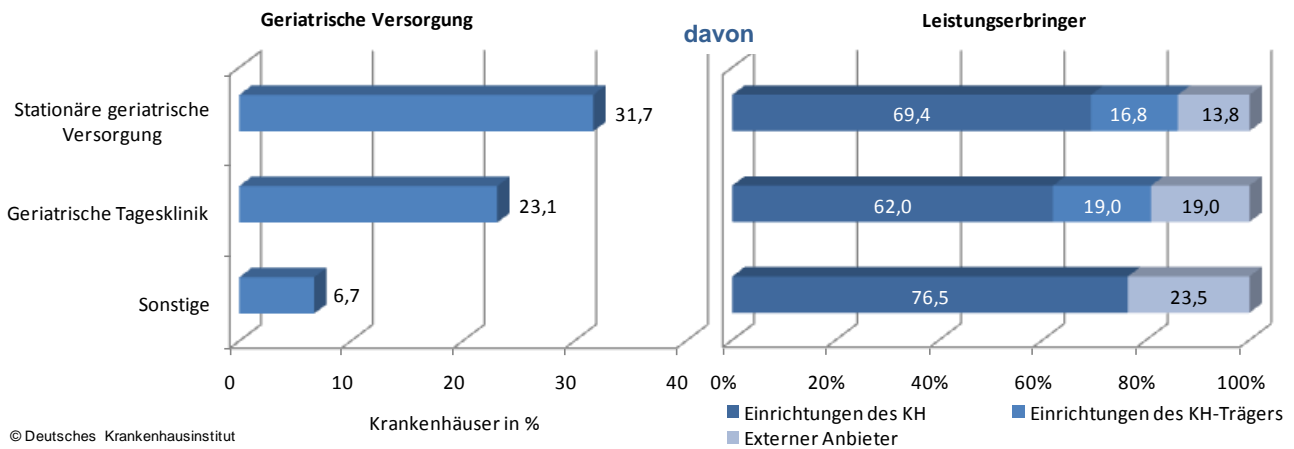


Abb. 9: Vom Krankenhaus oder in enger Zusammenarbeit mit dem Haus von anderen erbrachte geriatrische Versorgung

3.4.5 Homecare

Homecare bezeichnet die medizinische Versorgung von Patienten nach der Krankenhausentlassung oder chronisch kranker Menschen zu Hause, konkret die Hilfsmittelversorgung mit beratungsintensiven oder erklärungsbedürftigen Medizinprodukten, beispielsweise im Rahmen der künstlichen Ernährung.

41% der Krankenhäuser in NRW offerieren Stoma- und Inkontinenz-Versorgung, 32% Angebote für enterale und parenterale Ernährung sowie 21% Heim- und Peritonealdialyse. Homecareleistungen werden überwiegend in enger Zusammenarbeit mit externen Anbietern durchgeführt (Abb.: 10).

Zwischen einem Viertel (Dialyse) und gut einem Drittel (enterale und parenterale Ernährung) der Krankenhäuser mit Homecare gaben aber auch an, Homecareleistungen über Einrichtungen am Krankenhaus zu erbringen. Es wäre hier ggf. zu problematisieren, ob die entsprechenden Häuser stets zwischen Homecare und ihren stationären Leistungsangeboten unterschieden haben.

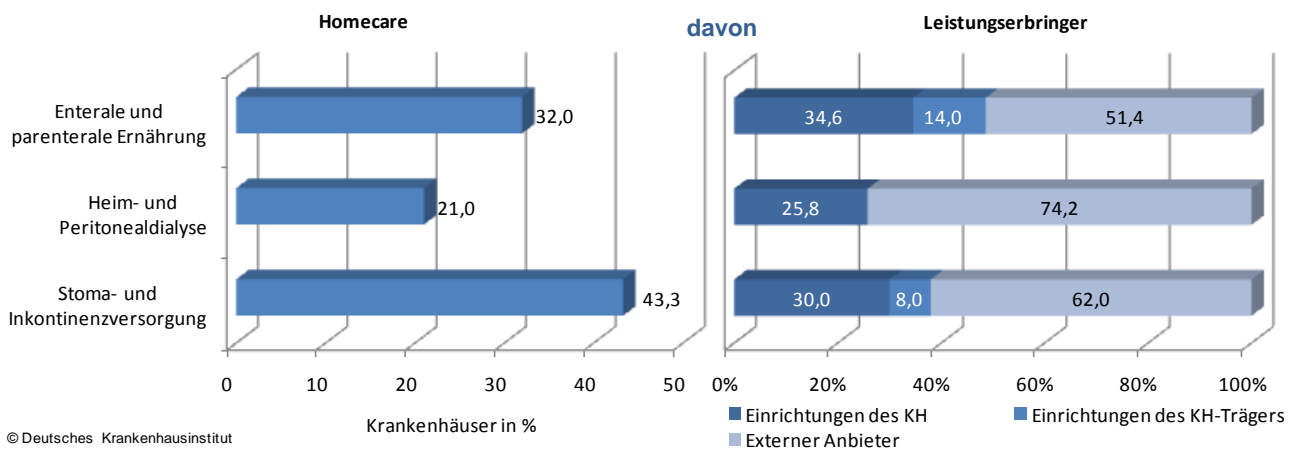


Abb. 10: Vom Krankenhaus oder in enger Zusammenarbeit mit dem Haus von anderen erbrachte Homecare-Leistungen

3.4.6 Komplementärmedizin

Zusätzlich zur klassischen „Schulmedizin“ können Krankenhäuser alternative medizinische Methoden oder Verfahren anbieten. Komplementärmedizinische Angebote sind aber in den Krankenhäusern in NRW bislang eher selektiv verbreitet:

Methoden und Verfahren der Traditionellen Chinesischen Medizin TCM (z.B. Akupunktur) gehören in 28% der befragten Krankenhäuser zum Leistungsportfolio. Naturheilverfahren kommen in 17% der Einrichtungen zum Einsatz, in weiteren 7% der Häuser andere komplementärmedizinische Verfahren (Abb.: 11).

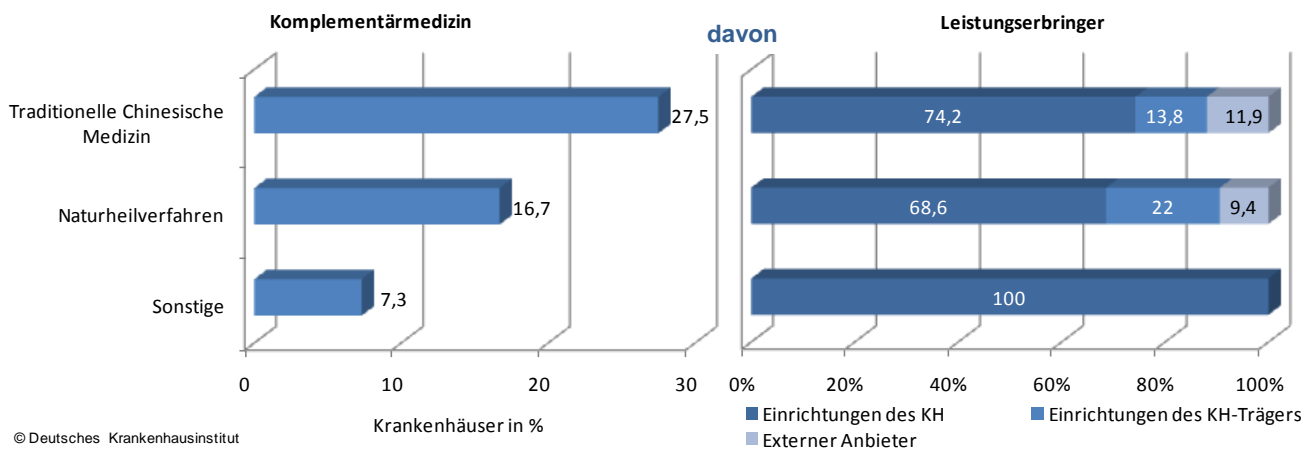


Abb. 11: Vom Krankenhaus oder in enger Zusammenarbeit mit dem Haus von anderen erbrachte Leistungen der Komplementärmedizin

Komplementärmedizinische Leistungen werden überwiegend oder vollständig in den Krankenhäusern selbst erbracht.

3.4.7 Besondere Leistungen

Zu den besonderen Leistungen gemäß Innovationspanel zählen insbesondere hotelähnliche Leistungen oder Wahlleistungen im Bereich der Unterkunft. Etwa jedes zweite Krankenhaus in NRW gab an, weitestgehend in der eigenen Einrichtung Privatstationen als organisatorisch und räumlich abgrenzbare Einheit vorzuhalten, also Zimmer oder Bereiche mit besonderem Komfort für Selbstzahler oder Privatversicherte. Darüber hinaus verfügen gut 5% der Krankenhäuser in NRW über Patienten- oder Pflegehotels (Abb.: 12).

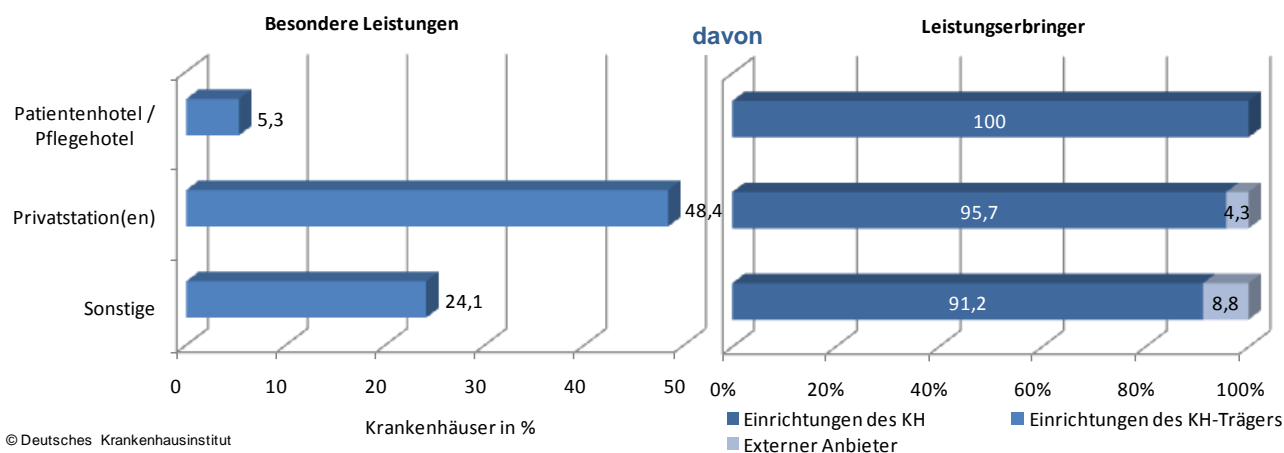


Abb. 12: Vom Krankenhaus oder in enger Zusammenarbeit mit dem Haus von anderen erbrachte besondere Leistungen

Knapp ein Viertel der befragten Krankenhäuser führte darüber hinaus sonstige besondere Leistungen an. Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier beispielhaft die folgenden Leistungen genannt: separate Besucherzimmer, Wahlleistungsmanagement, die Schulung pflegender Angehöriger oder die psycho-onkologische Beratung.

3.4.8 Prävention und Gesundheitsberatung

Neben kurativen Angeboten können Krankenhäuser auch präventive Angebote vorhalten. Diese können sich im Sinne der betrieblichen Gesundheitsförderung an die eigenen Mitarbeiter richten oder als allgemeine Angebote für alle Interessierte frei zugänglich sein. Im Innovationspanel sollten die Krankenhäuser angeben, welche Leistungen der Prävention und Gesundheitsberatung sie ausdrücklich außerhalb der stationären Krankenhausbehandlung vorhalten oder in enger Zusammenarbeit mit anderen Trägern oder Anbietern erbringen.

78% der Krankenhäuser in NRW bieten demzufolge Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung an. Weitere Schwerpunkte im Bereich Prävention und Gesundheitsberatung bilden insbesondere Sportangebote bzw. die Bewegungsschulung sowie die Ernährungsschulung oder -beratung, welche jeweils knapp 70% der Krankenhäuser vorhalten (Abb.: 13).

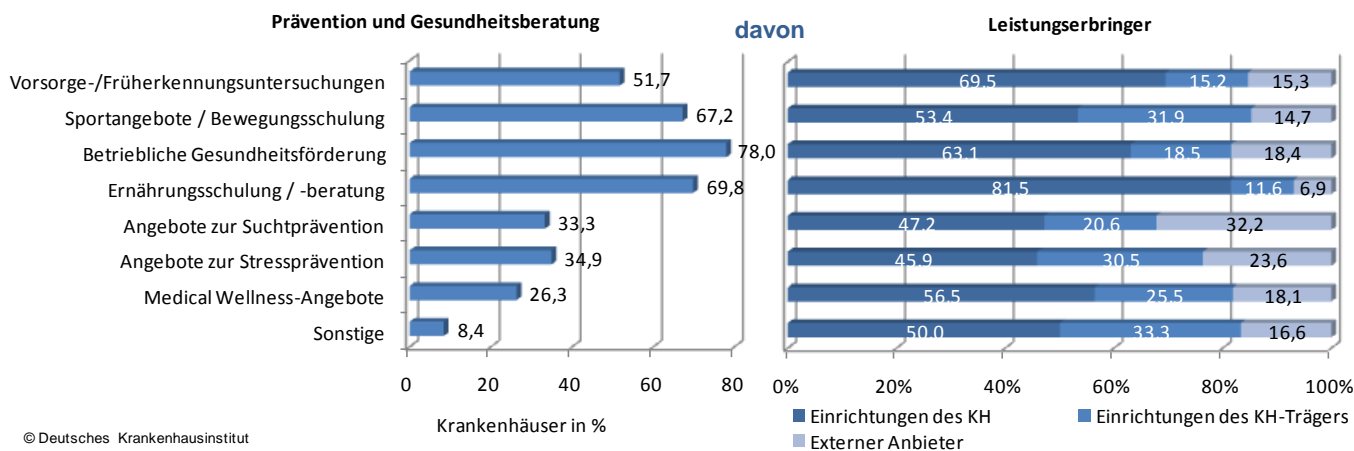


Abb. 13: Vom Krankenhaus oder in enger Zusammenarbeit mit dem Haus von anderen erbrachte Leistungen außerhalb der stationären Krankenhausbehandlung

In jeweils rund einem Drittel der Einrichtungen gibt es Angebote zur Suchtprävention oder zur Stressprävention. 26% der Krankenhäuser ordnen ihre Leistungen dem Bereich der Medical Wellness zu. Unter den sonstigen Präventions- und Beratungsleistungen dominieren Schulungen etwa für Angehörige oder Eltern.

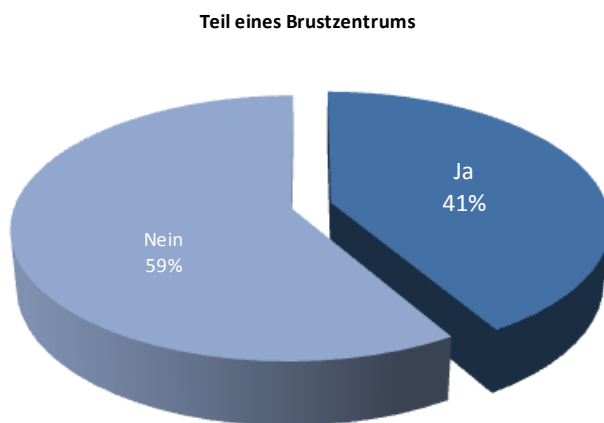
Alle Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsberatung werden, relativ gesehen, am häufigsten im oder durch das Krankenhaus selbst erbracht.

3.5 Zentrenbildung

Als Ergänzung oder Alternative zur tradierten Fachabteilungsstruktur erfolgt in deutschen Krankenhäusern zusehends die Bildung medizinischer Zentren. Krankenhausintern handelt es sich dabei um die organisatorische Zusammenfassung von ehemals eigenständigen Fachdisziplinen mit interdisziplinärer Leitung und interdisziplinärem Fallmanagement. Krankenhausübergreifend ist damit die Konzentration bestimmter Leistungen in ausgewählten Einrichtungen mit besonderer technischer oder fachlicher Infrastruktur gemeint.

In NRW ist diese krankenhausesübergreifende Zentrenbildung vor allen bei den Brustzentren realisiert (Abb.: 14). Im Rahmen eines abgestuften Versorgungssystems bilden einzelne Krankenhäuser Operations-, Funktions- und/oder Kooperationsstandorte eines Brustzentrums zur Behandlung von Mamma-Karzinom. 107 Krankenhäuser in NRW (29%) sind in die-

sem Sinne Teil eines Brustzentrums (Stand März 2010)⁶. Die in der Umfrage berichtete höhere Zentrumsrate (41%) entsteht durch andere Zertifizierungsverfahren (z. B. der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Sinologie) oder bezieht sich auf Brustzentren ohne Zertifizierung.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 14: Krankenhäuser als Teil (Operations-, Funktions- und / oder Kooperationsstandort) eines Brustzentrums

Die krankenhauserinterne Zentrenbildung ist dagegen merklich weiter verbreitet. 56 Krankenhäuser (15%) führten explizit an, ein oder mehrere Zentren als organisatorische Zusammenfassung ehemals eigenständiger Fachdisziplinen vorzuhalten. Die Verteilung dieser Zentren nach Organsystemen oder Erkrankungen kann der Abb. 15 entnommen werden. Demnach gibt es in jeweils rund 15% der Krankenhäuser in NRW eine zentrale Notaufnahme bzw. ein Gefäß-, Bauch- oder Darmzentrum. Jeweils 6% der Einrichtungen halten ein Prostatazentrum oder ein onkologisches Zentrum vor. Die sonstigen 25% verteilen sich auf zahlreiche andere Schwerpunkte wie Lungen- oder Perinatalzentren (Tab.: 3).

⁶ Quelle: http://www.mgepa.nrw.de/pdf/gesundheit/Brustzentren_in_Nordrhein-Westfalen.pdf

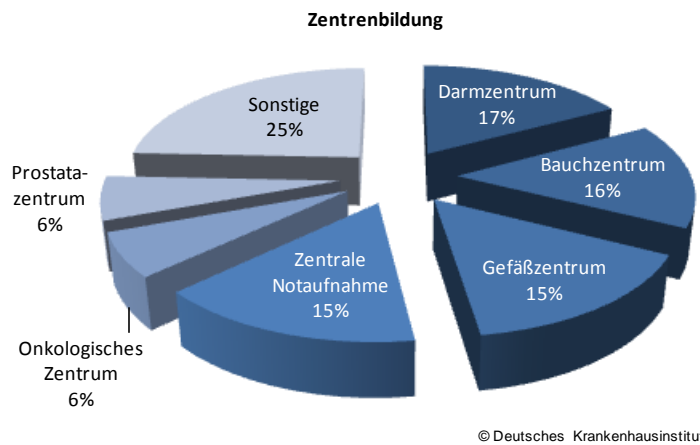


Abb. 15: Zentrenbildung als organisatorische Zusammenfassung von ehemals eigenständigen Fachdisziplinen

Tab. 3: Sonstige Zentren

Sonstige Zentren:
Lungenzentrum
Perinatalzentrum
Zentrum für Alterstraumata /Altersmedizin
Zentrum für Kontinenz
Herz- Kreislaufzentrum
Muskulo-Skeletales Zentrum
Behindertenmedizin
Wundzentrum
Epilepsie
Schlaganfallzentrum
Traumazentrum
Herzzentrum
Endoprothesenzentrum
Interdisziplinäre Demenzstation
Wirbelsäulenzentrum
Pankreaszentrum
Radiologie
Muskuloskeletales Zentrum
Rheumazentrum

3.6 Zusammenfassung

Die vorliegenden Daten zeigen, dass ambulante ärztliche Leistungen und neue Versorgungsformen nach SGBV in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern umfangreich genutzt werden. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen werden insbesondere den persönlichen Ermächtigungsleistungen sowie der gleichzeitigen Tätigkeit als Krankenhaus- und als Vertragsarzt gemäß §20 der Ärztezulassungsverordnung (z.B. als befristete Angestellte) seitens der Einrichtungen eine besondere Relevanz beigemessen. Fast jedes zweite Krankenhaus in NRW nimmt an der Integrationsversorgung nach den §§ 140a ff. SGB V. Noch höher ist der Beteiligungsgrad an Disease Management Programmen (DMP). Zusätzlich zur vollstationären Akutbehandlung halten die Krankenhäuser zudem eine Reihe unterschiedlichster Gesundheitsleistungen unter einem Dach vor, etwa in den Bereichen ambulante ärztliche Versorgung, Pflege, Rehabilitation und Prävention. Hierbei erweisen sich nach ersten Ergebnissen die spezifischen Trägerstrukturen der nordrhein-westfälischen Krankenhauslandschaft als Vorteil für die Gestaltung und Bewirtschaftung gesundheitsbezogener Versorgungs- und Wertschöpfungsketten. Zukünftig Entwicklungsherausforderungen liegen angesichts der demographischen Entwicklung und der vorliegenden Daten vor allem in Leistungen zur Tages- und Nachtpflege, der teilstationären Rehabilitation sowie in der geriatrischen Versorgung. Die Untersuchung lieferte auch erste Hinweise auf interessante weitere Felder der Geschäftsfeldentwicklung seitens der Krankenhäuser: Prävention, Gesundheitsförderung und -beratung werden von den Einrichtungen verstärkt als Optionen genutzt. Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Medical Wellness-Angebote – also vielfach privat finanzierte Gesundheitsleistungen – spielen dabei eine besondere Rolle.

4 Räumliche Verdichtung und Kooperationsverhalten

Aus versorgungspolitischer Sicht ist seit langem die dringliche Herausforderung bekannt, die medizinische und pflegerische Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten fließend und abgestimmt über die bestehenden Sektorengrenzen hinweg zu gestalten. Aus ökonomischer Sicht stellt sich das Krankenhaus entsprechend als Teil einer Wertschöpfungskette von Gesundheitsdienstleistungen und Produkten dar. Kooperationen zwischen Kliniken und anderen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen gehören heute zum Standard der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Patienten. Vorgelagerte Wirtschaftsbereiche fungieren als sogenannte „Zulieferer“ für die Krankenhäuser, während die Krankenhäuser ihrerseits die Funktion von „Zulieferern“ für nachgelagerte Bereiche einnehmen. Jenseits der traditionellen vor- und nachstationären Leistungsprozesse haben sich zudem zahlreiche neue und innovative Kooperationsfelder etabliert.

In einer Geschäftsfeldanalyse werden daher die Art und Häufigkeiten der Kooperationsbeziehungen zwischen Krankenhaus und anderen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen sowie den vor- und nachgelagerten Bereichen systematisch erfasst und beschrieben.

4.1 Kooperationen mittels Patientenüberleitungsmanagement

Die zunehmende Bedeutung von Versorgungsketten macht die Überleitung von Patientinnen und Patienten zwischen verschiedenen Sektoren immer wichtiger.

Für die Krankenhäuser resultieren aus dem DRG-System neue Herausforderungen an das Risikomanagement, die Haftung für die Patientenbehandlung und die Erlössituation. Einerseits kann die Standardisierung von Versorgungsprozessen zu Kosteneinsparungen führen. Andererseits stellt die Entlassung eines Patienten aus dem Krankenhaus eine qualitätsrelevante Herausforderung in der medizinischen und pflegerischen Versorgung dar. Es besteht demnach die Notwendigkeit, bereits während des Krankenhausaufenthaltes die Nachsorge oder ggf. Weiterbehandlung des Patienten systematisch zu planen.

Im Folgenden werden Kooperationen von Krankenhäusern mit ambulanten sowie stationären Einrichtungen im Zuge der Patientenüberleitung beschrieben. Konkret sollten die Befragungsteilnehmer angeben, mit wie vielen Nachversorgern des Krankenhauses bzw. bei wie vielen Krankenhausfällen sie ein abgestimmtes Patienten-Überleitungsmanagement nach internen Standards haben, das sich z.B. am „Expertenstandard Entlassungsmanagement in

der Pflege“ des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) orientiert. Eine unzureichende Koordination und Kooperation im Entlassungsmanagement befördert nicht nur gesundheitliche Risiken der Patientinnen und Patienten, sondern kann auch zu erheblichen Belastungen bei den Angehörigen führen und die Folgekosten in der Gesundheitsversorgung erhöhen. Ein abgestimmtes Entlassungsmanagement ist somit ein integraler Bestandteil einer kontinuierlichen, bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung.

4.1.1 Ambulante Einrichtungen

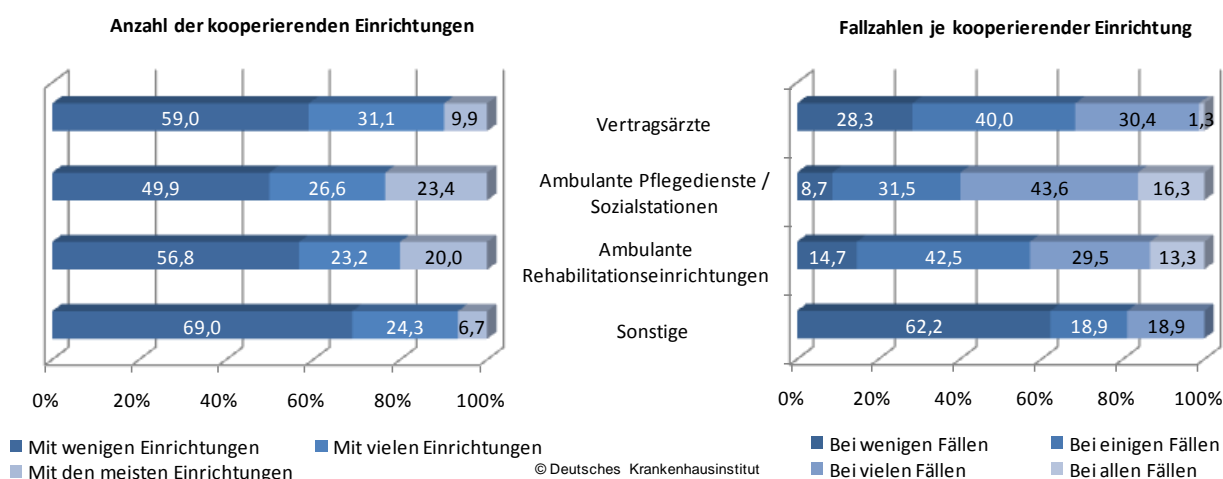


Abb. 16: Abgestimmtes Patientenüberleitungsmanagement mit ambulanten Einrichtungen

Rund 60% der Krankenhäuser haben mit wenigen Vertragsärzten, 31% der Kliniken mit vielen Ärzten und 10% der Einrichtungen mit den meisten Vertragsärzten ihrer Region ein abgestimmtes Patientenüberleitungsmanagement. In 40% der Krankenhäuser wird die Patientenüberleitung zu den Vertragsärzten bei einigen Fällen durchgeführt, während 30% der Einrichtungen bei vielen Patienten eine abgestimmte Überleitung durchführt (Abb.: 16).

Die Krankenhäuser, welche mit vielen oder den meisten Vertragsärzten ihrer Region ein Überleitungsmanagement etabliert haben, führen zu rund 30% bei einigen Patienten und zu 70% bei vielen Patienten eine Überleitung durch. So steigt mit der Anzahl der kooperierenden Vertragsärzte ebenfalls erwartungsgemäß die Fallzahl in der Patientenüberleitung.

Die Hälfte der Kliniken hat mit wenigen ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen ein Überleitungsmanagement eingerichtet. Mit vielen oder den meisten Einrichtungen arbeitet 50% der Krankenhäuser bei der Patientenüberleitung nach internen Standards zusammen. Dies entspricht ungefähr den Ergebnissen der deutschlandweiten DKI-Krankenhaus *Barometer* Umfrage, bei der 43% der Krankenhäuser angaben, ambulante Pflegedienste standardmäßig in die Entlassungsplanung von Patienten einzubeziehen (DKI, 2007⁷). Insgesamt werden von 32% der Häuser wenige Patienten und von 44% der Kliniken viele Patienten zu ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen standardisiert übergeleitet.

Es ist eine deutliche Fallzahlsteigerung bei der Patientenüberleitung der Krankenhäuser mit höheren Überleitungsraten (mit vielen und den meisten Einrichtungen) zu verzeichnen. So leiten 62% der Einrichtungen viele Patienten und 30% der Kliniken sogar alle Patienten zu ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen gemäß internen Standards über (Abb.: 16).

Ein abgestimmtes Überleitungsmanagement mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen gehört bei 57% der Krankenhäuser noch nicht zum Klinikalltag (mit wenigen Einrichtungen), jedoch bei 43% der Einrichtungen mittlerweile zum Standardverfahren (mit vielen und mit den meisten Einrichtungen). Insgesamt leiten 43% der Kliniken einige Patienten zu ambulanten Rehabilitationseinrichtungen in diesem Sinne über.

Unter den Kliniken, welche standardmäßig zu ambulanten Rehabilitationseinrichtungen überleiten, geben ungefähr 60% der Krankenhäuser an, viele Patienten standardisiert dorthin zu übergeben.

⁷Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2007. Düsseldorf 2007. www.dki.de

4.1.2 Stationäre Einrichtungen

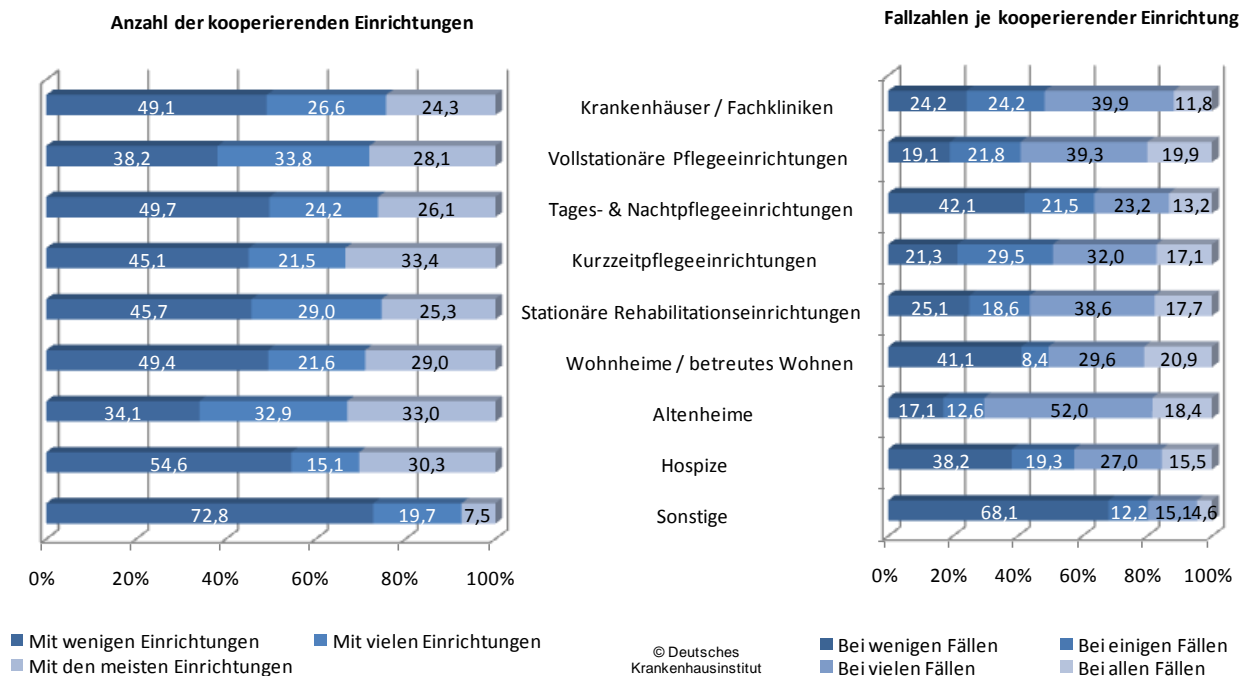


Abb. 17: Abgestimmtes Patientenüberleitungsmanagement mit stationären Einrichtungen

Rund die Hälfte der Kliniken in NRW haben mit wenigen anderen Krankenhäusern oder Fachkliniken ein abgestimmtes Patientenüberleitungsmanagement etabliert, während die andere Hälfte mit vielen oder den meisten anderen Einrichtungen ihrer Region zusammenarbeitet. Insgesamt gibt die Hälfte der Krankenhäuser (52%) an, bei vielen oder allen Patienten ein Entlassungsmanagement in Kooperation mit anderen Einrichtungen durchzuführen (Abb.:17).

Unter den Häusern, welche mit vielen oder den meisten anderen Krankenhäusern und Fachkliniken ein Überleitungsmanagement eingerichtet haben, steigt die Anzahl der Patienten, die in vielen und allen Fällen übergeleitet wird auf 80%.

Mit vielen und den meisten vollstationären Pflegeeinrichtungen arbeiten 62% der Krankenhäuser abgestimmt zusammen und zwei Dritte Ider Kliniken mit vielen und den meisten Altenheimen ihrer Region. Dabei geben 60% der Häuser an, viele oder alle Patienten in vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach internen Standards überzuleiten und 70% der Kliniken, viele oder alle Patienten entsprechend in Altenheime zu übergeben.

Von den Einrichtungen, welche standardmäßig mit vollstationären Pflegeeinrichtungen und Altenheimen ein Überleitungsmanagement etabliert haben (mit vielen und den meisten Einrichtungen), leiten 93% (viele oder alle) Patienten standardisiert in die entsprechenden Einrichtungen über.

Auch im Bereich der Palliativmedizin besteht bei einigen Kliniken ein Patientenüberleitungsmanagement. So geben 45% der Krankenhäuser an, mit vielen oder den meisten Hospizen zusammenzuarbeiten. Diese Patientenüberleitungen finden bei 19% der Kliniken für einige Patienten nach internen Standards statt, bei 27% der Krankenhäuser für viele Patienten und bei 16% der Einrichtungen für alle entsprechenden Fälle (Abb.: 17).

Patientenüberleitungen mit sonstigen Einrichtungen haben 27% der Krankenhäuser (mit vielen und mit den meisten Einrichtungen) eingerichtet.

4.2 Kooperationen mit Partnern verschiedener Bereiche

Über die Patientenüberleitung hinaus können Krankenhäuser auch anderweitig mit anderen Leistungserbringern, Organisationen und Branchen kooperieren. Konkret sollten die Befragungsteilnehmer im Innovationspanel angeben, in welchem Maße sie mit anderen Bereichen zusammenarbeiten. Nachfolgend sind die Ergebnisse für wichtige Kooperationsfelder zusammengefasst.

4.2.1 Kooperationen mit Krankenhäusern

Die häufigsten Kooperationen mit anderen Krankenhäusern werden wegen Einkaufsgemeinschaften und zur nicht-ärztlichen Ausbildung geschlossen (Abb.: 18). So geben 59% der Einrichtungen an, sehr oft und 25% der Häuser oft Einkaufsgemeinschaften zu bilden. Ungefähr ein Drittel der Krankenhäuser bildet oft Kooperationen für die nicht-ärztliche Ausbildung und 38% der Kliniken sogar sehr oft.

Zur Abstimmung des Leistungsspektrums werden seltener Kooperationen zwischen Krankenhäusern gebildet. 41% der Häuser geben an, nur gelegentlich ihr Leistungsspektrum mit anderen Einrichtungen abzustimmen.

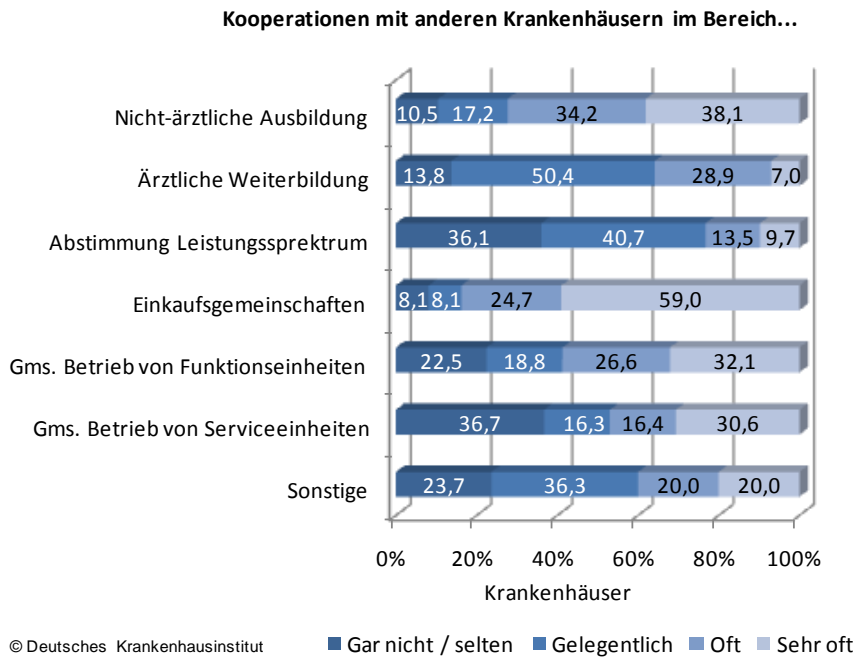


Abb. 18: Kooperationen mit anderen Krankenhäusern in besonderen Bereichen

Ein Drittel der Krankenhäuser kooperiert sehr oft mit anderen Häusern mittels eines gemeinsamen Betriebes von Funktionseinheiten. Die Zusammenarbeit von Funktionseinheiten wird in 27% der Häuser oft und in 19% der Einrichtungen gelegentlich durchgeführt. Dies entspricht ungefähr den Ergebnissen der deutschlandweiten DKI-Krankenhaus *Barometer* Umfrage, bei der 68% der Krankenhäuser angaben, Kooperationen in Funktionsbereichen zu unterhalten (DKI, 2007⁸).

Kooperationen mit anderen Krankenhäusern sind zusätzlich im Bereich der Apotheken, des Personalaustausches und der Technik anzutreffen.

4.2.2 Kooperationen mit Biotechnologie, Medizintechnik- und Pharmaindustrie

Kooperationen mit der Industrie finden in den Krankenhäusern in NRW schon in geringem Umfang statt (Abb.: 19). Zur Qualifizierung von Krankenhauspersonal unterhalten 45% der Kliniken gelegentlich und 23% der Häuser schon oft Kooperationen mit Biotechnologie, Medizintechnik- oder Pharmaindustrie. Die Personalgestellung aus der Industrie spielt dagegen

⁸Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2007. Düsseldorf 2007. www.dki.de

kaum eine Rolle in den Krankenhäusern. Rund 20% der Kliniken erhalten gelegentlich Mitarbeiter aus der Industrie, während die Bereitstellung von Personal von krankenhausesfernen Partnern in 80% der Einrichtungen gar nicht oder nur selten vorkommt.

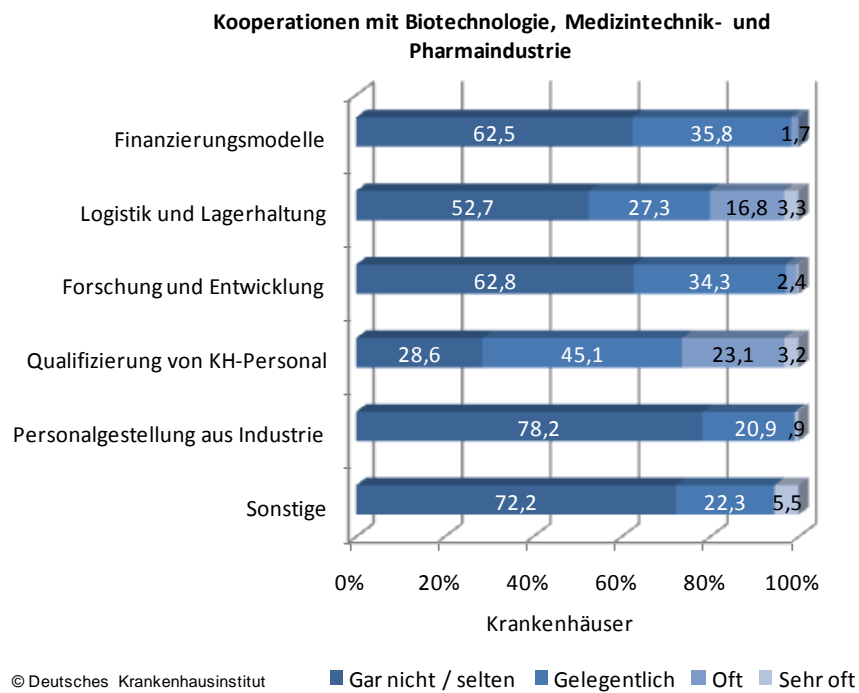


Abb. 19: Kooperationen mit Biotechnologie, Medizintechnik- und Pharmaindustrie

Kooperationen im Bereich Logistik und Lagerhaltung sind bei 27% der Kliniken gelegentlich und bei 17% der Einrichtungen oft anzutreffen.

Eine Zusammenarbeit mit der Industrie im Bereich Forschung und Entwicklung und zur Finanzierung für Produkte oder Gerätschaften etc. findet in rund jedem dritten Krankenhaus gelegentlich statt.

4.2.3 Kooperationen mit internationalen Partnern

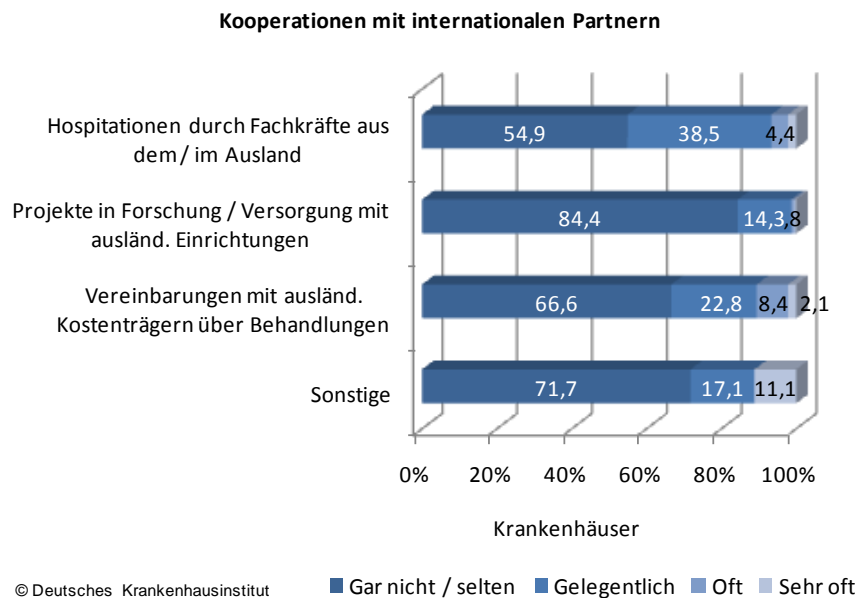


Abb. 20: Kooperationen mit internationalen Partnern

Die Kooperation mit internationalen Partnern spielt bislang eine eher untergeordnete Rolle in der Zusammenarbeit der Krankenhäuser (Abb.: 20). So werden zwar in gut jedem dritten Haus (39%) gelegentlich Hospitationen durch Fachkräfte aus dem oder im Ausland durchgeführt, Projekte in der Forschung oder in der Versorgung mit ausländischen Einrichtungen werden jedoch nur in 14% der Einrichtungen gelegentlich realisiert.

Vereinbarungen mit ausländischen Kostenträgern über Behandlungen ausländischer Patienten sind noch nicht deutlich im Fokus der Krankenhäuser in NRW, werden aber schon vereinzelt geschlossen. So treffen 23% der Kliniken in NRW gelegentlich und 8% der Häuser schon oft finanzielle Vereinbarungen mit ausländischen Kostenträgern.

Sonstige Kooperationen, die von den Krankenhäusern mit internationalen Partnern unterhalten werden, befassen sich beispielsweise mit der Krankenhaushygiene (MRSA-Net) oder der Versorgung von verletzten und erkrankten Kindern in Kriegs- und Krisengebieten (Hammer Forum).

4.2.4 Kooperationen mit den Bereichen IT, Versorgung und Energie

Kooperationen mit den Bereichen Versorgung und Energie werden von 70% der Einrichtungen zur Reduktion des Energieverbrauchs geschlossen. So arbeiten 44% der Krankenhäuser gelegentlich, 22% oft und 4% sehr oft mit den Versorgungs- und Energiebetrieben zusammen (Abb.: 21).

Gut die Hälfte der Krankenhäuser in NRW bildet Kooperationen in unterschiedlicher Ausprägung zur Entwicklung von Datensicherheitskonzepten. Dabei wird die Zusammenarbeit im Bereich der Datensicherheit von 28% der Häuser gelegentlich, von 18% oft und von 11% sehr oft durchgeführt.

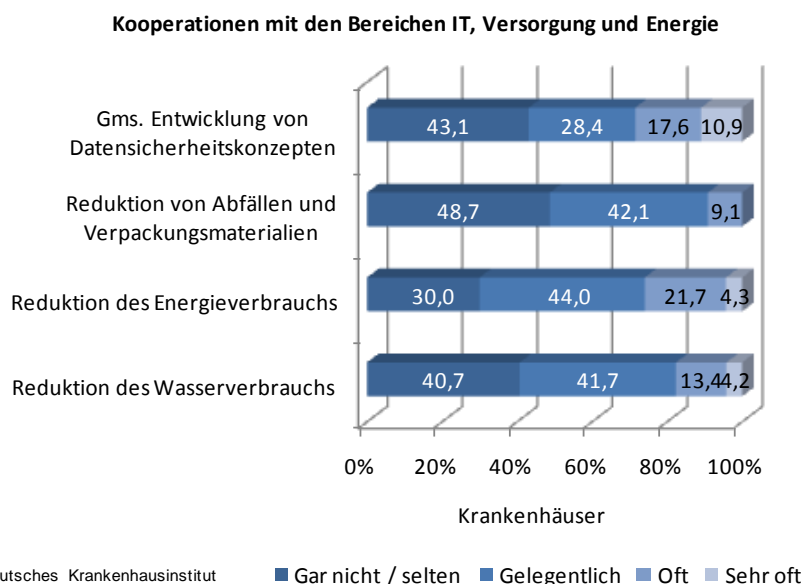


Abb. 21: Kooperationen mit den Bereichen IT, Versorgung und Energie

Ebenfalls jedes zweite Krankenhaus engagiert sich in der Zusammenarbeit mit Versorgungs- und Energiebetrieben zur Reduktion von Abfällen und Verpackungsmaterialien. So unterhalten 42% der Häuser gelegentlich und 9% der Kliniken oft Kooperationen mit Versorgungsanbietern.

4.2.5 Kooperationen mit Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen

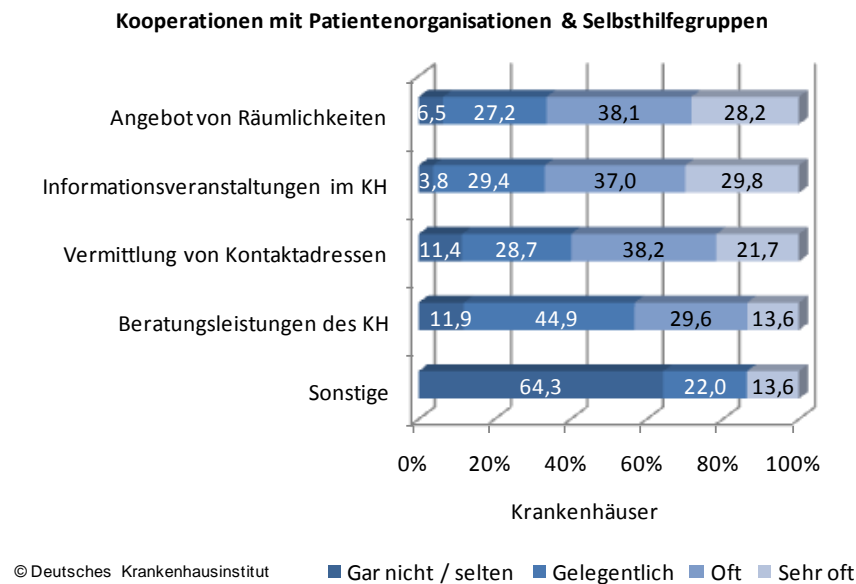


Abb. 22: Kooperationen mit Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen

Die Kooperationen mit Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen gehören mittlerweile zum Standardangebot der Krankenhäuser in NRW (Abb.: 22). Rund 95% der Einrichtungen stellen Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen Räumlichkeiten zur Verfügung und führen Informationsveranstaltungen in der Klinik durch. Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen bei der Stellung von Räumlichkeiten wird in 27% der Krankenhäuser gelegentlich, in 38% der Einrichtungen oft und in 28% sehr oft durchgeführt. Informationsveranstaltungen im Krankenhaus werden von 29% der Kliniken gelegentlich, von 37% oft und von 30% sehr oft organisiert.

Sonstige Kooperationen, die von den Krankenhäusern mit Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen unterhalten werden, befassen sich z. B. mit der Zertifizierung der Patienten-Selbsthilfe.

4.2.6 Kooperationen mit Nachbarbranchen

Kooperationen mit Nachbarbranchen werden vereinzelt von den Krankenhäusern unterhalten (Abb.: 23). Am weitesten verbreitet ist dabei die Zusammenarbeit mit den Medien. 43% der Kliniken bilden gelegentlich Kooperationen mit Medienunternehmen, 28% oft und 4% sehr

oft. Rund ein Drittel der Einrichtungen arbeitet gelegentlich, 7% oft und 5% sehr oft mit der Freizeitindustrie zusammen. Kooperationen mit der Wohnungswirtschaft werden lediglich von 15% der Kliniken gelegentlich, von 7% oft und von 2% sehr oft unterhalten.

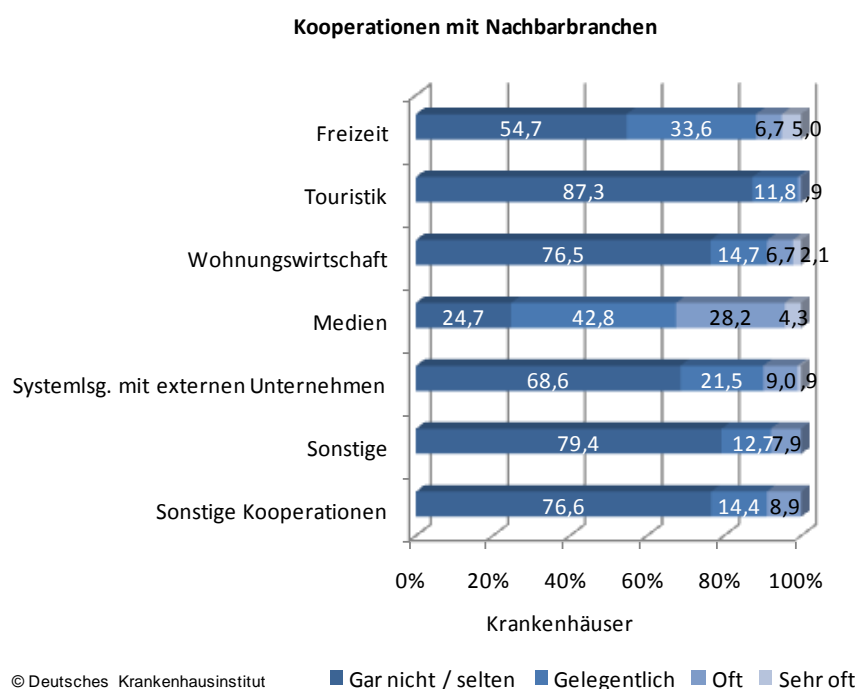


Abb. 23: Kooperationen mit Nachbarbranchen

4.3 Zusammenfassung

Die Ergebnisse liefern einen breiten Einblick in das Kooperationsverhalten der Krankenhäuser in der erweiterten Perspektive „Klinikwirtschaft“. Hier ist zunächst zwischen der Kooperation der Krankenhäuser mit anderen Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung und der Kooperation mit Unternehmen und Einrichtungen der Vor- und Zulieferindustrie sowie gesundheitsassoziierten Branchen zu unterscheiden. Trotz vieler positiver Beispiele weist auf Basis der vorliegenden Daten insbesondere das Überleitungsmanagement der Krankenhäuser in andere Kliniken, in Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen sowie in Wohnheimen/betreutes Wohnen noch Entwicklungspotenziale auf. Ein abgestimmtes Patientenüberleitungsmanagement von der Akutversorgung in den Krankenhäusern in die ambulante Rehabilitation stellt ebenfalls ein zentrales Entwicklungsfeld dar. Die Realisierung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten Versorgung erfordert nicht zuletzt auch eine enge Abstimmung

des Leistungsspektrums der Krankenhäuser untereinander. Die Kooperation der Krankenhäuser untereinander ist vor allem auf jene Bereiche fokussiert (v.a. Bildung von Einkaufsgemeinschaften, gemeinsamer Betrieb von Funktions- und Serviceeinheiten), die den Wettbewerb der Häuser untereinander nicht unmittelbar betreffen. Mit Blick auf die Perspektive „Klinikwirtschaft“ zeigt sich zudem, dass eine Personalgestellung aus der Industrie, die Realisierung gemeinsamer Finanzierungsmodelle und kooperative Forschungs- und Entwicklungsvorhaben mit Unternehmen der Biotechnologie, der Medizintechnik- und Pharmaindustrie bislang nach Aussagen der Befragten eher von nachgeordneter Bedeutung sind. Dies gilt auch für internationale FuE-Aktivitäten sowie für den Abschluss von Vereinbarungen mit ausländischen Kostenträgern für die Behandlung internationaler Patienten in Nordrhein-Westfalen. Auch wenn das Kooperationsverhalten der Krankenhäuser mit der Selbsthilfe als etabliert bezeichnet werden kann, stellt sich die Frage, welche zusätzlichen Angebote die Krankenhäuser für Patienten und deren Angehörige jenseits der klassischen Felder vorhalten.

5 Innovationsfelder und Projekte der Klinikwirtschaft

Viele Kliniken suchen nach neuen Möglichkeiten, das Versorgungsgeschehen einer Region zu steuern, sektorübergreifende Angebote weiterzuentwickeln oder konkrete Kooperationen mit vor- und nachgelagerten Bereichen auf- und auszubauen. Vor diesem Hintergrund entstehen gegenwärtig unterschiedliche Innovations- und Investitionsstrategien, mit denen Krankenhäuser innovative Versorgungsangebote und zukunftsorientierte Geschäftsfelder entwickeln.

5.1 Innovationsziele

Im Innovationspanel sollten die Krankenhäuser zunächst angeben, welche Innovations- bzw. Modernisierungsziele sie derzeit in ihrem Haus prioritär verfolgen. Konkret sollten sie aus einer Liste von neun übergeordneten Zielen die Rangfolge ihrer drei Ziele von höchster Priorität nennen.

Tab. 4: Innovationsziele, welche zurzeit prioritär in den Krankenhäusern verfolgt werden

Innovationsziele	1. Priorität	2. Priorität	3. Priorität	Summe der KH
Patientenzufriedenheit / -nutzen erhöhen	32,4%	26,0%	16,0%	74,5%
Mitarbeiterzufriedenheit / -nutzen erhöhen	1,4%	12,3%	16,0%	29,7%
Zusammenarbeit im KH optimieren	5,4%	6,8%	14,7%	26,9%
Medizinisch-pflegerische Versorgungsqualität steigern	13,5%	13,7%	10,7%	37,9%
Aufbau- und/oder Ablauforganisation optimieren	18,9%	16,4%	10,7%	46,0%
Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Bereichen verbessern	0,0%	1,4%	4,0%	5,4%
Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses steigern	23,0%	13,7%	12,0%	48,7%
Neue Geschäftsfelder erschließen	2,7%	2,7%	4,0%	9,4%
Strategische Allianzen knüpfen	2,7%	6,8%	12,0%	21,6%

Die Ziele für die Innovationsprojekte der Krankenhäuser in NRW sind inhaltlich breit gestreut (Tab.: 4). So verfolgt jede dritte Klinik derzeit mit höchster Priorität das Innovationsziel, die Zufriedenheit oder den Nutzen für ihre Patienten zu erhöhen. An zweiter Stelle der wichtigsten Innovationsziele liegt das Bestreben, die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses zu steigern (23%). 19% der Einrichtungen äußern die Absicht, die Aufbau- und / oder Ablauforganisation zu optimieren als derzeit wichtigstes Innovationsziel in ihrem Krankenhaus.

Auf Platz zwei der zurzeit prioritär verfolgten Innovationsziele in den Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens findet man ebenfalls die Erhöhung der Patientenzufriedenheit oder des Patientennutzens (26%). 16% der Kliniken gab die Optimierung der Aufbau- und / oder Ablauforganisation und jeweils 14% die Steigerung der medizinisch-pflegerischen Versorgungsqualität sowie der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses als derzeit zweitwichtigstes Innovationsziel Ihrer Einrichtung an.

Für das zurzeit drittwichtigste Innovationsziel ihrer Klinik halten je 16% der Krankenhäuser die Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit oder des Mitarbeiternutzens und die Erhöhung der Patientenzufriedenheit oder des Patientennutzens. 15% der Einrichtungen gab die Optimierung der Zusammenarbeit im Krankenhaus als derzeit drittwichtigstes Innovationsziel ihres Hauses an.

Insgesamt benennen drei Viertel aller Krankenhäuser in NRW die Erhöhung der Patientenzufriedenheit oder des Patientennutzens als derzeit eins der drei wichtigsten Innovationsziele, welche in ihren Häusern verfolgt werden. Knapp die Hälfte der Einrichtungen berichtet die Steigerung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses und die Optimierung der Aufbau- und / oder Ablauforganisation als eins der zurzeit drei wichtigsten Innovationsziele ihres Krankenhauses. Dies verdeutlicht noch einmal die besondere Bedeutung dieser Parameter im momentanen Innovationsgeschehen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser. Die Erschließung neuer Geschäftsfelder (9,4%) und die Verbesserung der Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Bereichen (5,4%) spielen dahingegen im derzeitigen Innovationsgeschehen nach Aussagen der Befragten eine eher marginale Rolle.

5.2 Innovationsaktivitäten

Über die allgemeinen Innovationsziele hinaus sollten die Befragungsteilnehmer im Innovationspanel angeben, in welchen Bereichen sie derzeit konkrete Innovationsaktivitäten verfolgen

bzw. in welchem Entwicklungsstadium sich die Innovationen befinden. Nachfolgend sind die Ergebnisse für ausgewählte Innovationsfelder zusammengefasst.

5.2.1 Krankenhausbau

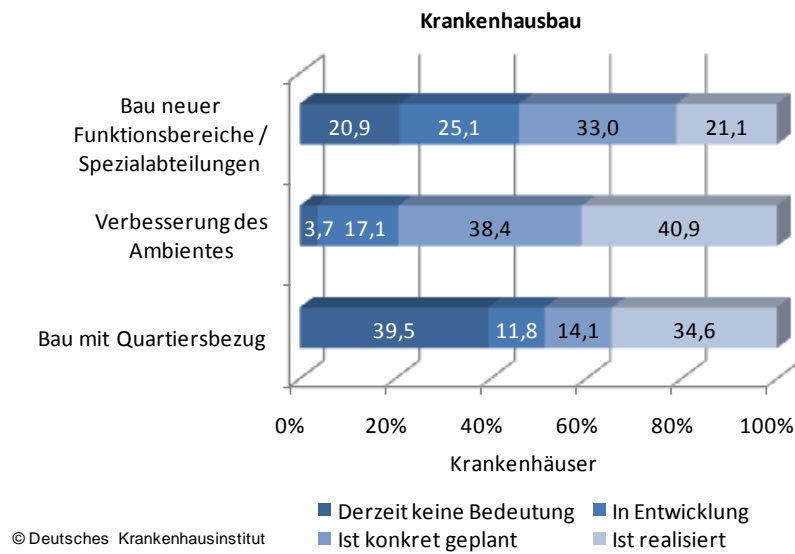


Abb. 24: Derzeit durchgeführte konkrete Aktivitäten im Bereich Krankenhausbau

Die Verfolgung konkreter Innovationsaktivitäten im Krankenhausbau ist in den einzelnen Bereichen unterschiedlich weit fortgeschritten (Abb.: 24). Die Maßnahmen zur Verbesserung des Ambientes sind schon am weitesten umgesetzt; sie wurden in 41% der Krankenhäuser bereits realisiert und sind in 38% der Kliniken konkret geplant. Der Bau neuer Funktionsbereiche / Spezialabteilungen und der Bau mit Quartiersbezug (z. B. betreutes Wohnen, Gemeinschaftsräume wie ein Café, Parkanlagen, etc.) ist als derzeit konkrete Aktivität in den Krankenhäusern in NRW schon teilweise umgesetzt. Der Bau neuer Funktionsbereiche / Spezialabteilungen ist in jedem dritten Krankenhaus konkret geplant und in jeder fünften Klinik bereits erfolgt. Der Bau mit Quartiersbezug ist dagegen in einem Drittel der Einrichtungen bereits realisiert und in 14% der Häuser konkret geplant.

5.2.2 Qualität in der Versorgung

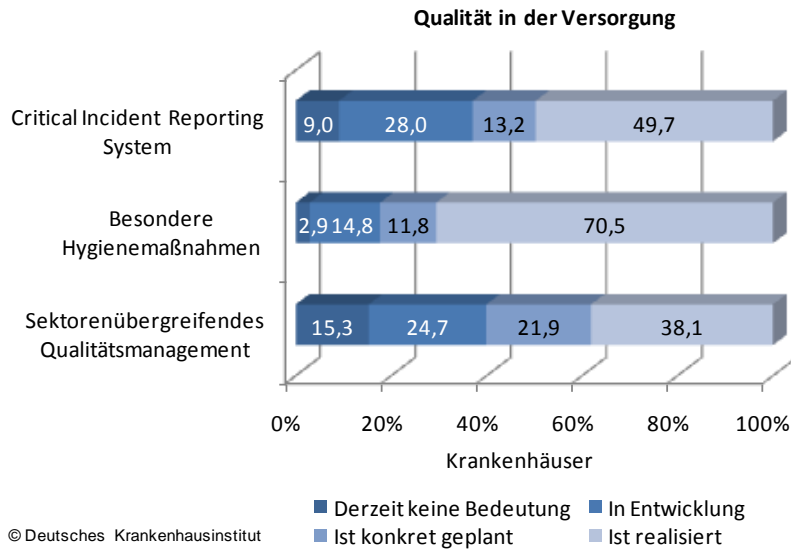


Abb. 25: Derzeit durchgeführte konkrete Aktivitäten in der Versorgungsqualität

Die Umsetzung verschiedener aktueller Projekte in Bezug auf die Qualität in der Versorgung ist in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern schon weit fortgeschritten (Abb.: 25). Die Durchführung von Projekten mit besonderen Hygienemaßnahmen (z. B. im Bereich MRSA) wurde in 71% der Krankenhäuser bereits realisiert und ist in 12% der Kliniken konkret geplant. Auch Projekte, welche die Implementierung eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) beinhalten, sind bereits in jedem zweiten Krankenhaus umgesetzt und in 13% der Einrichtungen konkret geplant. Die Etablierung eines sektorübergreifenden Qualitätsmanagements ist primär noch ein interessantes Gestaltungsfeld der Zukunft.

5.2.3 Entwicklung neuer Geschäftsfelder

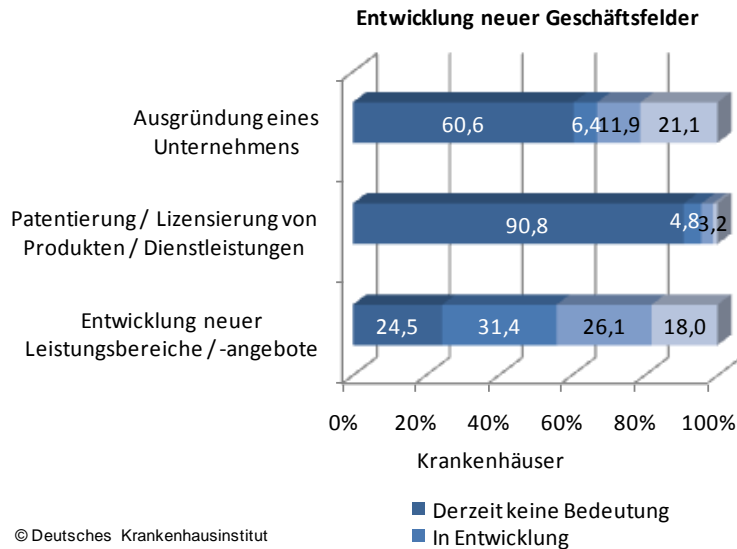


Abb. 26: Derzeit durchgeführte konkrete Aktivitäten in der Entwicklung neuer Geschäftsfelder

Konkrete Aktivitäten der Krankenhäuser, aus denen neue Geschäftsfelder hervorgehen, sind in den einzelnen Bereichen unterschiedlich weit fortgeschritten (Abb.: 26). Projekte zu Ausgründungen eines Unternehmens aus dem klinischen Bereich hat jedes fünfte Krankenhaus bereits realisiert. Derzeit konkrete Aktivitäten der Kliniken zu Patentierung / Lizenzierung von Produkten oder Dienstleistungen wurden dahingegen von lediglich einer Einrichtung durchgeführt (Entwicklung eines Biomarker-Chips) und hat für 91% der Häuser derzeit keine Bedeutung. Aktivitäten mit dem Ziel der Entwicklung neuer Leistungsbereiche oder Leistungsangebote wurden von 18% der Krankenhäuser bereits realisiert und ist von einem Viertel der Häuser konkret geplant.

5.2.4 Prozess- und Personalmanagement

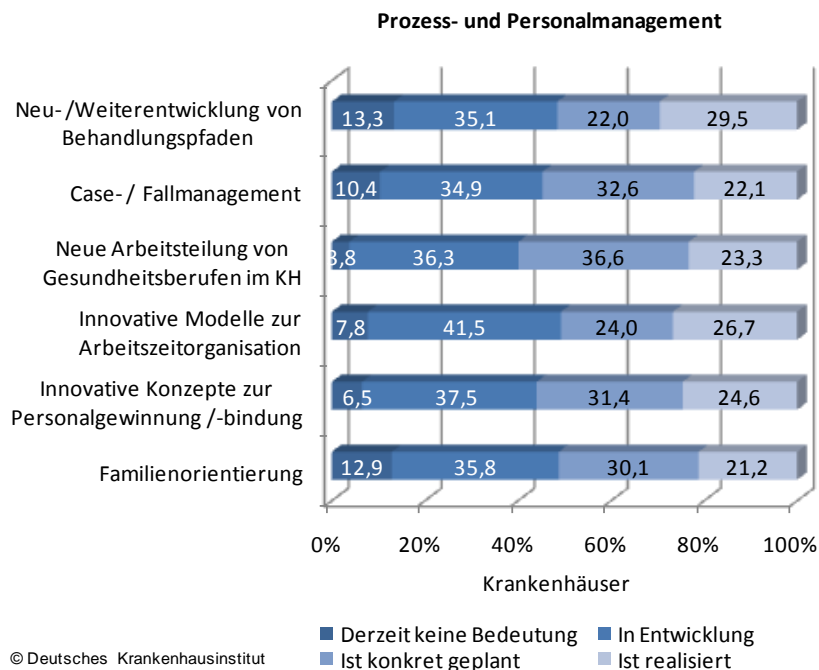


Abb. 27: Derzeit durchgeführte konkrete Aktivitäten im Prozess- und Personalmanagement

Das Prozess- und Personalmanagement gehört derzeit zu den wichtigen Innovationsthemen in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern (Abb.: 27). Bereits 30% der Kliniken in NRW haben derzeit konkrete Projekte zur Neu- oder Weiterentwicklung von Behandlungspfaden realisiert. Bei gut einem Drittel der Einrichtungen ist dieser Prozess zudem derzeit in der Entwicklung. Projekte zum Case- bzw. Fallmanagement hat jedes fünfte Haus zurzeit realisiert und ein Drittel der Kliniken konkret geplant.

Derzeitige Aktivitäten für eine neue Arbeitsteilung von Gesundheitsberufen im Krankenhaus wurden von ungefähr einem Viertel der Häuser bereits durchgeführt, während 37% der Kliniken in der konkreten Planung ist. Ebenfalls ein Viertel der Häuser hat derzeit konkrete Projekte für Konzepte zur Personalgewinnung und Personalbindung umgesetzt. Konkrete Aktivitäten zur Familienorientierung wurden derzeit von jedem fünften Krankenhaus realisiert und sind bei 30% der Einrichtungen konkret geplant.

5.2.5 Logistik, Technik- und Energie-Management

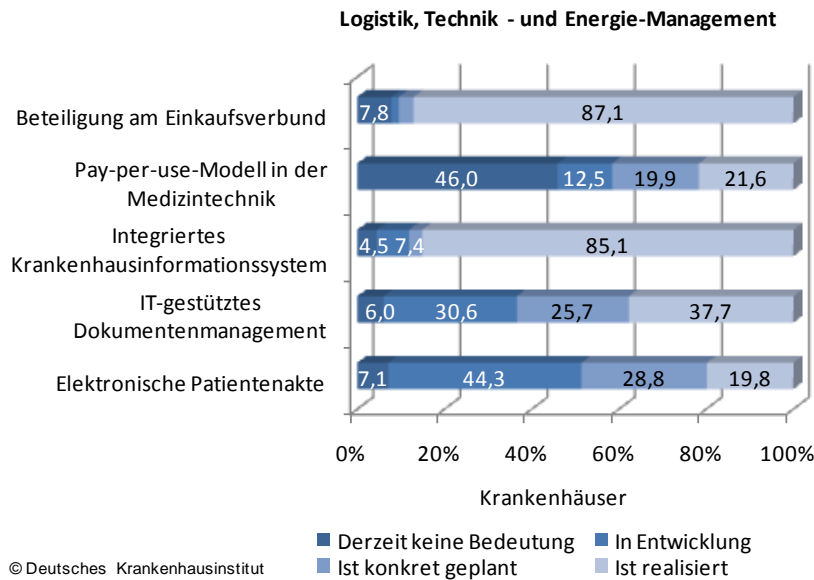


Abb. 28: Derzeit durchgeführte konkrete Aktivitäten im Logistik, Technik – und Energie-Management

Die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser in NRW (87%) hat ein aktuelles Projekt zur Beteiligung an einem Einkaufsverbund realisiert sowie ein konkretes Projekt für ein integriertes Krankenhausinformationssystem (85%) derzeit umgesetzt (Abb.: 28). Konkrete Aktivitäten für ein IT-gestütztes Dokumentenmanagement sind zurzeit von 38% der Kliniken realisiert und bei einem Viertel der Einrichtungen in konkreter Planung. Aktuelle Projekte zur Einführung einer elektronischen Patientenakte werden bei jedem fünften Krankenhaus derzeit umgesetzt.

5.2.6 Betreiber- und Finanzierungsmodelle

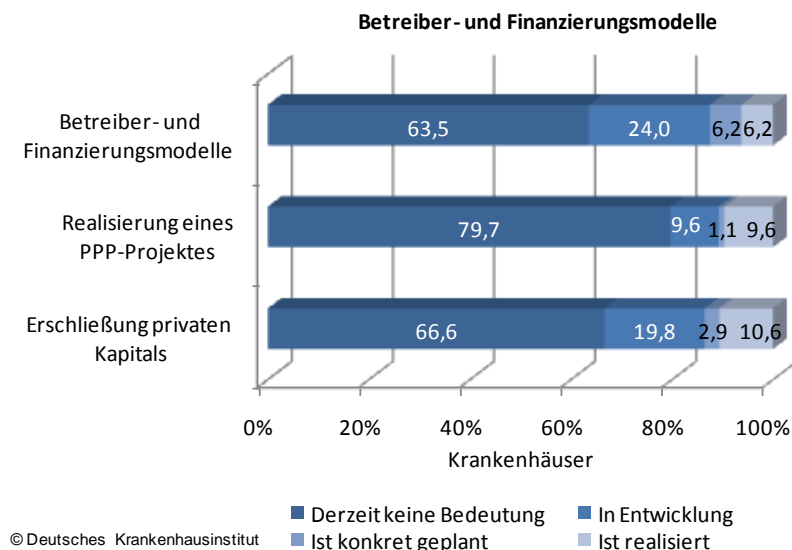


Abb. 29: Derzeit durchgeführte konkrete Aktivitäten im Bereich Betreiber- und Finanzierungsmodelle

Neue Betreiber- und Finanzierungsmodelle sind nach Aussagen der Befragten nicht oberste Priorität der Innovations- bzw. Modernisierungsaktivitäten der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (Abb.: 29). Bei einem Viertel der Einrichtungen sind Projekte zu Betreiber- und Finanzierungsmodellen zwar in der Entwicklung, jedoch haben erst 6% der Krankenhäuser in NRW bereits ihre Aktivitäten auf diesem Gebiet abgeschlossen. Konkrete Projekte zur Erschließung privaten Kapitals konnten bislang 11% der Kliniken für sich umsetzen, während 20% der Einrichtungen nach eigenen Angaben noch in der Entwicklungsphase von Projekten zur Akquirierung privater Kapitalgeber sind.

5.2.7 Zusammenfassung

Die Ergebnisse zu Innovationszielen und konkreten Innovationsaktivitäten der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zeigen, dass die Erhöhung der Patientenzufriedenheit, die Steigerung der Wirtschaftlichkeit und die Verbesserung von Aufbau- und Ablauforganisation die höchste Priorität haben. Verglichen damit sind die Optimierung der Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Bereichen, die Erschließung neuer Geschäftsfelder ebenso wie strategische Allianzen und die Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit derzeit eher nachrangi-

ge Innovationsziele. Investitionsschwerpunkte liegen aktuell vor allem in baulichen Aktivitäten für neue Leistungsbereiche und in Maßnahmen zur Verbesserung des Ambientes. Eine nachrangige Bedeutung im Innovationsgeschehen haben bislang hingegen die Öffnung der Krankenhäuser in das Wohnquartier, das Engagement für ein sektorübergreifendes Qualitätsmanagement, die Patentierung und Lizenzierung von neuen Produkten/Dienstleistungen sowie die Beförderung von Ausgründungen. Deutlich spiegeln die Befragungsergebnisse zudem die Schwerpunkte der Modernisierungsaktivitäten der vergangenen Jahre wider – IT-gestützte Krankenhausinformationssysteme und Dokumentenmanagement, sowie der Ausbau von Qualitätssystemen und -maßnahmen standen hier im Fokus. In Entwicklung sind insbesondere Maßnahmen zur Neu/- und Weiterentwicklung von Behandlungspfaden, prozessbezogene Aktivitäten zur neuen Arbeitsteilung und Konzepte zur Personalgewinnung/-bindung. Neue Finanzierungs- und Betreibermodelle, die Realisierung von PPP-Projekten oder die Erschließung privaten Kapitals stehen derzeit hingegen kaum auf der Agenda. Hier wäre im Weiteren zu überprüfen, worauf die nur geringe Bedeutung dieser Aktivitätsfelder im Kontext klinikwirtschaftlicher Aktivitäten zurückgeführt werden kann.

5.3 Innovative Projekte der Krankenhäuser

Für die erfassten Innovationsfelder sollten die Krankenhäuser stichwortartig innovative Projekte aus ihrem Haus nennen, die aus ihrer Perspektive Vorbildcharakter für andere Häuser haben könnten. Dies bedeutet somit nicht, dass die angegebenen Projekte im eigentlichen Verständnis bereits „innovativ“ sind, für das jeweilige Haus kann sich dies jedoch durchaus so darstellen. Die Antworten werden nachfolgend aufbereitet. Sie geben einen breiten und systematischen Überblick darüber, was die Krankenhäuser in NRW als aus ihrer Sicht innovativ ansehen. Dabei belegen sie zwar insgesamt eine hohe Dynamik in der stationären Krankenhausversorgung. Gleichwohl dominiert aus naheliegenden Gründen die Innenperspektive der Krankenhäuser: Bei den Beispielprojekten handelt es sich überwiegend um Neuerungen für das jeweilige Krankenhaus, weniger um Innovationen in einem allgemeinen oder übergeordneten Sinne. Die Letztgenannten dürften darüber hinaus aus Vertraulichkeits- oder Wettbewerbsgründen im Innovationspanel seitens der Krankenhäuser nur begrenzt kommuniziert worden sein. Auch wenn die genannten Fallzahlen zum Teil gering sind, ergibt sich insgesamt ein interessanter Einblick in die Vielfalt des Erneuerungsgeschehens.

5.3.1 Krankenhausbau

Tab. 5: Innovative Projekte der Krankenhäuser im Bereich Krankenhausbau

Krankenhausbau	Anzahl		
Bau eines neuen Bettenhauses/Bettenstation	2	Zentralisierung	2
Bau einer zentralen interdisziplinären Aufnahme	4	Bau Kita für spezielle Familienförderung	1
Ergänzungs- /Neubau von OP-Sälen	3	Neubau- und Sanierungskonzept	2
(Zentrale) Ambulanz	3	Lean-Ansatz bei KH-Umbau	1
Intensivstation	2	Finanzierung über Stiftung	2
Herzzentrum	1	Bauzielplanung für die nächsten 15-20Jahre	1
Funktionsbereich	1	Gesamtentwicklungsplanung	1
Interdisziplinäre Komfortstation mit Kühldecken	1	Wärmerückgewinnung	1
Geriatrische Tagesklinik	1	Konzept zur Energieoptimierung	1
Integrierter Mutter-Kind-Bereich	1		
Stroke Unit	1		
Privatstation	3		
Ärztelhaus mit Anbindung Krankenhaus	2		
Anbindung von Facharztzentren	2		
Umfassende Sanierung der Pflegegruppen	1		

Unter 40 Krankenhäusern in NRW, welche Angaben zu innovativen Projekten ihres Hauses im Bereich Krankenhausbau gemacht haben (Tab.: 5), stand der Bau einer zentralen interdisziplinären Aufnahme an erster Stelle (vier Einrichtungen). Der Bau von OP-Sälen, einer (zentralen) Ambulanz und von Privatstationen wurde von jeweils drei Krankenhäusern umgesetzt. Hier zeigt sich, dass die Errichtung von Funktionsbauten an erster Stelle der Projektumsetzungen steht.

Einzelne Häuser berichteten von dem Bau spezieller Funktions- oder Versorgungsbereiche wie z. B. Intensivstationen, Herzzentrum, geriatrische Tagesklinik, integrierter Mutter-Kind-Bereich oder einer Stroke Unit.

Als Vorbild für andere Häuser wurden aber auch Projekte genannt, welche beispielsweise Baufinanzierungen über Stiftungen erworben haben. Die Wärmerückgewinnung oder ein neues Konzept zur Energieoptimierung wurden ebenfalls als besonders innovativ genannt.

5.3.2 Qualität in der Versorgung

Tab. 6: Innovative Projekte der Krankenhäuser in der Qualität der Versorgung

Qualität in der Versorgung	Anzahl
Zentrenbildung	9
ISO 9001 in 2014 /Zertifizierungsprojekte	6
Case-Management	4
Einführung CIRS	2
Organisation sektorenübergreifender Behandlung	2
Angehörigenschulung	1
Hygiene	1
Initiative Beckenboden	1
Errichtung einer Leitstelle	1
Medizinische Ergebnisqualität	1
Monatliche Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	1
OP-Management	1
Patientenbefragung	1
Pflegetraining	1
Regionale Versorgungskonzepte	1
Schmerzmanagement	1
Sozialvisite beim Überleitungsmanagement	1
Wundmanagement	1

Vorbildhafte Projekte (im selbsternannten Sinne) der Krankenhäuser in der Qualität der Versorgung findet man hauptsächlich im Bereich Prozess- und Organisationsmanagement und Qualitätsmanagement (Tab.: 6). Die Zentrenbildung sowie Zertifizierungsprojekte unterschiedlicher Art sind dabei die häufigsten Konzepte, welche von den Krankenhäusern umgesetzt werden. Mehrere Häuser waren auch innovativ bei der Einführung eines Case-Managements, CIRS oder der Organisation sektorenübergreifender Behandlung.

Außerhalb dieser Bereiche wurden auch neue Konzepte in der Qualität der Versorgung beispielsweise durch die Einführung von Patientenbefragungen, Pflegetraining oder Schmerzmanagement umgesetzt.

5.3.3 Entwicklung neuer Geschäftsfelder

Tab. 7: Innovative Projekte der Krankenhäuser in der Entwicklung neuer Geschäftsfelder

Entwicklung neuer Geschäftsfelder	Anzahl
Adipositaschirurgie	1
Ästhetische Chirurgie	1
Behandlung geriatrischer Patienten	1
Beteiligung an einem Arztnetz	1
Betriebliche Gesundheitsförderung für Unternehmen in der Region	1
Check-Up	1
Gerontopsychiatrie	1
Gründung einer Großgeräte-Besitzgesellschaft	1
MVZ	1
Stationäre und ambulante Pflege SGB XI	1
Strategie der horizontalen Ergänzung von Geschäftsfeldern	1
Strategieprojekt 2015: Echteinsetz der Balanced Score Card	1
Teleradiologie	1
Wirbelsäulenchirurgie eingeführt	1
Zusammenarbeit Schmerzzentrum	1

Die Umsetzung innovativer Projekte der Krankenhäuser in NRW in der Entwicklung neuer Geschäftsfelder fand nur vereinzelt statt (Tab.: 7). So sahen einige Kliniken neue Geschäftsfelder in der Behandlung bestimmter Patientengruppen wie z. B. Adipositaschirurgie, ästhetische Chirurgie, geriatrische und gerontopsychiatrische Patienten. Die innovativen Projekte anderer Einrichtungen waren breit gestreut und befassten sich z. B. mit der Gründung einer Großgeräte-Besitzgesellschaft oder eines MVZ, der Einführung der Teleradiologie oder betrieblichen Gesundheitsförderung für Unternehmen in der Region.

5.3.4 Prozess- und Personalmanagement

Tab. 8: Innovative Projekte der Krankenhäuser im Prozess- und Personalmanagement

Prozess- & Personalmanagement	Anzahl		Anzahl
Mitarbeitergewinnung	1	Neuorganisation der Aufbauorganisation	1
Akquirierung von Ärzten aus dem Ausland	1	Bereichsleitungen in der Pflege	1
Indikatorgestützte Personalplanung	1	OP-Management	1
Einführungswoche für neue Mitarbeiter	1	Zentralisierung Intensivbereich	1
"Jobchance" als Instrument der Personalentwicklung	1	Patienten-Steuerung durch Pflegedienst	1
Personalentwicklungskonzept	2	Zentrale Dienstplanung	1
Führungsseminare	1	Zentrales Bettenmanagement	1
Betriebliches Eingliederungsmanagement	2	Einführung elektronische Patientenakte	1
Akademisches Lehrkrankenhaus	1	KIS-Prozesssteuerung	1
Bezahlung der PJ-Studenten	1	Fokussierung der Kernkompetenzen	1
Stipendium/ Förderverein	2	Eigenes Prozessmanagement	1
Betriebliches Gesundheitsmanagement	2	Entwicklung von Behandlungspfaden	1
Familienfreundliches Krankenhaus	1	RIS-/PACS-Vernetzung	3
		Investitionsplanungsprozess	1
		Modulartige Pfadkalkulationen der Top-5-Leistungen je Abteilung	1

Innovative Projekte der Krankenhäuser im Prozess- und Personalmanagement findet man häufiger umgesetzt (Tab.: 8). Im Personalmanagement werden beispielsweise die Umsetzung von Personalentwicklungskonzepten, ein betriebliches Eingliederungsmanagement oder Gesundheitsmanagement berichtet. Auch die Finanzierung von Personal über Stipendien und Fördervereine, verschiedene Methoden der Mitarbeitergewinnung sowie Personalentwicklung werden als vorbildhafte Modelle genannt.

Im Prozessmanagement der Krankenhäuser findet man vereinzelt Umsetzungen der Vernetzung von Radiologie-Informations-/ Bildarchivierungs- und Kommunikationssystemen (RIS/PACS). Einige Kliniken haben die Zentralisierung von beispielsweise ihres Intensivbereichs, der Dienstplangestaltung oder des Bettenmanagements angegeben.

5.3.5 Logistik, Technik- und Energie-Management

Tab. 9: Innovative Projekte der Krankenhäuser im Logistik, Technik- und Energie-Management

Logistik, Technik- und Energie-Management	Anzahl
Ausbau des vorhandenen/Neubau Blockheizkraftwerk	5
Energieoptimierung	2
(Kälte- und) Wärmegewinnung	2
Logistik- und Prozessmanagement	1
Contracting	1
e-med PPP	1
Einbindung Transportdienst	1
Energiecontracting als eigene Tochtergesellschaft	1
Projekt Ökoprotit	1
Strombezugsgemeinschaft	1
Optimieren der Technischen Abteilung	1
Vollintegration der MVZ-Praxis-IT ins KH-System	1

Die Umsetzung innovativer Projekte der Krankenhäuser in NRW in der Logistik, Technik- und dem Energiemanagement fand nur vereinzelt statt (Tab.: 9). Die Mehrzahl der Projektumsetzungen fand hier im Bereich des (kostenträchtigen) Energiemanagements statt. So haben beispielsweise fünf Krankenhäuser den Ausbau eines vorhandenen oder den Neubau eines neuen Blockheizkraftwerks vorgenommen. Auch die Energieoptimierung, die Kälte- und Wärmerückgewinnung sowie das Energiecontracting als eine eigene Tochtergesellschaft und das Bilden einer Strombezugsgemeinschaft wurden realisiert.

Des Weiteren wurde im Technikbereich beispielsweise eine MVZ-Praxis-IT in ein Krankenhaussystem integriert und eine technische Abteilung optimiert. Andere Einrichtungen haben ein Logistik- und Prozessmanagement etabliert und einen Transportdienst in die Klinik eingebunden.

5.3.6 Betreiber- und Finanzierungsmodelle

Tab. 10: Innovative Projekte der Krankenhäuser im Bereich Betreiber- und Finanzierungsmodelle

Betreiber- und Finanzierungsmodelle	Anzahl
Führung eigener Einheiten bzw. Tochterunternehmen durch externe Manager	1
Großgeräte Besitz- und Betriebsgesellschaft	1
Gründung einer Stiftung	1
Kooperation "Physiologie"	1
Niedergelassene Ärzte als Betreiber eines Krankenhauses	1
Parkhausbau	1
PPP-Projekt für ein Funktionsgebiet	1
Therapiegesellschaft	1
Pay-per-use in der Medizintechnik	1

Im vorangegangenen wurde bereits deutlich, dass die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser sich eher zögerlich bei der Realisierung neuer Betreiber- und Finanzierungsmodelle zeigen. Als innovative Projekte wurden in diesem Zusammenhang beispielsweise die Gründung einer Stiftung, das Betreiben eines Krankenhauses durch niedergelassene Ärzte, ein Pay-per-use-Modell in der Medizintechnik sowie die Führung eigener Einheiten bzw. eines Tochterunternehmens durch einen externen Manager genannt (Tab.10).

5.4 Forschungsaktivitäten

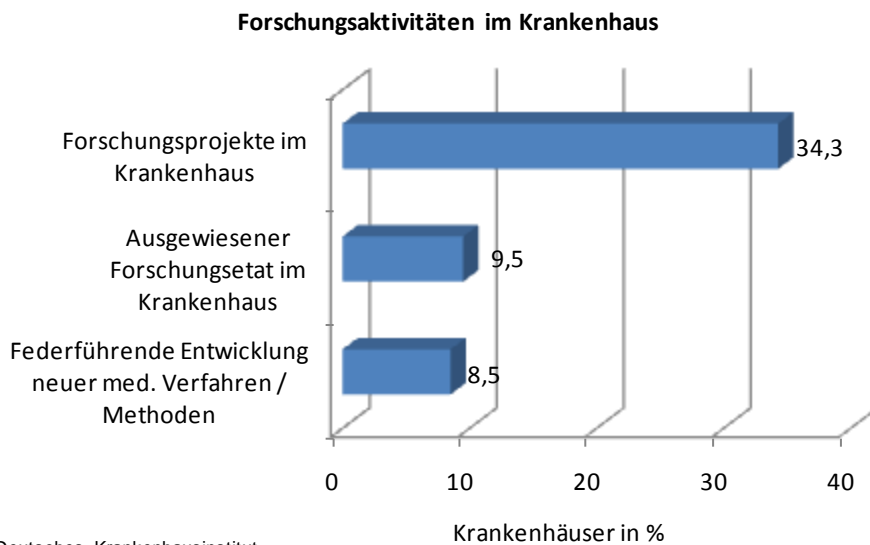


Abb. 30: Durchgeführte Forschungsaktivitäten im Krankenhaus

Ungefähr ein Drittel der Krankenhäuser in NRW führt eigene Forschungsprojekte in ihrem Haus durch. Ein ausgewiesener Forschungsetat für diese Projekte liegt jedoch nur in 10% der Kliniken vor. Bei diesen Forschungsprojekten handelt es sich bei 9% der Einrichtungen um die federführende Entwicklung von neuen medizinischen Verfahren oder neuen Methoden (Abb.: 30).

Eine Übersicht über herausragende Forschungsprojekte oder Entwicklungen in den Krankenhäusern in NRW wird in Tabelle 11 gegeben.

Tab. 11: Herausragende Forschungsprojekte / Entwicklungen der Krankenhäuser

Beispielsweise:
Arzneimittelstudien
Computerassistiertes operieren
Frühdiagnostik von Tumoren
Mitarbeit beim SPIDER/Security-System
Neurologie
Versorgung Schlafmedizin
Patientensicherheit

6 Trends

6.1 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses

Zunächst sollten die Krankenhäuser angeben, wie sie alles in allem ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt in der zweiten Jahreshälfte 2010 beurteilen. 42% der Krankenhäuser in NRW schätzten ihre wirtschaftliche Situation als eher gut ein, während rund 19% sie eher als unbefriedigend beurteilten und 39% in dieser Hinsicht unentschieden waren (Abb.: 31). Über die Beurteilung der aktuellen Situation hinaus, sollten sich die Krankenhäuser auch zu den Erwartungen für das Folgejahr 2011 äußern: Demnach geht gut die Hälfte der Krankenhäuser von einer Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation aus. 39% erwarten keine nennenswerten Veränderungen. Nur noch 9% gingen von einer Verbesserung aus (Abb.: 32).

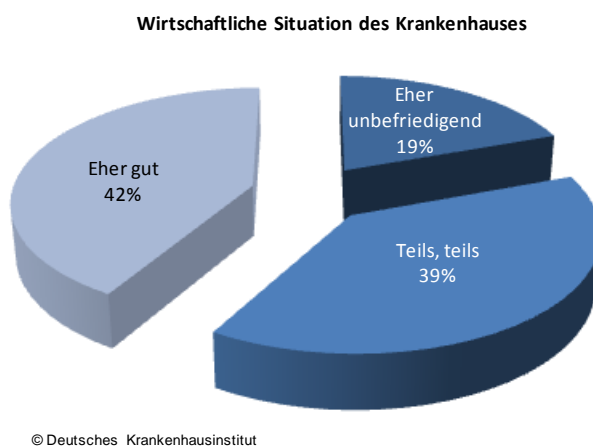
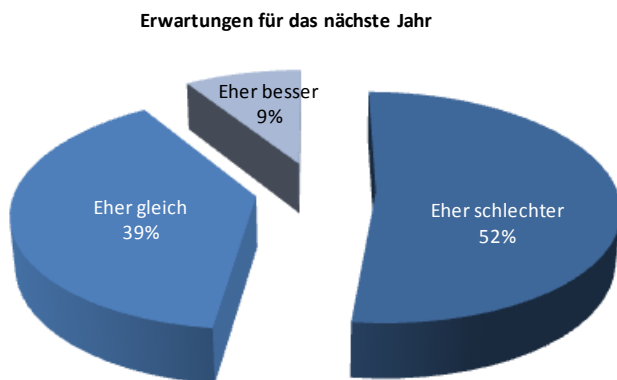


Abb. 31: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses

Im Vergleich zum Frühjahr 2010 als im Rahmen des *DKI-Krankenhaus Barometers*⁹ dieselbe Frage gestellt wurde, haben sich die Erwartungen der Krankenhäuser für 2011 demnach verschlechtert. Bezogen auf NRW gingen seinerzeit 37% der Krankenhäuser von einer Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage und 19% von einer Verbesserung aus.

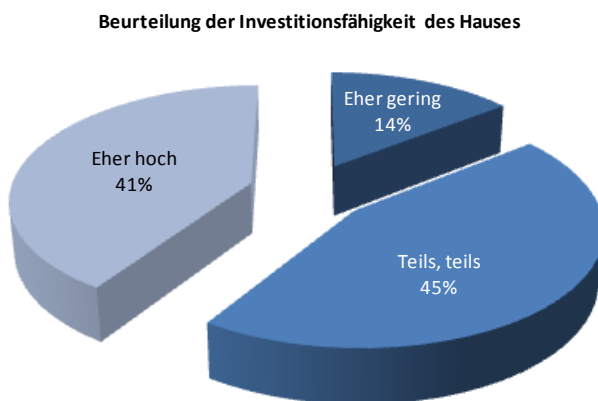
⁹Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2010. Düsseldorf 2010. www.dki.de



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 32: Erwartungen der wirtschaftlichen Situation für das nächste Jahr

Nichtsdestotrotz beurteilen 41% der Krankenhäuser in NRW ihre derzeitige Investitionsfähigkeit als eher hoch. 14% schätzen sie als eher gering ein. Die übrigen sind in dieser Hinsicht unentschieden (Abb.: 33).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 33: Beurteilung der derzeitigen Investitionsfähigkeit des Krankenhauses

6.2 Investitionsvorhaben

Abschließend sollten die Krankenhäuser angeben, welche Investitionsvorhaben sie in neuen, innovativen Geschäftsfeldern, gemäß ihrer strategischen Planungen, in den nächsten 5-10 Jahren in ihrem Haus realisieren wollen. Diese Fragestellung wurde nur sehr selektiv beantwortet. Die Rangliste der geplanten Investitionsvorhaben kann im Einzelnen der Tabelle 12 entnommen werden. Die häufigsten Nennungen betreffen die Einrichtung eines Ärztehauses bzw. von Arztpraxen im Krankenhaus, die Sanierung vorhandener Gebäude sowie die Errichtung von Neu- oder Ergänzungsbauten.

Die restlichen Vorhaben betreffen überwiegend die Schaffung neuer Organisationseinheiten inklusive der dafür erforderlichen baulichen oder technischen Infrastruktur (z .B. Privatstation, Patientenhotel, MVZ, Zentralaufnahme oder neue ambulante Leistungsangebote).

Tab. 12: Investitionsvorhaben in innovative Geschäftsfelder in den nächsten 5 – 10 Jahren

Investitionsvorhaben	Anzahl		Anzahl
Ärztehaus / Arztpraxen	9	Gründung MVZ	2
Sanierung (Fassade, Funktionsbereich, Patienten-Zimmer)	9	Zentrenbildung	1
Bauprojekt/ Ergänzungsbauten	5	Demenzstation	1
Bau eines neuen Bettentraktes/ Bettenhauses	4	Standortzentralisierung	1
Privatstation	3	Aufbau ambulante Rehabilitation	1
Neubau Funktionsbereiche (OP, Intensiv, Endoskopie)	3	Ausbau ambulanter Versorgung	1
Zentrale Aufnahme	1	Neustrukturierung der Notaufnahme	1
Küche	1	DaVinci-OP-Roboter	1
Patientenhotel	1	Refraktive Laserchirurgie	1
Umsetzung des baulichen Masterplans	1	Umsetzung der Fusion mit zwei weiteren Partnern	1
		Zusammenwachsen in neuen Trägerverbund	1

7. Diskussion

Das zentrale Ziel des Innovationspanels ist, Informationen zur Breite und Vielfalt des Modernisierungsgeschehens der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zu erheben. Gemäß diesem Ziel wurden insbesondere das Leistungsportfolio, die räumliche Verdichtung und das Kooperationsverhalten, die Innovationsfelder und aktuelle Innovationsprojekte sowie die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser beleuchtet. Nachfolgend werden die Ergebnisse des Innovationspanels diskutiert.

7.1 Leistungsportfolio

Neben der vollstationären Akutbehandlung werden im Krankenhaus eine Reihe von zusätzlichen Versorgungs- und Dienstleistungsangeboten vorgehalten. Das Innovationspanel hat gezeigt, dass die Häuser mit ihrem Leistungsportfolio breit aufgestellt sind.

So halten die meisten Krankenhäuser in NRW mehrere ambulante ärztliche Angebote vor: Bei dem überwiegenden Teil der Kliniken geschieht dies in Form von persönlichen- und Institutsermächtigungen sowie ambulanten Operationen gemäß § 115 b SGB V. Knapp ein Drittel der Krankenhäuser hat fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen (Medizinische Versorgungszentren) zur Patientenversorgung eingerichtet und gut die Hälfte der Kliniken hält sektorenübergreifend ärztliches Personal vor (Belegärzte, gleichzeitig Krankenhaus und Vertragsarzt).

Des Weiteren findet im Durchschnitt eine ebenso hohe Beteiligung der Kliniken an der Integrationsversorgung nach den §§ 140a ff. SGB V, wie an den strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten gemäß § 137 SGB V (Disease Management Programme). Während bei der Integrationsversorgung zwar hauptsächlich sektorenübergreifende Kooperationen mit anderen Versorgern stattfinden (Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassene Ärzte), ist jedoch auch gehäuft eine interdisziplinäre, fachübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Krankenhäusern etabliert worden.

Bei der Frage, welche Zusatzleistungen in den Krankenhäusern oder in enger Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern von anderen Trägern oder Anbietern erbracht werden (z. B. in den Räumlichkeiten bzw. auf dem Gelände des Krankenhauses oder in unmittelbarer Nachbarschaft) zeigte sich, dass besondere Pflegeleistungen – direkt oder indirekt - mittlerweile zum Leistungsportfolio vieler Krankenhäuser in NRW zählen. Die Erbringer dieser Pflegeleis-

tungen sind in der Regel jedoch nicht die Krankenhäuser selbst, sondern Einrichtungen der Krankenhausträger (wie kommunale oder kirchliche Träger). Die Palliativversorgung wird dagegen auf stationärer Ebene von den Krankenhäusern breit abgedeckt, während stationäre Hospize und ambulante Hospizinitiativen überwiegend bei externen Anbietern angesiedelt sind. Die geriatrische Versorgung, sei es in stationärer Form oder in Form einer Tagesklinik, wird hauptsächlich in Einrichtungen des Krankenhauses selbst geleistet. Rehabilitationsleistungen gewinnen ebenfalls zusehends an Bedeutung. Während die Frührehabilitation größtenteils im Krankenhaus durchgeführt wird, sind die ambulante-, die teilstationäre-, sowie stationäre Rehabilitation mehrheitlich nicht im Krankenhaus angesiedelt. Hier zeigt sich jedoch, dass Rehabilitationsleistungen im oben genannten Sinne eine feste Größe in der Entwicklung von Krankenhausstandorten darstellen.

Leistungen, welche die Krankenhäuser im Bereich Homecare (enterale und parenterale Ernährung, Heim- und Peritonealdialyse, Stoma- und Inkontinenzversorgung) anbieten, werden überwiegend in Kooperation mit externen Anbietern ausgeführt. Angebote im Bereich Komplementärmedizin (Naturheilverfahren, traditionelle chinesische Medizin), besondere Leistungen (Patientenhotel, Privatstation) und Angebote der Prävention und Gesundheitsberatung werden mehrheitlich von den Krankenhäusern selbst realisiert.

Durch eine verbesserte Integration von Versorgungsbereichen und Leistungsangeboten im Krankenhaus können Kosten gespart, die medizinische Versorgungsqualität verbessert und somit die Leistungsfähigkeit im Wettbewerb gesteigert werden. Vor diesem Hintergrund bilden viele Kliniken zusehends Medizinische Zentren. Es handelt sich dabei um die organisatorische Zusammenfassung von ehemals eigenständigen Fachdisziplinen mit interdisziplinärer Leitung und interdisziplinärem Fallmanagement.

Im Leistungsportfolio der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und auch der Krankenhausträger finden sich insgesamt eine breite Streuung des Angebotes und eine ebenso breite Verteilung der Kooperationsbeziehungen interdisziplinärer und sektorenübergreifender Zusammenarbeit.

7.2 Räumliche Verdichtung und Kooperationsverhalten

Als Teil einer Wertschöpfungskette von Gesundheitsdienstleistungen und Produkten kooperieren Krankenhäuser heute standardmäßig mit anderen Kliniken, Sozial- und Gesundheitseinrichtungen. Ebenso gewinnt durch die Abkehr von den klassischen Versorgungsstrukturen

hin zu Versorgungsketten, die Überleitung von Patienten zwischen verschiedenen Sektoren der Versorgung an Bedeutung.

Ein abgestimmtes Patientenüberleitungsmanagement, welches sich an internen Standards, z.B. am „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“ des DNQP orientiert, wird von den Krankenhäusern zusammen mit ambulanten sowie stationären Einrichtungen durchgeführt.

Für eine abgestimmte Patientenüberleitung zwischen ambulanten Einrichtungen und Krankenhäusern sind in Nordrhein-Westfalen zum Teil ausgeprägte Netzwerke errichtet worden. Bei der Überleitung von Patienten aus dem Krankenhaus zu Vertragsärzten (oder umgekehrt) findet man ausgeprägte Vernetzungsstrukturen, welche weitreichend genutzt werden. Bei der Patientenüberleitung zwischen Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten / Sozialstationen sowie ambulanten Rehabilitationseinrichtungen sind ebenfalls Netzstrukturen vorhanden, wenngleich etwas geringfügiger ausgeprägt. Diese Netzstrukturen zur Patientenüberleitung werden, besonders bei den ambulanten Pflegediensten / Sozialstationen, weitreichend genutzt.

Für eine Patientenüberleitung zwischen den Krankenhäusern in NRW und stationären Einrichtungen sind ebenfalls gute Vernetzungen vorhanden. Bei der Überleitung von Patienten zwischen verschiedenen Krankenhäusern / Fachkliniken gibt es Vernetzungsstrukturen, welche weitreichend Anwendung finden. Die Vernetzungen bei der Patientenüberleitung zwischen Krankenhäusern und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Altenheimen sind am deutlichsten ausgeprägt. Die Netzstrukturen zur Patientenüberleitung, besonders zu den Altenheimen, werden deutlich genutzt.

Weniger etabliert ist dahingegen eine abgestimmte Patientenüberleitung zwischen den Kliniken in NRW und Hospizen sowie Wohnheimen / betreutes Wohnen.

Krankenhäuser kooperieren auch über die Patientenüberleitung hinaus anderweitig mit anderen Leistungserbringern, Organisationen und Branchen. Krankenhäuser bilden oft mit anderen Häusern Kooperationen zum Zweck der nicht-ärztlichen Ausbildung oder der Bildung von Einkaufsgemeinschaften. Kooperationen mit der Industrie werden gelegentlich zur Qualifizierung von Krankenhauspersonal und mit den Bereichen IT, Versorgung und Energie etwa zur gemeinsamen Entwicklung von Datensicherheitskonzepten oder zur Reduktion des Energieverbrauchs geschlossen. Viele Krankenhäuser bilden mittlerweile standardmäßig Kooperationen mit Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen, sei es zur Informationsvermittlung

oder zur Überlassung von Räumlichkeiten. Kooperationen mit internationalen Partnern spielen bislang in den Krankenhäusern eine eher untergeordnete Rolle. Auch eine Zusammenarbeit mit Nachbarbranchen findet kaum statt.

7.3 Innovationsfelder und Projekte der Klinikwirtschaft

Über das Leistungs- und Kooperationsportfolio hinaus gibt es in den Krankenhäusern eine Reihe innovativer Ansätze, Modelle, Verfahren und Projekte. In diesem Zusammenhang wurden die wichtigsten übergeordneten Innovationsziele identifiziert, die derzeit in den Krankenhäusern prioritär verfolgt werden. So steht die Erhöhung der Patientenzufriedenheit oder des Patientennutzens an erster Stelle der Innovationsziele bei der Mehrheit der Krankenhäuser, die Steigerung der Wirtschaftlichkeit des Hauses auf Platz zwei und die Optimierung der Aufbau- und / Ablauforganisation auf Platz drei der wichtigsten Innovationsziele. Diese Rangfolge zeigt eindeutig, dass auch in wirtschaftlich schwierigen Zeiten die Patientenorientierung nach eigenen Angaben höchste Priorität in den Kliniken in NRW hat.

Die Verfolgung konkreter innovativer Projekte im Krankenhaus ist in einzelnen Bereichen unterschiedlich weit fortgeschritten. Schwerpunkte der Innovationsaktivitäten der Krankenhäuser in NRW bilden vor allem die Versorgungsqualität, das Prozess- und Personalmanagement. Innovative Bauprojekte der Krankenhäuser sowie konkrete Aktivitäten im Bereich Logistik, Technik- und Energie-Management sind teilweise in der Fläche realisiert oder in der Planung. Demgegenüber sind die Entwicklung neuer Geschäftsfelder und Projekte im Bereich Betreiber- und Finanzierungsmodelle weniger verbreitet.

Die innovativen Projekte der Krankenhäuser, die aus Krankenhaussicht Vorbildcharakter für andere Häuser haben könnten, bilden ein breites Spektrum des Innovationsgeschehens ab. Bei den aus der Sicht der Krankenhäuser besonders innovativen Projekten handelt es sich jedoch überwiegend um Neuerungen für das jeweilige Krankenhaus, weniger um Innovationen in einem allgemeinen oder übergeordneten Sinne.

Bei den im Innovationspanel berichteten innovativen Projekten der Krankenhäuser im Krankenhausbau dominiert eindeutig die Errichtung von Funktionsbauten. Vorbildhafte Projekte der Krankenhäuser in der Qualität der Versorgung findet man hauptsächlich im Bereich Prozess- und Organisationsmanagement sowie Qualitätsmanagement. Aktivitäten zur Entwicklung neuer Geschäftsfelder sehen die Kliniken in NRW in der Behandlung bestimmter Patientengruppen. Im Bereich Prozess- und Personalmanagement wurde ein breites Portfolio von

Projekten genannt, beispielsweise zur Mitarbeitergewinnung sowie Personalentwicklung. Speziell im Prozessmanagement spielen Projekte zur Technikvernetzung und Prozesszentralisierung eine hervorgehobene Rolle in den Kliniken. Während Projekte im Bereich Betreiber- und Finanzierungsmodelle noch kaum eine Rolle in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern spielen, werden im Logistik, Technik- und Energie-Management einige Projekte zur Energieoptimierung berichtet.

Die Forschungsaktivitäten in einem Krankenhaus sind ebenfalls ein Indikator für das Innovationsgeschehen in einer Einrichtung. Zwar sind ausgewiesene Forschungssetats in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern eher weniger etabliert, jedoch werden in jeder dritten Klinik eigene Forschungsprojekte durchgeführt.

7.4 Trends

Die Einschätzung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser in der zweiten Jahreshälfte 2010 ergab lediglich bei rund 40% der Kliniken ein positives Bild. Die Erwartungen für das Folgejahr 2011 fallen deutlich pessimistischer aus und haben sich im Vergleich zu einer Befragung im Frühjahr des Jahres 2010 überdies dramatisch verschlechtert.

Geplante Investitionsvorhaben der Krankenhäuser in den nächsten Jahren wurden nur verhalten mitgeteilt und beziehen sich hauptsächlich auf die Errichtung von Funktionsbauten oder die Sanierung bereits vorhandener Gebäude.

7.5 Fazit

Das Innovationspanel 2010/2011. Klinikwirtschaft.NRW zeigt nachdrücklich die Bedeutung der Krankenhäuser für die regionale Gesundheitsversorgung über die stationäre Patientenversorgung hinaus.

Auf der einen Seite diversifizieren die Krankenhäuser ihr Leistungsangebot zusehends. Demnach werden im Krankenhaus zusätzlich zur vollstationären Akutbehandlung eine Reihe unterschiedlichster Gesundheitsleistungen unter einem Dach vorgehalten. Vor allem der Beitrag der Krankenhäuser zur ambulanten ärztlichen Versorgung ist dabei besonders hervorzuheben. Sie leisten einen substantiellen Beitrag zur ambulanten fachärztlichen, spezialärztlichen bzw. operativen Versorgung sowie zur ambulanten Notfallversorgung. Darüber hinaus offerieren die Krankenhäuser in NRW – direkt oder indirekt über ihre Träger oder Kooperati-

onspartner – zahlreiche andere Gesundheitsleistungen in unterschiedlichsten Bereichen. Die Leistungsdiversifizierung im Krankenhaus ist umso bemerkenswerter, als die rechtlichen Möglichkeiten für Zusatzangebote zur stationären Versorgung vielfach eingeschränkt sind (z.B. durch die relativ starre Trennung von ambulanter und stationärer ärztlicher Versorgung in Deutschland). Umgekehrt bedeutet dies, dass die Krankenhäuser ihr Potenzial für die regionale Gesundheitsversorgung noch nicht ausschöpfen können respektive bislang noch nicht ausgeschöpft haben. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich diese Entwicklung fortsetzen wird.

Auf der anderen Seite zeigt sich die Modernisierung der Krankenhäuser auch an ihren (veränderten) Kooperationsbeziehungen zu vor- und nachgelagerten Leistungs- und Versorgungsbereichen. Im Rahmen einer sektoral gegliederten und arbeitsteiligen Gesundheitsversorgung kooperieren Krankenhäuser zwar traditionell mit Leistungserbringern aus anderen Sektoren. Angesichts einer alternden Bevölkerung mit kontinuierlichem Behandlungsbedarf in unterschiedlichen Versorgungssegmenten wird ein sektorübergreifendes Qualitäts- und Fallmanagement zunehmend wichtiger. Dem tragen die Krankenhäuser Rechnung, indem sie ein abgestimmtes Überleitungsmanagement sukzessive mit mehr Nachversorgern etablieren. Bislang sind die Krankenhäuser jedoch noch keine integrierten Dienstleistungszentren, die eine medizinische Versorgung aus einem Guss anbieten und selbst oder in Koordination mit anderen Leistungsanbietern (sektorübergreifend) eine patientengerechte Steuerung der Behandlungsabläufe vornehmen.¹⁰

Über andere Leistungserbringer im Gesundheitssystem hinaus lassen sich veränderte Kooperationsbeziehungen der Krankenhäuser auch an ihrem Verhältnis zu anderen Branchen oder Organisationen festmachen. Ähnlich wie bei den Leistungserbringern aus dem Gesundheitssystem gibt es hier zwar tradierte Geschäftsbeziehungen vor allem zu Unternehmen der Zuliefererindustrien und Versorgungswirtschaft. Diese beschränken sich aber nicht mehr nur auf den Einkauf von Produkten oder Dienstleistungen. Vielmehr gehen die Krankenhäuser gezielt weitergehende Kooperationen mit diesen Unternehmen und Branchen ein, etwa im Bereich der Finanzierung, Logistik, Konzeptentwicklung, Personalgestaltung und –qualifizierung. Gleichwohl sind solche innovativen Kooperationsmodelle bislang noch eher selten in den Krankenhäusern in NRW anzutreffen. Das gilt gleichermaßen für die Unter-

¹⁰ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft: Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmen ab dem Jahr 2009. Berlin 2007 (www.dkgev.de)

nehmen der Gesundheits- und Versorgungswirtschaft wie insbesondere für internationale Partnerschaften und Kooperationen mit Nachbarbranchen, etwa der Wohnungswirtschaft, der Freizeit- und Touristikbranche. Insgesamt ist die Entwicklung von Krankenhäusern zu regionalen Gesundheitszentren mit Blick auf diese Unternehmen und Branchen am wenigsten fortgeschritten.

Die Ergebnisse des Innovationspanels zeigen in jedem Fall, dass die Innovations- bzw.- Modernisierungsaktivitäten der Krankenhäuser in NRW zielorientiert erfolgen. Oberster Maßstab ist dabei die Erhöhung des Patientennutzens bei verbesserter Organisation und gesteigerter Wirtschaftlichkeit. Implizit zeigt diese Priorisierung, dass die Krankenhäuser ihre Innovationsziele vor dem Hintergrund konkreter ökonomischer und organisatorischer Rahmenbedingungen in ihren Häusern definieren. Damit ist präjudiziert, dass auch die Innovationsaktivitäten und Innovationsprojekte spezifisch im Kontext krankenhausindividueller Problemstellungen erfolgen.

In Umsetzung der allgemeinen Innovationsziele sind die Krankenhäuser in NRW auf zahlreichen Innovationsfeldern aktiv. In der Summe über alle erfassten Innovationsfelder sind zahlreiche Projekte schon realisiert, konkret geplant oder in der Entwicklung. Sie belegen damit die hohe Innovationsdynamik der Krankenhausversorgung in NRW. Die inhaltliche Vielfalt der Projekte spiegelt gleichzeitig die Heterogenität des Innovationsgeschehens in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern wider.

Gleichwohl konnten „Leuchtturmprojekte“, also Innovationen in einem allgemeinen oder übergeordneten Sinne als krankenhausübergreifender Ausgangspunkt neuer Entwicklungen, im Innovationspanel insgesamt wenig identifiziert werden. Dies mag zum Teil den Restriktionen einer standardisierten Befragung geschuldet sein, die einer differenzierten Darstellung innovativer Projekte enge Grenzen setzt. Daneben werden aus Vertraulichkeits- oder Wettbewerbsgründen Innovationen ggf. nur begrenzt im Rahmen eines solchen Panels kommuniziert. Des Weiteren ist nicht auszuschließen, dass sich insbesondere bei spezifischen Kooperations- oder Prozessinnovationen auf örtlicher Ebene die Beteiligten nicht immer des innovativen Charakters einzelner Maßnahmen hinreichend bewusst sind, etwa weil diese Maßnahmen schon seit einiger Zeit etabliert sind oder Problemlösungen für spezifische Vor-Ort-Probleme darstellen.

Das Innovationspanel 2010/2011. Klinikwirtschaft.NRW zeigt, dass die Krankenhäuser Innovationen primär aus ihrer Innenperspektive definieren, also als (ggf. größere) organisatorische

oder infrastrukturelle Veränderungen im eigenen Haus. Maßstab dabei ist der jeweilige Status quo. Innovationen in diesem Sinne sind Neuentwicklungen oder Problemlösungen auf Basis des Status quo. Gemessen an diesem Maßstab zeigen die Ergebnisse des Innovationspanel2010/2011.Klinikwirtschaft.NRW, dass die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen innovativ sind und künftig weiterhin Innovationen entwickeln werden.

Tabellenverzeichnis

TAB. 1:	VERTEILUNG DER BETTENGROßENKLASSEN IN DER STICHPROBE.....	34
TAB. 2:	VERTEILUNG DER BETTENGROßENKLASSEN IN DER GEWICHTETEN STICHPROBE TIGE	17
TAB. 3:	SONSTIGE ZENTREN.....	34
TAB. 4:	INNOVATIONSZIELE, WELCHE ZURZEIT PRIORITÄR IN DEN KRANKENHÄUSERN VERFOLGT WERDEN	48
TAB. 5:	INNOVATIVE PROJEKTE DER KRANKENHÄUSER IM BEREICH KRANKENHAUSBAU	57
TAB. 6:	INNOVATIVE PROJEKTE DER KRANKENHÄUSER IN DER QUALITÄT DER VERSORGUNG	58
TAB. 7:	INNOVATIVE PROJEKTE DER KRANKENHÄUSER IN DER ENTWICKLUNG NEUER GESCHÄFTSFELDER.....	59
TAB. 8:	INNOVATIVE PROJEKTE DER KRANKENHÄUSER IM PROZESS- UND PERSONALMANAGEMENT	60
TAB. 9:	INNOVATIVE PROJEKTE DER KRANKENHÄUSER IM LOGISTIK, TECHNIK- UND ENERGIE-MANAGEMENT	61
TAB. 10:	INNOVATIVE PROJEKTE DER KRANKENHÄUSER IM BEREICH BETREIBER- UND FINANZIERUNGS-MODELLE.....	62
TAB. 11:	HERAUSRAGENDE FORSCHUNGSPROJEKTE / ENTWICKLUNGEN DER KRANKENHÄUSER.....	63
TAB. 12:	INVESTITIONSVORHABEN IN INNOVATIVE GESCHÄFTSFELDER IN DEN NÄCHSTEN 5 – 10 JAHREN.....	66

Abbildungsverzeichnis

ABB. 1:	VOM KRANKENHAUS ERBRACHTE AMBULANTE ÄRZTLICHE LEISTUNGEN	19
ABB. 2:	LEISTUNGSBEREICHE VORHANDENER INSTITUTSERMÄCHTIGUNGEN	20
ABB. 3:	TEILNAHME AN DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG (IV) NACH DEN §§ 140A-D SGB V	21
ABB. 4:	KOOPERATIONSPARTNER DES KRANKENHAUSES IM RAHMEN DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG (IV)	22
ABB. 5:	DISEASE MANAGEMENT PROGRAMME (DMP) NACH § 137F SGB V	23
ABB. 6:	VOM KRANKENHAUS ODER IN ENGER ZUSAMMENARBEIT MIT DEM HAUS VON ANDEREN ERBRACHTE BESONDERE PFLEGELEISTUNGEN	24
ABB. 7:	VOM KRANKENHAUS ODER IN ENGER ZUSAMMENARBEIT MIT DEM HAUS VON ANDEREN ERBRACHTE PALLIATIVVERSORGUNG	26
ABB. 8:	VOM KRANKENHAUS ODER IN ENGER ZUSAMMENARBEIT MIT DEM HAUS VON ANDEREN ERBRACHTE REHABILITATIONSLEISTUNGEN	27
ABB. 9:	VOM KRANKENHAUS ODER IN ENGER ZUSAMMENARBEIT MIT DEM HAUS VON ANDEREN ERBRACHTE GERIATRISCHE VERSORGUNG	28
ABB. 10:	VOM KRANKENHAUS ODER IN ENGER ZUSAMMENARBEIT MIT DEM HAUS VON ANDEREN ERBRACHTE HOMECARE- LEISTUNGEN	29
ABB. 11:	VOM KRANKENHAUS ODER IN ENGER ZUSAMMENARBEIT MIT DEM HAUS VON ANDEREN ERBRACHTE LEISTUNGEN DER KOMPLEMENTÄRMEDIZIN	30
ABB. 12:	VOM KRANKENHAUS ODER IN ENGER ZUSAMMENARBEIT MIT DEM HAUS VON ANDEREN ERBRACHTE BESONDERE LEISTUNGEN	31
ABB. 13:	VOM KRANKENHAUS ODER IN ENGER ZUSAMMENARBEIT MIT DEM HAUS VON ANDEREN ERBRACHTE LEISTUNGEN AUßERHALB DER STATIONÄREN KRANKENHAUSBEHANDLUNG	32
ABB. 14:	KRANKENHÄUSER ALS TEIL (OPERATIONS-, FUNKTIONS- UND / ODER KOOPERATIONSSTANDORT) EINES BRUSTZENTRUMS 33	
ABB. 15:	ZENTRENBILDUNG ALS ORGANISATORISCHE ZUSAMMENFASSUNG VON EHEMALS EIGENSTÄNDIGEN FACHDISZIPLINEN ...	34
ABB. 16:	ABGESTIMMTES PATIENTENÜBERLEITUNGSMANAGEMENT MIT AMBULANTEN EINRICHTUNGEN	37
ABB. 17:	ABGESTIMMTES PATIENTENÜBERLEITUNGSMANAGEMENT MIT STATIONÄREN EINRICHTUNGEN	39
ABB. 18:	KOOPERATIONEN MIT ANDEREN KRANKENHÄUSERN IN BESONDEREN BEREICHEN	41
ABB. 19:	KOOPERATIONEN MIT BIOTECHNOLOGIE, MEDIZINTECHNIK- UND PHARMAINDUSTRIE	42
ABB. 20:	KOOPERATIONEN MIT INTERNATIONALEN PARTNERN	43
ABB. 21:	KOOPERATIONEN MIT DEN BEREICHEN IT, VERSORGUNG UND ENERGIE	44
ABB. 22:	KOOPERATIONEN MIT PATIENTENORGANISATIONEN UND SELBSTHILFEGRUPPEN	45
ABB. 23:	KOOPERATIONEN MIT NACHBARBRANCHEN	46

ABB. 24:	DERZEIT DURCHGEFÜHRTE KONKRETE AKTIVITÄTEN IM BEREICH KRANKENHAUSBAU	50
ABB. 25:	DERZEIT DURCHGEFÜHRTE KONKRETE AKTIVITÄTEN IN DER VERSORGUNGSQUALITÄT.....	51
ABB. 26:	DERZEIT DURCHGEFÜHRTE KONKRETE AKTIVITÄTEN IN DER ENTWICKLUNG NEUER GESCHÄFTSFELDER.....	52
ABB. 27:	DERZEIT DURCHGEFÜHRTE KONKRETE AKTIVITÄTEN IM PROZESS- UND PERSONALMANAGEMENT.....	53
ABB. 28:	DERZEIT DURCHGEFÜHRTE KONKRETE AKTIVITÄTEN IM LOGISTIK, TECHNIK – UND ENERGIE-MANAGEMENT	54
ABB. 29:	DERZEIT DURCHGEFÜHRTE KONKRETE AKTIVITÄTEN IM BEREICH BETREIBER- UND FINANZIERUNGS-MODELLE.....	55
ABB. 30:	DURCHGEFÜHRTE FORSCHUNGSAKTIVITÄTEN IM KRANKENHAUS	63
ABB. 31:	BEURTEILUNG DER DERZEITIGEN WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION DES KRANKENHAUSES.....	64
ABB. 32:	ERWARTUNGEN DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION FÜR DAS NÄCHSTE JAHR	65
ABB. 33:	BEURTEILUNG DER DERZEITIGEN INVESTITIONSFÄHIGKEIT DES KRANKENHAUSES	65

Literatur

Cordes, S. / van der Slijs, E. / Lamphear, C. / Hoffmann, J. (1999): Rural Hospitals and the local economy: A need extension and refinement of existing empirical research. *Rural Healthresearch*, 15 (2), 189-201.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) (2009): Für eine hochwertige und flächendeckende Patientenversorgung, innovative Medizin und moderne Arbeitsplätze in Krankenhäusern. Position der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 17. Legislaturperiode des deutschen Bundestags. Berlin.

Erickson, R. A. / Gavin, N. J. / Cordes, S. (1986): Service Industries in inter-regional trade: The economic impacts of the hospital sector. *Growth and Change*, 17(1), 17-27.

Evans, M. / Hilbert, J. / Windisch, D. (2011): Krankenhäuser im Wandel: Herausforderungen, Baustellen, Chancen im Überblick. In: Goldschmidt, Andreas J. W. / Hilbert, Josef (Hrsg.): Krankenhausmanagement mit Zukunft: Orientierungswissen und Anregungen von Experten. Stuttgart: Thieme, S. 9-26.

Evans, M./Hilbert, J. (2009): Mehr Gesundheit wagen! Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten; Memorandum des Arbeitskreises Dienstleistung. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. Wiso-Diskurs: Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik.

Evans, M. (2009): Krankenhäuser als Akteure regionaler Gesundheitswirtschaft zwischen Modernisierungsdruck und Gestaltungschancen. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 12/2009.

Kremer, U. (2010): Gesundheit – Wirtschaft – Innovation: Aspekte eines integrierten linken Diskurses. In: SPW – Zeitschrift für sozialistische Politik und Wirtschaft. 4/2010, S. 14-19, Dortmund.

IT. NRW (Hrsg.) (2010): Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in NRW – 2009.

Martin, S. J. (2000): Implementing Best Value. Local public services in transition. In: Public Administration, vol 78, no: 1: 209-227.

Nelson, M.(2009): Are Hospitals an Export Industry? Empirical Evidence From Five Lagging Regions. *Economic Development Quarterly* 2009, (23), 242-253.

SMI – Siegener Mittelstandsinstitut (2009): Studie über die wirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser des Zweckverbandes der Krankenhäuser Südwestfalen e.V. Studie im Auftrag des Zweckverbandes der Krankenhäuser Südwestfalen e.V.

Speiser, H.-P. (1995): Die wirtschaftliche Bedeutung des Krankensektors im Land Bremen. Progress-Institut für Wirtschaftsforschung GmbH (PIW), Bremen.

8 Projektbegleitende Arbeitsgruppe

Horst Defren, Kliniken Essen-Mitte / Evang. Huysens-Stiftung / Knappschaft GMBH, Essen

PD Dr. Josef Hilbert, IAT – Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen

Katja Hüskes, Clustermanagement Gesundheitswirtschaft.NRW, Bielefeld

Lothar Kratz, KGNW – Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Dr. Uwe Kremer, Geschäftsführung MedEcon Ruhr, Bochum

Brigitte Meier, Clustermanagement Gesundheitswirtschaft NRW, Bielefeld

Anja-Sophia Middendorf, MedEcon Ruhr, Bochum

Kinga Salewski, IAT – Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen

Delia Windisch, stud. Hilfskraft, IAT – Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen

Projektteam:

Dr. Karl Blum, Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf

Uwe Borchers, ZIG – Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe, Bielefeld

Michaela Evans, Clustermanagement Gesundheitswirtschaft.NRW / IAT – Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen

Dr. Sabine Löffert, Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf

Impressum

Herausgeber:

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen



Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)

Gesundheitscampus 9

44801 Bochum

Telefon 0234 91535-0

Telefax 0234 91535-1999

E-Mail: poststelle@lzg.gc.nrw.de

Juni 2012