

Dr. Sabine Löffert, Dr. Karl Blum

# Patientenhaus Mannheim

Evaluation eines Modells für den Low-Care-Bereich im  
Krankenhaus

**DEUTSCHES  
KRANKENHAUS  
INSTITUT**

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.  
Hansaallee 201  
40549 Düsseldorf  
Tel.: 0211 / 47 051 – 17 oder 56  
Fax.: 0211 / 47 051 – 19  
Email: karl.blum@dki.de  
Email: sabine.loeffert@dki.de

Düsseldorf, Juni 2011

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>7</b>
2.1	FORSCHUNGSAUFRAG	7
2.2	HINTERGRUND	9
2.3	HISTORIE	11
<b>3</b>	<b>METHODIK</b>	<b>14</b>
3.1	STRUKTURIERTE INTERVIEWS	14
3.2	TEILNEHMENDE BEOBACHTUNGEN	15
3.3	SEKUNDÄRDATENANALYSE	17
<b>4</b>	<b>DAS MANNHEIMER MODELL</b>	<b>18</b>
4.1	DAS KONZEPT	18
4.2	BAULICHE STRUKTUR	23
4.3	VERLEGUNGSKRITERIEN	28
4.4	PERSONALSTRUKTUR	30
4.5	GESCHÄFTSMODELL	32
<b>5</b>	<b>KERNPROZESSE</b>	<b>36</b>
5.1	PATIENTENÜBERGABE	36
5.2	MEDIKAMENTENAUSGABE	42
5.3	VISITE (EXTERN UND INTERN)	44
5.4	SICHERHEITSKONZEPT	46
5.5	TERMINMANAGEMENT	48
5.6	ENTLASSUNGSMANAGEMENT	51
<b>6</b>	<b>PATIENTENBEFRAGUNG</b>	<b>53</b>
6.1	METHODIK	53
6.2	INTERNE VERLEGUNG	54
6.3	PERSONAL	55
6.4	UNTERKUNFT UND VERPFLEGUNG	58
6.5	ORGANISATION DER BEHANDLUNG	61
6.6	GESAMTZUFRIEDENHEIT	62

---

6.7	ZUFRIEDENHEITSPROFILE .....	63
6.8	PATIENTENKOMMENTARE .....	70
<b>7</b>	<b>LEISTUNGSSTRUKTUR .....</b>	<b>72</b>
7.1	FALLZAHLEN UND AUSLASTUNG .....	72
7.2	VERWEILDauern .....	74
7.3	CASE-MIX-INDEX (CMI) .....	76
7.4	FALLSTRUKTUR.....	78
7.5	ALTERSSTRUKTUR .....	79
<b>8</b>	<b>ÜBERTRAGBARKEIT .....</b>	<b>82</b>
8.1	MANNHEIMER MODELL .....	82
8.2	INTEGRATIONSMODELLE .....	84
8.3	KOOPERATIONSMODELLE .....	85
8.4	ERWEITERUNGSMODELLE .....	87
<b>9</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>89</b>
9.1	VERBESSERUNGSPOTENZIALE .....	89
9.2	FAZIT .....	94
	<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>98</b>
	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>99</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>101</b>

## 1 Zusammenfassung

Das Patientenhaus Mannheim (PHM) ist ein zukunftsweisendes Konzept der Low-Care-Versorgung im Krankenhaus. Als standardmäßige Regelleistung steht die Unterkunft im Patientenhaus auf dem Niveau eines 3-Sterne-Hotels allen Patienten bei entsprechender Indikation (Low-Care-Versorgung) bzw. Bereitschaft zur Verfügung - und zwar unabhängig von der individuellen Zahlungsfähigkeit und Zahlungswilligkeit. Das Modell entspricht daher den Grundprinzipien der solidarischen Gesundheitsversorgung in Deutschland. Es zeigt damit eindrücklich, dass eine verbesserte Leistungs- und Servicequalität im Gesundheitswesen nicht zwangsläufig mit einer Privatisierung von Gesundheitsleistungen und Gesundheitsrisiken einhergehen muss.

Das Mannheimer Konzept hat sich nach eingehender Betrachtung in der Praxis in hohem Maße bewährt und bietet für Krankenhäuser, Mitarbeiter und Patienten Vorteile:

Durch die Art der 3-Sterne-Hotel-Unterbringung erhöhen sich sowohl Patientenkomfort als auch Servicequalität spürbar und nachhaltig. Somit trägt das Patientenhaus zu mehr Patientenorientierung und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus bei. Die Akzeptanz dieses Konzeptes seitens der Patienten ist demzufolge fast durchweg positiv, wie die Ergebnisse der Patientenbefragung nachdrücklich belegen. Auf Grund eindeutiger Indikationen für die Verlegung ins PHM, klarer Notfallregelungen im Patientenhaus und der unmittelbaren räumlichen Nähe zur Universitätsmedizin ist die Patientensicherheit im PHM sehr hoch und eine Patientengefährdung trotz fehlender ärztlicher Besetzung faktisch auszuschließen.

Im Patientenhaus selbst wird unter den Mitarbeitern eine strikte Arbeitsteilung nach Kernkompetenzen der einzelnen Berufsgruppen eingehalten. Jeder Mitarbeiter wird genuin entsprechend seiner grundständigen Qualifizierung eingesetzt. D. h. die Pflegekräfte sind ausschließlich für die pflegerischen Kernleistungen in der Behandlungspflege zuständig, das übrige Personal ausschließlich für Service- und Hotelleistungen. Eine in den letzten Jahren im Gesundheitswesen oft angemahnte Beanspruchung oder Überfrachtung durch qualifikationsferne oder berufsfremde Tätigkeiten findet hier faktisch nicht mehr statt.

Für das Krankenhaus bzw. den Krankenhausträger hat das Patientenhaus zudem merkliche ökonomische Vorteile. Auf der einen Seite sind die Kosten eines Belegungstages im Patientenhaus niedriger als die entsprechenden Kosten für Low-Care-Patienten auf den

Normalstationen. Die Kostenvorteile des Patientenhauses resultieren dabei vor allem aus einer Fokussierung auf pflegerische Kernleistungen, der Delegation von patientenfernen Aufgaben der Pflegekräfte an Servicepersonal und einer Zentralisierung von Prozessen im Patientenhaus. Auf der anderen Seite erhöht sich die Attraktivität des Krankenhauses für die Bevölkerung im Einzugsgebiet. Damit trägt das Patientenhaus zur Patientenbindung bzw. zur Neuakquise von Patienten bei.

Die sehr heterogene Fallstruktur des PHM legt zudem die Schlussfolgerung nahe, dass es ein großes und breites Patientenpotenzial für Einrichtungen dieser Art gibt. Internationale Studien und Experteneinschätzungen in dieser Evaluations-Studie gehen von einem Potenzial von 10% - 20% der vollstationären Krankenhausesfälle aus. Die Patienten im Patientenhaus Mannheim verbringen im Schnitt rund die Hälfte ihres Krankenhausaufenthalts im Patientenhaus. Unabhängig vom Patientenpotenzial insgesamt fällt somit das Verweildauerpotenzial bei den tatsächlich verlegten Patienten in jedem Fall vergleichsweise hoch aus.

Die Kernprozesse im Patientenhaus sind klar aus der grundlegenden Konzeption des PHM abgeleitet, gezielt auf die besonderen Anforderungen der Versorgung im Patientenhaus zugeschnitten und gut strukturiert. Innerhalb des PHM erfolgt die Umsetzung der Prozesse bereits in hohem Maße standardisiert mit, zumindest soweit in der Evaluation erkennbar, vergleichsweise wenigen Prozessabweichungen. Abweichungen von vorgegebenen Prozess-Standards gibt es am ehesten noch an den Schnittstellen zu den überweisenden Fachbereichen der Universitätsmedizin. Aus Sicht der Evaluation bildet dies faktisch den einzigen Bereich, in dem größerer Handlungs- und Verbesserungsbedarf besteht.

Angesichts der hohen Praxistauglichkeit ist eine Übertragbarkeit des Mannheimer Modells auf andere Krankenhäuser grundsätzlich gegeben. Als „Stand-alone-Lösung“ - also eigenes Gebäude mit eigenem Personal und ausschließlicher Belegung mit stationären Krankenhauspatienten – bietet es sich unter Wirtschaftlichkeits- und Rentabilitätsgesichtspunkten aber in erster Linie für größere Krankenhäuser der Schwerpunkt- bzw. Zentral- und Maximalversorgung an. Eine praktikable Alternative zur „Stand-alone-Lösung“ besteht - nicht nur für kleinere Krankenhäuser - ggf. in der Integration eines ansonsten vergleichbaren Angebots in die vorhandenen Räumlichkeiten eines Krankenhauses, etwa durch die Umwidmung oder den Umbau von Organisationseinheiten oder Gebäudetrakten.

---

Bei der Low-Care-Versorgung in einem Patientenhaus nach dem Mannheimer Modell oder alternativen Modellen handelt es sich in jedem Fall um eine medizinisch-pflegerisch indizierte Krankenhausbehandlung und damit um eine legitime Versorgungsform innerhalb der (voll-)stationären Krankenhausversorgung. Angesichts der demographischen Entwicklung und steigender Patientenerwartungen dürfte die Bedeutung dieser Versorgungsform in den nächsten Jahren und Jahrzehnten merklich zunehmen. Es spricht daher einiges dafür, dass sich Low-Care-Einheiten oder -Bereiche perspektivisch als „Vierte Säule“ der Krankenhausversorgung etablieren werden (neben Intensive-, Intermediate- und Normal-Care-Einheiten).

## 2 Einleitung

### 2.1 Forschungsauftrag

Fortschritt und Wandel der Therapiekonzepte haben im Kontext mit der medizinisch-technischen Entwicklung dazu geführt, dass die Patienten zwar grundsätzlich abhängig sind von einer durchgehenden stationären Versorgung und Betreuung durch Fachpersonal, dennoch oft bei hoher Mobilität in der Lage sind, ihre persönlichen Bedürfnisse in eigener Verantwortung zu regeln. Auch in operativen Fachbereichen werden bis zu 30% aller heute dort stationär versorgten Patienten nicht einer operativen Therapie, sondern z. B. ausschließlich einer umfangreichen Diagnostik zur Nachuntersuchung unterzogen.

Neben dem kollektiv-geforderten Veränderungsdruck durch Politik, Selbstverwaltung und Gesellschaft steigt auch durch die zunehmenden Ansprüche der Patienten und dem stärker werdenden Verdrängungswettbewerb im Krankenhausmarkt die Verpflichtung zu innovativen, patientenorientierten und qualitätszentrierten Veränderungsvorhaben. Es gilt, neue Versorgungsformen zu implementieren mit dem Ziel, die Patientenzufriedenheit und damit die Attraktivität des eigenen Hauses zu steigern.

Vor diesem Hintergrund hat die Universitätsmedizin Mannheim (**UMM**) im Jahr 2008 auf ihrem Gelände das Patientenhaus Mannheim (**PHM**) errichtet (Abb.: 1). In dieser Einrichtung werden Patienten mit geringer Pflegeintensität in einem Low-Care-Bereich konzentriert und mit dem Komfort eines 3-Sterne-Hotelstandards betreut.

Beim Patientenhaus Mannheim handelt es sich um ein neuartiges Konzept im deutschen Krankenhauswesen. Hinsichtlich des Hotelstandards zwar mit sog. Patientenhotels vergleichbar, unterscheidet es sich ansonsten hinsichtlich Zugangsbedingungen und Organisation grundsätzlich von entsprechenden Angeboten. Konzeptionell handelt es sich beim PHM ausdrücklich um kein Patientenhotel, denn das Patientenhaus stellt einen integralen Bestandteil der pflegerischen und medizinischen Versorgung der Patienten des Universitätsklinikums dar. Die Unterbringung im PHM ist eine Regelleistung, die allen Patienten bei entsprechender Indikation zuzahlungsfrei offeriert wird.





**Abb. 1: Patientenhaus Mannheim**

Praxistauglichkeit und Übertragbarkeit des Konzeptes sind daher gleichermaßen für die Gesundheitssystemforschung und die Krankenhauswirtschaft von besonderem Interesse. Vor diesem Hintergrund hat die Klinikotel GmbH als Bezuschlagter des Ausschreibungsverfahrens des Patientenhauses das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) beauftragt, das Patientenhaus Mannheim als ein Modell für den Low-Care-Bereich im Krankenhaus wissenschaftlich zu evaluieren. In Absprache mit dem Auftraggeber sollten im Rahmen der Evaluation konkret die folgenden Forschungsfragen beantwortet werden:

- Was unterscheidet Patientenhäuser von Patientenhotels?
- Inwieweit erfolgt eine adäquate Identifizierung und Quantifizierung des Patientenpotenzials?
- Welche medizinischen und pflegerischen Leistungen erhalten die Patienten?
- Welche Schnittstellen ergeben sich zu den Fachabteilungen und Funktionsbereichen?
- Welche Kernprozesse zeichnen das Patientenhaus aus?

- Welche Personalstruktur und Personalqualifikation weist das Patientenhaus auf?
- Welche ökonomischen Auswirkungen hat das Patientenhaus?
- Ist der Ansatz des Patientenhauses übertragbar?

Die Studie wurde schwerpunktmäßig im Zeitraum von November 2010 bis März 2011 durchgeführt. Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich schwerpunktmäßig auf die Jahre 2008 bis 2010. Die Vor-Ort-Termine der Projektverantwortlichen im Patientenhaus Mannheim fanden größtenteils zur Jahreswende 2010/2011 statt.

An dieser Stelle möchten wir uns ganz herzlich bei allen beteiligten Mitarbeitern des Patientenhauses Mannheim und der Universitätsmedizin Mannheim für die sehr gute Zusammenarbeit und äußerst konstruktive Unterstützung der Studie bedanken. Unser besonderer Dank gilt der Managerin des PHM, Frau Winterhalder-Gezici für ihre gelungene Organisation der Vor-Ort-Termine und der unbürokratischen Übermittlung der erbetenen bzw. angeforderten Dokumente zum Patientenhaus, sowie Herrn Dr. Metzger, Geschäftsbereichsleiter Unternehmensentwicklung im UMM, für die erforderlichen Genehmigungen und die Zurverfügungstellung umfangreichen statistischen Materials.

Bedanken möchten wir uns des Weiteren bei der Klinikotel GmbH für die finanzielle Unterstützung der Studie. Namentlich gilt unser besonderer Dank Herrn Norman Weichhardt, Frau Gabriele Zielke und Frau Dr. Katja Goihl für wertvolle Informationen zur Projektentwicklung und –umsetzung des Patientenhauses Mannheim sowie für die kontinuierliche Unterstützung der Evaluationsstudie.

## 2.2 Hintergrund

Das Konzept eines sogenannten „Patientenhotels“ wurde in Schweden entwickelt. Das Ziel war es, Low-Care-Patienten zu beherbergen, die nicht die kompletten Einrichtungen einer Krankenhausabteilung benötigen, sich jedoch innerhalb medizinischer Einrichtungen aufhalten müssen. Dadurch können teure Akutbetten besser für Patienten genutzt werden, die tatsächlich einer intensiven Pflege bedürfen. Patienten dagegen, die kurz vor der Entlassung

stehen oder die generell mobil sind, können in einer hotelähnlichen Umgebung in Krankenhaushäusern untergebracht werden.

Bereits in den 80er Jahren (USA) und 90er Jahren (Schweden) wurden Patientenhotels gebaut und in Betrieb genommen. Während in den USA bei diesen Überlegungen auch die Erlössteigerung eine Rolle spielte (höhere Preise für mehr Komfort), stehen Patientenhotels in Skandinavien den Patienten ohne zusätzliche Kosten zur Verfügung. Die Vergütung der Leistung ist Teil der DRG-Fallpauschale und die Einrichtung einer sogenannten Low-Care-Einheit in Form eines Patientenhotels zielt auf Kostensenkung und Effizienzverbesserung der Versorgung ab.

Mittlerweile existieren in Skandinavien rund 50 Patientenhotels. Erfahrungen zeigen, dass 10% - 25% der stationären Patienten (exklusive Intensivpatienten) im Patientenhotel aufgenommen werden und dort durchschnittlich 50% ihres Gesamtaufenthaltes im Krankenhaus verbringen können (Handl, 2005). Eine Studie aus England identifizierte dafür max. 15 % der Patienten (Audit Commission, 1992). Dabei gibt es naturgemäß große Unterschiede zwischen den medizinischen Fachbereichen.

In einer prospektiven Studie aus Wales aus dem Jahre 1993 versuchte man den Bedarf eines Patientenhotels zu quantifizieren, um so den ständigen Bettenmangel im Akutbereich eines 856-Bettenkrankenhauses zu entlasten. Dazu wurden Patienten, erfahrenes Pflegepersonal und Ärzte aller Abteilungen – mit Ausnahme der Intensivstationen – befragt. Die Ergebnisse zeigten, dass 10% aller stationären Patienten für ein Patientenhotel geeignet wären, vorrangig aus der Pädiatrie, Gynäkologie, Allgemeinchirurgie und aus internistisch-geriatrischen Abteilungen. Ein geringer Prozentsatz der Patienten (3%) käme auch für eine Tagesklinik in Frage. Die grundsätzliche Idee eines Patientenhotels wurde jedoch von 85% der Patienten und 90% des Personals positiv bewertet. Der in der Studie ermittelte Bedarf für ein Patientenhotel bei einem Schwerpunktkrankenhaus in der Größe von 856 Betten wurde mit 72 Betten errechnet (Harvey et al., 1993).

Jedoch existieren auch Umgebungsfaktoren, unter denen Patientenhotels mit weitaus höheren Betten- bzw. Zimmeranzahlen wirtschaftlich sind. So gibt es z. B. in der Stadt Umea (Schweden) ein Patientenhotel, welches zum dortigen Universitätsklinikum gehört, das 250 Zimmer hat. Die Zielgruppe dieser Einrichtung sind Gäste mit langen Anfahrtswegen zu einer

ambulanten Behandlung. Die hoteleigene Küche sowie eine große externe Zentralküche produzieren nicht nur Speisen für die Patienten, sondern beliefern auch externe Kunden und Konferenzen. Als zusätzlicher Service wird eine Rezeption mit 24-Stunden-Service geboten, welche von Krankenschwestern unterhalten wird sowie das Vorhalten diverser Reinigungsdienste (gv-praxis 2/2007).

### 2.3 Historie

Die Einrichtung des Patientenhauses Mannheim orientierte sich an den skandinavischen Vorbildern. Zu diesem Zweck haben die Verantwortlichen der UMM zuerst entsprechende Vorbilder „vor Ort“ besichtigt und Möglichkeiten der Übertragung auf das eigene Haus sondiert.

Des Weiteren hat die UMM im Vorfeld das eigene Patientenpotenzial für ein Patientenhaus taxiert. Grundlage bildete die in der UMM immer noch durchgeführte Patientenklassifikation nach der Pflegepersonalregelung (PPR). Als grundsätzlich für das Patientenhaus geeignet angesehen wurden alle Patienten der Kategorie A1/S1 und in Teilen A1/S2 mit mindestens drei Tagen Verweildauer (in dieser Kategorie). Demnach lag das Patientenpotenzial für das Patientenhaus Mannheim bei etwa 10% der rund 70.000 vollstationären Patienten in der UMM. In der Umsetzung wird allerdings auch bei kürzeren Verweildauern von weniger als drei Tagen im Low-Care-Bereich ins Patientenhaus verlegt bzw. erreichen einzelne Fachabteilungen auch höhere Potenziale von bis zu 20%.

Unterstützt wurde die Entscheidung zugunsten eines separaten Patientenhauses auch durch die Ergebnisse von standardisierten Patientenbefragungen und das informelle Patientenfeedback in der UMM. Dabei wurde vor allem von Seiten mobiler Patienten in gutem Allgemeinzustand, also der Klientel für die Low-Care-Versorgung, ein geringer Komfort in der UMM bemängelt. Durch das Patientenhaus sollte die Patientenorientierung und die Patientenzufriedenheit bei dieser Klientel gezielt erhöht werden.

Des Weiteren erwartete man sich vom Patientenhaus auch Wettbewerbsvorteile gegenüber Mitbewerbern im Umfeld. Im Ballungsraum Rhein/Neckar gibt es eine hohe Bevölkerungs- und Krankenhausdichte. Mit dem innovativen Konzept des Patientenhauses wollte man sich

gezielt von Konkurrenten absetzen und für die Bevölkerung im Einzugsgebiet attraktiver werden.

Ein weiterer Einflussfaktor bildete der Fachkräftemangel in der Region bzw. Probleme bei der Personalakquise gerade für den Pflegedienst. Vor diesem Hintergrund ist eine Fokussierung der Pflege auf ihre Kernaufgaben, insbesondere in der Behandlungspflege, umso wichtiger. Das Konzept des Patientenhauses sieht ausdrücklich eine solche Fokussierung vor. Patientenferne Tätigkeiten und Serviceleistungen, die bislang zum Aufgabenbereich der Pflege gehörten, werden hier konsequent an nicht-pflegerisch qualifiziertes Personal delegiert.

Nachdem die grundsätzliche Entscheidung zur Errichtung des Patientenhauses gefallen war, wurden Bau und Betrieb des Hauses europaweit ausgeschrieben. Den Zuschlag erhielt 2006 ein Bieterkonsortium bestehend aus (allbau GmbH/ Paracelsus-Kliniken Deutschland/ Dorfner-Gruppe). Der Baubeginn war 2007. Die offizielle Eröffnung des Patientenhauses mit dem Patientenbetrieb erfolgte am 3. November 2008.

In die gesamte Planungs- und Konzeptionsphase waren Vertreter des Ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes über Workshops kontinuierlich eingebunden. Wesentliche Standards zur Patientenidentifikation für das PHM, der stationsinternen Organisation der Überleitung sowie der Kooperation und Arbeitsteilung zwischen UMM und PHM sollten damit einvernehmlich festgelegt werden.

Gleichwohl waren die Widerstände seitens der Berufsgruppen anfangs relativ groß. Berufsgruppenübergreifend wurde ein Kapazitätsabbau auf den Normalstationen (Betten und Patienten) erwartet. Seitens des Ärztlichen Dienstes wurden wegen der räumlichen Separierung des Patientenhauses auf dem Krankenhausgelände und der fehlenden ärztlichen Besetzung dort höhere Behandlungsrisiken für die Patienten und ein Mehraufwand durch längere Wegezeiten für die Ärzte befürchtet. Der Pflegedienst befürchtete vor allem eine höhere Arbeitsverdichtung auf der Normalstation durch den Wegfall von Low-Care-Patienten sowie den Abbau von Pflegestellen infolge eines sinkenden Personalbedarfs dort. Die Problematik von Strukturänderungen führte anfangs dazu, dass die avisierte Auslastung des Patientenhauses nicht erreicht werden konnte. Die Akzeptanz des Patientenhauses in der UMM nimmt aber sukzessive zu, so dass derzeit eine Belegung >80% verzeichnet ist.

---

Zwischenzeitlich hat das Modell des Patientenhauses Mannheim extern eine besondere Anerkennung erfahren: Im Jahr 2009 hat die UMM den „RFH-Hospital-Innovationspreis 2009“ für das „Patientenhaus der Universitätsmedizin Mannheim“ erhalten, welcher von der Rheinischen Fachhochschule Köln (RFH) und GE Healthcare verliehen wird.

### 3 Methodik

Die Beantwortung der zentralen Forschungsfragen erfolgt im Wesentlichen über drei methodische Ansätze. Den Schwerpunkt der Untersuchung stellen strukturierte Interviews dar. Zusätzlich wurden im Patientenhaus teilnehmende Beobachtungen durchgeführt und bereitgestellte Sekundärdaten systematisch analysiert.

#### 3.1 Strukturierte Interviews

Im Rahmen der Interviews wurde zunächst die Organisation des Patientenhauses überprüft und evaluiert. Zu diesem Zweck wurden Mitarbeiter folgender Gruppen befragt:

- Pflegepersonal
- Patientenkoordinator
- Rezeptionsmitarbeiter
- Servicekräfte
- Küche
- Management

Zusätzlich wurden die Geschäftsführung und Projektverantwortliche des Bauträgers und der Einrichtungsleitung des Patientenhauses (Klinikotel GmbH), Führungskräfte aus Medizin und Pflege der UMM und der Geschäftsbereichsleiter Unternehmensentwicklung der UMM interviewt.

Grundlage der Interviews bildeten eigens für das Projekt entwickelte Interviewleitfäden. Diese waren berufsgruppenspezifisch bzw. zielgruppenorientiert differenziert. Inhaltliche Schwerpunkte der Leitfäden waren insbesondere die folgenden Themen:

- Mitarbeiterprofile (z. B. Qualifikation, Berufserfahrung, Position, Motivation für eine Bewerbung im PHM)

- 
- Aufbauorganisation (z. B. Hierarchien, Weisungsbefugnisse, Zuständigkeiten und Kompetenzen)
  - Kernprozesse in den einzelnen Berufsgruppen und Bereichen des PHM (z. B. Organisation und Ablauf, Aufgaben- und Stellenprofile)
  - Kooperation (z. B. Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Berufsgruppen im PHM, Kooperation zwischen UMM und PHM, Schnittstellenprobleme)
  - Überleitung (z. B. Organisation der Verlegung aus der UMM, Entlassungsmanagement im PHM)
  - Stärken-Schwächen-Analysen (z. B. Stärken, Verbesserungspotenziale und Weiterentwicklungsoptionen aus Mitarbeitersicht).

Darüberhinaus wurden insbesondere die Verantwortlichen der UMM und des Bauträgers des PHM zur Historie des PHM (Ideenentwicklung, Planung und Entwicklung), zu Managementfragen (wie Geschäftsmodell, Investitions- und Betriebskosten, Rentabilität) und zur Übertragbarkeit des Modells (auf Krankenhäuser unterschiedlicher Größe, Versorgungsstufen, Trägerschaft etc.) interviewt.

### 3.2 Teilnehmende Beobachtungen

Während eines 2-tägigen Aufenthaltes (inklusive Übernachtung) im Patientenhaus Mannheim wurden von den Projektverantwortlichen des DKI die Räumlichkeiten, Kernprozesse und alltäglichen Abläufe in der Einrichtung beobachtet. Im Einzelnen wurden dabei die folgenden Bereiche besichtigt:

- Patientenzimmer
- Etagezimmer mit Notfallausrüstung
- Behandlungszimmer
- Aufenthalts- und Gemeinschaftsräume



- Rezeption
- Restaurant und Küche

Des Weiteren wurden im Wesentlichen die folgenden Prozesse teilnehmend beobachtet bzw. während der Begehungen von den jeweiligen Gesprächspartnern vor Ort beschrieben und erläutert:

- Patientenaufnahme an der Rezeption
- Informationsvermittlung an der Rezeption
- Terminmanagement im PHM bzw. für Termine in der UMM
- Dokumentenfluss
- Zimmereinweisung
- Medikamentenausgabe
- Funktionsweise des Transponders
- Verpflegung und Service im Restaurant.

Über Hintergründe und Ziele des Projektes bzw. der Beobachtungen und Befragungen sind die jeweils betroffenen Mitarbeiter sowohl vorab über das Management des PHM als auch bei den Vor-Ort-Terminen seitens der Projektverantwortlichen des DKI informiert worden.

---

### 3.3 Sekundärdatenanalyse

In Ergänzung zu den Interviews und Beobachtungen wurden zur weiteren Evaluation Sekundärdaten neu untersucht:

- Die vom Patientenhaus Mannheim im Jahr 2010 ständig durchgeführte und monatlich ausgewertete Patientenbefragung wurde erneut analysiert. Hierbei handelt es sich um Patientenangaben zur Zufriedenheit mit der Überleitung aus der UMM, dem Personal, der Organisation sowie Unterkunft und Verpflegung im PHM. Stärken und Verbesserungspotenziale aus Patientensicht sowie die maßgeblichen Einflussfaktoren für die Patientenbindung (Weiterempfehlungsbereitschaft) konnten somit bestimmt werden.
- Des Weiteren wurden anonymisierte Patientendaten zu den vorliegenden Fallstrukturen des PHM untersucht.
- Zusätzlich zu den genannten Sekundärdatenanalysen wurden Dokumentenanalysen durchgeführt. Mit Blick auf Konzeption und Umsetzung der Low-Care-Versorgung im PHM gibt es zahlreiche Dokumente, die weitestgehend für die vorliegende Studie zur Verfügung gestellt wurden. Dazu zählen beispielsweise Konzept- und Planungspapiere, Prozessbeschreibungen, Formulare für administrative Prozesse, Informationsmaterialien für Patienten und Besucher, Grundrisse vom Gebäude bzw. von einzelnen Etagen, Fotos des PHM und einzelner Räumlichkeiten, Präsentationscharts etc. Diese Dokumente wurden für die vorliegende Studie gezielt aufbereitet und analysiert.

---

## **4 Das Mannheimer Modell**

### **4.1 Das Konzept**

Einleitend sollen zunächst das Konzept des Patientenhauses Mannheim sowie seine wesentlichen Besonderheiten grundlegend vorgestellt werden. Weitergehende und vertiefende Informationen können im Detail den nachfolgenden Kapiteln entnommen werden. Wesentlich für das Konzept des Patientenhauses Mannheim sind insbesondere die folgenden Elemente:

#### **4.1.1 Low-Care-Versorgung**

Im Patientenhaus Mannheim werden Patienten mit geringer Pflegeintensität in einem organisatorisch und räumlich separierten Low-Care-Bereich konzentriert und betreut. Die Patienten des PHM sollten prinzipiell in der Lage sein, sich selbst zu versorgen bzw. Aktivitäten des alltäglichen Lebens eigenständig zu verrichten. Sie bedürfen keiner intensiven pflegerischen bzw. ärztlichen Überwachung und Versorgung. Angesichts einer geringen Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit steht der Komfortgedanke der Unterbringung stärker im Vordergrund.

#### **4.1.2 Indikationsbezogene Ver-/Belegung**

Die Belegung im PHM erfolgt nach medizinischen und pflegerischen Kriterien. D. h. definierte Verlegungskriterien für die Unterbringung im Low-Care-Bereich etwa hinsichtlich Allgemeinzustand, Mobilität, Orientierung und Selbstständigkeit, müssen erfüllt sein, damit der Patient entsprechend verlegt werden kann. Die Letztverantwortung für die Verlegung liegt dabei beim zuständigen Arzt in der UMM. Bei vorliegender Indikation für eine Verlegung wird der Patient auf eigenen Wunsch aber ggf. nicht verlegt und verbleibt in der UMM. Umgekehrt werden Patienten selbst auf ausdrücklichen Wunsch nicht ins PHM verlegt, wenn eine Verlegung nach ärztlicher Einschätzung nicht indiziert ist.

#### **4.1.3 Hotelstandard**

Allen Patienten im Patientenhaus soll der Standard eines Drei-Sterne-Hotels geboten werden. D. h. Unterbringung und Komfort entsprechen grundsätzlich Hotelniveau. Jeder Patient

erhält ein Einzelzimmer (allerdings mit der standardmäßigen Möglichkeit der Unterbringung von Begleitpersonen). Die Zimmerausstattung entspricht einem Hotelzimmer, etwa hinsichtlich Mobiliar, teppichähnlichem Krankenhausboden (mit voller Entsprechung der Hygiene-richtlinien eines Krankenhauses), Gardinen, Sanitäreinrichtungen etc. Die Mahlzeiten werden in einem Restaurant mit eigener Küche serviert. Daneben gibt es einen Rezeptionsbereich, eine Cafeteria, eine Bar, eine Dachterrasse sowie spezielle Aufenthaltsräume für Patienten oder Besucher.

#### **4.1.4 Professionelles Hotelmanagement**

Die Orientierung am Hotelstandard erfordert auch ein entsprechend professionelles Management, selbst wenn es sich bei dem Patientenhaus nach wie vor um eine Gesundheitseinrichtung handelt. Wegen des besonderen Leistungsangebots und der spezifischen Serviceorientierung des PHM ist eine enge Kooperation zwischen Management und Pflege erforderlich. Unter Beachtung der Vorgaben durch die UMM übernimmt die Hotelmanagerin die operative Verantwortung für den Betrieb, die reibungslose Schnittstellenorganisation nebst Unterbringung der Patienten.

#### **4.1.5 Regelleistung**

Die Unterbringung im Patientenhaus ist eine Regelleistung der UMM, die allen Patienten bei entsprechender Indikation offeriert wird. Als allgemeine Krankenhausleistung steht sie gesetzlich wie privat Versicherten bzw. Selbstzahlern gleichermaßen offen. Privatpatienten sind weder bei der Verlegung ins Patientenhaus bevorzugt noch bei den Leistungen im Patientenhaus besser gestellt. Der Aufenthalt im Patientenhaus ist über die Leistungsentgelte für die stationäre Behandlung vollständig gedeckt. Über die gesetzlich ohnehin vorgesehenen Zuzahlungen für die Krankenhausbehandlung hinaus entstehen dem Patienten keine zusätzlichen Zahlungsverpflichtungen. Allerdings werden, wie ansonsten auch, Wahlleistungen kostenpflichtig angeboten (z. B. für einen Internetzugang oder die Unterbringung in besser ausgestatteten Zimmern).

---

#### **4.1.6 Vollständige Integration in das Krankenhaus**

Das Patientenhaus Mannheim ist ein separates Gebäude auf dem Gelände des Universitätsklinikums. Organisatorisch ist es aber in die UMM integriert. Es ist, laut Konzeption der UMM, integraler Bestandteil der vollstationären Versorgung und quasi eine eigenständige interdisziplinäre Station im Universitätsklinikum. Mit Ausnahme der Leitung des PHM sind alle Mitarbeiter bei der UMM oder einer klinikeigenen Servicegesellschaft angestellt. Die Betriebskosten des PHM werden im Wesentlichen aus den Entgelten für stationäre Leistungen der UMM im Zuge der internen Kosten- und Leistungsverrechnung finanziert.

#### **4.1.7 Multidisziplinarität**

Das Konzept des PHM ist multidisziplinär angelegt. Die traditionelle organisatorische Unterteilung des Krankenhauses nach medizinischen Fachgebieten oder Schwerpunkten entfällt. Die Patientenklientel im PHM setzt sich aus den Patienten der verlegenden Fachabteilungen der UMM zusammen und damit prinzipiell aus allen vorgehaltenen Fachbereichen (mit Ausnahme der Intensivbereiche und der Pädiatrie). Im Patientenhaus findet jedoch keine Untergliederung in die einzelnen Fachabteilungen statt. Die Betreuung und Versorgung der Patienten erfolgt somit inter- bzw. multidisziplinär.

#### **4.1.8 Kein ärztliches Personal**

Das PHM stellt in erster Linie eine Erweiterung des pflegerischen und Serviceangebots der UMM dar. Ärzte gehören vom Grundsatz her nicht zum direkt dem Patientenhaus nachgeordneten Personal. Die ärztliche Versorgung der Patienten erfolgt weiterhin und vollständig über den Ärztlichen Dienst der verlegenden Fachabteilung. Für Untersuchungen, Behandlungen, Visiten etc. kommen die Ärzte (in geringerem Umfang) entweder ins Patientenhaus oder die Patienten gehen (in größerem Umfang) aus dem Patientenhaus in die Fach- oder Funktionsbereiche der UMM. Im Fokus der stationären Behandlung im PHM selbst stehen somit das pflegerische Angebot sowie Serviceleistungen im Zusammenhang von Unterkunft und Verpflegung. Dabei stellen unterschiedliche Berufsgruppen Betreuung, Sicherheit, Service und Komfort mit einem abgestuften Personalbedarf sicher. Im Einzelnen sind dies: examiniertes Pflegepersonal, Rezeptionsmitarbeiter, Servicekräfte (Reinigung, Service), Küche, Restaurant und das Hotelmanagement.

---

#### 4.1.9 Fokussierung auf Kernkompetenzen

Abläufe und Verantwortlichkeiten im PHM sind so organisiert, dass jeder Mitarbeiter spezifisch für die Aufgaben eingesetzt wird, für die er besonders qualifiziert ist. Das bedeutet einerseits eine Zuordnung von Tätigkeiten anhand des Qualifikationsniveaus der Mitarbeiter, andererseits eine genaue Definition, welche Tätigkeiten mit welcher Qualifikation zu erledigen sind.

So wird das Pflegepersonal weitestgehend entsprechend seinen Kernkompetenzen in der patientennahen Versorgung eingesetzt. Durch die besondere Patientenklientel der Low-Care-Versorgung entfallen grundpflegerische Leistungen weitestgehend. Die Aufgaben der Pflegekräfte sind demnach hauptsächlich im Bereich der Behandlungspflege anzusiedeln. Sie umfassen beispielsweise die Kontrolle von Wunden, Vitalzeichen und Blutzucker, die Verabreichung von Medikamenten, Augentropfen, Infusionen, Injektionen und Verbände, die Entnahme von Blut, das Überwachen von Transfusionen, die Kompressionstherapie, das Anlegen von Verbänden (mit Zusätzen), die Versorgung von Venenkathetern, urologische Kontrollen sowie Wochen- und Säuglingspflege.

„Pflegefremde oder –ferne“ Tätigkeiten, wie beispielsweise Administration, Hol- und Bringendienste sowie hauswirtschaftliche und Serviceleistungen, werden überwiegend an Servicepersonal delegiert, etwa an Restaurant- oder Rezeptionspersonal, das somit gleichfalls fokussiert entsprechend den jeweiligen Qualifikationen arbeitet. Durch diese Fokussierung auf Kernkompetenzen sollen Qualität, Effizienz und Patientenorientierung der Versorgung insgesamt erhöht werden.

#### 4.1.10 Kurze Wegezeiten für das Personal

Im PHM findet in den Patientenzimmern weder eine pflegerische und ärztliche Versorgung noch die Essensverteilung und –aufnahme statt. Pflegerische Leistungen werden ausschließlich und zentral in eigens dafür vorgesehenen Behandlungszimmern im PHM erbracht (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung). Die Medikamentenausgabe erfolgt zentral an der Rezeption, das Essen bzw. die Essensausgabe zentral im Restaurant. Auch ärztliche Leistungen werden entweder in den Behandlungszimmern im PHM oder überwiegend in den Fach- oder Funktionsbereichen der UMM erbracht. Ineffiziente Wegezeiten des Personals

---

von und zum Patienten bzw. Patientenzimmer entfallen somit oder werden zumindest erheblich verkürzt.

#### **4.1.11 Veränderungen am Konzept**

Seit Eröffnung des Patientenhauses im November 2008 sind bereits einige grundlegende Veränderungen durchgeführt worden. Diese Veränderungen betrafen jedoch nicht das Low-Care-Konzept als solches sondern in erster Linie aufbau- und ablauforganisatorische Aspekte.

Im Arbeitsalltag des PHM wurde festgestellt, dass die ursprünglich geschaffenen Hierarchiestrukturen nicht passend waren. Daher wurden Hierarchieebenen vor allem innerhalb der einzelnen Bereiche und Berufsgruppen abgeschafft und nur noch eine Leitung bzw. Leitungsebene pro Bereich eingesetzt. Andererseits wurden die Funktionen der Rezeptionsleitung sowie der Hausdame (Leitung Servicekräfte) neu geschaffen.

Aufgrund der häufig auftretenden fachlichen Fragen von Patienten an der Rezeption wurde die Stelle eines Patientenkoordinators eingerichtet, welcher fortan als pflegerischer Ansprechpartner für die Patienten sowie als Fallmanager im PHM fungiert. Auch die Position eines Hausmeisters in Kombination mit einem First-Level-EDV-Support wurde aufgrund des speziellen Bedarfs des Patientenhauses geschaffen.

Anfänglich wurde präferiert, die Visiten in den zuweisenden Stationen abzuhalten, wobei Wöchnerinnen von Anfang an im PHM visitiert wurden. Mittlerweile finden Visiten teilweise im PHM selbst statt, z. B. bei ausgewählten Fachabteilungen mit größeren Verlegungszahlen. Auch die organisatorische Arbeit an der Rezeption wurde optimiert, so dass die Aufgabenzuordnung der Patientenaufnahme und Zimmereinweisung den Erfordernissen entsprechend angepasst wurde (siehe Prozessbeschreibung Patientenübergabe).

## 4.2 Bauliche Struktur

Die Patienten des PHM haben gegenüber Patienten, die in den klassischen Pflegestationen untergebracht sind, einen geringeren Versorgungsbedarf. Dem trägt das Baukonzept bzw. die bauliche Struktur des Patientenhauses Rechnung. Ausstattung, Komfort und Unterbringung entsprechen dem Niveau eines 3-Sterne-Hotels.

Das PHM ist ein separates Gebäude auf dem Klinikgelände des Universitätsklinikums Mannheim in unmittelbarer räumlicher Nähe zur stationären Aufnahme der UMM (Abb. 1 und 2). Neben einem ebenerdigen separaten Zugang ist es auch über eine überdachte Verbindungsbrücke zu den Diagnostik- und Versorgungsbereichen zugänglich.

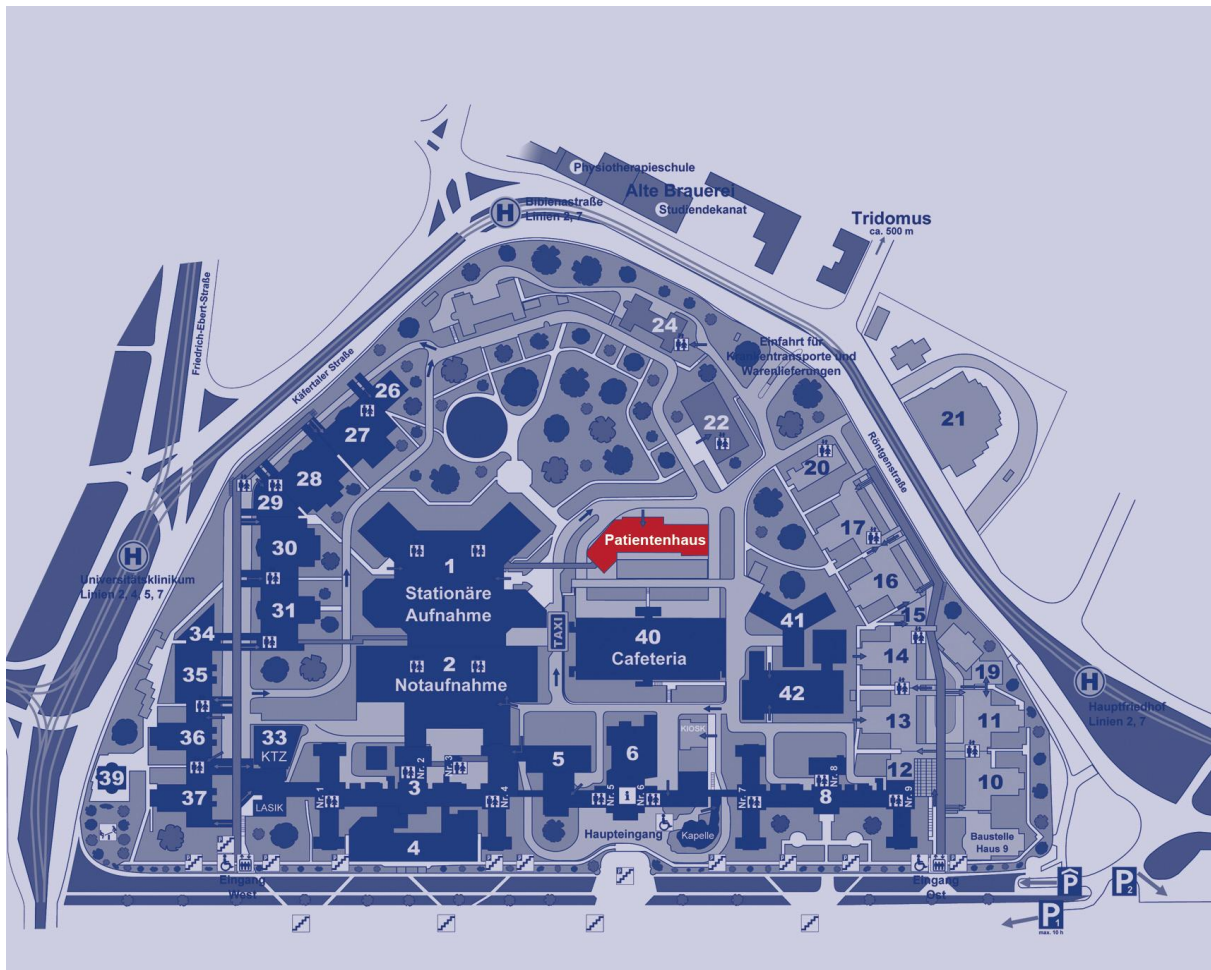


Abb. 2: Lage des Patientenhauses auf dem Klinikgelände der Universitätsmedizin Mannheim



Das Patientenhaus umfasst 119 Planbetten in Einzelzimmern auf vier Etagen. Die 95 Standardzimmer (Abb. 3) von je ca. 21 m<sup>2</sup> Größe werden über die stationären Leistungsentgelte, also im Wesentlichen über die DRGs, mit den Krankenkassen abgerechnet (Regelleistung). Die Patienten leisten keine zusätzlichen Zahlungen, eine Besserstellung von Privatpatienten erfolgt nicht.



**Abb. 3: Standardzimmer**

Des Weiteren hält das Patientenhaus acht ebenfalls zuzahlungsfreie behindertengerechte Zimmer von jeweils 28 m<sup>2</sup> Grundfläche vor.

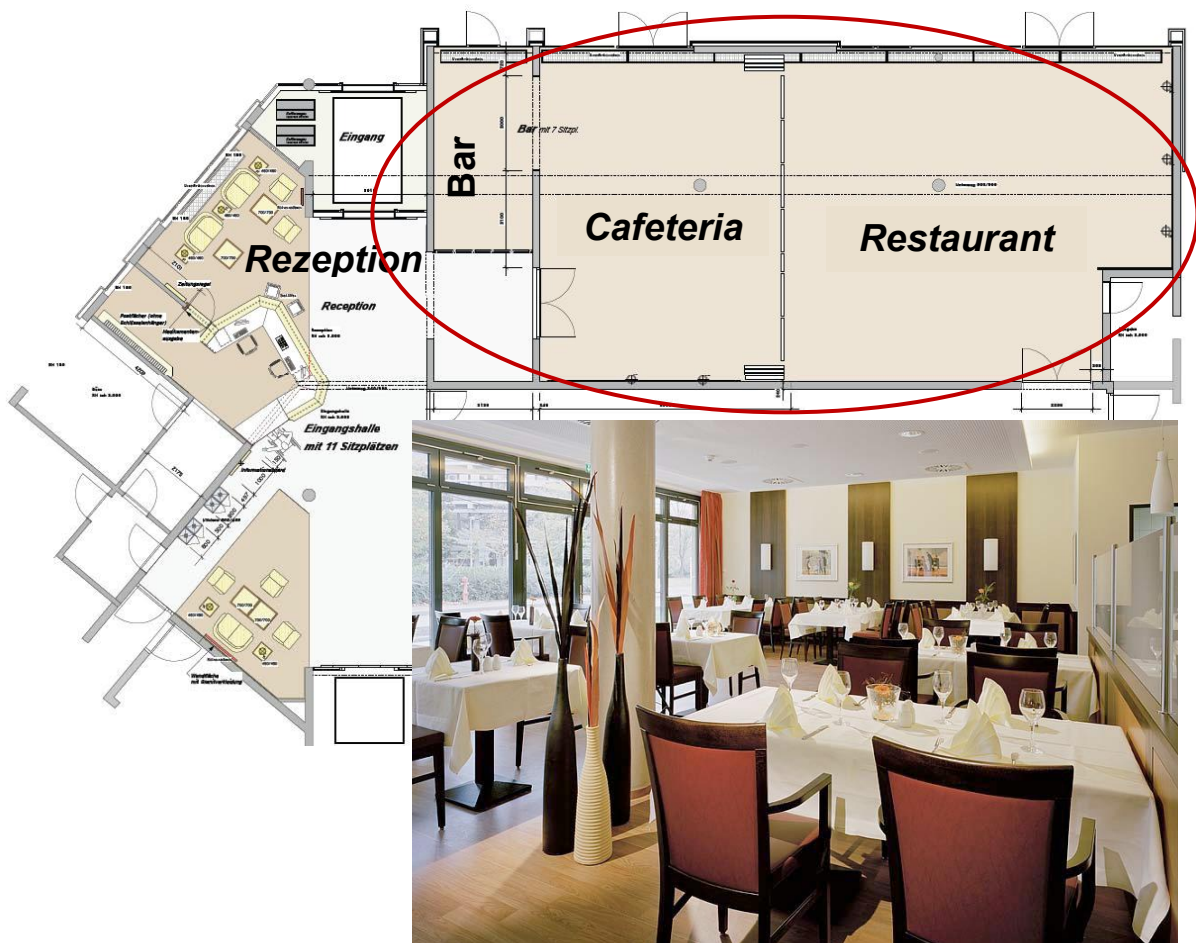
Außerdem gibt es acht zuzahlungspflichtige Komfortzimmer von 29 m<sup>2</sup> Größe und acht ebenfalls zuzahlungspflichtige Juniorsuiten von jeweils ca. 40 m<sup>2</sup> Grundfläche (Abb. 4).



**Abb. 4: Juniorsuite**

Jedes Zimmer besitzt eine eigene Nasszelle (4-5 m<sup>2</sup>), einen Rundfunk- und Fernsehanschluss sowie Telefon und Internetzugang. Außerdem sind ein Schrank mit integriertem Kühlschrank und Wertfach, sowie bei Bedarf eine mobile Wickeleinheit mit Wärmelampe für Wöchnerinnen Standard. Die Möblierung sieht neben einer Sitzecke in jedem Zimmer eine permanente Integration einer vorhandenen Schlafmöglichkeit für eine Begleitperson vor. Sämtliche Zimmer und Flure des Patientenhauses sind mit teppichähnlichem Krankenhausboden ausgestattet. Dieser trägt wesentlich dazu bei, eine wohnliche Atmosphäre zu schaffen, erfüllt aber aufgrund besonderer Eigenschaften auch alle Bedingungen zur Desinfektion und Reinigungsfähigkeit. Der Fernseher im Zimmer wird als Multi-Informationscenter genutzt. Der Gast kann damit nicht nur fernsehen, sondern sich auch über das Haus, die Abläufe und seine individuellen Termine informieren (vgl. Kap. 5.5 Kernprozesse).

Dem Erdgeschoss als zentrale Funktionsebene des Gebäudes kommt eine besondere Bedeutung zu. Die Gastronomie mit der Bar, der Cafeteria und dem Restaurant fungiert auch als zentraler Aufenthaltsbereich (Abb. 5).



**Abb. 5: Erdgeschoss des Patientenhauses mit Restaurant**

Im Restaurant erhalten die Patienten zu vorgegebenen Zeiten die reguläre Speiserversorgung durch die eigene Küche des PHM. Frühstück, Mittag- und Abendessen werden dort in Buffet-Form angeboten. Zusätzlich kann aus einer gesonderten, kostenpflichtigen Karte gewählt werden.

Die in unmittelbarer Nähe gelegene Rezeption stellt den zentralen Anlaufpunkt sowohl für alle medizinisch-pflegerischen Belange, als auch für alle sonstigen Wünsche und Fragen der Patienten dar (vgl. Kap. 5 Kernprozesse).

Der zentrale Stützpunkt der medizinisch-pflegerischen Versorgung der Patienten befindet sich im Behandlungsbereich hinter der Rezeption. In einem Behandlungsbereich mit drei Visitenzimmern, einem Infusionsraum und zugehörigem Büro wird die pflegerische Versorgung

durch das Pflegepersonal nach Terminvergabe oder bei Bedarf auch spontan durchgeführt. Für den Fall, dass Arztvisiten im PHM durchgeführt werden, finden diese ebenfalls in den Behandlungsräumen statt.

Zusätzliche Aufenthaltsgelegenheiten finden die Patienten in einem speziellen Aufenthaltsraum auf der obersten Etage des Patientenhauses mit angrenzender Dachterrasse (Abb. 6).



**Abb. 6: Dachterrasse**

Des Weiteren können für Veranstaltungen wie Besprechungen oder Seminare spezielle Räume von Mitarbeitern des PHM oder der Universitätsmedizin Mannheim genutzt bzw. gemietet werden (Abb. 7).



**Abb. 7: Besprechungsraum**

### **4.3 Verlegungskriterien**

Die Einrichtung eines Patientenhauses setzt die Festlegung adäquater Verlegungskriterien für diesen Low-Care-Bereich voraus. Die entsprechende Patientenidentifikation oder das Patientenscreening soll sicherstellen, dass nur Patienten ins Patientenhaus verlegt werden, die dafür auch tatsächlich geeignet sind.

Für die Taxierung des Patientenpotenzials des Patientenhauses Mannheim bildete die Patientenklassifikation nach der Pflege-Personalregelung (PPR) die Grundlage. In den 90er-Jahren war die PPR ein gesetzlich anerkanntes Instrument zur Messung des Personalbedarfs in der Pflege. In der UMM erfolgt die Erfassung des Pflegeaufwandes nach wie vor nach der PPR, obwohl diese nicht mehr rechtlich verbindlich ist.

Die PPR unterscheidet grundsätzlich zwischen Allgemeiner Pflege (Grundpflege oder Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens) und Spezieller Pflege (Behandlungspflege oder Ausführung ärztlicher Anordnungen in Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie). Diese Pflegeformen sind jeweils nach Schweregrade oder zeitlichem Aufwand in drei Pflegestufen unterteilt (A1-A3, S1-S3). Durch Kreuztabellierung entstehen neun Kategorien. Diese sind jeweils mit Minutenwerten pro Belegungstag hinterlegt, welche als Grundlage für die Personalbedarfsmessung dienen kann (Schöning et al. 1993).

---

In der Planungsphase des Patientenhauses Mannheim wurden im Grundsatz alle Patienten für eine Verlegung als geeignet angesehen, die in der Allgemeinen - und Speziellen Pflege den niedrigsten Schweregrad aufweisen (A1/S1). Die Pflegestufe A1 beschränkt sich auf bestimmte Serviceleistungen (z. B. Essensverteilung, Bettenmachen, allgemeine Patientinformationen etc.). Patienten in dieser Kategorie sind in der Lage, ihre individuellen Bedürfnisse selbst zu befriedigen und ihren Tagesablauf zu gestalten. Die Pflegestufe S1 umfasst behandlungspflegerische Grundleistungen wie die Verabreichung von Tabletten, Salben, Injektionen, die Versorgung kleinerer Wunden und Verbandswechsel, die Routineüberwachung etc. Damit sind im Wesentlichen regelmäßig wiederkehrende Leistungen ohne besondere Schwierigkeiten sowie ohne besonderen Aufwand erfasst.

Mit dieser Zuordnung nach der PPR ist vom Grundsatz her auch die Indikation für die Verlegung in das Patientenhaus umrissen. Bei ansonsten gutem Allgemeinzustand werden in der Praxis ggf. aber auch Patienten der Kategorie A1/S2 verlegt, also Patienten, die pflegeintensiver sind, etwa weil sie wegen besonderer diagnostischer oder therapeutischer Techniken (Verbände, Drainagen, Wundversorgung, Infusionstherapie) für das Pflegepersonal einen erhöhten Zeitaufwand bedeuten.

Der grundsätzlichen Orientierung an der PPR zum Trotz erfolgt in der konkreten Umsetzung allerdings keine explizite Ausrichtung daran, d. h. das Personal prüft nicht ausdrücklich, ob die Kategorie A1/S1 (oder ggf. S2) auch tatsächlich vorliegt. Entscheidend für die Verlegung ins Patientenhaus ist die fachliche Einschätzung, dass der Patient sich physisch wie psychisch in einem guten Allgemeinzustand befindet, mobil ist und alltägliche Aktivitäten, wie Körperpflege, Ernährung und Ausscheidung selbstständig verrichten kann. Faktisch dürften die entsprechenden Einschätzungen damit überwiegend der Kategorie A1/S1 nach PPR entsprechen.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe fachgebietsübergreifender Kontraindikationen für die Verlegung ins Patientenhaus. So werden u. a. keine Minderjährigen bzw. Kinder ohne Begleitung Erwachsener, keine psychisch labilen Personen, keine Demenzkranken oder Patienten mit künstlicher Ernährung verlegt. Darüber hinaus kommen alle Patienten nicht in Betracht, die einer intensiven und kontinuierlichen pflegerischen bzw. ärztlichen Überwachung und Versorgung bedürfen. Die konkreten Indikationsstellungen für die Verlegung erfolgen in dieser Hinsicht nach fachgebietspezifischen Kriterien.

#### 4.4 Personalstruktur

Der Mitarbeiterstamm des Patientenhauses Mannheim bestand Ende 2010 insgesamt aus 38 Vollkräften bzw. 42 Beschäftigten („Köpfe“), davon waren 10 Stellen im Servicebereich standardmäßig teilzeitbeschäftigt mit 75% der tariflichen Vollarbeitszeit. Die übrigen Arbeitnehmer waren überwiegend vollzeitbeschäftigt.

**Tab. 1: Personalstruktur des Patientenhauses Mannheim**

Berufsgruppen	Anzahl (Köpfe)
Pflegekräfte	12
Rezeptionsmitarbeiter	6
Küchenpersonal	5
Restaurantkräfte	6
Servicekräfte	11
Hausmeister	1
Manager	1
<b>Gesamt</b>	<b>42</b>

Das Pflegepersonal besteht aus 12 examinierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen. Die Mitarbeiterinnen der Pflege stehen in einem Sechs-Schicht-Betrieb 24 Stunden pro Tag für die Patientenversorgung des PHM zur Verfügung (06:00 bis 14:00 Uhr, 07:30 bis 15:30 Uhr, 08:00 bis 12:40 Uhr, 08:00 bis 16:00 Uhr, 13:15 bis 21:15 Uhr, 20:55 bis 06:25 Uhr). Diese zeitversetzten Dienste wurden eingeführt, um Arbeitsspitzen insbesondere am Vormittag und den Arbeitszeitpräferenzen der Mitarbeiter Rechnung zu tragen.

Eine Pflegekraft hat die Funktion einer sog. Patienten Koordinatorin inne. Zentrale Aufgaben der Patienten Koordinatorin liegen insbesondere im Bereich des Fallmanagements im PHM. Daneben ist sie im Rezeptionsbereich primärer Ansprechpartner für Patienten bei spezifisch pflegerischen Fragestellungen. Die entsprechende Funktion war anfangs nicht vorgesehen. Sie wurde vor allem deswegen geschaffen, weil das nicht pflegerisch qualifizierte Rezeptionspersonal fachliche Fragen nur unzureichend beantworten konnte. Daneben kann und soll

---

die Patientenkoordinatorin schon bei Aufnahme ins Patientenhaus ggf. erste Behandlungsmaßnahmen initiieren oder planen.

Das Rezeptionspersonal besteht aus drei Hotelfachkräften und drei medizinischen Fachangestellten. Unter den drei Hotelfachkräften befinden sich die Leitung der Abteilung Rezeption und zwei weitere Rezeptionsassistentinnen. Die medizinischen Fachangestellten fungieren allesamt als Rezeptionsassistentinnen. Sämtliche Mitarbeiterinnen der Rezeption haben eine qualifizierte Berufsausbildung in der Hotellerie bzw. in einer Arztpraxis oder im Krankenhaus absolviert und bereits zwei bis drei Jahre Berufserfahrung gesammelt, bevor sie zum PHM wechselten. Die Rezeption ist durchgehend 24 Stunden pro Tag besetzt. In der Zeit von 6:00 bis 21:18 Uhr wird sie, aus analogen Gründen wie beim Pflegepersonal, in sechs zeitversetzten Schichten vom Rezeptionspersonal betrieben. Von 21:00 bis 6:00 Uhr erfolgt die Besetzung ausschließlich durch Mitarbeiter der Pflege.

Die Küche des Patientenhauses beschäftigt fünf Köche, unter denen sich die Küchenleitung und vier Beiköche befinden. Jeder Mitarbeiter der Küche hat ebenfalls eine qualifizierte Berufsausbildung und zwei bis drei Jahre Berufserfahrung in der Gastronomie oder Gemeinschaftsverpflegung erworben. Die Küche wird in einem Fünf-Schicht-Betrieb von 6:00 Uhr bis 21:18 Uhr unterhalten.

Der Betrieb des Restaurants wird durch die Restaurantleitung und fünf Restaurantassistenten gesichert. Sämtliche Mitarbeiter des Restaurants haben eine einschlägige qualifizierte Berufsausbildung und mindestens ein bis drei Jahre Berufserfahrung in der Hotellerie / Gastronomie oder einer Rehabilitationsklinik gesammelt. Das Restaurant ist für die Patienten und ihre Angehörige bzw. Besucher von 7:00 bis 21:00 Uhr geöffnet. Das Restaurantpersonal arbeitet in sechs Schichten von 6:00 Uhr bis 22:18 Uhr.

Der Servicebereich „Reinigung“ wird von einer Hausdame mit Berufserfahrung im Hotelleriebereich geleitet. Die ihr unterstellten 10 Mitarbeiter sind jeweils teilzeitbeschäftigt mit 75% der tariflichen Vollarbeitszeit. Sämtliche Reinigungskräfte haben ebenfalls Berufserfahrung in der Reinigung in der Hotellerie oder in Krankenhäusern. Um den besonderen Anforderungen der Reinigung gerecht zu werden, arbeitet der Servicebereich im Fünf-Schicht-Betrieb (5:50 Uhr – 18:30 Uhr), der sich speziell auf die früheren Tageszeiten konzentriert.



Als zusätzlicher Servicemitarbeiter wurde noch ein Hausmeister eingestellt, welcher sich um die handwerklichen Belange des Patientenhauses kümmert und gleichzeitig als EDV-Support fungiert.

Abweichend vom Grundkonzept des Patientenhauses, ist ein Arzt aus dem Fachbereich Onkologie mit einem eigenen Behandlungszimmer aufgrund des hohen Patientenaufkommens und des spezifischen Behandlungsbedarfs im PHM fest stationiert.

Das Management des Patientenhauses wird von einer Hotelfachkraft geleistet mit langjähriger Erfahrung in der Hotellerie und Gesundheitswirtschaft. Die Managerin ist angestellt bei der Klinikotel GmbH, hat jedoch die fachliche Verantwortung für alle Mitarbeiter des PHM mit Ausnahme der Pflegekräfte. Die Leitung des Patientenhauses ist, mit Ausnahme des Pflegedienstes, auch für die Personalauswahl im PHM verantwortlich. Das Pflegepersonal des PHM wird aus fachlichen Gründen von der Pflegedirektion der UMM ausgewählt; eine Mitspracherecht der Leitung des PHM ist bis dato nicht vorgesehen.

Unterhalb der Leitung des PHM gibt es für jeden Bereich, also im Einzelnen für Pflege, Rezeption, Küche, Restaurant und Service, eine Bereichsleitung, die für die operativen Aufgaben in ihrem Bereich die Verantwortung trägt.

Die Mitarbeiter der Rezeption, der Küche, des Restaurants und des Servicebereichs sind ausnahmslos bei der „Klinikum Mannheim Dienstleistungsgesellschaft mbH“ (KMD) angestellt, einer Servicegesellschaft der UMM mit gesondertem Tarifvertrag. Die disziplinarische Verantwortung für die entsprechenden Mitarbeiter des PHM liegt bei der KMD. Das Pflegepersonal ist bei der Universitätsmedizin Mannheim angestellt und untersteht dort fachlich und disziplinarisch weiterhin der Pflegedirektion.

#### **4.5 Geschäftsmodell**

Die Investitionskosten des PHM lagen bei rund 13 Millionen Euro. Diese wurden von der UMM vollständig aus Eigenmitteln bestritten. Alternative Finanzierungswege wären denkbar, z. B. Modelle des Public Private Partnership (PPP). Dabei gehen Krankenhäuser mit privaten Investoren eine Partnerschaft ein, bei der die privaten Partner neben der Finanzierung u. a. auch die Planung, den Bau oder den Betrieb übernehmen können.

Eine öffentliche Förderung über die Investitionsfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ist in der UMM intern diskutiert worden. Allerdings wurde die Beantragung öffentlicher Investitionsmittel als aufwendig, langwierig und wenig aussichtsreich eingestuft. Deswegen hat man von einer entsprechenden Beantragung abgesehen und eine Eigenfinanzierung des Patientenhauses vorgenommen.

Nach Auskunft der UMM soll sich die Investition von 13 Million Euro binnen ca. 10 Jahren amortisiert haben. Dabei wird eine durchschnittliche Mindestauslastung des Patientenhauses von 65% zugrunde gelegt.

Die Finanzierung des PHM selbst erfolgt über eine interne Kosten- und Leistungsverrechnung mit den bettenführenden Fachabteilungen der UMM. Der interne Verrechnungssatz wird einheitlich über alle DRGs gebildet und liegt deutlich unter dem Kostensatz einer Normalstation. D. h. eine Differenzierung nach Case-Mix, Behandlungsaufwand o. ä. findet nicht mehr statt.

Mit dem Kostensatz sind die Personalkosten (Pflege und Hotellerie) sowie Unterkunft und Verpflegung im PHM abgedeckt. Alle anderen Kosten bzw. Kostenarten bleiben den verlegenden Fachabteilungen patientenbezogen zugeordnet. Das gilt ausdrücklich auch für die ärztlichen Leistungen, die Basismedikation und den sonstigen medizinischen Bedarf, welche vom Patienten während des Aufenthalts im Patientenhaus in Anspruch genommen werden.

Nach Auskunft der UMM sind die Kosten für den Belegungstag im PHM merklich niedriger als die vergleichbaren Kosten für einen Belegungstag auf Normalstationen. Seitens der UMM wurden keine exakten Kostenrechnungen für diese Studie zur Verfügung gestellt. Nach Einschätzung der UMM Mitarbeiter dürften allerdings die entsprechenden Tageskosten auf einer Normalstation (also für Pflege, Unterkunft und Verpflegung) in einem Krankenhaus vergleichbarer Größe und Versorgungsstufe, je nachdem, um ca. 25% - 50% höher liegen.

Dabei ist ausdrücklich schon berücksichtigt, dass der Pflege- und Betreuungsaufwand bei der entsprechenden Patientenklientel auch auf Normalstationen gegen Ende des Krankenhausaufenthalts unterproportional ausfällt. Die Kostenvorteile des PHM resultieren insbesondere aus den folgenden Ursachen:

---

Die Personalbindung durch Low-Care-Patienten ist auf den Normalstationen zwar unterdurchschnittlich, gleichwohl aber noch relativ hoch. Auch für diese Patientenklitel erbringt die Pflege zahlreiche grundpflegerische und Serviceleistungen, z. B. Essensverteilung, Medikamentenausgabe, Betten machen, Hol- und Bringedienste, Kommunikation mit Patienten und Angehörigen etc. In der Summe fällt daher die zeitliche Bindung über alle Patienten und Belegungstage im Low-Care-Bereich auch auf den Normalstationen vergleichsweise hoch aus. Im Patientenhaus ist das Pflegepersonal dagegen auf die pflegerischen Kernleistungen fokussiert. Alle sonstigen Stationsleistungen entfallen ebenso wie Wegezeiten von und zu den Patientenzimmern.

„Pflegefremde oder -ferne“ Leistungen und Serviceleistungen werden im PHM nahezu vollständig an das Servicepersonal delegiert (Rezeption, Restaurant etc.). Die Servicekräfte haben über die krankenhauseigene Servicegesellschaft einen eigenen Tarifvertrag. Infolgedessen sind die Personalkosten für die genannten Leistungen im PHM niedriger als auf den Normalstationen.

Weitere Einspareffekte entstehen aus der Zentralisierung von Leistungen in den Behandlungsräumen und an der Rezeption. Häufige und längere Wegezeiten des Personals von und zu den Patientenzimmern entfallen im PHM weitgehend: Das Pflegepersonal sucht die Patientenzimmer nur noch in Ausnahmefällen auf (z. B. bei Notrufen). Das Rezeptionspersonal betritt die Patientenzimmer faktisch nur zur Zimmereinweisung der Patienten. Die Essensverteilung durch das Restaurantpersonal erfolgt zentralisiert im Restaurant. Die Wegezeiten des Personals zum Patienten werden im PHM durch Wegezeiten des Patienten zum Personal substituiert, z. B. ins Restaurant, zur Rezeption oder in die Behandlungsräume. Ein zusätzlicher Effekt dieser Veränderung, der nach Einschätzung der UMM ggf. gleichfalls kostenwirksam sein kann, besteht in einer besseren Frühmobilisierung der Patienten.

Zusätzliche ökonomische Effekte des Patientenhauses können entweder durch einen Kapazitätsabbau oder durch eine Leistungsausweitung auf der Normalstation resultieren. Sofern Low-Care-Patienten von der Normalstation ins PHM verlegt werden, verringert sich dort bei ansonsten konstanter Fallzahl und Fallstruktur der Personalbedarf. Für diesen Fall war auch in der UMM im Rahmen der normalen Fluktuation ein Personalabbau im Pflegedienst entsprechend den Verlagerungseffekten ins Patientenhaus vorgesehen. Dies ist allerdings nicht erfolgt, weil man die Fallzahlen in der UMM bzw. den betroffenen Fachabteilungen steigern

konnte. Die Einrichtung des Patientenhauses hat damit die Möglichkeit geschaffen, den Patientendurchlauf auf den Normalstationen zu erhöhen und die Erlössituation zu verbessern.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die Einrichtung eines Patientenhauses, trotz der hohen erforderlichen Investitionskosten, betriebswirtschaftlich rechnet. Die Kostenvorteile entstehen dabei insbesondere aus der berufsgruppenspezifischen Fokussierung von Leistungen, der Delegation bislang pflegerischer Aufgaben an kostengünstigeres Servicepersonal, der Zentralisierung von Prozessen im Patientenhaus sowie einem Kapazitätsabbau oder höherem Patientendurchlauf auf den Normalstationen, aber auch durch die deutlich geringeren Erstellkosten pro Planbett.

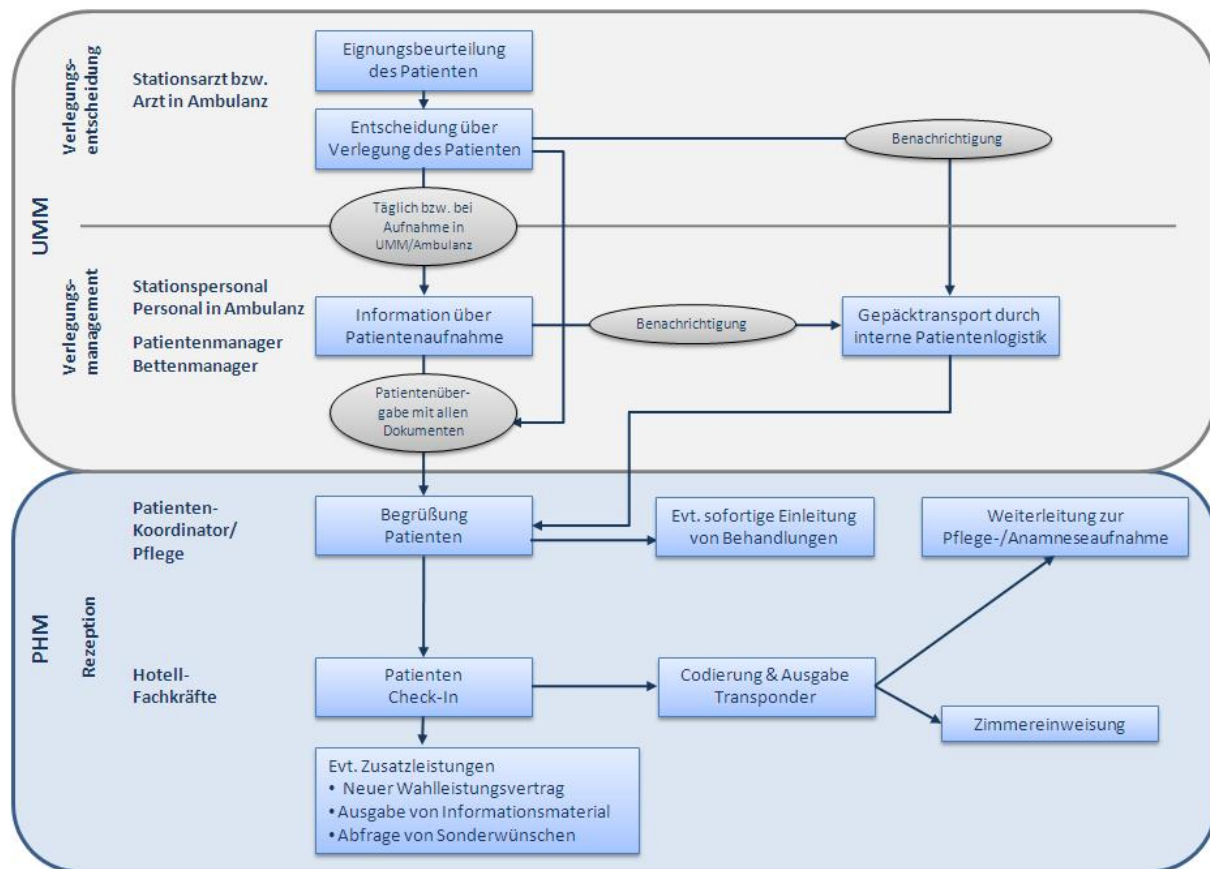
## 5 Kernprozesse

Im Folgenden werden die wichtigsten Kernprozesse im Patientenhaus Mannheim beschrieben.

### 5.1 Patientenübergabe

Im Zuge der Planungen zur Errichtung des Patientenhauses ist in Absprache mit den beteiligten Kliniken ein Indikationskatalog erstellt worden, in dem alle grundsätzlich geeigneten Patienten erfasst wurden. Dieser Katalog verfolgt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, stellt aber dennoch vom Grundsatz her die planerische Basis für die Rekrutierung der Patienten dar.

Die Entscheidung über die grundsätzliche Eignung eines Patienten für eine Verlegung in das PHM trifft der jeweils zuständige Arzt (Station oder Ambulanz). Dies geschieht entweder täglich nach der Visite – am Vortag der tatsächlichen Verlegung – oder bei der Aufnahme bzw. in der Ambulanz. Bei allen Aufnahmen, denen zunächst ein stationärer Aufenthalt in der UMM folgt, ist diese Entscheidung als fakultative Option zu betrachten. Die endgültige Entscheidung über die Verlegung des Patienten ins PHM wird vom behandelnden Arzt im Routinefall am Vortag der Übergabe getroffen (vgl. Prozessdarstellung in Abb. 8).



**Abb. 8: Darstellung der Patientenübergabe**

Der operative Prozess der Verlegung eines Patienten in das PHM kann von verschiedenen Berufsgruppen initiiert werden. Informationen über die Patientenaufnahme an das PHM werden über ein spezielles Aufnahmeformular an die Rezeption gefaxt (Abb. 9). Dem PHM werden in jedem Fall im Rahmen der Patientenakte auf den Einzelfall abgestimmt folgende Informationen übermittelt:

- zuständiger Arzt mit PSE,
- Diagnose,
- erfolgte OP,
- weitere geplante Therapie,
- Besonderheiten, Allergien,

- Medikamentengabe,
- Arbeitsaufträge an die Pflege, z. B. anstehende Verbandswechsel,
- erforderliche Kontrollen (RR, Temperatur etc.),
- geplante Untersuchungen, Visitertermine,
- Betreuungsaufwand bzw. aktueller Stand und Besonderheiten im Pflegeverlegungsbericht und Kardex,
- bei Wöchnerinnen Informationen zum Geburtsverlauf (Geburtenkleber, gelbes Untersuchungsheft, Patienten-Kurve für Mutter und Kind, Planette).

**UMM**  
UNIVERSITÄTSMEDIZIN  
MANNHEIM

Patientenhaus Mannheim Faxmail: XXXXXX Telefax: XXXX

**Anmeldungs-/Übergabeformular zur Verlegung ins Patientenhaus**

Klinik \_\_\_\_\_

**1. Angaben zum Patienten**

Diagnose: \_\_\_\_\_

OP/Eingriff: \_\_\_\_\_

Allergie bekannt:     nein   ◆  
                                  ja     ◆

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**2. Ansprechpartner:**  
Die folgenden Angaben sind mit der Fachklinik vereinbart

Station:            Tel.: \_\_\_\_\_

behandelnder Arzt:

PSE:                         789- \_\_\_\_\_

PSE des Dienstarztes: 789- \_\_\_\_\_

Visite Mo-Fr: Ort:            Zeit: \_\_\_\_\_

Visite WE/FT: Ort: -        Zeit: - \_\_\_\_\_

**3. medizinisch / pflegerische Hinweise:**  
(z. B. Infos zu bereits vereinbarten bzw. absehbaren Terminen, Wundverhältnisse etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Organisatorische Angaben zum Aufenthalt**

**Aufnahme**                                   ◆

**Verlegung**                                   ◆

geplant für den:                            \_\_\_\_\_

  Datum eintragen!

Entlassung geplant für den:            \_\_\_\_\_

  Datum eintragen!

Begründung für den stationären Aufenthalt: \_\_\_\_\_

  \_\_\_\_\_

(Angabe zwingend erforderlich!)

behindertengerechtes Zimmer erforderlich?     ja   ◆

Der Patient erfüllt alle erforderlichen Kriterien für den Aufenthalt im Patientenhaus.     ja   ◆

Reservierungsbestätigung PHM: \_\_\_\_\_

Kriterien zur Verlegung ins Patientenhaus:  
Der Patient ist selbstständig, mobil und orientiert.     Der Patient hat die Pflegestufe A1/S1 oder A1/S2     Es liegt keine infektiöse Erkrankung vor.

**Abb. 9: Anmeldungs-/ Übergabeformular zur Verlegung eines Patienten ins PHM**

Die Übergaben von den Stationen an das PHM finden in allen Routinefällen möglichst vormittags statt. Ursprünglich angedacht waren zwei distinkte Aufnahmezeiten am Morgen von 10:00 Uhr bis 10:30 Uhr und von 11:00 Uhr bis 11:30 Uhr sowie nachmittags zwischen 13:00

Uhr und 13:30 Uhr. Faktisch werden die Aufnahmen aber variabler gehandhabt, jedoch immer erst nach schriftlicher Reservierungsbestätigung durch die Rezeptionsmitarbeiter des PHM. Bei Entbindungen zwischen 0:00 Uhr und 5:00 Uhr ist ein kurzfristiger Verbleib der Patientinnen auf der Station bzw. im Kreissaalbereich vorgesehen.

Um keine unnötige Bürokratie entstehen zu lassen, werden im PHM die auch sonst in der UMM üblichen Patientenakten genutzt und weitergeführt. Die Patientenakten werden an der Rezeption aufbewahrt und dem Patienten zur Visite (in der UMM) ausgehändigt. Eintragungen darin werden vom Pflegepersonal des PHM und den behandelnden Ärzten auf den Stationen oder in den Ambulanzen bzw. von deren Dokumentationshilfen vorgenommen.

Erscheint ein Patient zur Über- bzw. Aufnahme im Patientenhaus, wird er von der Patientenkordinatorin, welche eindeutig als Pflegekraft zu identifizieren ist, an der Rezeption (Abb. 10) begrüßt.



Abb. 10: Eingangsbereich des Patientenhauses mit Rezeption



Der Gepäcktransport erfolgt, sofern notwendig, auf Veranlassung von Station oder Ambulanz durch die klinikumsinterne Patientenlogistik. (vgl. Prozessdarstellung in Abb. 8).

Die Patientenkoordinatorin (PK) nimmt sodann die Patienten und deren Akten in Empfang und fragt nach dem Grund des Aufenthaltes (medizinische Indikation) und dem Wohlbefinden des Patienten. Bei Verbänden an offensichtlich zugänglichen Stellen (Hände, Gesicht) führt die PK an Ort und Stelle eine kurze Kontrolle der Verbände durch. Sollte nach Kontrolle der Verbände und der Krankenakte eine direkte Behandlung durch eine Pflegekraft notwendig sein, wird der Patient von der PK in den Behandlungsbereich (Visitenzimmer hinter der Rezeption) geleitet. Bedarf der Patient keiner direkten Behandlung, wird er zusammen mit seiner Patientenakte zur weiteren Aufnahme an die Hotelfachkräfte der Rezeption übergeben (vgl. Prozessdarstellung in Abb. 8).

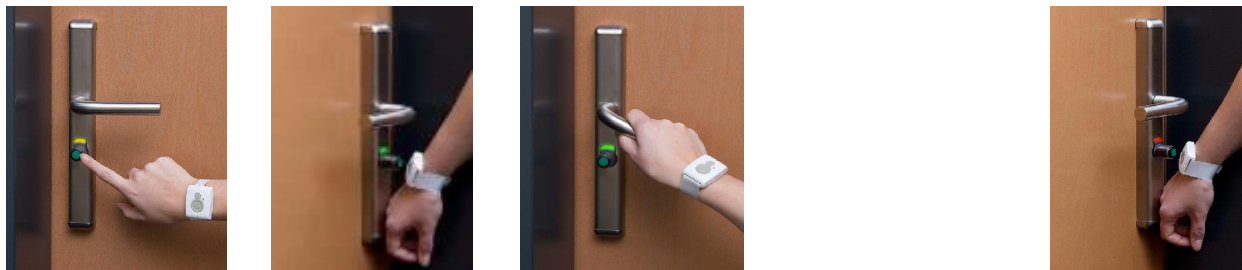


Die Hotelfachkräfte der Rezeption führen dann den Check-In im Hotelsystem des PHM durch. Es werden Sonderwünsche und evt. Sonderkostformen des Patienten abgefragt. Dem Patienten wird Informationsmaterial über das PHM ausgehändigt. Bereits in der Patientenakte vermerkte Termine werden in das Hotelsystem übertragen und dem Patienten mündlich mitgeteilt. Danach wird dem Patienten der Transponder (Abb. 11) ausgehändigt. Der Patienten-Transponder hat die Funktionen eines Notrufs, eines Türöffners und der Personenidentifikation. Der Transponder muss am Handgelenk getragen werden und ist aus Sicherheitsgründen mit einem für den Patienten nicht lösbaren Einweg-Armband ausgestattet. Auf diesem Armband wird auch die Zimmernummer vermerkt. Der Transponder ist wasserdicht, so dass sich die Patienten damit auch waschen können.

**Abb. 11: Transponder**

Den Patienten wird vom Rezeptionspersonal anschließend die genaue Funktion des Transponders erklärt:

- Für den Fall, dass die Patienten während ihres Aufenthaltes im Patientenhaus in eine Notsituation geraten, die den Einsatz eines Helfers erfordert, sollen sie den Notrufknopf auf Ihrem Transponder betätigen. Damit wird automatisch eine Notrufkette ausgelöst und ihnen schnellstmöglich geholfen. Darüber hinaus ermöglicht der Transponder die Patienten im Falle eines Notrufes im Haus schneller aufzufinden auch wenn sie sich nicht in ihrem Zimmer aufhalten.
- Im PHM gibt es keine klassischen Zimmerschlüssel. Auch diese Funktion wird vom Transponder übernommen (Abb. 12):



**Abb. 12: Funktionsweise des Patienten-Transponders als Türöffner**

**1. Schritt:**

Grünen Knopf am Türbeschlag drücken. Gelbes Lämpchen blinkt .

**2. Schritt:**

Kleinen schwarzen Knopf am Transponder an den grünen Knopf halten. Bei Zutrittsberechtigung leuchtet das Lämpchen grün.

**3. Schritt:**

Türklinke herunter drücken und Tür öffnen.

**4. Schritt:**

Tür verriegelt sich nach dem Schließen automatisch.

**5. Schritt:**

Bei keiner Zutrittsberechtigung leuchtet das Lämpchen rot.

- Der Transponder dient zusätzlich zur Personenidentifikation: Die Ausgabe der Medikamente an die Patienten erfolgt täglich von 07.00 bis 09.00 Uhr an der Rezeption. Um Verwechslungen und Falschausgaben zu vermeiden, müssen sich die Patienten vorher identifizieren, indem sie ihren Transponder über ein Lesegerät halten.

Nachdem die Patienten sämtliche Informationen erhalten haben, werden sie zur Pflege- oder Anamneseaufnahme durch die Pflegekräfte in den Medizinbereich hinter der Rezeption weitergeleitet. Je nach Patientenaufkommen wird ggf. die Zimmervergabe und –einweisung vorgezogen (vgl. Prozessdarstellung in Abb. 8).

Für die Zimmereinweisung wird jeder Patient persönlich von einem Rezeptionsmitarbeiter auf sein Zimmer begleitet und erhält dort eine individuelle Einführung. Den Patienten werden sodann weitere Informationen zu den Hotelleistungen des PHM wie z. B. zentraler Stromschalter im Zimmer, Handtuchwechsel, Restaurantzeiten und Funktionsweise des Fernsehgerätes oder der Kühldecke im Sommer gegeben. Zusätzlich werden ihnen die Besonderheiten des PHM erklärt, wie beispielsweise der Abruf der medizinischen Termine im TV/Multifunktionsgerät, Selbstabholung der Medikamente und das eigenverantwortliche Aufsuchen der Arztvisiten in der UMM oder im PHM je nach Fachgebiet.

Anschließend wird die Küche des PHM über eventuelle Sonderkostformen des Patienten unterrichtet.

## 5.2 Medikamentenausgabe

Die routinemäßig im PHM auszuteilenden Medikamente werden in der Nachtschicht von der diensthabenden Pflegekraft im Vorbereitungsraum, in dem die Medikamente auch gelagert werden, gestellt. Dazu wird die Medikationsinformation aus der jeweiligen Patientenakte entnommen. Die Medikamente werden in Dispenser, welche mit Patientenetiketten und Zimmernummern versehen sind, einsortiert. Anschließend werden die gefüllten Dispenser in die Postfächer der jeweiligen Zimmer an der Rezeption eingeordnet. Die Zuordnung von Zimmernummern und Namen erfolgt dabei jeweils anhand einer tagesaktuellen Liste, welche von den Rezeptionskräften zu erstellen ist (vgl. Prozessdarstellung in Abb. 14).

Die Ausgabe der Dispenser an die Patienten erfolgt täglich zwischen 7:00 und 9:00 Uhr an der Rezeption (Abb. 13). Um Verwechslungen auszuschließen, wird vor der Ausgabe die Patientenidentität mittels Einlesens des Transponders überprüft. Gleichzeitig erfolgt im Hotelsystem ein Eintrag mit Datum und Uhrzeit, der die Übergabe der Medikamente dokumentiert.



**Abb. 13: Medikamentenausgabe an der Rezeption**

Patienten mit Rückfragen oder Besonderheiten, die beispielsweise Hilfe bei der Einnahme oder Verabreichung benötigen, werden in den medizinischen Bereich geleitet und dort von einer Pflegekraft betreut.

Werden die vorbestückten Medikamenten-Dispenser nicht bis 11:00 Uhr selbstständig von den Patienten an der Rezeption abgeholt, nimmt die Patientenkoordinatorin Kontakt mit den jeweiligen Patienten auf, ggf. wird ein Bringedienst organisiert (vgl. Prozessdarstellung in Abb. 14).

Patienten, bei denen die Medikamenteneinnahme zu festen Zeitpunkten oder unter Kontrolle stattfinden muss, erhalten ihre Medikamente vorwiegend in einem Behandlungsraum (hinter der Rezeption) oder auf dem Patientenzimmer. An diese festen Termine werden die Patienten via TV-Bildschirm erinnert.

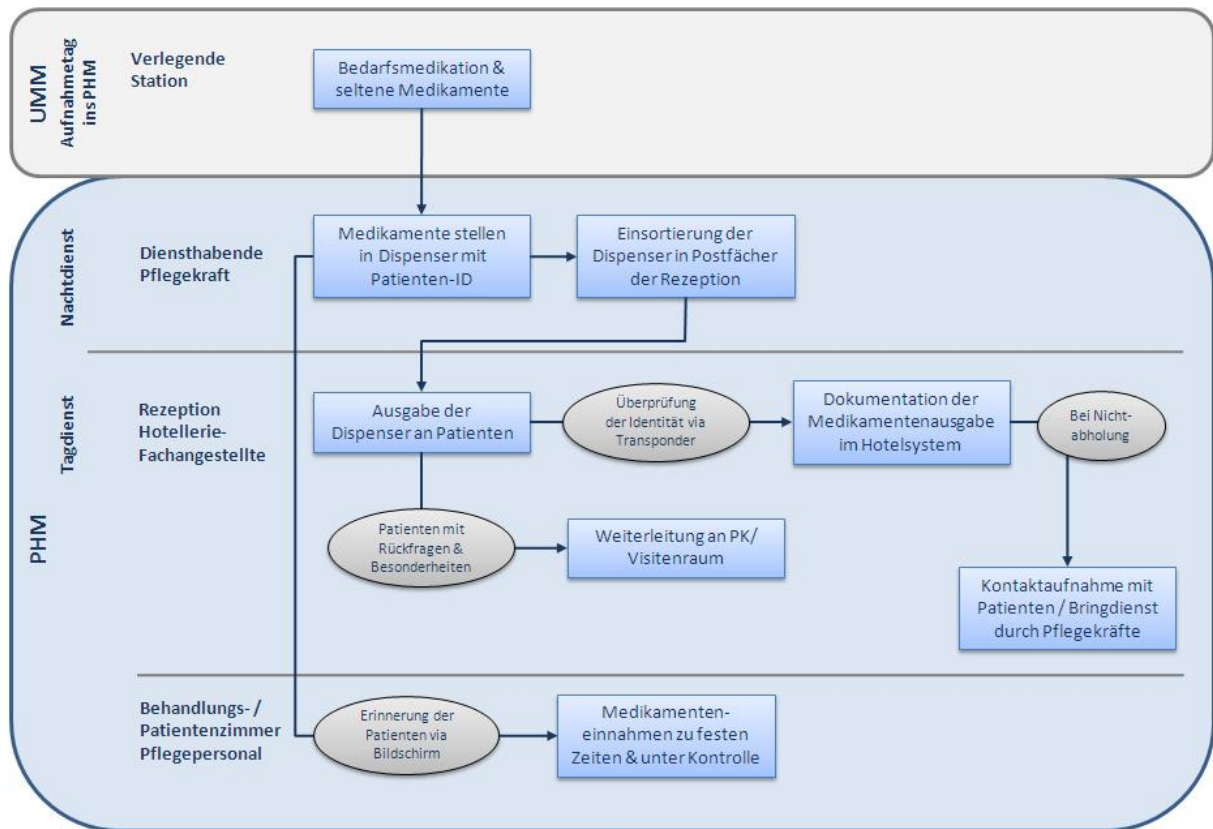


Abb. 14: Darstellung der Medikamentenausgabe

### 5.3 Visite (extern und intern)

Die Visiten für die Patienten des Patientenhauses Mannheim finden im Routinefall, je nach Fachgebiet, zu einem festgelegten Zeitpunkt in den Visiten- / Behandlungsräumen des PHM, im Funktionsbereich der Ambulanz oder auf der Station der Fachabteilung statt (vgl. Prozessdarstellung in Abb. 16).

Die behandelnden Ärzte der Fachabteilungen Neurochirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie und Hämato-Onkologie kommen zu festgelegten Zeiten ins PHM und führen ihre Visiten in den dortigen Behandlungsräumen durch (Abb. 15). Bei den Wöchnerinnen werden die Visiten zu vorher bekannt gegebenen Zeiten im Patientenzimmer durchgeführt.



**Abb. 15: Visitenzimmer im Patientenhaus**

Den Patienten mit Augen- oder Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen können aufgrund fehlernder medizinischer Gerätschaften keine Visiten im PHM angeboten werden, so dass sie täglich in die entsprechenden Fachabteilungen der UMM gehen. Ebenso werden in der Regel die Visiten der medizinischen Abteilungen Dermatologie, der Strahlenklinik, der Inneren Medizin und der Chirurgie in der UMM durchgeführt.

Bevor ein Patient zur Visite in die UMM geht, bekommt er an der Rezeption des PHM seine Patientenakte ausgehändigt. Der zuständige Rezeptionsmitarbeiter trägt sodann den Aufenthaltsort des Patienten und den Verbleib der Patientenakte in eine so genannte „Alphaliste“ ein. Der Patient übergibt seine Akte vor der Visite dem zuständigen Behandlungspersonal in der UMM und gibt sie nach durchgeführter Visite wieder an der Rezeption des PHM ab. Dort werden seine Rückkehr und die Rückgabe seiner Akte in der Alphaliste vermerkt. Mitarbeiter der Pflege werten die zurückgebrachten Patientenakten anschließend auf Handlungsbedarf aus (vgl. Prozessdarstellung in Abb. 16).

Sollte ein Termin bei der Visite seitens der UMM einmal nicht eingehalten werden können, unterrichtet die entsprechende Fachabteilung die Rezeption des PHM. Die Rezeptionsmitarbeiter leiten die Information sodann an die Patienten weiter. Versäumt ein Patient dahingegen seinen Termin zur Visite in der UMM, melden die Mitarbeiter der entsprechenden Fachabteilung dies ebenfalls an die Rezeption des PHM zurück. Die Rezeptionsmitarbeiter kontaktieren daraufhin den jeweiligen Patienten.

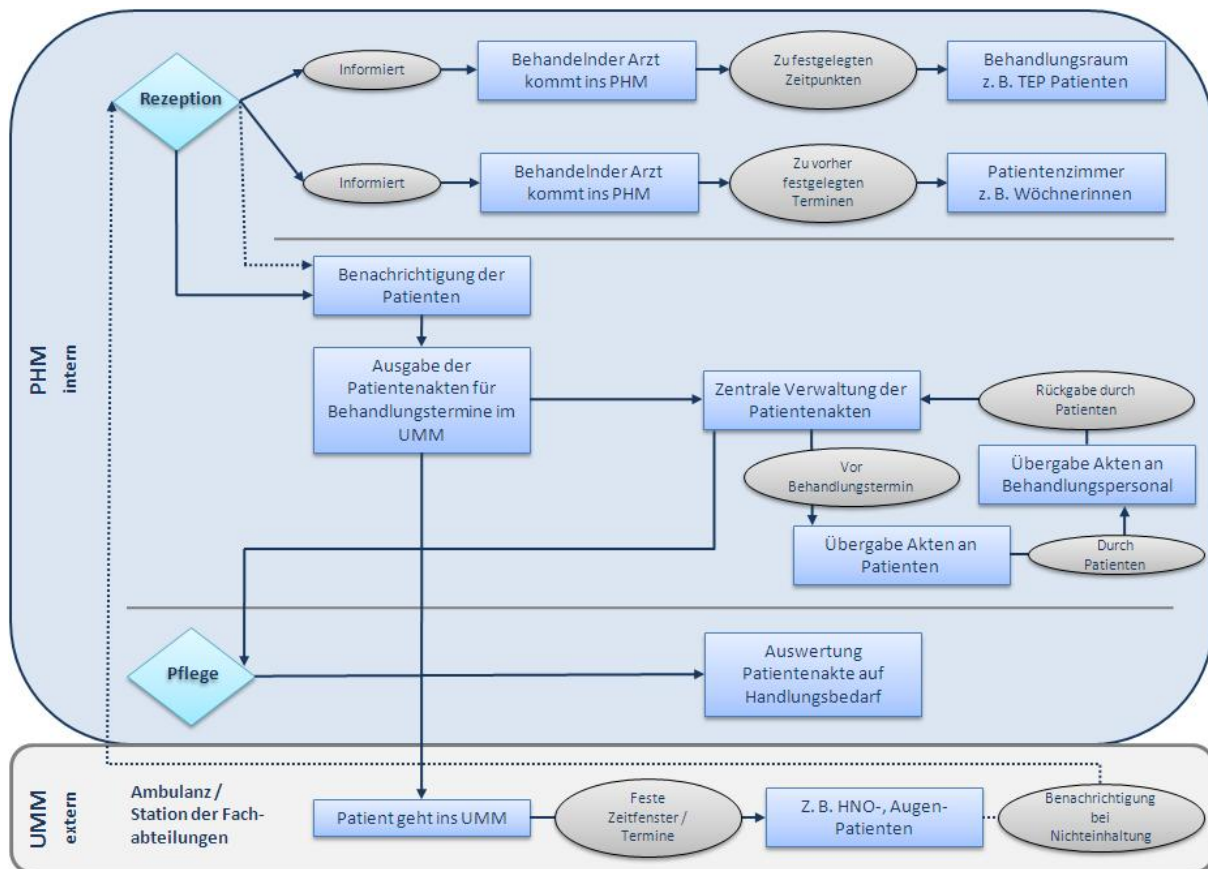


Abb. 16: Darstellung des Visiten-Ablaufs

## 5.4 Sicherheitskonzept

Sämtliche Patienten werden bei der Aufnahme ins Patientenhaus mit einem Transponder am Handgelenk ausgestattet, welcher auch als Notrufsensoren fungiert (vgl. Kap. 5.1). Tritt ein Notfall ein, wird der Sensor von dem Patienten gedrückt und ein Notruf wird an die Rezeption des PHM und zeitgleich an das Mobiltelefon des diensthabenden Pflegepersonals weitergeleitet.

Ein eintreffender Notruf wird immer von einer Pflegekraft entgegengenommen, welche automatisch die Zuständigkeit für die Abwicklung des Notrufs übernimmt. Der Computermonitor an der Rezeption zeigt bei einem eingehenden Notruf die Zimmernummer des auslösenden Patienten an und die durch den Transponder durchgeführte letzte Ortung des Patienten im

PHM. Zusätzlich kann das Personal des PHM über modifizierte Down-Lights mit einer farblichen Ergänzung (Schnellorientierung) erkennen, wo der Notruf aktiviert worden ist (Abb. 17).



**Abb. 17: Notrufaktivierung**

Über einen Zentraltransponder können alle Mitarbeiter im Bedarfsfall die Türen der Patientenzimmer zu jeder Tages- und Nachtzeit entriegeln, das Zimmer betreten und Sofortmaßnahmen einleiten. Je nach Art des Notfalls fordert das Personal bei vitaler Bedrohung des Patienten über das Notfalltelefon das Reanimationsteam an. Bei allen anderen nicht vital bedrohten Notfällen wird zuerst der zuständige Arzt gemäß Patientenakte benachrichtigt. Bei dessen Nichterreichbarkeit wird zuerst die Zentrale Notaufnahme und ansonsten der Bereitschaftsdienst der Fachabteilung gerufen (vgl. Prozessdarstellung in Abb. 18).



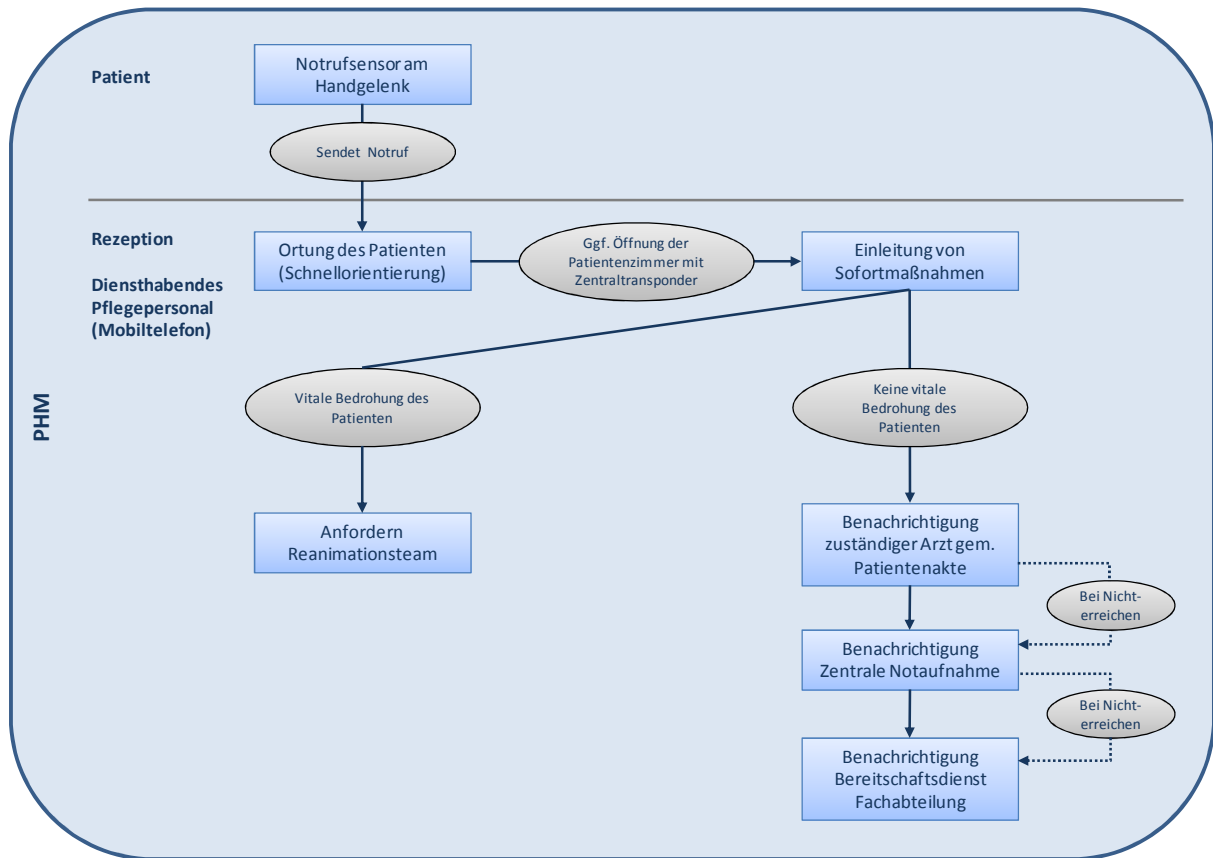


Abb. 18: Darstellung des Sicherheitskonzepts

Das Verhalten in Notfällen entspricht demnach den in der UMM vorhandenen Verfahrensstandards. Im PHM sind für den Bedarfsfall die laut Unfallverhütungsvorschrift vorgeschriebenen Ersthelfer verfügbar. Zusätzlich befinden sich auf allen Etagen Notfallausrüstungen.

## 5.5 Terminmanagement

Die Patientenakten werden von den Patienten bei Aufnahme bzw. Verlegung ins Patientenhaus an die Rezeptionskräfte zur weiteren Aufbewahrung und Verwaltung übergeben. Alle Patienten erhalten bei der Aufnahme in das Patientenhaus einen Terminplan mit Datum und Uhrzeit über die bereits bestehenden Einträge in ihrer Patientenakte für weitere diagnostische und therapeutische Arbeitsschritte.

Sollte die Auswertung der Patientenakte bei der Aufnahme oder nach der Visite eines Patienten ergeben, dass weitere Folgetermine vereinbart werden müssen (siehe Kernprozess Visite), wird dies von den Pflegekräften erledigt. Die in der UMM vereinbarten Termine, z. B. zur ärztlichen Behandlung oder einer Funktionsdiagnostik, werden den Patienten telefonisch mitgeteilt und als schriftlicher Termin von den Rezeptionskräften übergeben (vgl. Prozessdarstellung in Abb. 20).

Medizinische Folgetermine, die im PHM stattfinden (intern), werden von den Rezeptionskräften in den softwaregestützten Terminmanager übertragen und können sodann patientenspezifisch jederzeit auf den TV-Geräten der Patientenzimmer eingesehen werden (Abb. 19). Diese Termine betreffen z. B. die Grundpflege, Infusionen, Kursteilnahmen oder ähnliches. Gleichzeitig verschicken die Rezeptionskräfte Erinnerungen zur internen Terminwahrnehmung über den TV-Terminmanager (vgl. Prozessdarstellung in Abb. 20).



Abb. 19: TV-Bildschirmmaske

Sollte es eine Terminverschiebung seitens der UMM oder intern geben, wird der Patient von der Rezeption darüber informiert und erhält die neuen Termindaten. Ebenso benachrichtigen die Stationen der UMM das Patientenhaus, falls ein Patient seinen Termin versäumt haben sollte. Ein Mitarbeiter der Rezeption kontaktiert daraufhin den Patienten persönlich und stellt sicher, dass er seinen Termin nachholt.

Durch die kontinuierliche Auswertung der Patientenakten durch die Pflegekräfte wird die Einhaltung, Umsetzung sowie die Fortführung des Terminplans und somit der medizinischen Behandlung eines jeden Patienten sicher gestellt.

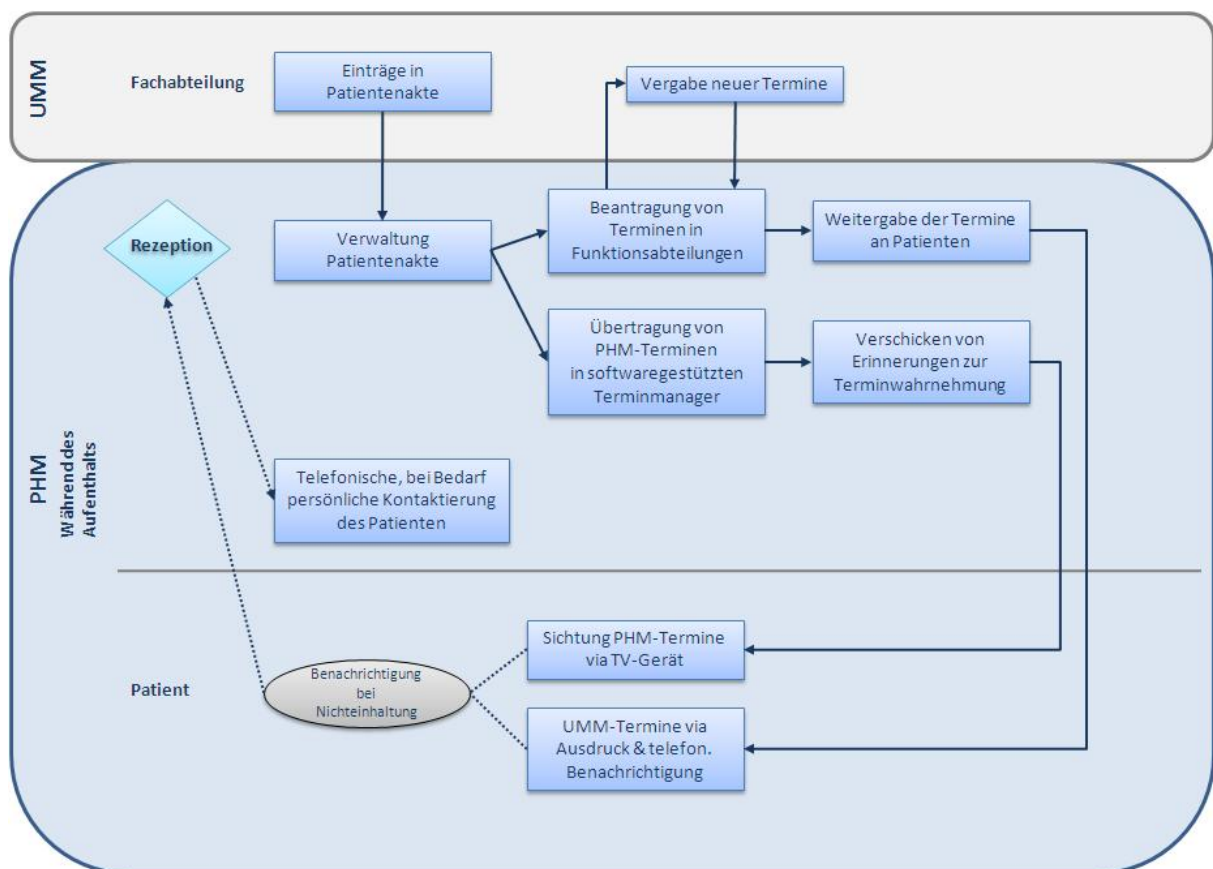


Abb. 20: Darstellung des Terminmanagements

---

## 5.6 Entlassungsmanagement

Das Patientenhaus erfährt von der geplanten Entlassung eines Patienten durch den behandelnden Arzt. Das geplante Entlassungsdatum wird der Rezeption des PHM in der Regel schon bei Aufnahme des Patienten mitgeteilt. Der zuständige Arzt ist für die rechtzeitige Fertigstellung des Entlassungskurzbriefs verantwortlich (vgl. Prozessdarstellung in Abb. 21).

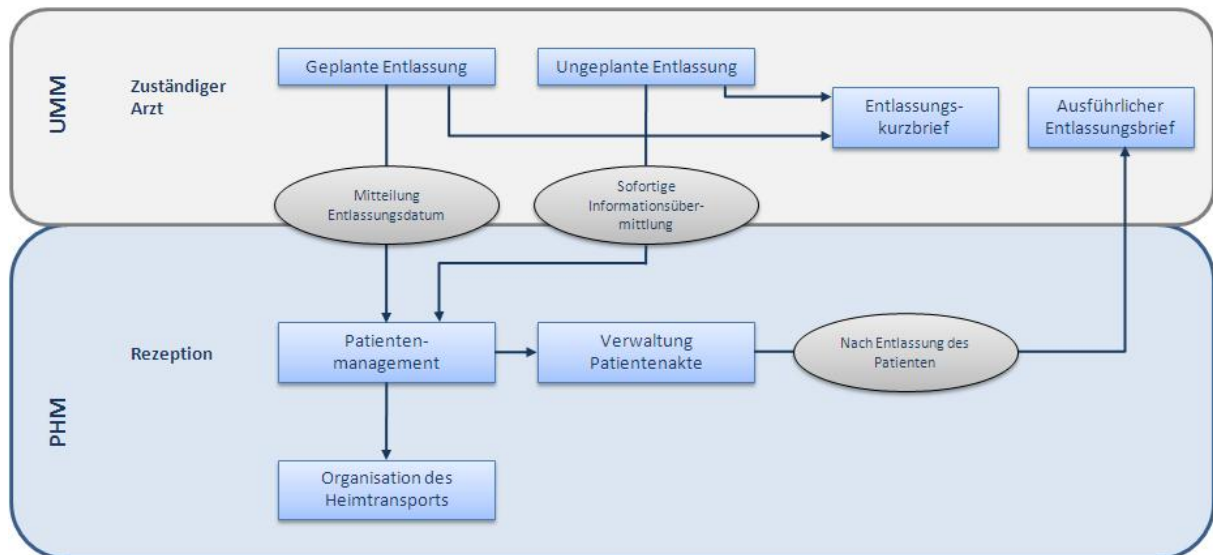
Entlassungen finden im Prinzip ganztägig statt, sollten jedoch, um einen Belegungswechsel nicht zu behindern, möglichst früh am Tag durchgeführt werden. Sobald der Patient am Tage seiner Entlassung seine letzte Visite absolviert und seine Patientenakte wieder an der Rezeption abgegeben hat (siehe Kernprozess Visite), räumt er sein Zimmer. Daraufhin bekommt er an der Rezeption den Patienten-Transponder vom Handgelenk abgenommen und den Arztbrief übergeben, falls er ihn noch nicht ausgehändigt bekommen haben sollte. Zusätzlich checkt der Patient bei den Rezeptionskräften aus der Hotellsoftware aus und begleicht evt. angefallene Kosten durch Begleitpersonen oder Inanspruchnahme von Wahlleistungen wie beispielsweise die Videothek oder der Internetzugang des Patientenhauses.

Patienten, die bereits morgens ihr Zimmer räumen, jedoch erst später am Tage entlassen werden oder erst später die Gelegenheit eines Heimtransportes haben, wird die Möglichkeit geboten, ihr Gepäck bis zum Verlassen des PHM zu deponieren.

Finden ungeplante Entlassungen statt, wird die Information so schnell wie möglich an das PHM übermittelt. Der Patient sollte beim letzten Arztkontakt schon seine Entlassungspapiere erhalten, um weitere Verzögerungen zu vermeiden (vgl. Prozessdarstellung in Abb. 21).

Jeder Patient bekommt eine Tagesmedikation mit nach Hause. Bei Bedarf organisieren die Mitarbeiter der Rezeption einen Heimtransport für die Patienten.

Nachdem der Patient das Patientenhaus verlassen hat, wird die Akte zwecks Diktats des ausführlichen Entlassungsbriefs an die jeweiligen Sekretariate oder Stationen der UMM geleitet.



**Abb. 21: Darstellung des Entlassungsmanagements**

---

## 6 Patientenbefragung

### 6.1 Methodik

Maßgeblich für die Bewertung und Praxisbewährung des Konzeptes „Patientenhaus“ ist letztlich auch die Einschätzung und Akzeptanz der Patienten. Vor diesem Hintergrund führt das Patientenhaus Mannheim standardmäßig eine Patientenbefragung zur Zufriedenheit mit dem Aufenthalt im Patientenhaus durch. Der entsprechende Fragebogen ist Teil der Informationsunterlagen, die dem Patienten im Patientenhaus ausgehändigt werden. Der Fragebogen soll nach Möglichkeit noch im Patientenhaus ausgefüllt und nach Beantwortung in eine Box in Rezeptionsnähe geworfen werden.

Über Hintergrund und Ziele der Befragung werden die Patienten in einem dem Bogen beigelegtem Begleitschreiben informiert. Demnach soll die Patientenbefragung dem Patientenhaus die Möglichkeit geben, die Qualität seiner Dienstleistungen permanent zu verbessern. Deswegen werden die Befragungsteilnehmer ausdrücklich aufgefordert, neben Lob auch Anregungen, Vorschläge, Wünsche und Kritik zu kommunizieren.

Die Befragung ist im Grundsatz anonym. Den Patienten wird zugesichert, dass die Auswertung der Angaben streng vertraulich erfolgt. Es ist ihnen aber freigestellt, Namen, Aufenthaltszeitraum, Zimmernummer sowie die behandelnde Fachrichtung oder Station im Fragebogen zu vermerken.

Von diesen freiwilligen Angaben abgesehen, werden im Erhebungsinstrument weder demografische Merkmale (z. B. Alter, Geschlecht) noch krankheitsbezogene Angaben (wie Krankheitsbild oder Fachabteilung) erhoben. Deswegen ist es nicht möglich, die Antworten im Fragebogen nach entsprechenden Merkmalen auszuwerten.

Grundlage der Patientenbefragung bildet ein eigens von der Universitätsmedizin Mannheim bzw. dem Patientenhaus Mannheim entwickelter standardisierter Patientenfragebogen. Dieser umfasst rund 40 Fragen. Thematische Schwerpunkte des Erhebungsinstruments sind:

- Überleitung
- Personal

- Organisation der Behandlung
- Unterkunft und Verpflegung
- Gesamtzufriedenheit

Die Fragen thematisieren jeweils die Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten des Aufenthalts im Patientenhaus Mannheim („Wie zufrieden waren Sie mit ...“). Die Antwortvorgaben waren mit einer 5-wertigen visuellen Skala hinterlegt („Smileys“). Aus Darstellungsgründen wurde die Skala für die nachfolgende Auswertung in nominelle Zufriedenheitsabstufungen transformiert (5-wertige Antwortskala von „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“).

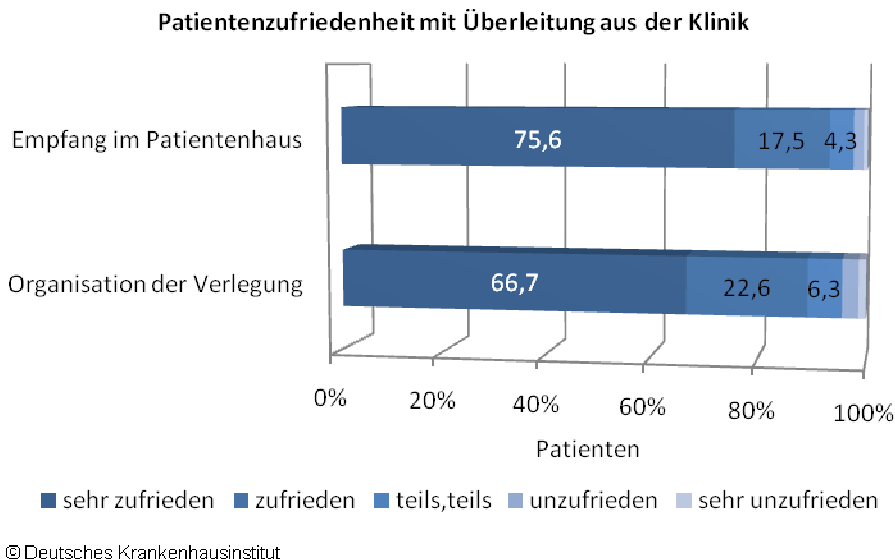
Zur Auswertung wurde vom Patientenhaus Mannheim fast der komplette Datensatz der Patientenbefragung für das Jahr 2010 (Januar-November) zur Verfügung gestellt. In diesem Zeitraum beteiligten sich insgesamt 983 Patienten an der Patientenbefragung. Nachfolgend sind die Ergebnisse nach thematischen Aspekten zusammengefasst.

## 6.2 Interne Verlegung

Der ersten Themenkomplex befasst sich mit der Verlegung aus der Universitätsmedizin Mannheim in das Patientenhaus. Mit der Organisation ihres Einzuges in das Patientenhaus und der damit verbundenen Information, Aufklärung und Beratung vor der Verlegung waren 66,7% der Patienten mit Angaben sehr zufrieden und weitere 22,6% zufrieden. Insgesamt gut 10% der Patienten waren hingegen weniger oder gar nicht zufrieden.

Gleichwohl fällt die Patientenzufriedenheit mit der internen Verlegung aus den Fachabteilungen alles in allem etwas niedriger aus als bei den meisten anderen Befragungsthemen.

Die Aufnahme im Patientenhaus wird dagegen besser bewertet. Gut drei Viertel der Befragungsteilnehmer waren mit der Ankunft bzw. dem Empfang im Patientenhaus sehr zufrieden. Fast 18% der Patienten waren noch zufrieden und die übrigen 7% weniger oder gar nicht (Abb. 22).



**Abb. 22: Patientenzufriedenheit mit der Überleitung aus der Klinik**

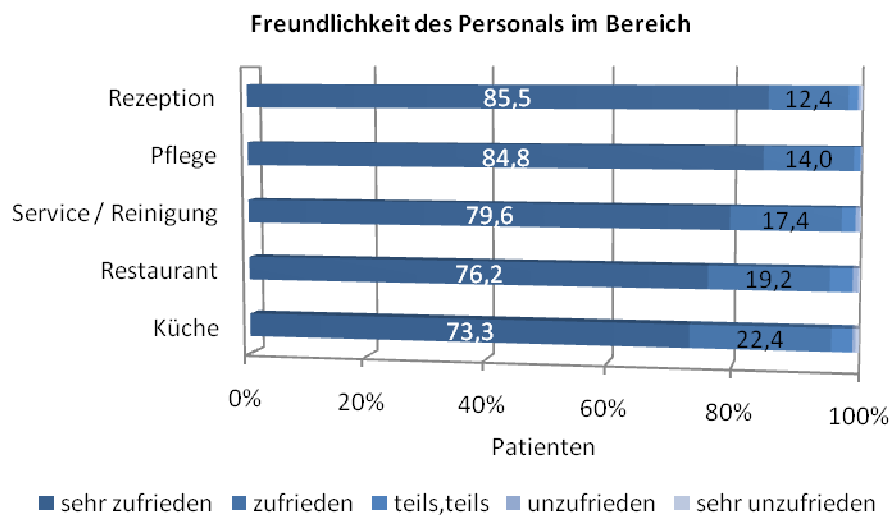
### 6.3 Personal

Im Patientenhaus Mannheim arbeiten im wesentlichen fünf verschiedene Personalgruppen. In der Patientenbefragung sollten die Teilnehmer angeben, wie zufrieden sie in Bezug auf die Freundlichkeit des Personals in den jeweiligen Leistungsbereichen waren.

Insgesamt wird die Freundlichkeit des Personals sehr positiv eingeschätzt. Bei eher geringen Differenzen schneiden hier das Rezeptions- und Pflegepersonal am besten ab. Jeweils rund 85% der Befragten war mit der Freundlichkeit in diesen Bereichen sehr zufrieden (Abb. 23).

Für das Reinigungs- bzw. Servicepersonal, das Restaurant- und Küchenpersonal liegen die entsprechenden Anteilswerte jeweils unter 80%.



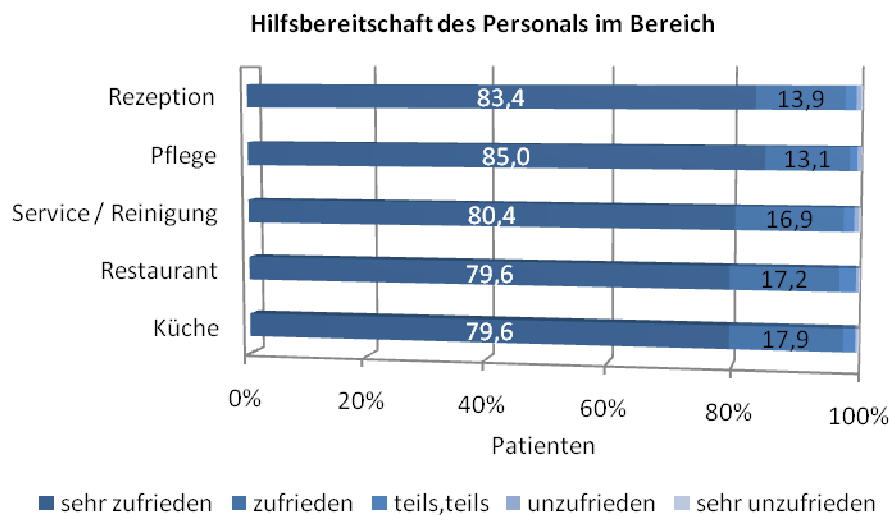


©Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 23: Patientenzufriedenheit mit der Freundlichkeit des Personals**

Die Hilfsbereitschaft des Personals betrifft die Art und Weise, wie während des Aufenthalts im Patientenhaus auf Bedürfnisse und Wünsche des Patienten eingegangen wurde. In dieser Hinsicht wurde wiederum zwischen den fünf genannten Personalgruppen unterschieden:

Auch bei der Hilfsbereitschaft gibt es faktisch kaum Unterschiede zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen. Die Anteilswerte an sehr zufriedenen Patienten variieren zwischen rund 85% für das Rezeptions- und Pflegepersonal und jeweils knapp 80% für das Service-, Restaurant- und Küchenpersonal (Abb. 24).

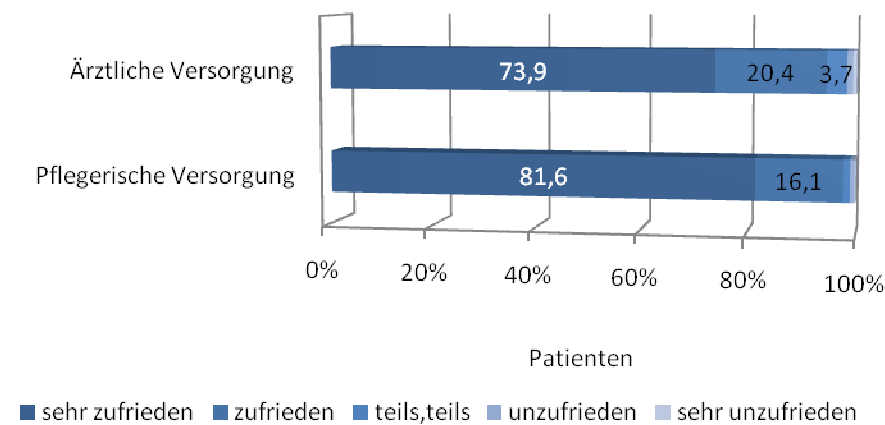


©Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 24: Patientenzufriedenheit mit der Hilfsbereitschaft des Personals**

Über die Zufriedenheit mit der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft in einzelnen Leistungsbereichen hinaus sollten die Befragungsteilnehmer noch Einschätzungen zur pflegerischen und ärztlichen Versorgung im Patientenhaus Mannheim insgesamt abgeben. Demzufolge fällt die Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung mit fast 82% sehr zufriedener Patienten etwas höher aus als bei der ärztlichen Versorgung, mit der rund 74% der Befragten sehr zufrieden waren (Abb. 25).

### Patientenzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung



©Deutsches Krankenhausinstitut

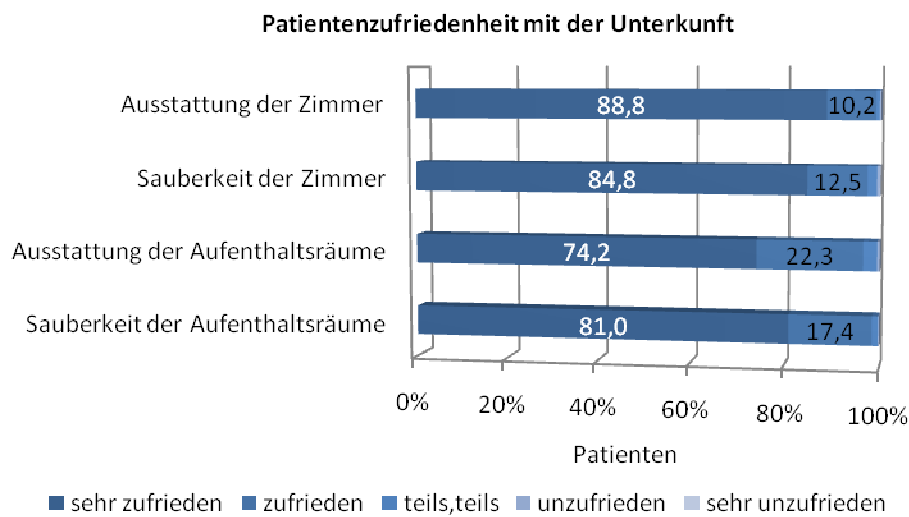
**Abb. 25: Patientenzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung**

In den ersten 3 Monaten des Jahres 2010 wurde im Übrigen auch für den Ärztlichen Dienst, analog zu den anderen Leistungsbereichen, nach der Zufriedenheit mit Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft gefragt. Die Ergebnisse unterscheiden sich dabei kaum von den anderen Berufsgruppen. Da der Ärztliche Dienst aber nicht zum Personal des Patientenhauses sondern der Universitätsmedizin Mannheim gehört, wurden im Rest des Jahres Fragen zum Ärztlichen Dienst nicht mehr gestellt.

## 6.4 Unterkunft und Verpflegung

Der Anspruch des Patientenhauses Mannheim ist es, eine Unterbringung nach Hotelstandard vorzuhalten. Mit Blick auf die Patientenzimmer wird dieser Anspruch auch aus Patientensicht in sehr hohem Maße erfüllt. Fast 90% der Patienten waren mit der Ausstattung der Patientenzimmer sehr zufrieden. Der entsprechende Anteilswert für die Sauberkeit der Zimmer lag bei rund 85%.

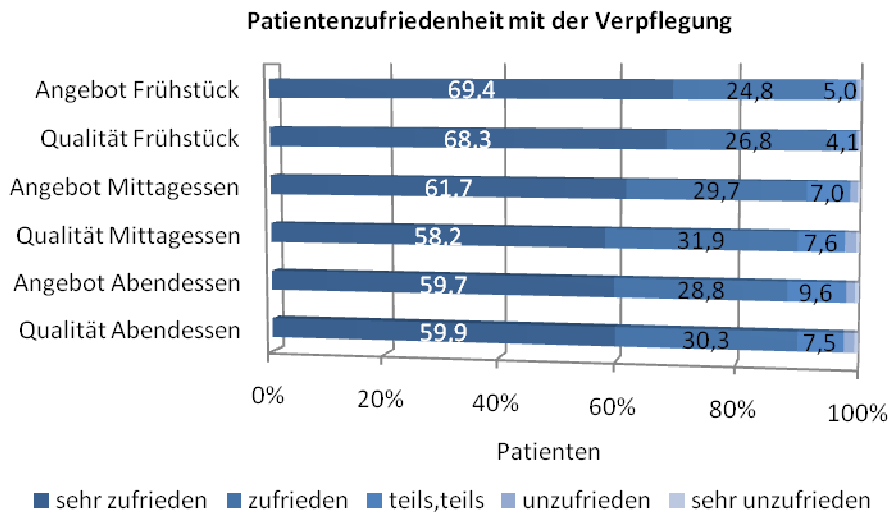
Im Vergleich dazu schneiden Ausstattung und Sauberkeit der Aufenthaltsräume aus Patientensicht etwas schlechter ab (Abb. 26).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 26: Patientenzufriedenheit mit der Unterkunft**

Bei der Zufriedenheit mit dem Angebot und der Auswahl an Speisen und Getränken resultiert eine leichte Abstufung nach verschiedenen Mahlzeiten. Das Frühstücksangebot schneidet mit fast 70% sehr zufriedener Patienten am besten ab. Der Anteil sehr zufriedener Patienten für das Mittag- und Abendessen liegt jeweils bei rund 60% (Abb. 27).

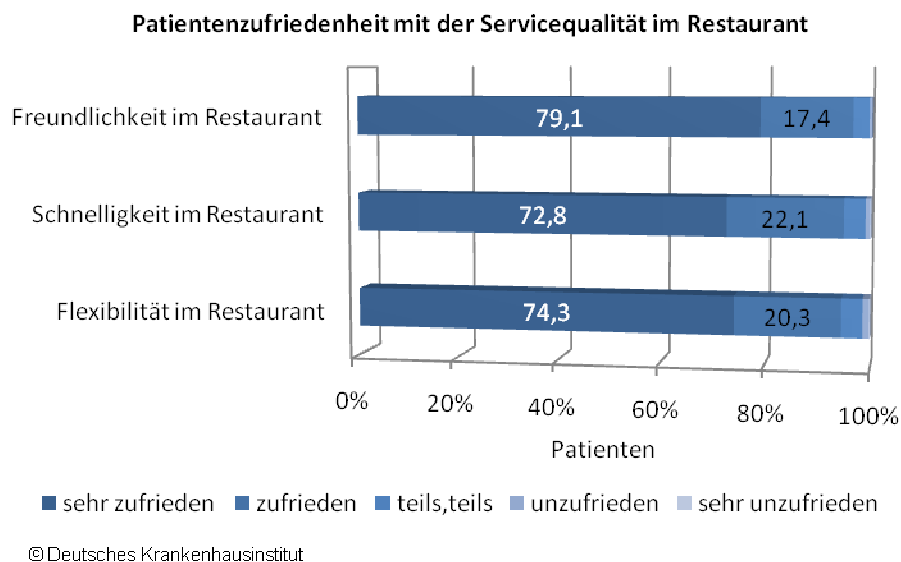


©Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 27: Patientenzufriedenheit mit der Verpflegung**

Eine vergleichbare Abstufung resultiert hinsichtlich der Qualität und Schmackhaftigkeit der Speisen und Getränke.

Über die Essenqualität hinaus sollten sich die Befragungsteilnehmer auch zur Servicequalität im Restaurant äußern. Mit der Freundlichkeit (79,1%), der Flexibilität (74,3%) und der Schnelligkeit im Restaurant (72,8%) war die große Mehrheit der Befragten demnach sehr zufrieden (Abb. 28).

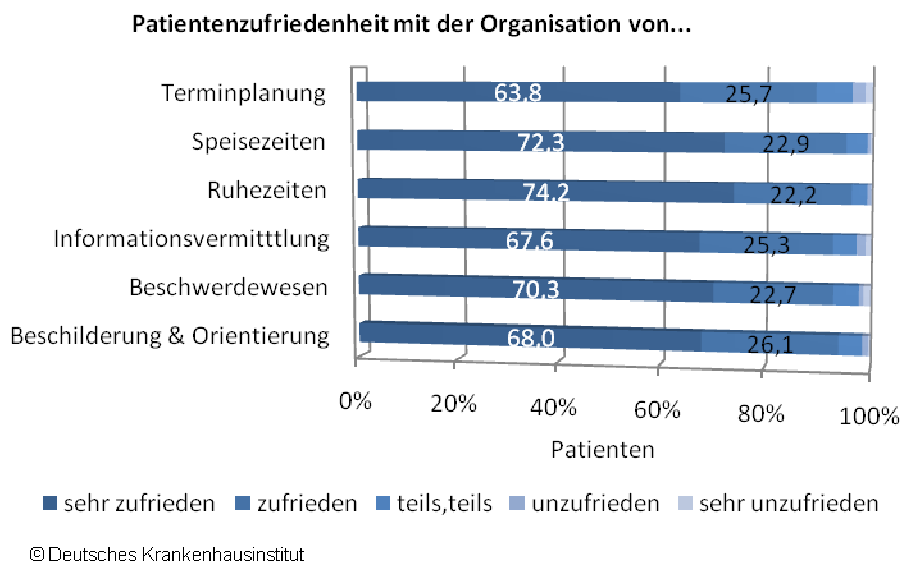


**Abb. 28: Patientenzufriedenheit mit der Servicequalität im Restaurant**

## 6.5 Organisation der Behandlung

Alles im allen fällt die Patientenzufriedenheit im Bezug auf die Organisation der Abläufe im Patientenhaus Mannheim zwar hoch, wenngleich in Relation zur Zufriedenheit mit dem Personal, der Unterkunft und Verpflegung leicht unterdurchschnittlich aus. Der schlechteste Wert resultiert für die Terminplanung. Damit waren weniger als zwei Drittel der Patienten sehr zufrieden.

Jeweils gut zwei Drittel der Befragten waren mit der Informationsvermittlung, dem Beschwerdewesen sowie der Beschilderung und Orientierung im Patientenhaus sehr zufrieden. Im Vergleich dazu werden die Regelungen zu den Speise- und Ruhezeiten etwas besser bewertet (Abb. 29).



**Abb. 29: Patientenzufriedenheit mit der Organisation der Behandlung**

Als ein besonderer Organisationsaspekt wurden darüber hinaus Wartezeiten während des Aufenthalts im Patientenhaus Mannheim erhoben. Ähnlich wie bei den anderen Organisationsaspekten waren jeweils rund zwei Drittel der Befragten mit den Wartezeiten in der Pflege und bei sonstigen Serviceleistungen sehr zufrieden.

## 6.6 Gesamtzufriedenheit

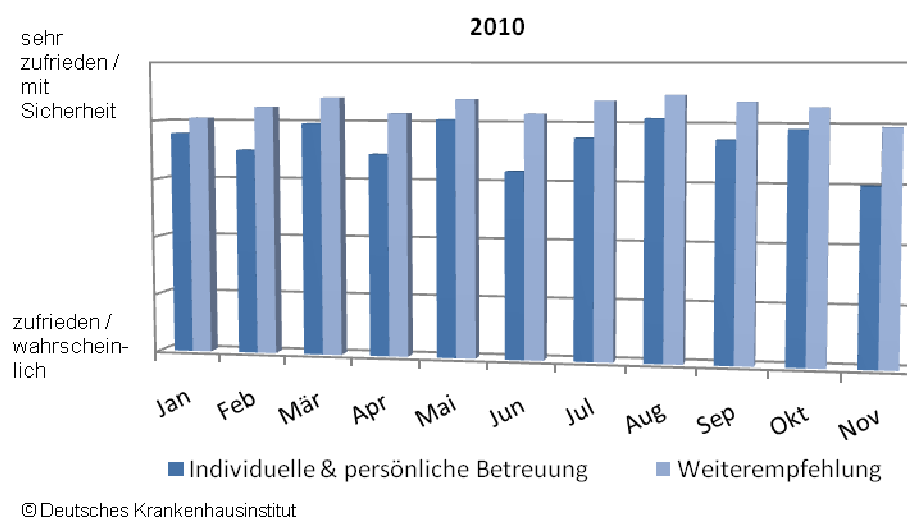
Abschließend sollten sich die Patienten im Fragebogen zur Gesamtzufriedenheit mit ihrem Aufenthalt und ihrer Versorgung im Patientenhaus Mannheim äußern. Zu diesem Zweck wurden zwei allgemeine Einschätzungen erfragt.

Zum einen sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie zufrieden sie in Bezug auf die individuelle und persönliche Betreuung während ihres Aufenthalts im Patientenhaus waren. 77,7% äußerten sich in dieser Hinsicht sehr zufrieden, 19,4% zufrieden und lediglich 3% weniger oder gar nicht zufrieden.

Zum anderen sollten sie ihre Bereitschaft angeben, Angehörigen, Freunden oder Bekannten das Patientenhaus weiterzuempfehlen. Fast 90% der Befragten sind dazu im sehr hohen

Maße bereit, weitere knapp 10% in der Tendenz. Nur insgesamt 2% der Befragten würden das Patientenhaus eingeschränkt oder überhaupt nicht weiterempfehlen.

Die Gesamtzufriedenheit variierte im Jahresverlauf kaum. Abbildung 30 zeigt die Mittelwerte für die beiden Fragen nach Monaten differenziert. Die Bereitschaft zur Weiterempfehlung ist über das Jahr nahezu völlig konstant. Mit Blick auf die individuelle und persönliche Betreuung resultieren nur leichte Varianzen.



**Abb. 30: Gesamtzufriedenheit der Patienten im Verlauf des Jahres 2010**

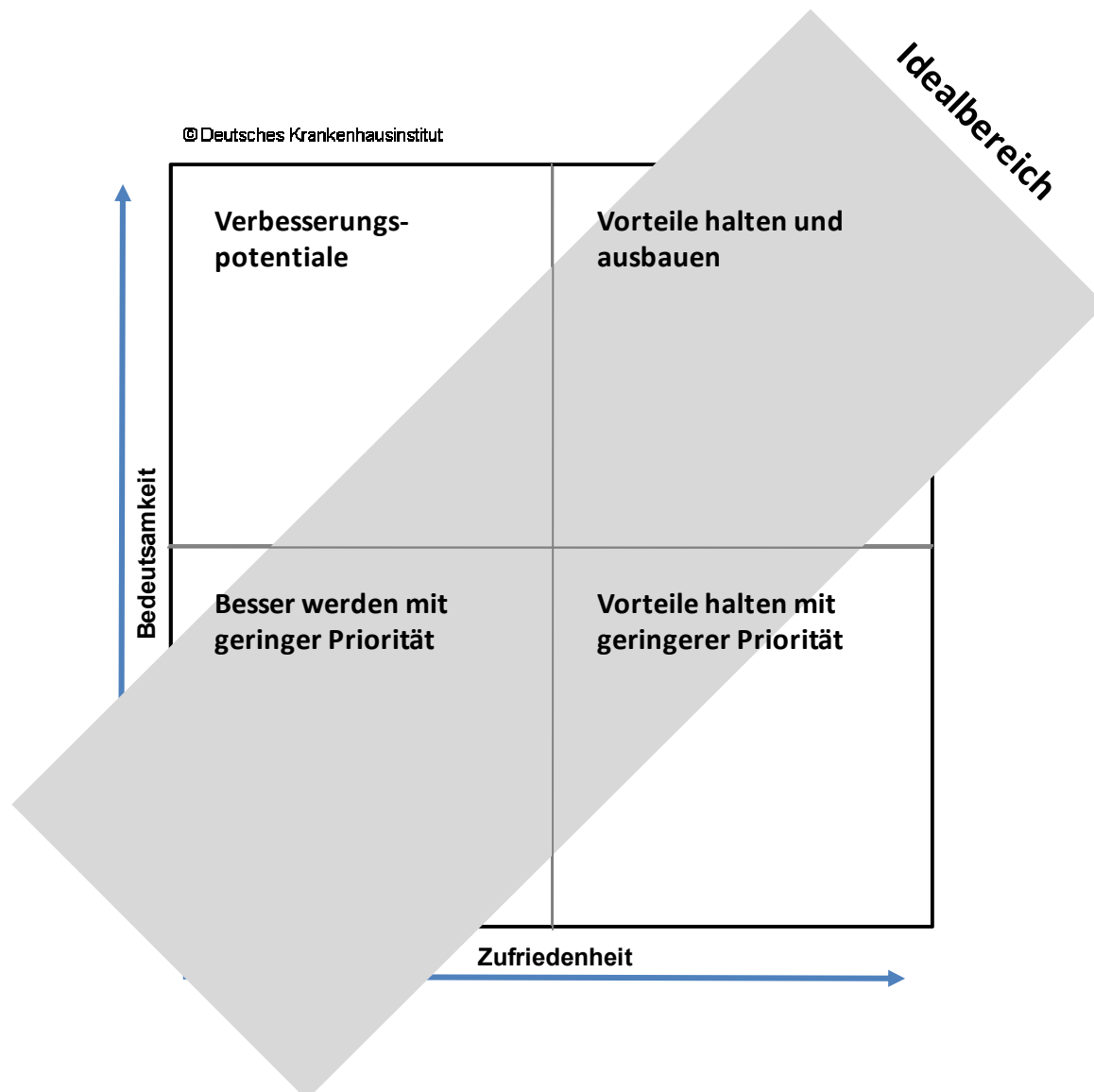
## 6.7 Zufriedenheitsprofile

Bei einer umfassenden Analyse von Zufriedenheitsdaten stellt sich abschließend stets die Frage, welche Implikationen daraus folgen. Obwohl die Zufriedenheitswerte der Patienten des PHM ohne Ausnahme sehr hoch waren, wurde anhand von Zufriedenheitsprofilen der noch vorhandene geringe Anteil an Optimierungsmöglichkeiten ermittelt.

In einem Zufriedenheitsprofil wird die in der Befragung angegebene Zufriedenheit der Patienten mit bestimmten Parametern (z. B. Organisation der Verlegung, Ausstattung der Zimmer, etc.) mit deren „Bedeutsamkeit“ grafisch in Beziehung gesetzt (Abb. 31). Die Bedeutsamkeit der bewerteten Parameter wird berechnet, indem die Gesamtzufriedenheit der Patienten mit



dem jeweiligen Parameter korreliert wird. Dadurch wird die Relevanz, die ein jeder Parameter für die Gesamtzufriedenheit der Patienten hat, statistisch ausgedrückt, d. h. je höher der Korrelationswert, desto größer die Bedeutsamkeit dieses Parameters.



**Abb. 31: Zufriedenheitsprofil**

Die so bewerteten Parameter werden sodann in einem der vier Quadranten des Profils dargestellt. Parameter, die im oberen rechten Quadranten liegen, haben für die Patienten eine besonders hohe Bedeutsamkeit und sind zudem durch hohe Zufriedenheit gekennzeichnet.

Diese strategischen Vorteile des Patientenhauses gegenüber anderen Anbietern sollten gehalten und wenn möglich weiter ausgebaut werden. Parameter, die im unteren rechten Quadranten liegen, zeichnen sich ebenfalls durch eine hohe Zufriedenheit der Patienten aus. Die Bedeutsamkeit dieser Parameter ist jedoch geringer als die der Faktoren im oberen Quadranten. Diese Parameter stellen ebenfalls strategische Vorteile für das PHM dar, die es aufrecht zu erhalten lohnt. Faktoren, die im unteren linken Quadranten liegen, weisen eine geringere Patientenzufriedenheit auf. Hier kann eine Optimierung der Parameter angestrebt werden oder aufgrund der geringeren Bedeutung der Parameter in diesem Bereich der vorgefundene Zustand lediglich gehalten werden. Parameter im oberen linken Quadranten bieten aufgrund der hohen Bedeutsamkeit und geringeren Zufriedenheit Raum für Verbesserungen.

Zur leichteren Beurteilung wurde ein „Idealbereich“ in das Profil eingezeichnet, der die Bereiche oben rechts und unten links abdeckt. Aus strategischer Sicht bieten Faktoren, die sich in diesem Bereich darstellen ein Plus für das Management. Parameter mit hoher Zufriedenheit und hoher Bedeutsamkeit sind ein Hinweis auf die Erreichung des angestrebten Ziels, während Parameter mit geringerer Zufriedenheit und geringerer Bedeutsamkeit andeuten, dass die unter Umständen knappen Ressourcen richtig eingesetzt wurden. Faktoren außerhalb des Idealbereichs sind unterschiedlich zu bewerten. Parameter im unteren rechten Quadranten bedeuten ein zusätzliches Plus, da hier trotz geringerer Relevanz hohe Zufriedenheit erreicht wurde. Vor allem im oberen linken Quadranten besteht die Möglichkeit, strategisch sinnvolle Maßnahmen zur Optimierung der Patientenzufriedenheit abzuleiten.

Bei der Beurteilung der folgenden Zufriedenheitsprofile muss berücksichtigt werden, dass die von den Patienten angegebenen Zufriedenheitswerte ausnahmslos sehr hoch waren. Sämtliche mittleren Zufriedenheitswerte lagen auf der verwendeten Skala von 1 = sehr unzufrieden bis 5 = sehr zufrieden bei mindestens 4,5 oder höher. Wird also in den nachfolgenden Abschnitten von geringen oder geringeren Zufriedenheitswerten gesprochen, dann handelt es sich immer noch um insgesamt zufriedene Patienten.

Das Zufriedenheitsprofil der Überleitung und Ausstattung des Patientenhauses (Abb. 32) weist ein deutliches Plus im Hinblick auf die Sauberkeit und Ausstattung der Aufenthaltsräume und Patientenzimmer auf. Die Ausstattung der Patientenzimmer erreichte dabei die höchste Zufriedenheit unter den Patienten. Die Sauberkeit der Aufenthaltsräume erreichte jedoch den höchsten Grad der Bedeutsamkeit. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass gerade die selbständigeren Patienten mit geringem Versorgungsbedarf den Hotelcharakter annehmen und ihre Zimmer „nur“ zum Schlafen oder Ruhen aufsuchen und ansonsten die Aufenthaltsräume eine wichtige Größe ihres Alltags im Patientenhaus darstellen.

Obwohl der Empfang im PHM eine etwas geringere Zufriedenheit aufweist, liegt dieser Parameter durch seine relative Bedeutsamkeit im Idealbereich. Vor allem die Organisation der Verlegung weist durch die geringste Zufriedenheit und höchste Relevanz einen Optimierungsbedarf auf.

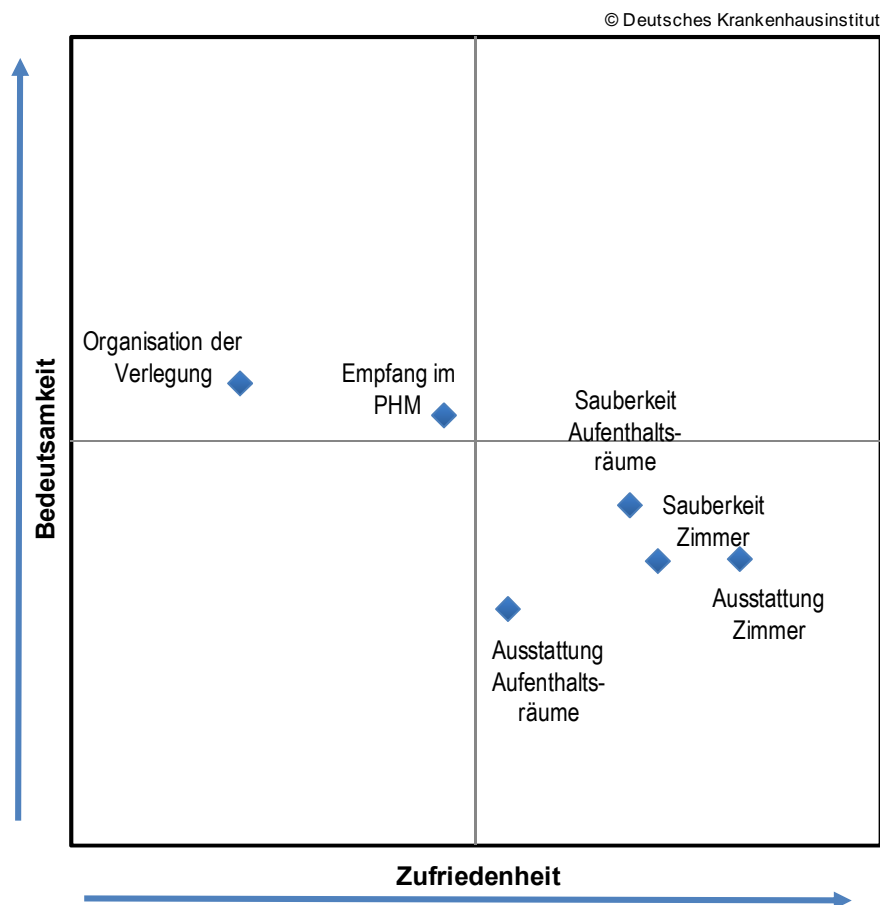


Abb. 32: Zufriedenheitsprofil der Überleitung und Ausstattung des PHM

Das Zufriedenheitsprofil des Personals (Abb. 33) weist im Hinblick auf die Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit der Mitarbeiter (Pflegepersonal, Rezeptionspersonal, Servicepersonal, Küchenpersonal, Restaurantpersonal) deutliche Erfolge für das Patientenhaus aus. Auffällig ist, dass die Hilfsbereitschaft des Personals, d. h. die Art und Weise, wie während des Aufenthalts im Patientenhaus auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten eingegangen wird, eine größere Attraktion für das PHM darstellt als die Freundlichkeit des Personals. Die Hilfsbereitschaft des Personals erreicht, insbesondere im Hinblick auf das Pflegepersonal, bei hoher Bedeutsamkeit ebenso hohe Zufriedenheitswerte unter den Patienten. Die Freundlichkeit desselben Personals erlangt bei etwas geringerer Relevanz nahezu gleichhohe Zufriedenheitswerte, so dass dies ebenfalls als Gewinn für das Patientenhaus zu verbuchen ist.

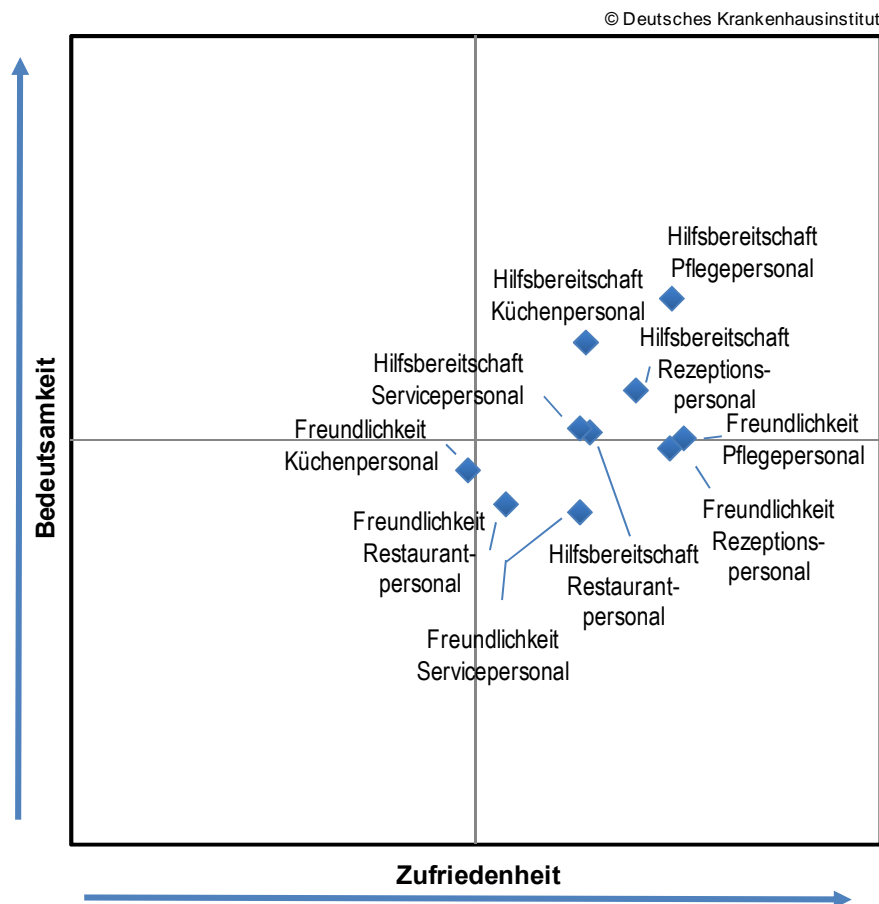


Abb. 33: Zufriedenheitsprofil mit dem Personal des PHM

Sämtliche Serviceparameter (Freundlichkeit im Restaurant, Flexibilität im Restaurant, Schnelligkeit im Restaurant) des Zufriedenheitsprofils Verpflegung liegen im Idealbereich und liefern somit Vorteile für die Patienten des PHM (Abb. 34). Die Darstellungen von Qualität und Angebot der einzelnen Mahlzeiten liegen im Profil jeweils eng beieinander. So werden die Qualität und das Angebot des Frühstücks besser bewertet als die des Abendessens, bei kaum höherer Bedeutsamkeit. Insbesondere bei Angebot und Qualität des Mittagessens sehen die Patienten noch Optimierungsmöglichkeiten.

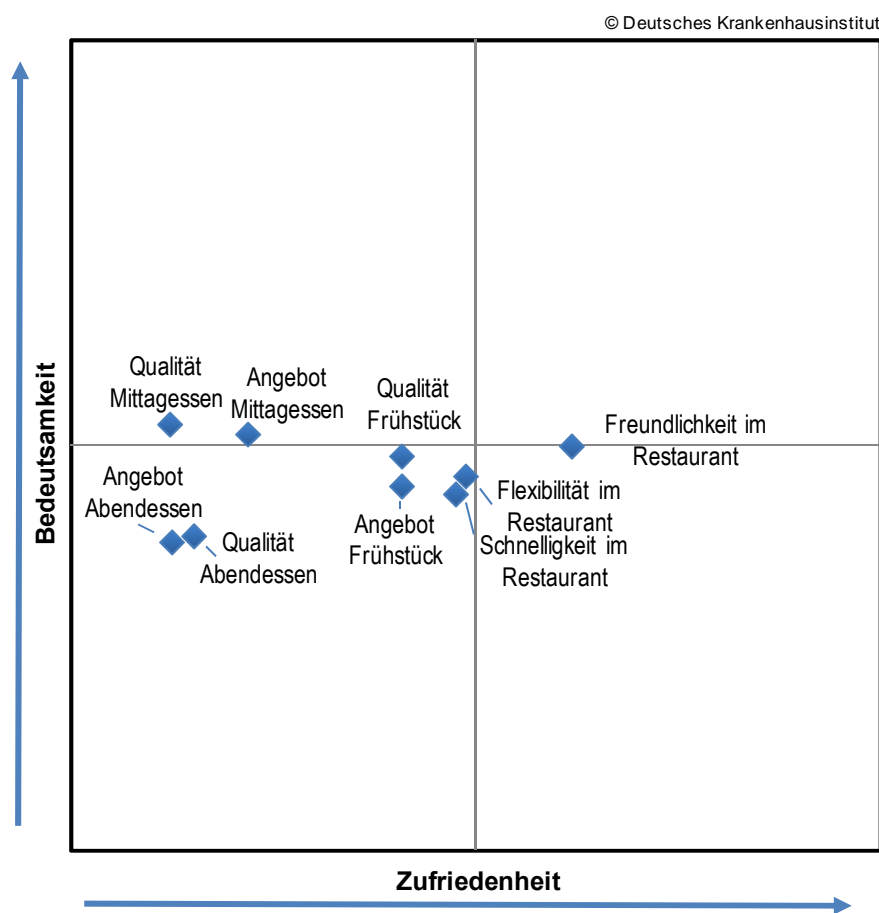


Abb. 34: Zufriedenheitsprofil im Hinblick auf die Verpflegung im PHM

Das Zufriedenheitsprofil der Organisation der Behandlung im PHM stellt sich vielschichtig dar (Abb. 35). Die individuelle und persönliche Betreuung der Patienten erreichte bei höchster Wichtigkeit sehr hohe Zufriedenheitswerte und stellt somit den größten Erfolg des Hauses dar. Dieser Parameter, der auch als Teil der Gesamtzufriedenheit betrachtet werden kann, zeigt deutlich, dass auch in einem Low-Care-Konzept mit reduziertem Personalstamm eine individuelle und persönliche Betreuung des einzelnen Patienten eine besondere Leistung sein kann. Innerhalb des Idealbereichs liegt die Bewertung der Ruhezeiten, Speisezeiten, Terminplanung und die Beschilderung und Orientierung. Diese Faktoren bieten somit ein Plus für die Organisation des Patientenhauses. Die Informationsvermittlung und insbesondere das Beschwerdewesen zeigen jedoch noch Raum für Optimierungen in der Zukunft.

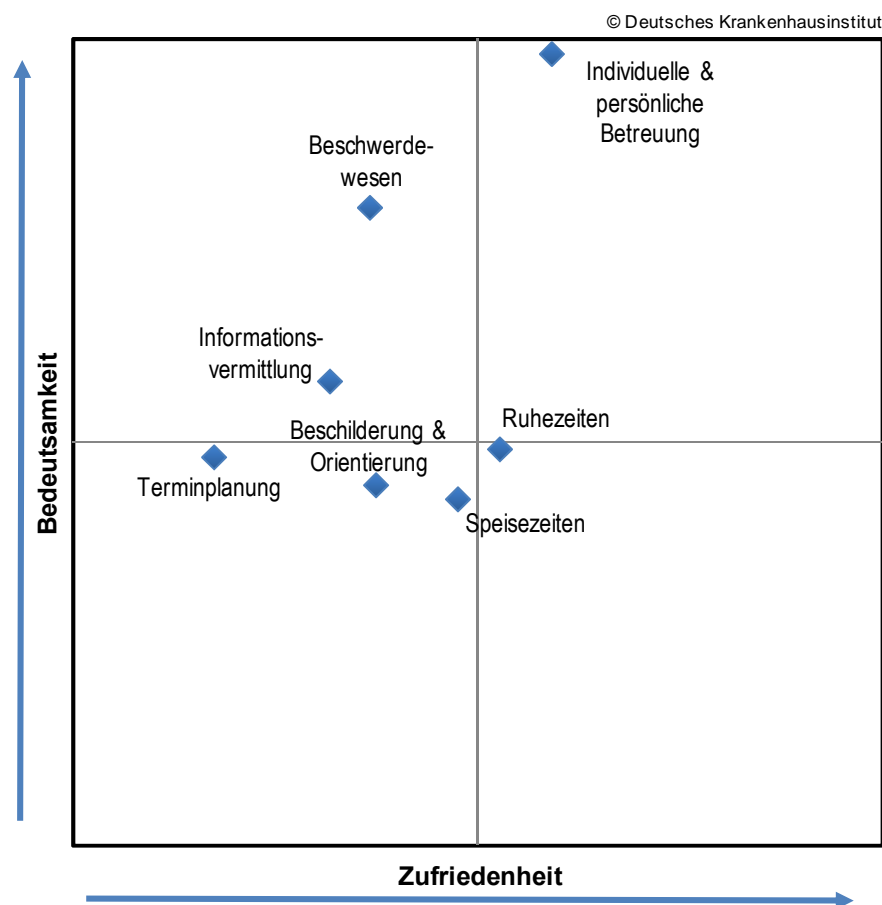


Abb. 35: Zufriedenheitsprofil der Organisation der Behandlung im PHM

---

## 6.8 Patientenkommentare

Über die standardisierten Fragen hinaus wurden die Patienten am Ende des Fragebogens gebeten, Lob und Kritik im Rahmen einer offenen Frage zu äußern. Die entsprechenden Bemerkungen runden das Ergebnis der standardisierten Fragen ab bzw. ergänzen es um eine Reihe verwertungsrelevanter Detailinformationen.

Die positiven Kommentare fielen dabei insgesamt unspezifischer aus. Die Patienten artikulierten nochmals ihre hohe Zufriedenheit mit dem Aufenthalt im Patientenhaus Mannheim, dankten oder lobten das Personal für Auftreten und erbrachte Leistungen. Insbesondere das Konzept des Patientenhauses, also die hotelähnliche Unterkunft und Versorgung, wurde dabei in vielen Kommentaren ausdrücklich und besonders positiv hervorgehoben.

Im Vergleich zu den lobenden Anmerkungen fielen die kritischen Kommentare spezifischer aus. Dabei lassen sich im wesentlichen die folgenden Schwerpunkte ausmachen:

Vor allem die Verlegung von der Universitätsmedizin in das Patientenhaus Mannheim sowie die Kooperation zwischen Patientenhaus und Fachabteilungen wurde relativ häufig als verbesserungswürdig eingestuft. Dabei gaben insbesondere ein verzögerter oder unzureichender Informationsaustausch zwischen den Beteiligten Anlass zur Kritik.

Im Patientenhaus selbst sind insbesondere längere Wartezeiten an der Rezeption, vor den Behandlungsräumen bzw. auf Arzttermine im Patienten- oder Krankenhaus teilweise moniert worden. Auch die Organisation und Transparenz von Terminen im Patientenhaus bzw. in der Universitätsmedizin Mannheim war bei einem Teil der Patienten nicht durchgängig nachvollziehbar. Ein weiterer Kritikpunkt bildete die gelegentliche Reinigung der Patientenzimmer ohne Vorankündigung bzw. in Anwesenheit des Patienten. In Einzelfällen habe auch die Freundlichkeit einzelner Mitarbeiter zu wünschen übrig gelassen.

Beim Thema Unterkunft waren insbesondere Bad und WC in den Patientenzimmern Anlass für kritische Kommentare (z. B. Probleme bei der Heißwasserregulierung, mangelnde Bereitstellung von Toiletten- und Hygieneartikeln, Mängel bei den Armaturen etc.). Des Weiteren wurde bemängelt, dass die Kopfkissen mit Blick auf den Liegekomfort zu groß seien. Daneben wurden eine gelegentlich unzureichende Zimmerreinigung und damit verbundene Mängel bei Sauberkeit und Hygiene angeführt. Für die Aufenthaltsräume wurde insbesondere ei-

ne noch bessere Ausstattung vorgeschlagen (z. B. Getränkeautomaten, Internet, Unterhaltungselektronik, Gesellschaftsspiele etc.). Hier ist bereits zu erkennen, dass sich das Anspruchsdenken gegenüber einer „klassischen Krankenhausunterbringung“ verändert hat.

Die Kritik an der Verpflegung betraf insbesondere die Qualität des Essens, seine Schmackhaftigkeit sowie die Essensauswahl bzw. den Wunsch nach weitergehenden Wahlmöglichkeiten.

Mit dem konzeptionellen Ansatz bzw. der Aufnahme in das Patientenhaus ändern sich auch die Erwartungshaltungen der Patienten. Ein Teil der Patienten hätte daher gerne noch mehr Hotelkomfort bzw. ein noch höheres Hotelniveau erwartet (z. B. Fitnessräume, größere Zeitschriften- oder Weinauswahl, längere oder durchgehende Öffnungszeiten des Restaurants, mehr Service- und Wahlmöglichkeiten mit Blick auf Unterkunft, Ausstattung und Verpflegung etc.).

Daneben zeigen einige Kommentare aber auch, dass sich mit der Verlegung in das Patientenhaus die tradierte Patientenrolle verändert. Die Unterbringung im Patientenhaus erfordert mehr Eigenverantwortung und Selbstorganisation seitens des Patienten. Dies kann einzelne Patienten belasten oder überfordern, welche daher eine stärkere Orientierung des Patientenhauses an Organisation und Ausstattung einer Normalstation im Krankenhaus präferieren:

Solche Patienten wünschen beispielsweise eine intensivere pflegerische und/oder ärztliche Betreuung, mehr direkte Fürsorge und Unterstützung in der Behandlungsorganisation, eine krankengerechtere Ausstattung von Patientenzimmer und Bad oder eine stärker sichtbare Orientierung an Hygieneregeln im Krankenhaus (z. B. keinen teppichartigen Krankenhausboden im Patientenzimmer, regelmäßige Desinfektion von Oberflächen und Armaturen etc.).

Auch die teilweise kritischen Kommentare von Patienten ändern jedoch insgesamt nichts an der sehr hohen Akzeptanz des Patientenhauses aus Sicht der Patienten. Dies zeigen die lobenden Worte vieler Patienten ebenso wie die alles im allem sehr positiven Ergebnisse der Patientenbefragung.



## 7 Leistungsstruktur

### 7.1 Fallzahlen und Auslastung

Im Jahr 2009 hatte das Patientenhaus Mannheim, gemäß dem DKI zur Verfügung gestellter Statistiken, eine Fallzahl von insgesamt 2.899 Patienten. Für 2009 lag eine Differenzierung der Belegung nach Fachgebieten für diese Studie nicht vor. 2010 stieg die Fallzahl des Patientenhauses Mannheim auf 4.831 Patienten oder um rund 62%. Im letzten Quartal 2010 stieg die Zahl der Fälle alleine um 32% zum Vorquartal. Diese Patienten sind sehr ungleich über die vorgehaltenen Fachgebiete der UMM verteilt (Tab. 2):

**Tab. 2: Fallzahlen des PHM 2010, ohne Begleitpersonen, ohne externe Gäste**

Fachgebiete	Häufigkeit	Prozent
Geriatrie	43	0,9%
Kardiologie	39	0,8%
Nephrologie	89	1,8%
Onkologie	362	7,5%
Gastroenterologie	81	1,7%
Innere Medizin gesamt	614	12,7%
Chirurgie	333	6,9%
Gynäkologie/Geburtshilfe	462	9,6%
Neurochirurgie	370	7,7%
Urologie	266	5,5%
Orthopädie/Unfallchirurgie	243	5,0%
HNO-Heilkunde	1.276	26,4%
Augenheilkunde	490	10,1%
Neurologie	30	0,6%
Strahlentherapie	382	7,9%
Dermatologie	361	7,5%
Sonstige	4	0,1%
<b>Gesamt</b>	<b>4.831</b>	<b>100,0%</b>

Zusätzlich waren 650 Schlaflaborpatienten aus der HNO, 116 medizinisch indizierte Begleitpersonen, 510 medizinisch nicht indizierte Begleitpersonen und 787 externe Gäste vorhanden. Somit konnte die Belegung 2010 auf 6.894 Fälle gesteigert werden.

Den größten Anteil stellt die HNO mit gut einem Viertel aller Patienten (26,4%). Der Anteil der verschiedenen internistischen Fachabteilungen liegt in der Summe bei knapp 13%. Jeweils rund 10% entfallen auf die Gynäkologie/Geburtshilfe und die Augenheilkunde. In den übrigen chirurgischen Fächern variieren die Anteilswerte zwischen 5 und 8%.

Faktisch wird das Potenzial für das Patientenhaus Mannheim nur in der HNO weitestgehend ausgeschöpft, in den übrigen Fachgebieten – so auch die befragten Experten der UMM – hingegen noch unzureichend<sup>1</sup>.

Eine Taxierung des Gesamtpotenzials in den verschiedenen Fachgebieten der UMM ist im Rahmen dieser Studie nicht möglich. Zum einen lagen die hierfür besonders geeigneten PPR-Daten der UMM insgesamt bzw. der einzelnen Fachabteilungen nicht vor. Zum anderen variiert die Bereitschaft zur Verlegung ins Patientenhaus einstweilen noch sehr stark zwischen den verschiedenen Fachabteilungen, sodass auf Basis der verfügbaren Verlegungsdaten verlässliche Schätzungen nicht möglich sind. Gleichwohl zeigen die verfügbaren Daten zumindest, dass es fachgebietsübergreifend ein Verlegungspotenzial für das Patientenhaus gibt.

In den ersten vier Monaten des Jahres 2011 lag die Auslastung des Patientenhauses bei 65% insgesamt bzw. bei 85% ohne Berücksichtigung der Wochenendtage. Dabei ist in Rechnung zu stellen, dass im Low-Care-Bereich bzw. bei Kurzliegern die Belegung am Wochenende deutlich unterdurchschnittlich ausfällt. Schon im 2. Halbjahr 2010 war die Auslastung deutlich angestiegen, nachdem sie in der Einführungsphase im 1. Halbjahr 2010 erst langsam gewachsen war. Die avisierte Mindestauslastung von 65% ist jedenfalls mittlerweile erreicht.

---

<sup>1</sup> Die Gynäkologie z. B. hält noch erhebliche Belegungsressourcen vor, die bis dato nicht realisiert werden. In skandinavischen Patientenhäusern sind die Mütter nach natürlichen Geburten die größte Belegergruppe.

## 7.2 Verweildauern

Grundlage der Verweildauerermittlung bildet eine eigene Verweildauerstatistik für das Patientenhaus Mannheim. Danach fließen neben den vollen Belegungstagen die Verweildauern am Verlegung- bzw. Entlassungstag entsprechend dem Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt im Patientenhaus in die Messung der Verweildauer je Patient ein. Beispielsweise wird ein Patient, der am Verlegungstag um 12 Uhr mittags im Patientenhaus aufgenommen wird, mit 0,5 Verweildauertagen erfasst.

Die durchschnittliche Verweildauer (arithmetisches Mittel) der Patienten im Patientenhaus Mannheim lag 2009 bei 4,4 Tagen. Der Median der Verteilung liegt bei 3 Tagen. Der untere Quartilswert beträgt 2 Tage und der obere Quartilswert 5 Tage, d. h. ein Viertel der Patienten hat bis zu 2 Tagen und drei Viertel haben bis zu fünf Tagen im PHM verbracht. Jeweils gut 10% der Patienten verweilte maximal 24 h bzw. mindestens 8 Tage im Patientenhaus.

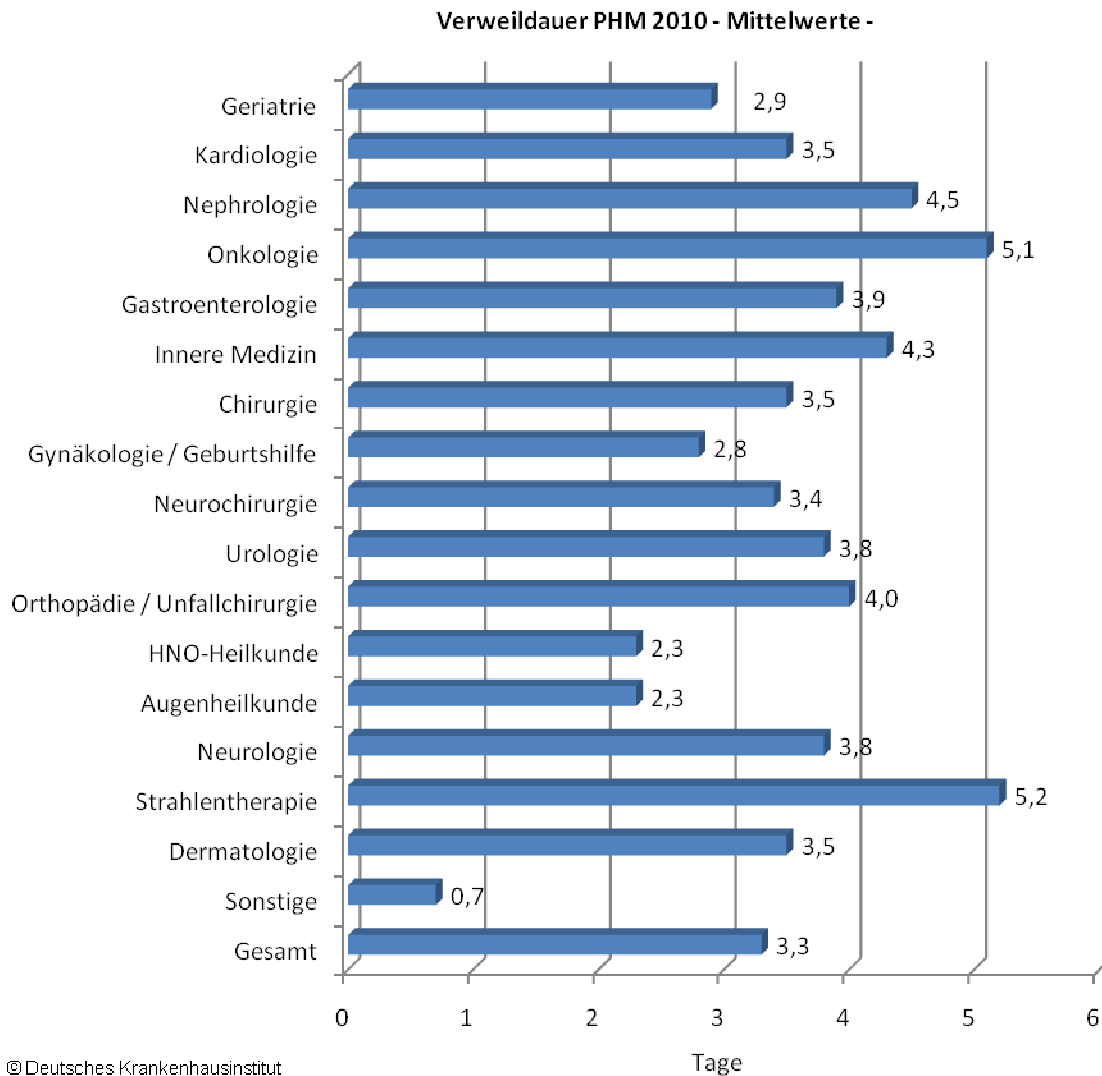
**Tab. 3: Verweildauern PHM 2009-2010 insgesamt**

Verweildauer PHM	2009	2010
Mittelwert	4,4 Tage	3,3 Tage
Standardabweichung	5,2 Tage	3,4 Tage
Median	3,0 Tage	2,2 Tage
Unterer Quartilswert	2,0 Tage	1,2 Tage
Oberer Quartilswert	5,0 Tage	4,1 Tage
Verweildaueranteil des PHM	52%	56%

Infolge der stärkeren Belegung bzw. eines veränderten Patientenmix ist die durchschnittliche Verweildauer 2010 um etwa 25% gesunken. In diesem Jahr lag die mittlere Verweildauer bei 3,3 Tagen. Der Median lag bei 2,2 Tagen, der untere Quartilswert bei 1,2 Tagen und der obere Quartilswert bei 4,1 Tagen. Vor allem der Anteil der Patienten, die nur 24 h oder unwesentlich mehr verweilten, ist 2010 merklich gestiegen (auf rund 25%). Dementsprechend ist auch die Verweildauerstreuung (Standardabweichung) deutlich zurückgegangen.

Bezogen auf die stationären Belegungstage der entsprechenden Patientenclientel insgesamt (also UMM + PHM) lag der Anteil der Belegungstage des Patientenhauses Mannheim im Jahr 2009 bei 52%. 2010 stieg der entsprechende Anteilswert auf 56%. D. h. 52% bzw. 56%

ihres gesamten Krankenhausaufenthalts haben diese Patienten im Patientenhaus verbracht.<sup>2</sup> Beschränkt auf den Low-Care-Bereich fällt das Verweildauerpotenzial des Patientenhauses somit vergleichsweise hoch aus.



**Abb. 36: Verweildauern PHM 2010 nach Fachgebieten**

Abbildung 36 zeigt die Verweildauern im PHM nach Fachgebieten für das Jahr 2010. Demnach fallen die Verweildauern vor allem bei Patienten aus der Onkologie, Nephrologie und

<sup>2</sup> Die Werte beziehen sich nur auf die aus der UMM verlegten Patienten. Direktaufnahmen im PHM sind nicht erfasst.

Strahlentherapie deutlich überdurchschnittlich aus. Dagegen liegen die Verweildauern in der Gynäkologie/Geburtshilfe, der HNO- und Augenheilkunde merklich unter dem Durchschnitt.

Auch der neuen Versorgungsform waren die Patienten des Patientenhauses Mannheim im Rahmen der üblichen Prüfungsroutinen Gegenstand von Abrechnungs- und Fehlbelegungsprüfungen seitens der Kostenträger bzw. des MDK. Dabei wurden, so die befragten Experten der UMM, keine besonderen Auffälligkeiten entdeckt. Eine sekundäre Fehlbelegung des Patientenhauses, also eine medizinisch nicht indizierte zu lange Verweildauer dieser Klientel, lag mithin nicht vor. Ein stationärer Aufenthalt war auch nach Einschätzung der MDK-Prüfer bei den Patienten im Patientenhaus prinzipiell indiziert.

Die Low-Care-Versorgung in einem Patientenhaus nach dem Mannheimer Modell entspricht somit keineswegs einer potenziellen Fehlbelegung mit Patienten, die keiner stationären Versorgung mehr bedürfen. Vielmehr stellt sie eine genuine und legitime Versorgungsform innerhalb der vollstationären Krankenhausversorgung dar.

### 7.3 Case-Mix-Index (CMI)

Der Case-Mix-Index als Indikator für den durchschnittlichen Behandlungsaufwand (Fall-schwere) liegt in der UMM nicht nur für das gesamte Haus bzw. einzelne Fachabteilungen, sondern auch für die Patienten im Patientenhaus vor. Er entspricht, analog zur üblichen Berechnungsweise, der Summe der (effektiven) Relativgewichte je DRG für diese Patientenklientel dividiert durch die Fallzahlen im Patientenhaus. In Tabelle 4 sind für die Jahre 2009 und 2010 jeweils der CMI für die verlegende Fachabteilung insgesamt und der fachgebiets-spezifische CMI im Patientenhaus gegenübergestellt.

Es fällt auf, dass es keine systematischen Zusammenhänge zwischen den jeweiligen CMI-Werten gibt. D. h. in einigen Fachgebieten ist der fachgebiets-spezifische CMI des Patientenhauses Mannheim merklich niedriger als in der verlegenden Fachabteilung (z. B. Geriatrie, Onkologie oder Neurologie). In anderen Bereichen liegt der fachgebiets-spezifische CMI im Patientenhaus deutlich oberhalb des CMI der verlegenden Fachabteilung (z. B. Orthopädie/Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Urologie oder Strahlenklinik). Teilweise sind die Unterschiede zwischen den jeweiligen CMI-Werten auch vergleichsweise gering (etwa in der

Gynäkologie/Geburtshilfe, der HNO, verschiedenen internistischen Abteilungen oder zumindest für 2009 auch in der Chirurgie).

**Tab. 4: CMI-Werte UMM und PHM 2009-2010 nach Fachgebieten**

Verlegende Fachabteilung	CMI (2009) UMM	CMI (2009) PHM	CMI (2010) UMM	CMI (2010) PHM
Geriatric	1,428	0,726	1,516	0,591
Kardiologie	1,550	1,629	1,650	1,545
Nephrologie	1,355	1,085	1,421	1,299
Onkologie	1,486	0,930	1,494	1,012
Gastroenterologie	0,998	0,829	1,014	0,815
Dermatologie	0,883	0,875	0,854	0,812
Chirurgie	1,395	1,226	1,428	1,837
Orthopädie/Unfallchirurgie	1,589	2,708	1,588	2,525
Neurochirurgie	1,844	2,310	1,833	1,384
Urologie	1,021	1,774	1,064	1,834
Gynäkologie / Geburtshilfe	0,678	0,633	0,677	0,701
HNO-Heilkunde	0,762	0,953	0,754	0,592
Augenheilkunde	0,585	0,347	0,582	0,461
Neurologie	1,493	0,842	1,627	0,791
Strahlenklinik	0,393	1,740	0,396	1,551

Im Patientenhaus Mannheim werden zwar ausschließlich Low-Care-Patienten versorgt. Dies bedeutet aber nicht zwangsläufig, dass die zugrundeliegenden DRGs insgesamt weniger aufwendig oder behandlungsintensiv wären. Dies belegen sowohl die großen Varianzen der fachgebietsspezifischen CMI innerhalb des Patientenhauses Mannheim als auch fehlende systematische Zusammenhänge der fachgebietsspezifischen CMI zwischen UMM und Patientenhaus.

Für die Verlegung ins Patientenhaus Mannheim ist somit nicht die Fallschwere, gemessen am CMI, letztlich ausschlaggebend, sondern inwieweit es unabhängig davon ein Low-Care-Potenzial gegen Ende des Krankenhausaufenthalts gibt. Ein niedriger CMI eines

Krankenhauses oder einer Fachabteilung bedeuten daher nicht zwingend ein großes Patientenpotenzial für ein Patientenhaus wie umgekehrt ein hoher CMI das Potenzial nicht unbedingt schmälern muss.

#### 7.4 Fallstruktur

Die Fallstrukturen des Patientenhauses Mannheim sind zum einen geprägt von der Leistungs- und Fachabteilungsstruktur einer Universitätsklinik. Zum anderen erfolgt die Verlegung ins Patientenhaus Mannheim bislang noch selektiv bzw. variiert einstweilen sehr stark zwischen den Fachabteilungen. Deswegen kann nicht geschlussfolgert werden, dass die derzeitigen Fallstrukturen typisch oder gar „repräsentativ“ für ein Patientenhaus überhaupt respektive für ein Haus der Maximalversorgung sind.

Vor diesem Hintergrund sind die DRGs im Patientenhaus Mannheim für das Jahr 2010 eher eine „Momentaufnahme“ in einem sich noch weiter entwickelnden Belegungsprozess. Deswegen sind sie hier auch nicht im Einzelnen wiedergegeben. Gleichwohl zeigen die Daten insgesamt eine sehr heterogene Belegung des Patientenhauses Mannheim nach DRGs und damit mittelbar ein breites Patientenpotenzial dieser Einrichtung.

Insgesamt gab es 2010 im Patientenhaus Mannheim 4.831 Fälle. Davon wurden 4.152 Fälle (86%) aus der UMM verlegt, die übrigen 679 Fälle (14%) direkt aufgenommen. Für die 4.152 verlegten Fälle wurden insgesamt 456 unterschiedliche Fallpauschalen nach dem DRG-Katalog abgerechnet. Allerdings sind die Fallzahlen sehr ungleich über die DRGs verteilt: So entfallen allein auf die TOP 50 DRGs insgesamt 57,4% aller Fälle im Patientenhaus Mannheim.

## 7.5 Altersstruktur

Eine Verlegung aus der UMM ins Patientenhaus Mannheim ist im Grundsatz nur bei erwachsenen Patienten möglich. Minderjährigkeit bildet in der Regel eine Kontraindikation für das Patientenhaus. Die einzigen Ausnahmen hiervon bilden Neugeborene mit ihren Müttern sowie Kinder in Begleitung Erwachsener.

Im Jahr 2010 machten die Letztgenannten aber nur 0,3% (n = 14) aller 4.152 Fälle des Patientenhauses aus, welche aus der UMM verlegt worden sind. Der Anteil der Neugeborenen lag bei 3,6% (n = 151). Hier hatte man sich seitens der UMM ein größeres Potenzial in der Erwartung erhofft, dass gerade das Hotelambiente junge Mütter besonders ansprechen würde. Allerdings zeigte sich in der praktischen Umsetzung, dass viele Mütter die kontinuierliche fachliche Betreuung und Begleitung auf der geburtshilflichen Station einem Aufenthalt im Patientenhaus vorziehen. Das gilt insbesondere für Erstgebärende, hingegen weniger für Mütter mit mehreren Kindern.

**Tab. 5: Altersstruktur der Patienten im PHM 2010 (n =4152)**

Altersintervalle	Prozent
Neugeborene	3,6%
Unter 18 Jahre	0,3%
18 bis 29 Jahre	7,4%
30 bis 39 Jahre	9,8%
40 bis 49 Jahre	14,6%
50 bis 59 Jahre	19,2%
60 bis 69 Jahre	23,7%
70 bis 79 Jahre	18,2%
Über 80 Jahre	3,1%
<b>Gesamt</b>	<b>100,0%</b>



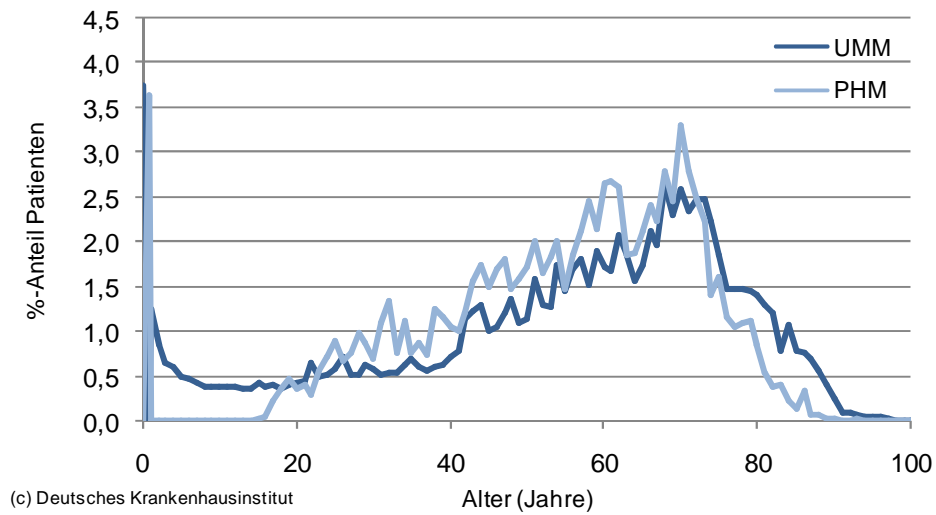
Im Erwachsenenalter sind die jüngeren Alterskohorten bis 49 Jahre, entsprechend ihrem unterproportionalen Anteil an den Krankenhauspatienten insgesamt, auch im Patientenhaus schwächer vertreten. Die Werte variieren zwischen 7,4% für die 18-29 Jährigen und 14,6% für die 40-49 Jährigen.

Ältere Patienten sind im Patientenhaus Mannheim erwartungsgemäß überrepräsentiert. Insgesamt rund 61% der Patienten sind hier im Alter zwischen 50 und 79 Jahren, wobei sich die Werte nahezu gleichmäßig auf die drei Altersintervalle verteilen (Tab. 5). Hervorzuheben ist, dass immerhin noch gut 18% der Patienten (n = 757) im Patientenhaus zwischen 70 und 79 Jahren alt sind.

Erst ab dem 80. Lebensjahr nimmt die Belegung deutlich ab. Nur rund 3% der Patienten sind 80 Jahre oder älter (n = 128). Hier dürften die Kontraindikationen für eine Verlegung ins Patientenhaus, wie mangelnde Selbstständigkeit, Mobilität und Orientierung, zunehmend an Bedeutung gewinnen. Möglicherweise ist das Personal der UMM bei der Verlegung Hochbetagter einstweilen auch zurückhaltender.

Die Verteilung der Altersstruktur der Patienten in der Universitätsmedizin Mannheim im Vergleich zum Patientenhaus Mannheim im Jahr 2010 ist in Abbildung 37 zu sehen. Demnach sind insbesondere minderjährige Patienten sowie die Altersgruppe der über 75jährigen im PHM im Vergleich zur UMM unterrepräsentiert. Alle anderen Altersruppen sind dagegen im PHM mehr oder weniger stark überrepräsentiert. Von Einschränkungen bei Minderjährigen und Hochbetagten abgesehen, kommen somit faktisch alle Altersgruppen in nennenswertem Umfang für eine Verlegung ins Patientenhaus grundsätzlich in Betracht.

**Altersstruktur in UMM und PHM (2010)**



**Abb. 37: Altersstruktur der Patienten in der Universitätsmedizin Mannheim und dem Patientenhaus Mannheim in 2010**

## 8 Übertragbarkeit

### 8.1 Mannheimer Modell

Beim Patientenhaus Mannheim handelt es sich um ein neuartiges Konzept in der deutschen Krankenhauswirtschaft, für das es zumindest in Deutschland keine vergleichbaren Vorbilder gibt. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob das Mannheimer Modell übertragbar ist, also z. B. auf Krankenhäuser unterschiedlicher Größe, Trägerschaft, regionaler Lage etc.

Angesichts der in dieser Studie nachgewiesenen Praxistauglichkeit sowie der Vorteile für das Krankenhaus, die Mitarbeiter und Patienten ist das Konzept des Patientenhauses Mannheim grundsätzlich übertragbar. D. h. im Prinzip können auch andere Krankenhäuser eine entsprechende Einrichtung wirtschaftlich, mitarbeiter- und patientenorientiert betreiben. Dem Patientenhaus Mannheim kommt insofern Modellcharakter zu. Allerdings sind auch Besonderheiten der Mannheimer Situation zu beachten (z. B. großes Universitätsklinikum in einem Ballungsraum, hohes Patientenpotenzial).

Von daher wäre ggf. zu problematisieren, ob Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen ein Patientenhaus betreiben können oder ob es einer kritischen Größe bedarf, damit die Investitions- und Betriebskosten noch hinreichend refinanziert werden können. Auf Basis der verfügbaren Informationen in dieser Studie lässt sich diese Frage zwar nicht abschließend und eindeutig beantworten. Tendenzaussagen sind gleichwohl möglich:

Sowohl nach internationalen Studien als auch nach den Erfahrungen und Einschätzungen der Fachleute aus der UMM liegt das Potenzial für ein Patientenhaus im Low-Care-Bereich bei ca. 10% - 20% der vollstationären Patienten. Der konkrete Wert hängt dabei von einer Reihe krankenhausesindividueller Gegebenheiten ab, z. B. der Fachabteilungsstruktur, der Morbiditäts- und Altersstruktur der Patienten, der Streuung der Verweildauern bzw. der durchschnittlichen Liegezeiten im Low-Care-Bereich, der Verlegungsbereitschaft der Normalstationen etc. Die nach verlegenden Fachabteilungen, DRG-Spektrum, Case Mix und Altersgruppen sehr heterogene Fallstruktur des PHM belegt in jedem Fall ein großes und breites Patientenpotenzial für eine solche Einrichtung.

---

Auch der Bettenbedarf für ein Patientenhaus kann, so die in dieser Studie befragten Experten, näherungsweise auf 10% - 20% der vorhandenen (Plan-)Betten taxiert werden. Vor diesem Hintergrund dürfte für Häuser der Grund- und Regelversorgung ein Patientenhaus nach dem Mannheimer Modell kaum rentabel zu betreiben sein. Die Investitions- und Vorhaltekosten sind in diesem Fall überproportional hoch. Die Skaleneffekte, die im PHM aus einer günstigen Relation von Personal und Patienten resultieren, lassen sich – auch wegen der Notwendigkeit von Mindestbesetzungen in den einzelnen Berufsgruppen – in kleineren Einrichtungen nicht in vergleichbarer Weise realisieren. Damit steigen die Betriebskosten pro Tag bzw. reduzieren sich die Kostenvorteile im Vergleich zum Aufenthalt auf der Normalstation.

Faktisch dürfte sich daher ein Patientenhaus, zumindest nach dem Mannheimer Modell, nur für Häuser der Schwerpunkt- bzw. Zentral- und Maximalversorgung wirtschaftlich rechnen, d. h. konkret je nach Patientenpotenzial, ab einer Krankenhausgröße von 400-600 Betten. Dementsprechend wurde auch in den Experteninterviews der Studie eine Mindestgröße eines Patientenhauses von ca. 50 Betten genannt, ab der das Mannheimer Modell im Grundsatz übertragbar ist.

Derzeit gibt es in Deutschland 150 Allgemeinkrankenhäuser mit 600 Betten oder mehr. Diese Einrichtungen bieten prinzipiell das Potenzial für ein Patientenhaus, vorbehaltlich infrastruktureller und räumlicher Beschränkungen. Rund 90 Häuser haben zwischen 500 und 599 Betten und weitere 120 Einrichtungen 400-499 Betten. Hier wäre im Einzelfall zu prüfen, ob und in wie weit die Errichtung eines Patientenhauses sinnvoll und wirtschaftlich ist. Insgesamt fällt das Potenzial für Patientenhäuser nach dem Mannheimer Modell somit relativ groß aus, auch wenn eine exakte Quantifizierung aus naheliegenden Gründen einstweilen nicht möglich ist.

Das Patientenhaus nach dem Mannheimer Modell bietet sich somit in erster Linie für die Low-Care-Versorgung stationärer Patienten in größeren Krankenhäusern an. Kleinere Einrichtungen müssen ggf. nach Alternativen suchen, wenn sie einen separierten Low-Care-Bereich vorhalten wollen. Darüber hinaus müssen sich entsprechende Konzepte nicht zwangsläufig auf die Versorgung vollstationärer Patienten beschränken; eine Angebotsdiversifizierung ist durchaus vorstellbar. Nachfolgend werden daher drei alternative Modellvarianten zum Mannheimer Modell vorgestellt und ihre Vor- und Nachteile aufgezeigt.

---

## 8.2 Integrationsmodelle

Bei Integrationsmodellen ist das Patientenhaus kein räumlich separiertes oder eigenständiges Gebäude auf dem Klinikgelände. Vielmehr ist die entsprechende Einrichtung in die vorhandenen Räumlichkeiten des Krankenhauses integriert. Dies erfolgt in der Regel durch Umwidmung und Umbau von Gebäudeteilen (wie z. B. Station, Abteilung, Gebäudetrakt). Das Modell ist also orientiert am Ansatz einer „Privatstation“ mit dem Unterschied eines Hotelstandards und Hotelkomforts als Regelleistung für alle fraglichen Patienten. Organisatorisch wie räumlich wäre ein in das Krankenhaus integriertes Patientenhaus eine eigenständige Abteilung oder Station mit (zumindest teilweise) eigenem Pflege- und Servicepersonal sowie genuiner Ausstattung und Unterkunft.

Bei Integrationsmodellen wäre insbesondere zu klären, ob zur Sicherung von Wirtschaftlichkeit und Rentabilität die Infrastruktur des Krankenhauses stärker genutzt werden sollte als bei separierten Lösungen, z. B. eigenes Restaurant, aber Belieferung durch die Krankenhausküche. Das Gleiche gilt mit Blick auf die Personalgestaltung, also beispielsweise ob Arbeitsspitzen am Tag oder Nachtdienste auch vom Pflegepersonal der Normalstationen mit abgedeckt werden.

Entsprechende Integrationsmodelle bieten sich u. a. für kleine Krankenhäuser mit geringem Patientenpotenzial an. Unabhängig von der Krankenhausgröße ist der Ansatz eine Option für Einrichtungen ohne Raum für Erweiterungsbauten, also Krankenhäuser, die auf dem Krankenhausgelände oder in unmittelbarer Nachbarschaft über keine Möglichkeiten für einen Neubau oder den Ankauf vorhandener Gebäude verfügen.

Ein Vorteil von Integrationsmodellen liegt darin, dass die Investitionskosten eines Umbaus vorhandener Gebäudekapazitäten in der Regel geringer ausfallen dürften als bei einem Neubau. Durch die organisatorische und räumliche Integration in das Krankenhaus reduzieren sich - wenngleich nicht zwingend - möglicherweise Schnittstellenprobleme zwischen den Funktions- und Fachabteilungen auf der einen Seite und dem Patientenhaus als integrierte Krankenhausabteilung auf der anderen. Je nach Bauweise und Krankenhausgröße dürften die Wegezeiten für Patienten und Krankenhauspersonal tendenziell geringer ausfallen. Die Integration in das Krankenhaus und die zumindest vordergründige Vergleichbarkeit mit einer „Privatstation“ begünstigen ggf. gerade in der Einführungsphase die Akzeptanz bei den

Krankenhausmitarbeitern. Bei einigen Patienten vermittelt eine integrierte Lösung ggf. eine höhere Sicherheit vor allem bei etwaigen Zwischenfällen. Für Krankenhäuser ohne Erweiterungsoption bildet das Integrationsmodell schließlich die einzige realistische Alternative zur Vorhaltung eines Patientenhauses.

Im Vergleich zu einem räumlich separierten, eigenständigen Patientenhaus haben Integrationsmodelle aber ggf. keinen vergleichbaren „Leuchtturmcharakter“. Die Ausstrahlungseffekte mit Blick auf Patienten und Bevölkerung am Standort sowie Wettbewerbsvorteile gegenüber Mitbewerbern fallen damit u. U. geringer aus. Desweiteren stellt sich die Frage, ob in Integrationsmodellen die Abgrenzung vom normalen Krankenhausbetrieb organisatorisch, räumlich, architektonisch, personell und atmosphärisch tatsächlich gelingt. Es ist mithin offen, inwieweit bei integrierten Lösungen eine wirkliche „Hotelatmosphäre“ erzeugt werden kann oder die „Krankenhausatmosphäre“ durchschlägt. Je mehr letzteres der Fall ist, desto geringer könnte die Patientenakzeptanz einer internen Verlegung dorthin bzw. die Patientenzufriedenheit mit diesem Ansatz ausfallen.

Vorbehaltlich der Vermeidung oder Lösung entsprechender Probleme, erscheint das Integrationsmodell als praktikable Lösung vor allem für Krankenhäuser, die – aus welchen Gründen auch immer – den „großen Wurf“ eines separierten Patientenhauses nach dem Mannheimer Modell nicht umsetzen können oder wollen. Ein ähnliches Hotelniveau bzw. ein vergleichbarer Komfort sind dabei gleichwohl erfolgskritische Faktoren.

### **8.3 Kooperationsmodelle**

Bei Kooperationsmodellen betreiben mehrere Krankenhäuser gemeinsam ein Patientenhaus. Das Patientenhaus kann dabei auf dem Gelände oder in unmittelbarer Nachbarschaft eines Kooperationspartners liegen oder u.U. sogar räumlich stärker separiert sein. Die Investitionskosten würden in der Regel von den Kooperationspartnern nach individuell zu vereinbarenden Verteilungsschlüsseln getragen. Die Betriebskosten würden im Wesentlichen nach Maßgabe der Belegung respektive der Patientenstruktur (z. B. Casemix) auf die beteiligten Krankenhäuser umgelegt.

Entsprechende Kooperationsmodelle bieten sich auf der einen Seite vor allem für kleinere Krankenhäuser an, welche jeweils über kein größeres bzw. hinreichendes Patientenpotenzial für ein Patientenhaus verfügen oder welche das Investitionsrisiko nicht alleine tragen können oder wollen. Auf der anderen Seite sind Kooperationsmodelle für Krankenhäuser interessant, die - ggf. unabhängig von der Krankenhausgröße - in größer räumlicher Nähe liegen, sodass Wegezeiten zwischen Patienten- und Krankenhaus für Patienten und Krankenhauspersonal minimiert werden können. Das Patientenhaus könnte bei mehreren kooperierenden Krankenhäusern zudem eine höhere Auslastung und bessere Skaleneffekte realisieren.

Das zentrale Problem dieses Ansatzes sind dabei etwaige Wegezeiten zwischen Patientenhaus und den beteiligten Krankenhäusern. Das betrifft sowohl die Verlegung ins Patientenhaus als auch die Wahrnehmung von Untersuchungsterminen während des Aufenthalts im Patientenhaus. Längere Distanzen oder Wegezeiten sind sowohl den Patienten (z. B. zur Funktionsdiagnostik) als auch den Ärzten (z. B. zu Visiten) nur bedingt zumutbar und dürften zu erheblichen Akzeptanzproblemen führen.

Diesbezügliche Probleme könnten gelöst werden, wenn das Patientenhaus eine entsprechende Basisinfrastruktur vorhalten würde (Ärzte und medizintechnische Ausstattung), sodass Wegezeiten zumindest während des Aufenthalts im Patientenhaus weitgehend entfallen. Die Vorhaltung solcher Parallelstrukturen wäre aber kostenaufwendig und würde dem grundlegenden Konzept zuwiderlaufen.

Faktisch erscheinen Kooperationsmodelle in erster Linie dann praktikabel, wenn das Patientenhaus auf dem Gelände eines kooperierenden Krankenhauses angesiedelt ist. Dieses Haus würde die ärztliche Versorgung für das Patientenhaus sowohl für die eigenen Patienten als auch für Patienten der Kooperationspartner übernehmen, welche ihre Patienten entsprechend verlegen würden.

Dabei stellt sich die Frage nach der Akzeptanz seitens der verlegten Patienten sowie nicht zuletzt seitens des verlegenden Krankenhauses. Zwar mag es kurzfristig die entsprechenden Kostenvorteile der Verlegung ins Patientenhaus realisieren. Die längerfristigen Wettbewerbsvorteile liegen aber ggf. eher bei dem Krankenhaus, auf dessen Gelände das Patientenhaus angesiedelt ist. Des Weiteren könnte es schwierig sein, die Einzelheiten der

---

Kooperation einvernehmlich zu regeln, vor allem bei hoher Wettbewerbsintensität und vergleichbarem Leistungsspektrum.

Daneben könnten Kooperationsmodelle in weitflächigen Regionen mit geringer Krankenhausedichte zum Einsatz kommen, wo größere Entfernungen zwischen den Krankenhäusern im Einzugsgebiet neue Versorgungsformen für die Bevölkerung der Region erfordern können. Ein Patientenhaus könnte hier beispielsweise mit Praxisnetzen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) verbunden sein, die dann, etwa im Rahmen einer konsiliar- oder belegärztlichen Versorgung, die Betreuung der Patienten übernehmen.

Insgesamt erscheinen Kooperationsmodelle daher nur unter sehr restriktiven Bedingungen realisierbar. Dies sind insbesondere große räumliche Nähe der kooperierenden Krankenhäuser (z. B. Stadt, Ballungsgebiet) bzw. vor allem in der Fläche eine Anbindung an die ambulante ärztliche Infrastruktur, geringe Wettbewerbsintensität zwischen den Kooperationspartnern (z. B. gleiche Trägerschaft oder abweichendes Leistungsspektrum), organisatorische und räumliche Anbindung des Patientenhauses an ein Kooperationskrankenhaus, an Praxisnetze oder MVZ sowie einvernehmliche Regelungen zu Organisation und Finanzierung seitens der Kooperationspartner. Bei Kooperationsmodellen ist des Weiteren eine hinreichende Patientenakzeptanz hinsichtlich der Verlegung in ein anderes Krankenhaus gegen Ende der stationären Versorgung zu entwickeln.

#### **8.4 Erweiterungsmodelle**

Bei Erweiterungsmodellen werden zusätzlich zur vollstationären Krankenhausbehandlung für Low-Care-Patienten weitere stationäre, teilstationäre und sonstige Angebote offeriert. Der Betreiber oder Träger des Patientenhauses entscheidet nach individuellen Planungen und Prioritäten, um welche Angebote es sich dabei konkret handelt. Beispielhaft sind hier zu nennen die Tages- oder Nachtambulanz (als teilstationäre Leistungen), Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege (als pflegerische Leistungen), Übernachtungen nach ambulanten Operationen auf Wunsch von Patienten oder Angehörigen (als Selbstzahlerleistung) oder Hotelunterbringungen für externe Gäste.



Erweiterungsmodelle sind abermals für (kleinere) Krankenhäuser mit geringem Patientenpotenzial von Interesse, um eine höhere Auslastung des Patientenhauses zu erzielen. Darüber hinaus bietet sich diese Variante für Einrichtungen an, welche ihr Leistungsportfolio gezielt diversifizieren und „unter einem Dach“ verschiedene Low-Care- oder vergleichbare Angebote vorhalten wollen. Daneben können bei diversifiziertem Angebot Skaleneffekte größerer Einrichtungen leichter realisiert werden.

Bei Erweiterungsmodellen stellt sich in erster Linie die Frage, ob und inwieweit dabei der Hotelcharakter oder die Hotelatmosphäre des Patientenhauses noch gewahrt werden kann oder soll. So kann etwa eine Zimmerausstattung auf Hotelstandard für pflegerische Leistungen aus ergonomischen oder hygienischen Gründen nicht sachgerecht und deswegen eine stärkere Orientierung am Patienten- oder Krankenzimmer erforderlich sein. Des Weiteren sind Pflegefälle u.U. nicht hinreichend mobil oder selbstständig, was eine Pflege und Versorgung im Zimmer erforderlich machen würde. Eine Vermischung von unterschiedlichem Klientel (Krankenhauspatienten, Pflegefälle, Hotelgäste etc.) erschwert eine zielgruppenorientierte Versorgung und begünstigt möglicherweise Akzeptanzprobleme bei verschiedenen Personal- und Nachfragergruppen. Auch der „Leuchtturmcharakter“ des Patientenhauses wird durch eine Erweiterung des Leistungsportfolios ggf. geschmälert.

Entsprechende Probleme könnten bei einer baulich-architektonischen oder organisatorischen Aufteilung des Patientenhauses etwa nach Funktionen, Bereichen oder Patientengruppen zumindest im Grundsatz umgangen oder gelöst werden. Dies könnte etwa in Form einer stärkeren Abteilungsgliederung des Hauses erfolgen. Dabei würde das Personal ggf. auch bereichsspezifisch eingesetzt (etwa zur Betreuung und Versorgung von Pflegefällen) bzw. sein Aufgabenspektrum bereichsspezifisch variieren. Auch Gemeinschaftsräume wären möglicherweise nach Patienten- oder Nachfragergruppen zu trennen. Gleichwohl handelt es sich bei Erweiterungsmodellen nicht mehr um ein Patientenhaus nach dem Mannheimer Modell, das sehr spezifisch auf eine bestimmte Patientenklientel bzw. einen bestimmten (einheitlichen) Unterbringungsstandard ausgerichtet ist.

Für Krankenhäuser, die unterschiedliche Formen der Low-Care-Versorgung oder weitergehende Angebote zentralisiert vorhalten wollen, sind gezielte Ergänzungen oder Erweiterungen des Modells aber in jedem Fall eine mögliche und gangbare Alternative.

## 9 Diskussion

### 9.1 Verbesserungspotenziale

Beim Patientenhaus Mannheim handelt es sich um ein neues Konzept ohne vergleichbare Vorbilder in Deutschland. Es versteht sich von selbst, dass dessen Implementierung nicht völlig reibungsfrei verläuft. Verbesserungsbedarf, der in den Interviews mit den Mitarbeitern des Patientenhauses sowie mit dem Bauträger und Betreiber gleichermaßen benannt wurde, bezieht sich jedoch nicht primär auf das Konzept als solches, sondern vielmehr auf dessen konkrete Umsetzung. Von einer Reihe von eher kleineren und zwischenzeitlich größtenteils gelösten Detailproblemen abgesehen, lassen sich insbesondere drei zentrale Verbesserungsbereiche identifizieren.

#### 9.1.1 Personalentwicklung und Personalauswahl

Im Patientenhaus arbeiten Beschäftigte mit unterschiedlicher beruflicher Herkunft und aus verschiedenen Branchen zusammen, namentlich aus dem Krankenhaus und der Hotellerie. Die Verschiedenheit der Arbeitsweise und –philosophie von Hotellerie und Krankenpflege wurde im Vorfeld fraglos unterschätzt. In der Praxis führten diese unterschiedlichen „Kulturen“ zu Verständnis- und Kommunikationsproblemen zwischen den jeweiligen Berufsgruppen. Auf der einen Seite waren vor allem dem Rezeptionspersonal die Abläufe und die Kunden im Krankenhaus nicht vertraut. Auf der anderen Seite musste das besondere Dienstleistungsverständnis eines Hotellbetriebes den Pflegekräften erst nahegebracht werden.

Daher werden weitergehende Schulungen oder Coachings der Mitarbeiter schon zu einem frühen Zeitpunkt der Umsetzung des Konzeptes für sinnvoll erachtet. Die aufgetretenen Probleme in der Zusammenarbeit der Rezeptions- und Pflegekräfte sollten im Alltagsgeschäft durch Schulungen insbesondere der Pflegekräfte in Bezug auf Dienstleistungs- oder Serviceorientierung gelöst werden. Auch das Hotelpersonal könnte zu Organisation und Abläufen im Krankenhaus vertiefend geschult werden. Darüber hinaus hat man den besonderen fachlichen Erfordernissen einer Krankenhausaufnahme im PHM dadurch Rechnung getragen, dass man zur Unterstützung des Rezeptionspersonals eine Patientenkoordinatorin

mit pflegerischer Qualifikation eingesetzt hat, die als primäre Ansprechpartnerin für fachliche Fragen der Patienten fungiert.

Neben der gezielten Personalentwicklung könnte ggf. auch die Personalauswahl noch gezielter erfolgen. Fraglos ist es angesichts der Neuartigkeit des Konzeptes eine besondere Herausforderung, Anforderungsprofile des PHM und Qualifikationsprofile von Stellenbewerbern zur Deckung zu bringen. Daher sind die jeweiligen Profile ggf. noch spezifischer zu definieren, um geeignete Bewerber zu finden; das gilt nicht zuletzt mit Blick auf die o. g. „berufsfernen“ Anforderungen bzw. Qualifikationen von Hotel- und Pflegepersonal. Eine Besonderheit in der Personalauswahl im PHM besteht überdies darin, dass, im Unterschied zu den übrigen Berufsgruppen, das Pflegepersonal ausschließlich von der Pflegedienstleitung und nicht von der Leitung des PHM ausgewählt wird. Aus fachlich-pflegerischer Sicht ist dieses Vorgehen grundsätzlich nicht zu beanstanden. Ein Mitspracherecht (ggf. sogar ein Vetorecht) sollte der Leitung des PHM gleichwohl eingeräumt werden, damit die überfachlichen Anforderungen an das Pflegepersonal bei der Personalauswahl besser Berücksichtigung finden.

### 9.1.2 Räumlichkeiten

Die Bewertung der Räumlichkeiten des Patientenhauses betrifft gleichermaßen die Patientenzimmer wie die Arbeits- und Aufenthaltsräume der Mitarbeiter:

Von einem Teil der Mitarbeiter wurde die Dreiteilung von Standardzimmer, Komfortzimmer und Juniorsuite als zu differenziert und stattdessen nur eine Wahlleistung für die Unterkunft als ausreichend und angemessen angesehen. Auch der Anteil der Komfortzimmer bzw. der Juniorsuiten an den Patientenzimmern insgesamt wurde teilweise als zu hoch eingestuft. Standardzimmer ließen sich, so die befragten Mitarbeiter, besser und gewinnbringender auslasten. Zudem verursachten die Komfortzimmer und Juniorsuiten einen höheren Reinigungsaufwand.

Der Bauträger bzw. Betreiber versichert jedoch die Wirtschaftlichkeit dieser Zimmer, was aufgrund fehlender Daten nicht im Detail überprüft werden kann. Grundsätzlich handelt es sich bei der Einrichtung von Art und Anzahl von Zimmern, die nicht zur Regelleistung des

Patientenhauses gehören, um eine unternehmerische Entscheidung, die hier nicht im Einzelnen kommentiert werden kann und soll. Solange Komfortzimmer und Juniorsuiten rentabel betrieben werden können, ist gegen ihre Einrichtung nichts einzuwenden. Allerdings ist dabei stets zu beachten, dass die Unterbringung im Patientenhaus konzeptionell ausdrücklich eine (zuzahlungsfreie) Regelleistung darstellt, die allen geeigneten und interessierten Patienten offen steht. Der Regelleistungscharakter des Patientenhauses sollte daher durch zusätzliche Wahlleistungen im Bereich der Unterkunft nicht übermäßig beeinträchtigt werden. Wo hier die Grenzen genau zu ziehen sind, ist ggf. im Einzelfall zu entscheiden.

Mit Blick auf die Arbeits- und Aufenthaltsräume für Mitarbeiter bemängelte eine Reihe von Mitarbeitern das ungenügende Vorhandensein entsprechender Räumlichkeiten (zu wenig Lager, zu wenig Büros, zu wenig Behandlungsräume, nur ein Transfusionszimmer, kein ansprechender Aufenthaltsraum für das Personal, kein „Schmutzraum“.). Zumindest mit Blick auf die Transfusions- und Behandlungsräume wurde die Kritik seitens des Betreibers des PHM tendenziell geteilt. Vor allem bei hoher Belegung im PHM reichten die entsprechenden Räumlichkeiten nur bedingt aus mit der Folge längerer Wartezeiten für Patienten. Zusätzliche Behandlungszimmer könnten eingerichtet werden, indem beispielsweise einige Räume im Erdgeschoss des PHM entsprechend umgestaltet oder umgewidmet würden. In jedem Fall könnten bei einem größeren Raumangebot der Patientendurchlauf sowie die Mitarbeiter- und Patientenorientierung verbessert werden.

Ansonsten wurde die Kritik an den fehlenden Räumlichkeiten vom Betreiber nicht geteilt. Hierzu wurde u. a. angemerkt, dass einige Mitarbeiter ihre Arbeitsabläufe noch nicht entsprechend dem Konzept geändert hätten und Aufgaben erledigten, die nicht mehr in ihren Arbeitsbereich fallen. So sollen beispielsweise die Pflegekräfte die Patienten primär pflegerisch versorgen, administrative Tätigkeiten wie z. B. die notwendigen Eintragungen in die Patientenakten sollen jedoch von den medizinischen Fachangestellten erledigt werden. Für die medizinischen Fachangestellten stehen ausreichend Büroarbeitsplätze zur Verfügung, um dieser Aufgabe nachzukommen. Da jedoch viele Pflegekräfte die Eintragungen in die Patientenakten selbst durchführen, konkurrieren sie mit den medizinischen Fachangestellten um die Büroarbeitsplätze bzw. Computer im Büro des Behandlungsbereichs. An dieser Stelle zeigt sich, dass die angedachten arbeitsorganisatorischen Aufteilungen der Aufgaben zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in der Praxis noch nicht immer funktionieren. Die

---

Mitarbeiter haben teilweise Schwierigkeiten, einmal gelernte und in der Praxis bewährte Arbeitsabläufe aus ihrer Verantwortung zu geben.

In jedem Fall besteht beim Thema der Räumlichkeiten noch interner Klärungsbedarf, d. h. die Einrichtungsleitung und die Mitarbeiter sollten ihre unterschiedlichen Sichtweisen hierzu zur beiderseitigen Zufriedenheit klären, um der Entstehung von Arbeitsunzufriedenheit bei den Beschäftigten vorzubeugen.

### **9.1.3 Kooperation zwischen den Fachabteilungen und dem Patientenhaus**

Als zentraler Verbesserungsbereich wurde übereinstimmend von fast allen befragten Mitarbeitern des Patientenhauses die Schnittstelle zwischen PHM und UMM genannt. Das betrifft gleichermaßen die Ausschöpfung des Patientenpotenzials wie die Modalitäten der Verlegung ins Patientenhaus:

Grundsätzlich ist vorgesehen, dass die Stationen im UMM nach Möglichkeit am Vortag über anstehende Verlegungen informieren und die Verlegungen zu bestimmten Zeiten erfolgen sollen. In der Praxis wird diese Vorgabe aber nur unvollständig umgesetzt. So erfolgt die Anmeldung von Patienten seitens der Stationen nicht durchgängig am Vortag, sondern teilweise kurzfristig am Aufnahmetag. Daneben schicken die Stationen der UMM Patienten auch frühzeitig zur Aufnahme ins PHM, noch bevor dort Zimmer frei sind, so dass für die Patienten unter Umständen längere Wartezeiten entstehen. Zusätzlich sind die Verlegungspapiere teilweise unvollständig ausgefüllt. Darüberhinaus wurde kritisch angemerkt, dass vor allem bei hoher Auslastung manche Stationen das PHM als „Überlaufbecken“ betrachten und vergleichsweise viele Patienten relativ kurzfristig und unkoordiniert verlegen. Auch die steigende Anzahl von Ein-Tages-Patienten stößt bei Teilen des Personals des PHM auf Skepsis, insofern hier der Arbeitsaufwand im Vergleich zur Verweildauer relativ hoch sei.

Seitens der UMM und des Bauträgers und der Einrichtungsleitung werden entsprechende Schnittstellenprobleme zum PHM nicht bestritten. Allerdings handelte es sich dabei teilweise um erwartbare Probleme, die mit der Einführung einer völlig neuen Organisationsform bzw. Organisationseinheit zu erklären sind. Eine im Jahr 2009 durchgeführte interne Evaluation der Verlegungsvorgänge zeigte zudem, dass in der Mehrzahl der Fälle die Verlegung

---

reibungslos verläuft. Durch eine bereits durchgeführte Personalanpassung im PHM für Stoßarbeitszeiten konnte die Situation weiter verbessert werden. Nichtsdestotrotz besteht hier unverändert Handlungs- und Verbesserungsbedarf.

Um den Schnittstelleproblemen zu begegnen, sollten zum einen die diesbezüglichen Arbeits- und Entscheidungsabläufe auf den Stationen der UMM durchgängig standardisiert werden. Zu diesem Zweck ist die Verlegung ins Patientenhaus noch stärker in die Routineprozesse der Stationen zu integrieren (z. B. standardmäßige Verlegungsentscheidung im Rahmen der Visite, danach unmittelbare Meldung an das Patientenhaus für den Folgetag, klare Festlegung der personellen Verantwortlichkeiten, konkrete zeitliche Vorgaben, bis wann die Meldung zu erfolgen hat etc.). Bei stärkerer Prozess-Standardisierung und klaren personellen Zuständigkeiten dürften auch Qualität und Vollständigkeit der Verlegungspapiere zunehmen; alternativ könnten die administrativen Aspekte der Verlegung z. B. an Stations- oder Dokumentationsassistenten delegiert werden. Des Weiteren sollten Patienten immer erst nach Bestätigung durch das PHM zur Aufnahme geschickt werden (also regelhafte Rücksprache der Stationen vor der Verlegung, klare personelle und zeitliche Vorgaben).

Zum anderen sollte im PHM selbst gewährleistet sein, dass am Entlassungstag die Patienten ihre Zimmer rechtzeitig verlassen (nachdrücklichere Informationen, wann das Zimmer zu räumen ist, Reminder am Vorabend und/oder Morgen via Telefon oder TV, frühzeitige Klärung des Heimtransports etc.). Auch die Möglichkeit, am Vorabend der Entlassung „auszuchecken“, könnte offeriert werden, um die Arbeitsbelastungen gerade am Morgen zu entzerren. Für den Fall eines späteren oder verzögerten Heimtransports können sich diese Patienten noch in den Gemeinschaftsräumen des PHM aufhalten. Jedoch sollte die Möglichkeit einer ausreichenden und vor allem sicheren Aufbewahrung ihres Gepäcks geboten werden. Die derzeitig zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten, welche sehr beengt und relativ leicht zugänglich sind, werden dafür als nicht ausreichend erachtet. Darüberhinaus könnte die Information des Reinigungspersonals über anstehende Entlassungen bzw. die zeitnahe Zimmerreinigung am Entlassungstag ggf. noch weiter optimiert werden.

Ein weiteres Problem in der Kooperation zwischen den Fachbereichen und dem PHM besteht in der bislang selektiven Ausschöpfung des Patientenpotenzials. Die Bereitschaft zur Verlegung von Patienten ins Patientenhaus variiert einstweilen noch sehr stark zwischen den verschiedenen Fachabteilungen (siehe Kap. 7.1). Obwohl es eine hausinterne Regelung der

UMM zur Verlegung von Patienten ins PHM gibt, ist jedoch die Compliance sehr unterschiedlich ausgeprägt. Dies trägt dazu bei, dass das mögliche Patientenpotential des PHM noch nicht voll ausgeschöpft wird. Das Mannheimer Beispiel zeigt insofern nachdrücklich, dass bei der Einführung eines solchen Konzeptes auch mit Widerständen zu rechnen ist.

Allerdings ist die Entwicklung im Zeitablauf eindeutig positiv, d. h. die Patientenzahlen und die Auslastung des PHM haben seit der Eröffnung sukzessive zugenommen. Je mehr das Konzept bei Patienten und Krankenhauspersonal auf Akzeptanz trifft, desto stärker wird auch die Bereitschaft bislang zurückhaltend agierender Abteilungen steigen, Patienten ins Patientenhaus zu verlegen. Mit Blick auf eine längerfristige Etablierung des PHM beim Krankenhauspersonal hat die UMM darauf verzichtet, mittels Druck oder Sanktionen Akzeptanzproblemen oder Widerständen hinsichtlich des PHM zu begegnen. Ein solches Vorgehen ist solange nicht zu beanstanden, wie das Projekt nicht insgesamt gefährdet ist. Möglicherweise lassen sich die mittlerweile erreichten Erfolge in der Projektumsetzung aber intern noch besser kommunizieren, um insgesamt die Verlegungsbereitschaft aller Fachabteilungen in der UMM zu erhöhen.

## 9.2 Fazit

Der aufgezeigten Verbesserungspotenziale zum Trotz hat sich das Konzept des PHM nach unserer Einschätzung in hohem Maße bewährt. Es bietet Vorteile für alle Beteiligten: Krankenhaus, Mitarbeiter und Patienten.

Durch die Unterbringung auf dem Niveau eines 3-Sterne-Hotels erhöhen sich Patientenkomfort und Servicequalität spürbar und nachhaltig. Das PHM trägt somit zu mehr Patientenorientierung und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus bei. Die Akzeptanz des Konzeptes seitens der Patienten ist, trotz gelegentlicher Detailkritik, fast durchweg positiv, wie die Ergebnisse der Patientenbefragung nachdrücklich belegen. Auf Grund eindeutiger Indikationen für die Verlegung ins Patientenhaus, klarer Notfallregelungen im Patientenhaus und der unmittelbaren räumlichen Nähe zur UMM ist die Patientensicherheit im Patientenhaus sehr hoch und eine Patientengefährdung fehlender ärztlicher Besetzung zum Trotz faktisch auszuschließen.

Die Mitarbeiter auf den Normalstationen können sich stärker auf die behandlungs- und betreuungsintensiven Patienten konzentrieren. Insbesondere bei hoher Auslastung und Arbeitsspitzen in den Fachabteilungen trägt die Verlegung ins Patientenhaus zur Entlastung des Personals bei. Nach anfänglichen Widerständen hat die Akzeptanz beim Krankenhauspersonal sukzessive zugenommen, wie u. a. auch die steigenden Verlegungszahlen vieler Fachabteilungen belegen. Durch die partielle Leistungsdelegation im Low-Care-Bereich an das Patientenhaus erfolgt insbesondere im Pflegedienst eine stärkere Fokussierung auf die pflegerischen Kernkompetenzen.

Die strikte Arbeitsteilung nach Kernkompetenzen wird im Patientenhaus selbst konsequent weitergeführt. Jeder Mitarbeiter wird genuin entsprechend seiner grundständigen Qualifizierung eingesetzt. D. h. die Pflegekräfte sind ausschließlich für die pflegerischen Kernleistungen in der Behandlungspflege zuständig, das übrige Personal ausschließlich für Service- und Hotelleistungen. Eine Beanspruchung oder Überfrachtung durch qualifikationsferne oder berufsfremde Tätigkeiten findet faktisch nicht mehr statt.

Für das Krankenhaus bzw. den Krankenhausträger hat das Patientenhaus merkliche ökonomische Vorteile. Auf der einen Seite sind die Kosten eines Belegungstages im Patientenhaus niedriger als die entsprechenden Kosten für Low-Care-Patienten auf den Normalstationen. Die Kostenvorteile des Patientenhauses resultieren dabei vor allem aus einer Fokussierung auf pflegerische Kernleistungen, der Delegation von patientenfernen Aufgaben der Pflegekräfte an Servicepersonal und einer Zentralisierung von Prozessen im Patientenhaus. Auf der anderen Seite erhöht sich die Attraktivität des Krankenhauses für die Bevölkerung im Einzugsgebiet. Damit trägt das Patientenhaus zur Patientenbindung bzw. zur Neuakquise von Patienten bei.

Eine exakte Quantifizierung des Patientenpotenzials für das Patientenhaus Mannheim war auf Basis der verfügbaren Daten in dieser Studie nicht möglich. Die nach verlegenden Fachabteilungen, DRG-Spektrum, Case Mix und Altersgruppen sehr heterogene Fallstruktur des PHM legt jedoch die Schlussfolgerung nahe, dass es ein großes und breites Patientenpotenzial für eine Einrichtung dieser Art gibt. Internationale Studien und Experteneinschätzungen in dieser Studie gehen von einem Potenzial von 10% - 20% der vollstationären Fälle aus. Die Patienten im Patientenhaus Mannheim verbringen im Schnitt rund die Hälfte ihres Krankenhausaufenthalts im Patientenhaus. Unabhängig vom Patientenpotenzial insgesamt fällt das



Verweildauerpotenzial bei den tatsächlich verlegten Patienten somit in jedem Fall vergleichsweise hoch aus.

Die Kernprozesse im Patientenhaus sind gut strukturiert. Sie sind klar aus der grundlegenden Konzeption des PHM abgeleitet und gezielt auf die besonderen Anforderungen der Versorgung im Patientenhaus zugeschnitten. Innerhalb des PHM erfolgt die Umsetzung der Prozesse bereits in hohem Maße standardisiert mit, zumindest soweit in der Evaluation erkennbar, vergleichsweise wenigen Prozessabweichungen. Abweichungen von vorgegebenen Prozess-Standards gibt es am ehesten noch an den Schnittstellen zu den Fachbereichen. Aus Sicht der Evaluation bildet dies faktisch den einzigen Bereich, in dem größerer Handlungs- und Verbesserungsbedarf besteht. Das betrifft gleichermaßen die reibungslose Überleitung und die weitgehende Ausschöpfung des Patientenpotenzials. Die zwischenzeitlich bereits eingetretenen Verbesserungen in dieser Hinsicht sind dabei ausdrücklich anzuerkennen.

Angesichts der hohen Praxistauglichkeit ist eine Übertragbarkeit des Mannheimer Modells auf andere Krankenhäuser grundsätzlich gegeben. Als „Stand-alone-Lösung“ - also eigenes Gebäude mit eigenem Personal und ausschließlicher Belegung mit stationären Krankenhauspatienten – bietet es sich unter Wirtschaftlichkeits- und Rentabilitätsgesichtspunkten aber in erster Linie für größere Krankenhäuser mit, je nach hausindividuellem Patientenpotenzial, einer Mindestgröße von 400-600 Betten an. Eine praktikable Alternative zur „Stand-alone-Lösung“ besteht - nicht nur für kleinere Krankenhäuser - ggf. in der Integration eines ansonsten vergleichbaren Angebots in die vorhandenen Räumlichkeiten eines Krankenhauses, etwa durch die Umwidmung oder den Umbau von Organisationseinheiten oder Gebäudetrakten.

Das Konzept des Patientenhauses Mannheim grenzt sich ausdrücklich und eindeutig von zuzahlungspflichtigen Angeboten für Patientenhotels ab. Als standardmäßige Regelleistung steht die Unterkunft im Patientenhaus allen Patienten bei entsprechender Indikation bzw. Bereitschaft zur Verfügung - und zwar unabhängig von der individuellen Zahlungsfähigkeit und Zahlungswilligkeit. Das Modell entspricht daher den Grundprinzipien der solidarischen Gesundheitsversorgung in Deutschland. Es zeigt damit eindrücklich, dass eine verbesserte Leistungs- und Servicequalität im Gesundheitswesen nicht zwangsläufig mit einer Privatisierung von Gesundheitsleistungen und Gesundheitsrisiken einhergehen muss.

Bei der Low-Care-Versorgung in einem Patientenhaus nach dem Mannheimer Modell oder alternativen Modellen handelt es sich in jedem Fall um eine medizinisch-pflegerisch indizierte Krankenhausbehandlung und damit um eine legitime Versorgungsform innerhalb der (voll-)stationären Krankenhausversorgung. Angesichts der demographischen Entwicklung und steigender Patientenerwartungen dürfte die Bedeutung dieser Versorgungsform in den nächsten Jahren und Jahrzehnten merklich zunehmen. Es spricht daher einiges dafür, dass sich Low-Care-Einheiten oder -Bereiche perspektivisch als „Vierte Säule“ der Krankenhausversorgung etablieren werden (neben Intensive-, Intermediate- und Normal-Care-Einheiten).

---

## Tabellenverzeichnis

TAB. 1:	PERSONALSTRUKTUR DES PATIENTENHAUSES MANNHEIM .....	30
TAB. 2:	FALLZAHLEN DES PHM 2010, OHNE BEGLEITPERSONEN, OHNE EXTERNE GÄSTE .....	72
TAB. 3:	VERWEILDAUERN PHM 2009-2010 INSGESAMT .....	74
TAB. 4:	CMI-WERTE UMM UND PHM 2009-2010 NACH FACHGEBIETEN.....	77
TAB. 5:	ALTERSSTRUKTUR DER PATIENTEN IM PHM 2010 (N =4152).....	79

## Abbildungsverzeichnis

ABB. 1:	PATIENTENHAUS MANNHEIM .....	8
ABB. 2:	LAGE DES PATIENTENHAUSES AUF DEM KLINIKGELÄNDE DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MANNHEIM..	23
ABB. 3:	STANDARDZIMMER .....	24
ABB. 4:	JUNIORSUITE .....	25
ABB. 5:	ERDGESCHOSS DES PATIENTENHAUSES MIT RESTAURANT .....	26
ABB. 6:	DACHTERRASSE.....	27
ABB. 7:	BESPRECHUNGSRAUM.....	28
ABB. 8:	DARSTELLUNG DER PATIENTENÜBERGABE .....	37
ABB. 9:	ANMELDUNGS-/ ÜBERGABEFORMULAR ZUR VERLEGUNG EINES PATIENTEN INS PHM .....	38
ABB. 10:	EINGANGSBEREICH DES PATIENTENHAUSES MIT REZEPTION .....	39
ABB. 11:	TRANSPONDER .....	40
ABB. 12:	FUNKTIONSWEISE DES PATIENTEN-TRANSPONDERS ALS TÜRÖFFNER.....	41
ABB. 13:	MEDIKAMENTENAUSGABE AN DER REZEPTION .....	43
ABB. 14:	DARSTELLUNG DER MEDIKAMENTENAUSGABE .....	44
ABB. 15:	VISITENZIMMER IM PATIENTENHAUS .....	45
ABB. 16:	DARSTELLUNG DES VISITEN-ABLAUFS.....	46
ABB. 17:	NOTRUFAKTIVIERUNG.....	47
ABB. 18:	DARSTELLUNG DES SICHERHEITSKONZEPTS.....	48
ABB. 19:	TV-BILDSCHIRMMASKE.....	49
ABB. 20:	DARSTELLUNG DES TERMINMANAGEMENTS.....	50
ABB. 21:	DARSTELLUNG DES ENTLASSUNGSMANAGEMENTS.....	52
ABB. 22:	PATIENTENZUFRIEDENHEIT MIT DER ÜBERLEITUNG AUS DER KLINIK .....	55
ABB. 23:	PATIENTENZUFRIEDENHEIT MIT DER FREUNDLICHKEIT DES PERSONALS .....	56
ABB. 24:	PATIENTENZUFRIEDENHEIT MIT DER HILFSBEREITSCHAFT DES PERSONALS.....	57
ABB. 25:	PATIENTENZUFRIEDENHEIT MIT DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG .....	58
ABB. 26:	PATIENTENZUFRIEDENHEIT MIT DER UNTERKUNFT .....	59
ABB. 27:	PATIENTENZUFRIEDENHEIT MIT DER VERPFLEGUNG .....	60
ABB. 28:	PATIENTENZUFRIEDENHEIT MIT DER SERVICEQUALITÄT IM RESTAURANT .....	61
ABB. 29:	PATIENTENZUFRIEDENHEIT MIT DER ORGANISATION DER BEHANDLUNG.....	62
ABB. 30:	GESAMTZUFRIEDENHEIT DER PATIENTEN IM VERLAUF DES JAHRES 2010 .....	63
ABB. 31:	ZUFRIEDENHEITSPROFIL.....	64
ABB. 32:	ZUFRIEDENHEITSPROFIL DER ÜBERLEITUNG UND AUSSTATTUNG DES PHM .....	66
ABB. 33:	ZUFRIEDENHEITSPROFIL MIT DEM PERSONAL DES PHM .....	67

---

ABB. 34: ZUFRIEDENHEITSPROFIL IM HINBLICK AUF DIE VERPFLEGUNG IM PHM.....	68
ABB. 35: ZUFRIEDENHEITSPROFIL DER ORGANISATION DER BEHANDLUNG IM PHM .....	69
ABB. 36: VERWEILDauern PHM 2010 NACH FACHGEBIETEN.....	75
ABB. 37: ALTERSSTRUKTUR DER PATIENTEN IN DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MANNHEIM UND DEM PATIENTENHAUS MANNHEIM IN 2010 .....	81

## Literaturverzeichnis

Audit Commission. (1992). Lying in wait: the use of medical beds in acute hospitals. London: HMSO.

Handl G. (2005). Das Patientenhotel. Sonst noch Wünsche? (Download: 04.01.2011: [http://www.fa-gesundheitsberufe.at/images/stories/Publikationen/Patientenhoteles.doc?dln\\_slot=5&\\_2](http://www.fa-gesundheitsberufe.at/images/stories/Publikationen/Patientenhoteles.doc?dln_slot=5&_2)).

Harvey I, Jenkins R, Llewellyn L. (1993). Enhancing appropriateness of acute bed use: role of the patient hotel. J Epidemiol Community Health, 47: 368-372.

JB. (2007). In den Startlöchern. gv-praxis, 2: 26-32.

Schöning B, Luithlen E, Scheinert H. (1993). Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis. Köln: Kohlhammer.