

Belegungsmanagement **in Akutkrankenhäusern**

- Erste Ergebnisse -

Autoren:

Theresa Huke
Kornhausstr. 139
06846 Dessau
Tel.: (01 78) 1 88 78 47
E-Mail: th.huke@gmail.com

Benjamin Spieß
Ellenerbrokweg 26
28325 Bremen
Tel.: (01 79) 1 44 95 05
E-Mail: bspiess@t-online.de

Dozent:

Dr. med. H.G. Güse
Lehrbeauftragter im FB 11
(Gesundheitswissenschaften)
der Universität Bremen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Übersichtlichkeit werden im vorliegenden Text personenbezogene Bezeichnungen immer nur in männlicher Form verwendet. Selbstverständlich beziehen sich die Angaben auf beide Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	3
2. Aufgabenstellung und Vorgehen	4
3. Ergebnisdarstellung	5
4. Zusammenfassung	11
5. Anhang	14

1. Einführung

Im Rahmen des Studiums „Public Health / Gesundheitswissenschaften B.A.“ an der Universität Bremen ist im dritten Studienjahr ein Praxissemester vorgesehen, welches wir zur intensiven Auseinandersetzung mit einer Thematik des Schwerpunkts „Krankenhauspolitik und -management“ nutzten. Angesichts der aktuellen Entwicklungen der bundesweiten Krankenhaus-Landschaft gewinnt das Thema „Belegungsmanagement (BM) in Akutkrankenhäusern“ zunehmend an Bedeutung und wird zukünftig als wichtiges Steuerungselement diskutiert und praktisch relevant werden.

Die Umstellung auf das DRG-basierte Vergütungssystem, die Deckelung der Budgets bei steigenden Kosten, die geplante Angleichung der Basisfallwerte, sowie der daraus resultierende Sparzwang im Krankenhaussektor sind Beispiele tiefgreifender politischer Entscheidungen in der Gestaltung des Gesundheits- und Krankenhauswesens. Bundesweit werden die Krankenhäuser gezwungen, Kosten bei gleicher oder besserer Qualität zu reduzieren. Dies kann in der Regel nur durch eine Optimierung der Prozesse erfolgreich gelingen.

Fortschrittliche Krankenhäuser wenden zu diesem Zweck innovative Methoden und Instrumente des Krankenhausmanagements an und versuchen, den „Patientenfluss“ besser zu planen, um ihre Ressourcen (Zeit, Personal, Räume, Material, Know-how) bestmöglich einzusetzen.

Einen sinnvollen Lösungsansatz zur optimierten Patientensteuerung und Ressourcenplanung stellt das Belegungsmanagement dar. Dieses Element des strategischen und operativen Managements wurde in einigen Kliniken Deutschlands bereits erfolgreich implementiert. Nach unseren Recherchen handelt es sich jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch um vereinzelte, klinikindividuelle Lösungen.

Auf der Suche nach spezifischen Einflussfaktoren sowie Gemeinsamkeiten und Unterschieden hinsichtlich der Ausgestaltungs- und Umsetzungsmöglichkeiten des Belegungsmanagements führten wir an dreizehn deutschen Kliniken standardisierte Interviews durch. Die vorliegende Arbeit ist die wertfreie Zusammenfassung der Erhebungen zum Status Quo des Belegungsmanagements ausgewählter Krankenhäuser.

An die Vorstellung der Ausgangslage und des Vorgehens in Abschnitt 2 schließen sich im darauf folgenden Kapitel die inhaltlichen Ergebnisse an. Eine zusammenfassende Betrachtung rundet diese Arbeit ab. Der verwendete Interview-Leitfaden sowie eine Übersicht zur Größe und Lage der besuchten Krankenhäuser sind im Anhang zu finden. Eine detailliertere Ausarbeitung der Ergebnisse wird im Rahmen des weiteren Studiums angestrebt.

2. Aufgabenstellung und Vorgehen

Zentraler Aufgaben-Schwerpunkt des Projektes war die Erstellung einer Übersicht zum aktuellen Stand und zu den Lösungsmöglichkeiten eines BM an ausgewählten Krankenhäusern mithilfe leitfadengestützter Interviews.

Im ersten Schritt wurden spezifische Merkmale und Faktoren des Belegungsmanagements, unter anderem auf Grundlage der Fachliteratur, erarbeitet und strukturiert. Um einen Praxisbezug für unsere Überlegungen herzustellen, führten wir Hospitationen in Krankenhäusern des Universitätsstandortes durch. Daraufhin entwickelten wir den Interview-Leitfaden, der zur wissenschaftlichen Fundierung Lehrpersonal des Fachbereichs 11 der Universität Bremen vorgelegt und zur Verwendung genehmigt wurde. Im nächsten Schritt wurden auf Grundlage von Veröffentlichungen in einschlägigen Zeitschriften, im Internet sowie persönlicher Informationen deutschlandweit Krankenhäuser mit bereits implementiertem BM ausfindig gemacht und kontaktiert. Mit dreizehn der angeschriebenen fünfzehn Einrichtungen vereinbarten wir Termine für persönliche Gespräche vor Ort. Es lagen uns noch weitere Adressen und Besuchsmöglichkeiten vor, die jedoch aufgrund der zeitlichen Begrenzung des Praktikums nicht genutzt werden konnten.

Als Interviewpartner erklärten sich je nach Krankenhaus Chefärzte, Pflegedienstleitungen, Belegungsmanager, Case Manager oder Mitarbeiter entsprechender Stabstellen bereit. Zur individuellen Vorbereitung wurden anschließend Info-Sheets erstellt, auf denen für jede Einrichtung allgemeine Grunddaten sowie Besonderheiten aufgeführt waren. Im Vorfeld der Interviews ist den teilnehmenden Häusern die vertrauliche Behandlung und Anonymisierung der Daten sowie die anschließende Ergebnisvorlage

zugesichert worden. Auf die Verwendung eines Aufnahmegerätes wurde aus Gründen eines unbefangenen Gesprächsklimas bewusst verzichtet, so dass jedem Interview eine ausführliche Aufbereitung und Protokollerstellung auf Grundlage der Mitschriften folgte. Die Besuche wurden stets von beiden Autoren gemeinsam durchgeführt. Anschließend fand die Bearbeitung, Synthese und Anonymisierung der zusammengetragenen Ergebnisse nach den Grundsätzen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring¹ statt. Daraufhin wurde der vorliegende Ergebnisbericht erstellt und den beteiligten Krankenhäusern zur Verfügung gestellt.

3. Ergebnisdarstellung

Ausgangslage und Entwicklung

Trotz der verschiedenen Ausgangssituationen der Krankenhäuser lassen sich allgemeine Problematiken benennen, welche in nahezu allen besuchten Einrichtungen Anlass zur Einführung des BM gaben:

- a. Die Organisation und Planung der Bettenbelegung auf den Stationen war durch unklare, überlappende Verantwortlichkeiten, Entscheidungskompetenzen und Zugriffsmöglichkeiten gekennzeichnet. Hoher individueller Koordinationsbedarf (per Telefon) war die Folge.
- b. Die Aufnahmeprozedur elektiver Patienten war häufig nicht standardisiert oder strukturiert. Überflüssige präoperative Verweildauern führten zu Bettenknappheit.
- c. Die Bettenplanung erfolgte nicht interdisziplinär sondern ausschließlich innerhalb des Faches (Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Urologie usw.). Einige Stationen waren daher über- und andere unterbelegt.
- d. Eine systematische Planung der Verweildauer und des Entlasstermins blieb mit der Folge verlängerter Krankenhausaufenthalte beziehungsweise eines Bettenmangels aus.
- e. Als Hauptgrund offenbarte sich jedoch der zunehmende Druck auf die Krankenhäuser durch das 2003/04 eingeführte DRG-System, welches

¹ Literaturhinweis:

Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim, Basel: Beltz Deutscher Studienverlag. S 59-76

langfristig eine Verweildauerreduzierung und/ oder Fallzahlsteigerung erzwingt und Maßnahmen zur Prozessoptimierung unumgänglich macht.

Die Interviewpartner bestätigten, dass ein zentrales Belegungsmanagement ein geeignetes Instrument sei, um den oben beschriebenen Problemen zu begegnen. Grundsätzlich wird unter „Belegungsmanagement“ eine Maßnahme der Prozessoptimierung verstanden, die durch eine zentrale und einheitliche Koordination eine klare Kompetenzverteilung, größere Transparenz, bessere Steuerungsmöglichkeit sowie eine hohe Patienten- und Serviceorientierung bewirkt.

Das Belegungsmanagement wurde fast ausschließlich krankenhausesintern entwickelt, wobei jeweils die Leitung des zukünftigen BM auch die wesentliche Planung und Implementierung durchführte. Wurde das Modell eines anderen Krankenhauses übernommen, so geschah dies nicht in exakter Kopie, sondern unter Modifizierung an die spezifischen Gegebenheiten des jeweiligen Krankenhauses. Das BM wird in der Regel als lernendes System beschrieben, das eine kontinuierliche Erweiterung und Optimierung erfordere.

Die Implementierung eines BM erfolgte meist nach krankenhausesinternen Prozessanalysen, Evaluation der Daten des medizinischen Controllings und externen Hospitationen. Zur erfolgreichen Umsetzung des Belegungsmanagements wurde vor allem auf Transparenz, stetige Kommunikation und Kooperationsbereitschaft gesetzt. In wenigen Fällen wurde ein Belegungsmanagement erst durch die personelle Neubesetzung entscheidender Positionen möglich.

In den Interviews konnten wir feststellen, dass das BM eine noch recht „junge“ Einrichtung ist. Überwiegend existiert es erst seit zwei bis vier Jahren.

Projektbeginn des BM	Anzahl
vor 2003	1
2003 – 2004	2
2005 – 2006	5
ab 2007	4

Tabelle 1: Übersicht zum Projektbeginn

Umsetzung

In acht der dreizehn befragten Krankenhäuser ist das BM der Pflegedienstleitung/ Pflegedirektion und in drei Häusern einem Chefarzt beziehungsweise einer Chefärztin unterstellt. In zwei dieser Fälle ist der Leiter des BM auch Leiter der Zentralen Notaufnahme. In einem Klinikum ist die BM-Leitung als Stabstelle unter der Geschäftsführung verankert.

In allen Krankenhäusern wird über das BM die Aufnahme der elektiven Fälle koordiniert, in zehn der dreizehn Häuser werden auch die Notfälle auf diese Weise gesteuert. In der Regel ist das BM für alle großen und zentralen Fachabteilungen zuständig (Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie, Gynäkologie). Ausnahmen sind zuweilen kleine Abteilungen, Abteilungen der Geburtshilfe sowie Kinderkliniken und psychiatrische Abteilungen, sofern diese in den Häusern vorhanden sind. Vor allem Universitätsklinika zeichnen sich dadurch aus, dass sie auf ein dezentrales, autonomes und abteilungsspezifisches Belegungsmanagement besonderen Wert legen. Hier scheint ein zentrales Modell aufgrund der Pavillonstruktur oder besonderer Abgrenzungsbedürfnisse derzeit nicht geeignet oder gewünscht.

Im Zuge der Einführung eines BM wurde in den Krankenhäusern besonders auf interdisziplinäre Belegung gesetzt. Acht Krankenhäuser belegen stets alle Abteilungen interdisziplinär, zwei beschränken sich auf die interdisziplinäre Belegung der Privatstationen. Überall gilt die Prämisse, zuerst die Kernstationen, dann fachnah und erst bei steigender Auslastung fachfremd zu belegen. Nur eine Blockierung der geplanten Betten für elektiv einbestellte Patienten für die erste OP am Folgetag wird toleriert. Vier Krankenhäuser orientieren die Belegung an einem flexiblen Bettenbelegungsrahmenplan.

Das BM agiert überwiegend als Kommunikations- und Steuerungsknoten für die Termin- und Bettenplanung. Die konkrete Bettenplanung ist in elf der dreizehn Krankenhäuser Aufgabe des BM, in acht Häusern koordiniert das BM außerdem die Termine der Funktionsdiagnostik. In sechs Fällen ist das Belegungsmanagement auch in die OP-Planung einbezogen, wobei dies häufig in Kooperation mit einem ärztlichen OP-Manager erfolgt und die OP-

Koordination hinsichtlich der Bettenplanung Priorität gegenüber den Elektivaufnahmen hat.

Der Standardisierungsgrad bezüglich des Belegungsmanagements ist sehr unterschiedlich stark ausgeprägt. Elf Krankenhäuser arbeiten mit Clinical Pathways; Statute sind in sechs Krankenhäusern vorhanden. Dabei wird festgestellt, dass die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen und nachhaltigen Implementierung eines BM erheblich gesteigert wird, wenn das Statut die ausdrückliche Unterstützung der Geschäftsführung sowie die Unterschriften aller beteiligten Chefärzte enthält.

Der Personalbedarf liegt bei zentral gesteuerten Belegungsmanagementmodellen zwischen zwei und fünf Vollzeitkräften, bei dezentralen Formen gibt es ein bis zwei Leiter mit Stationsmanagern für die einzelnen Abteilungen. In allen Einrichtungen wird bei der Einstellung der Mitarbeiter des BM neben der Qualifikation als examinierte Krankenpflegekraft und umfassender Berufserfahrung großer Wert auf umfangreiche Softskills sowie Engagement für die Tätigkeit gelegt.

In fünf der dreizehn Krankenhäuser erhalten die Mitarbeiter des BM spezielle Schulungen, dabei handelt es sich in drei Fällen um Case-Management-Fortbildungen. In vier Einrichtungen werden spezielle EDV-Schulungen und in vier weiteren Häusern keine gesonderten Fortbildungen durchgeführt. In Einzelfällen setzt man auf interne Hospitationen oder Rotationen. Drei Krankenhäuser konnten keine Angabe über die Auswirkungen der BM-Stellen auf die Gesamtpersonalplanung machen, allerdings berichten sechs Häuser über budgetneutrale Umstrukturierungen. Lediglich in vier Einrichtungen kam es zu Neueinstellungen, allerdings bei erheblichem Fallzahlzuwachs. Bis auf eine Ausnahme wurden die für das BM genutzten Stellen aus dem Stellenkontingent der Pflege entnommen.

Im überwiegenden Teil der befragten Akutkrankenhäuser arbeitet das BM werktags zwischen 7.00 Uhr und 15.12 Uhr beziehungsweise von 8.00 Uhr bis 16.12 Uhr, wobei außerhalb dieser Zeiten die Belegungsverantwortung auf die

(Zentrale) Notaufnahme übertragen wird. In vier Häusern arbeitet das BM täglich 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr.

Für die Arbeit des BM steht den Mitarbeitern meist ein eigenes Büro mit der erforderlichen Ausstattung zur Verfügung. Als Ausnahmen gelten dezentrale Belegungsmodelle, hier dienen Stationszimmer oder Empfangstresen als Arbeitsplatz. Fünf Krankenhäuser arbeiten im Belegungsmanagement mit dem EDV-Support von ORBIS®, dreimal wird medico//s® verwendet, fünf Krankenhäuser arbeiten mit iMedOne®, SAP® und i.s.h. med®.

Als wichtigste Module werden dabei die Terminkalender-Funktion und die Stationsbettenansicht genannt. Der Umfang der EDV-Nutzung variiert je nach Krankenhaus stark. Die Zufriedenheit bezüglich des Krankenhausinformationssystems (KIS) wird viermal mit sehr gut beziehungsweise gut angegeben. Gründe für schlechtere Bewertungen sind vor allem zu lange Ladezeiten und mangelhafte Aktualität, was teilweise handschriftliche Sekundärdokumentation erforderlich macht. Vier der befragten Krankenhäuser konnten aufgrund einer aktuellen Umstellung des KIS keine Angabe machen. In einigen Fällen sind neben den genannten EDV-Systemen eigene Software-Ergänzungen im Einsatz.

Lediglich in drei Häusern werden die Belegungsdaten und Termine ausschließlich durch die Mitarbeiter des BM aktualisiert, in sechs Fällen ist dies auch Aufgabe des Stationspflegepersonals. Zweimal erfolgt die Aktualisierung zusätzlich durch Ärzte und in zwei Einrichtungen waren keine Angaben möglich. Dabei empfindet der überwiegende Teil der befragten Gesprächspartner die Aktualität als gut, wenngleich die Mitarbeiter in vielen Fällen regelmäßige, tägliche Stationsbegehungen zur Erfassung des aktuellen Standes durchführen.

In den meisten Häusern liegen dem BM sämtliche Belegungsdaten inklusive der der Intensiv- und Intermediate-Care-Stationen, der Terminplanung der Funktionsdiagnostik sowie der OP-Belegung vor. Nur in einer Einrichtung sind lediglich die Daten der Stationsbelegungen sowie der Terminplan der Funktionsdiagnostik zur Belegungsplanung verfügbar.

In elf von dreizehn Fällen erfolgt über das Belegungsmanagement auch die Koordination interner Verlegungen, nur einmal sind auch externe Verlegungen eingeschlossen. Während die Entlassplanung vorwiegend an das Case Management oder ein spezielles Entlassungsmanagement abgegeben wird, ist dies in vier der dreizehn Krankenhäuser in das Aufgabenspektrum des Belegungsmanagements integriert.

Nach wie vor stellt die Überwindung der Schnittstellen hinsichtlich eines interprofessionellen und interdisziplinären Belegungsmanagements eines der größten Probleme dar. Die Interviews zeigen deutlich, dass diese trotz großer Bemühungen häufig schlecht oder gar nicht verbessert werden konnten. Allmähliche Erfolge sind oftmals nur durch stetige Präsenz der Belegungsmanager in allen beteiligten Bereichen des Krankenhauses, viele Erklärungen sowie die Unterstützung durch die Geschäftsführung möglich. Einige Interviewpartner verweisen auf die nicht zu unterschätzende Rolle des „Status“, der Persönlichkeit und Durchsetzungskraft des Verantwortlichen des BM. Bezüglich der Schnittstelle zu externen Einweisern haben sich in der Regel nach schwierigen Anlaufphasen überwiegend Verbesserungen und eine steigende Kooperation mit dem Belegungsmanagement feststellen lassen. Entscheidend hierfür sind der konstante, stets verfügbare, zentrale Ansprechpartner sowie die Schnelligkeit und Zuverlässigkeit des BM.

Auswirkungen

Der größte Erfolg des Belegungsmanagements wird in der deutlich verbesserten Aufnahmekoordinierung und Patientenvorbereitung gesehen. Wichtige Voraussetzung hierfür sind die Strukturierung und Zuverlässigkeit des Aufnahmeprozesses, sowie die Steigerung der Transparenz sämtlicher Folgeprozesse. Fast überall wurden Fallzahlsteigerungen, Verweildauerreduzierungen sowie eine gestiegene Bettenauslastung erreicht, die unter anderem auf die erfolgreiche Arbeit des BM zurückgeführt werden. Darüber hinaus wurden Kommunikationsdefizite reduziert und das Teamgefühl stabilisiert.

Sieben der dreizehn Krankenhäuser weisen auf eine mehr oder weniger große Entlastung des Pflegepersonals durch den Einsatz eines BM hin, fünf Häuser sprechen von einer Mehrbelastung, wobei hierfür vor allem andere Einflussfaktoren wie Personalknappheit, Aufgabenzuwachs und

Kompetenzverlagerungen als Gründe genannt werden. Auf ärztlicher Seite wird ausschließlich von deutlichen Entlastungen berichtet.

Die Problematik der Flurbetten kann nicht überall beseitigt werden und nach wie vor stellt eine ungenügende Planbarkeit der nicht-elektiven Aufnahmen sowie chronischer Bettenmangel ein wesentliches Problem dar. Außerdem führen Kompetenzverlagerungen bezüglich der Bettenbelegung vor allem auf ärztlicher Seite punktuell zu bisher ungelösten Akzeptanzproblemen. Vor allem im pflegerischen Bereich wird stellenweise von enormer Mehrbelastung durch Personalreduktion und Fallvermehrung berichtet, so dass die Grenze des Machbaren überschritten sei und alle Prozessverbesserungen überlagert würden.

Aufgrund der verschiedenen Ausgestaltungsformen und Schwerpunkte des BM bestehen sehr heterogene Verbesserungswünsche. Neben einer verbesserten Entlassplanung sowie verstärkter Mitarbeiter- und Patientenorientierung werden beispielsweise die Klärung rechtlicher Fragen, bessere Raumkonzepte oder eine neue „Fehlerkultur“ genannt.

Um die Auswirkungen des BM nachvollziehen zu können, greifen nahezu alle Krankenhäuser auf die Auswertung der Daten des Medizincontrollings zurück. Außerdem finden vereinzelte, unregelmäßige Evaluationen statt, die jedoch meist auf die Patientenzufriedenheit fokussieren. Umfassende Evaluationen zum BM liegen in den besuchten Krankenhäusern bisher nicht vor.

4. Zusammenfassung

Trotz erfolgreicher und vielversprechender Modelle, die deutschlandweit seit etwa drei Jahren in einzelnen Einrichtungen durchgeführt werden, ist es bis zur flächendeckenden Einführung des (zentralen) Belegungsmanagements in Akutkrankenhäusern noch ein langer Weg. Vor dem Hintergrund der aktuellen Krankenhauspolitik, die eine konsequente Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfordert, werden sich zukünftig jedoch immer mehr Häuser für die Einrichtung eines derartigen Steuerungsinstruments entscheiden müssen. Dabei haben die strukturellen Besonderheiten und regionalen Einflüsse eines jeden Krankenhauses zur Folge, dass Belegungsmanagement *immer* ein individuelles

und an die spezifischen Merkmale angepasstes Instrument der Prozessoptimierung sein muss.

Dabei können dezentrale Belegungsmanagement-Strukturen unter bestimmten Umständen ebenso erfolgreich sein wie zentrale.

Als entscheidende Faktoren für den Erfolg eines Belegungsmanagements können nach den vorliegenden Ergebnissen folgende genannt werden:

1. Stützung des Projekts durch die Krankenhausleitung – auch gegen mögliche Widerstände der Klinikleitungen.
2. Übertragung der Leitung des BM auf eine autorisierte Person, die ein ausreichendes „Standing“ im Krankenhaus besitzt.
3. Klare Vereinbarungen zum BM (Statut, Geschäftsordnung) mit einem Regelwerk für Verantwortlichkeiten, Kompetenzverteilungen und Verfahrensweisen in bestimmten Situationen (Aufnahmeprozess, Terminvergabe, Verlegungen, Überbelegung, interdisziplinäre Belegungen von Stationen usw.).
4. Verfügbarkeit der Informationen zur aktuellen Stationsbelegung (möglichst per EDV). Vor allem im Hinblick auf die prospektive Belegungsplanung sowie die optimierte Abstimmung aller OP- und funktionsdiagnostischen Termine bietet ein stets aktuelles, schnelles und zuverlässiges Krankenhausinformationssystem eine bedeutende Unterstützung.
5. Möglichst umfassende Informationen über die Belegung und Auslastung der besonderen Bereiche (Intensivstationen, OP usw.).
6. Frühzeitige Klarheit über Verweildauern und Entlasstermine.
7. Integration des BM in die Abläufe der Notfallambulanz.
8. Kooperationsbereitschaft und Motivation *aller* Beteiligten.

Wenngleich bisher keine umfassenden Evaluationen zum Belegungsmanagement vorliegen, so zeigen die Ergebnisse der Befragung bereits in diesem Stadium wesentliche Erfolge. Die Standardisierung der Aufnahme- beziehungsweise Belegungsplanung führt durchgehend zu einer deutlich verbesserten Patientenvorbereitung und Prozesskoordinierung. Dies bewirkt sowohl auf ärztlicher als auch auf pflegerischer Seite eine erhebliche

Zeitersparnis und schafft neue Ressourcen, die, sofern sinnvoll eingesetzt, zu einer deutlichen Effizienzsteigerung beitragen können.

Trotz oder gerade wegen der erfolgreichen Arbeit des neu implementierten Steuerungsinstruments nimmt das BM häufig eine widersprüchliche Rolle zwischen Unterstützung und Arbeitsmehrbelastung ein. Diese Diskrepanz stellt derzeit neben den starren hierarchischen Strukturen die größte Herausforderung dar.

5. Anhang

A. Interview-Leitfaden

Ausgangssituation

1. Wie sah die Ausgangssituation vor Einführung des BM aus? Gab es Probleme?
2. Wurden weitere Lösungsmöglichkeiten diskutiert?
3. Was verstehen Sie selbst unter BM?
4. Durch wen wurde das Modell entwickelt?
5. Wie wurde das BM implementiert? Welche Vorab-Untersuchungen gab es?

Belegungsmanagement

6. Seit wann gibt es das BM in Ihrer Klinik?
7. Wem ist das BM unterstellt?
8. Welche Fälle werden durch das BM bearbeitet (elektive Fälle, nicht-elektive Fälle)?
9. Für welche Abteilungen arbeitet das Belegungsmanagement?
10. Gibt es eine interdisziplinäre Bettenbelegung? Für welche Abteilungen?
11. Welche Aufgaben deckt das BM ab?
12. Wie weit reicht die Ressourcenplanung des BM?
13. Bis zu welchem Punkt ist Standardisierung möglich? Gibt es feste Pathways?
Wann treten Probleme auf?

Personal

14. Wie viele Personen arbeiten im Bereich Belegungsmanagement?
15. Welche Qualifikationen wurden für die Arbeit im BM gefordert?
16. Sind die MitarbeiterInnen speziell qualifiziert worden?
17. Wie ist die Arbeitszeit des BM gestaltet?
18. Welche Auswirkungen hatte die Einführung des BM auf die Personalplanung?

Umsetzung

19. Welche Räumlichkeiten und Ausstattungen stehen dem BM zur Verfügung?
20. In welchem Umfang arbeitet das BM mit EDV-Unterstützung?

- 21. Wird die EDV-Unterstützung als ausreichend empfunden?
- 22. Wie erfolgt die Aktualisierung der benötigten Informationen?
- 23. Liegen den MitarbeiterInnen des Belegungsmanagements auch die Daten der Belegung der Intensiv- und Intermediate-Care-Stationen, der OP-Belegung und der Terminplanung der Funktionsdiagnostik vor?
- 24. Erfolgt über das Belegungsmanagement auch die Verlegung und Entlassung der Patienten?

Auswirkungen

- 25. Wie werden Schnittstellen überwunden?
- 26. Welche Erfahrungen wurden mit dem BM insgesamt gemacht?
- 27. Wird die Arbeit des BM als Be- oder Entlastung empfunden?
- 28. Wie gehen die MitarbeiterInnen mit der Kompetenzverschiebung um?
- 29. Konnten die eingangs erwähnten Probleme beseitigt werden?
- 30. Welche Verbesserungsmöglichkeiten schlagen Sie vor?
- 31. Gibt es festgelegte Ziele oder Evaluationskriterien?

B. Größe und Lage der befragten Krankenhäuser

Bettenkapazität	Anzahl
200 bis 399	3
400 bis 599	3
600 bis 799	2
800 bis 999	1
1000 bis 1199	1
1200 bis 1399	1
1400 bis 1599	2

Bundesland	Anzahl
Baden-Württemberg	1
Bayern	4
Bremen	1
Hamburg	2
Niedersachsen	1
Nordrhein-Westfalen	4

Tabelle 2-3: Übersicht zur Größe (Bettenkapazität) und Lage (Bundesland) der Krankenhäuser