

Krankenhaus im Wandel

Carsten Hilbert

- 1.1 Rahmendaten und Entwicklung der Krankenhäuser – 4**
- 1.2 Treiber der Entwicklungen – 5**
 - 1.2.1 Medizinische Innovationen – 5
 - 1.2.2 DRGs und die Folgen – 6
 - 1.2.3 Out- und Insourcing – 7
 - 1.2.4 Investitionskostenfinanzierung – 8
 - 1.2.5 Demografische Entwicklung der Bevölkerung – 8
- 1.3 Folgerungen und Handlungsfelder für das Management – 9**
 - 1.3.1 Entlassungsmanagement – 10
 - 1.3.2 Leistungsportfolio – 10
 - 1.3.3 Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus – 11
 - 1.3.4 Neuordnung von Aufgaben in den Berufsgruppen – 12
- 1.4 Fazit – 12**
- Literatur – 13**

Es ist nicht gesagt, dass es besser wird, wenn es anders wird. Wenn es aber besser werden soll, dann muss es auch anders werden. (Georg Christoph Lichtenberg – Physiker, Schriftsteller, Universalgelehrter; 1742–1792)

Einleitung

»Gesundheit...!« Dieser mitfühlende Ausruf von Mitmenschen ist gerade in der kalten Jahreszeit allort zu hören. Nicht nur als zentraler Bestandteil von wohlmeinenden Grüßen aus allerlei Anlässen ist das Thema Gesundheit individuell und kollektiv essenzieller kultureller Bestandteil unserer Gesellschaft. Dabei hatte Gesundheit niemals zuvor einen so hohen Stellenwert wie heute. Das Auftreten neuer Krankheiten, ein zunehmendes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung, nicht zuletzt aufgrund der steigenden Lebenserwartung, und Fragen der Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen haben das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren zunehmend in den Mittelpunkt öffentlichen Interesses gerückt, zumal auch aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen die Fragen nach der Sicherstellung der Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung weiterhin unbeantwortet lassen.

Krankenhäuser stellen im Kernbereich des Gesundheitswesens die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher. Sie tragen Sorge für die erforderliche Diagnostik und Therapie. Ihre Aufgaben liegen insbesondere in der Behandlung schwerer und komplexer Krankheiten.

Jedes Unternehmen Krankenhaus, ob Maximal-, Schwerpunkt-, Regel- oder Grundversorger, ist in der Verpflichtung, tragfähige Strukturen zu schaffen und nachhaltige Strategien zu entwickeln, um die Versorgung der Patienten sicherstellen zu können. Die aktuelle Lage fordert die Akteure heraus: Der demografische Wandel der Gesellschaft einerseits, die sich durch Politik und Wirtschaft signifikant verändernden Rahmenbedingungen andererseits sowie explodierende Kosten und sinkende Etats erlauben keinen Stillstand. Gesellschaftlich besteht eine hohe Erwartung an die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und damit auch die Wandlungsfähigkeit der beteiligten Stakeholder.

1.1 Rahmendaten und Entwicklung der Krankenhäuser

Ende 2008 waren insgesamt 4,6 Millionen Menschen oder etwa jeder 9. Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen tätig. Das waren rund 76.000 Menschen oder 1,7 % mehr als ein Jahr zuvor. Seit dem Jahr 2000 ist das Personal im Gesundheitswesen um insgesamt 500.000 Beschäftigte bzw. 12,2 % gestiegen.

Die rund 2100 deutschen Krankenhäuser haben mit einem Anteil von 2,7 % am Bruttoinlandsprodukt, 1,1 Mio. Beschäftigten und einem Gesamtumsatz von 60,4 Mrd. Euro eine zentrale Funktion nicht nur im medizinischen, sondern insbesondere auch im gesamtgesellschaftlichen Sinne. In zahlreichen Regionen sind sie die größten Arbeitgeber und bieten qualifizierte Arbeitsplätze an (DKG 2009).

817.000 Vollkräfte, davon rund 130.000 im ärztlichen und 687.000 im nichtärztlichen Dienst, kümmerten sich um die Versorgung der Krankenhauspatienten. Die Zahl der im Krankenhaus beschäftigten Vollkräfte stieg im Vergleich zum Vorjahr um 1,6 % im ärztlichen Dienst bzw. 2,7 % im nichtärztlichen Dienst. Allein im Pflegedienst waren 302.000 Vollkräfte (2008: 300.000) im Einsatz (Statistisches Bundesamt 2010).

Das Krankenhauspersonal entwickelte sich in den letzten Jahren recht unterschiedlich: Insgesamt ging die Beschäftigtenzahl zwischen 2000 und 2008 um insgesamt 23.000 Personen oder 2,1 % zurück. Zudem sind deutliche regionale und berufsgruppenspezifische Unterschiede festzustellen. Im Jahr 2009 wurden 17,8 Millionen Patienten stationär im Krankenhaus behandelt. Die Zahl der Behandelten stieg gegenüber dem Vorjahr um 290.000 (+1,6 %). Der Aufenthalt im Krankenhaus dauerte für die Patienten im Jahr 2009 durchschnittlich 8,0 Tage (2008: 8,1 Tage) (Statistisches Bundesamt 2010).

In Deutschlands Krankenhäusern standen insgesamt 503.000 Betten zur Verfügung; das entspricht dem Versorgungsangebot des Jahres 2008. Zwar befinden sich die meisten Betten in einem Krankenhaus eines öffentlichen Trägers (48,7 %), der Anteil der Betten in privaten Häusern nimmt jedoch stetig zu (aktuell 16,6 %). Die Bettenauslastung lag 2009 mit 77,5 % geringfügig über dem Vor-

■ Tab. 1.1 Kennzahlen im Krankenhaus (Quelle: Statistisches Bundesamt)

Jahr	Krankenhäuser			Patientenbewegung				
	Insgesamt	Aufgestellte Betten insgesamt		Fallzahl		Berechnungs- und Belegungstage	Durchschnittliche Verweildauer	
		Anzahl	je 100.000 Einwohner	Anzahl	je 100.000 Einwohner	Anzahl in 1.000	in Tagen	in %
2000	2.242	559.651	681	17.262.929	21.004	167.789	9,7	81,9
2001	2.240	552.680	671	17.325.083	21.041	163.536	9,4	81,1
2002	2.221	547.284	664	17.432.272	21.135	159.937	9,2	80,1
2003	2.197	541.901	657	17.295.910	20.960	153.518	8,9	77,6
2004	2.166	531.333	644	16.801.649	20.365	146.746	8,7	75,5
2005	2.139	523.724	635	16.539.398	20.056	143.244	8,7	74,9
2006	2.104	510.767	620	16.832.883	20.437	142.251	8,5	76,3
2007	2.087	506.954	616	17.178.573	20.883	142.893	8,3	77,2
2008	2.083	503.360	613	17.519.579	21.334	142.535	8,1	77,4

jahresniveau (77,4 %). Die höchste Bettenauslastung hatten öffentliche Krankenhäuser mit 79,1 % aufzuweisen, die geringste (75,6 %) freigemeinnützige Krankenhäuser (■ Tab. 1.1).

1.2 Treiber der Entwicklungen

1.2.1 Medizinische Innovationen

Im europäischen Raum ist Deutschland nach wie vor der größte Markt für apparative Diagnostik und Pharmazeutika. Allein die Übersicht medizinisch-technischer Großgeräte im Jahresverlauf der vergangenen Jahre (■ Tab. 1.2) zeigt indirekt die auch finanzielle Relevanz des technischen Fortschritts für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Meist handelt es sich zudem um Add-on Technologien, die nur unwesentlich zu Kosteneinsparungen durch Substitutionen in anderen, weniger effizienten Methoden oder Techniken beitragen. Gleiches gilt für eine Vielzahl von diagnostischen oder therapeutischen Prozeduren in nicht aufgeführten Fachdisziplinen.

Unstrittig sind durch die Einführung der neuen Techniken und die rasche Translation von Erkenntnissen aus der Forschung in die Patientenversorgung große Fortschritte in den diagnostischen und therapeutischen Optionen für viele medizinische Entitäten und damit Patienten erreicht worden – allerdings auch mit der Folge der so genannten Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Wesentlich hierbei sind der Aufklärungsgrad der mündigen Patienten mit der Forderung nach optimaler Behandlung einerseits und die Kostenintransparenz für die erbrachten Leistungen andererseits, mit einem zwar gestiegenen, aber dennoch unterentwickelten Kostenbewusstsein bei den Leistungserbringern (wohl auch durch politisch gesetzte Fehlanreize im Gesundheitssystem). Die durch Patienten und Anbieter induzierte Nachfrage nach Leistungen, weniger die Kosten pro Untersuchungs- oder Therapieeinheit, ist denn auch die Kostentreiber im Gesundheitswesen.

Die zunehmende Verbreitung und Implementierung einer validen Kosten-Träger-Rechnung kann durch erreichte Transparenz bei volkswirtschaftlich orientiertem Management dafür sorgen, dass die so genannte Kostenexplosion gemindert wird. Der alleits von den Leistungsanbietern gew-

■ **Tab. 1.2** Entwicklung der medizinisch-technischen Großgeräte in Deutschland von 2002 bis 2008 (Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 9.11.2009)

Art des medizinisch-technischen Großgerätes	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Medizinisch-technische Großgeräte insgesamt	8014	8211	8562	8967	9268	9610	9891
darunter u. a.:							
Computertomographiegeräte (CT)	1101	1137	1179	1241	1273	1308	1344
Dialysegeräte	3915	3973	4104	4312	4444	4630	4782
Digitale Subtraktionsangiographiegeräte (DAS)	454	499	549	583	615	624	644
Koronarangiographische Arbeitsplätze	484	495	521	555	594	637	677
Gammakameras	546	571	598	604	604	609	593
Herz-Lungen-Maschinen	338	328	339	346	348	361	370
Kernspintomographen (MRT)	481	502	533	571	622	659	703
Linearbeschleuniger	341	346	356	357	354	358	365
Positronenemissionscomputertomographen (PET)	50	56	63	63	72	79	76
Stoßwellenlithotrypter	268	268	286	304	311	319	317

forderten auskömmlichen Vergütung von erbrachten Leistungen ist damit freilich noch nicht entgegengekommen.

Medizinisch-technische Innovationen im Gesundheitswesen werden dazu führen, dass das Wachstum der Gesundheitsbranche weiterhin oberhalb der Zuwachsraten des Bruttoinlandsprodukts (BIP) liegt und potenziell damit exzellente Aussichten bietet. Dieser volkswirtschaftliche Effekt ist bei allen Überlegungen zum Gesundheitsmarkt im engeren Sinne auch bei der Gesetzgebung zu berücksichtigen.

1.2.2 DRGs und die Folgen

Mit der Einführung des DRG-Vergütungssystems wurde die Finanzierung der Krankenhäuser auf eine neue Grundlage gestellt. Aus den Krankenhausbudgets abgeleitete tagesgleiche Pflegesätze sind in Leistungsbewertungen überführt worden, die aus Kalkulationen ermittelt werden.

Die leistungsorientierte Vergütungsstruktur objektiviert die Bewertung der Krankenhausleistungen und den Finanzbedarf für die stationären Leistungen insgesamt. Sie macht Aufwand, Kosten und Erlöse transparent, schafft damit die Voraussetzung für Kosten- und Effizienzorientierung in den Krankenhäusern und ermöglicht eine ressourcensparende, qualitätsgesicherte Medizin. Das lernende DRG-System wird aber nicht alle relevanten stationären Leistungen sachgerecht abbilden. Dies wird auch nach dem Ende der so genannten Konvergenzphase zu Herausforderungen führen.

Die Einführung von fallbezogenen Vergütungen hat u. a. zu einer deutlichen Verkürzung der Verweildauern im Krankenhaus geführt. Die Entwicklung der vergangenen 10 Jahre mit einer Reduzierung der Liegezeiten von 9,7 auf jetzt noch 8,0 Tage im Durchschnitt konnte nur durch eine Verbesserung der Prozessabläufe und einen optimierten Ressourceneinsatz erreicht werden. Der Trend zur Arbeitsverdichtung und Prozessoptimierung wird sicher weitergehen; die Frage stellt sich nach dem Umfang noch erzielbarer Effizienzreser-

ven und der Umsetzungsgeschwindigkeit. Hierbei spielen verschiedene, auch gegensätzliche Faktoren eine Rolle, was die Vertretbarkeit für die Sicherstellung einer Patientenversorgung insbesondere der alternden Bevölkerung angeht.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) stellt mit seinen Kalkulationen aus den beteiligten Kliniken einen inzwischen anerkannten Benchmark für Leistungszahlen dar und sorgt für Transparenz in der Leistungserbringung auch der eigenen Prozesse. Unstrittig sind notwendige Modifikationen, die durch die jeweilige Infrastruktur und die Breite des Portfolios bedingt sein können.

DRGs haben bereits erheblich zur Standardisierung von Krankenversorgungsprozessen durch die Anwendung von Clinical Pathways oder SOPs geführt. Im optimalen Fall sind diese Änderungen nicht nur monetär, sondern auch qualitätsgetrieben und führen zu einer Verbesserung der Patientenversorgung, nicht nur des Deckungsbeitrags. Standards sind auch im Sinne eines notwendigen und von Patienten wie Kostenträgern gewünschten Qualitätsmanagements notwendig. Die Etablierung u. a. von Case Managern ist in vielen Bereichen bereits Realität und trägt zur Transparenz und Qualitätssteigerung des Leistungsgeschehens bei.

1.2.3 Out- und Insourcing

Strukturelle Änderungen im Ablauf der Patientenversorgung im Fokus zu haben und Analysen der Ressourcen der an der Leistungserbringung beteiligten Fachdisziplinen durchzuführen, ist eine Kernaufgabe des Krankenhausmanagements. Diese umfasst alle Bereiche: die primäre Leistungserbringung in den OPs, in den Funktionsbereichen wie z. B. der Dialyse oder einer Endoskopie, auf den Stationen oder in den Ambulanzen, aber auch den Sekundärbereich mit Dienstleistungen u. a. der Radiologie, Pathologie und des Labors. Betriebsabläufe gerade auch im Tertiärbereich – und hier ist besonders die Transportlogistik zu nennen – sind eine permanente Herausforderung für das Management: Ressourcenrestriktionen in diesen nachgeordneten Bereichen führen rasch im Sinne eines Kaskadeneffektes zu Ineffizienzen auch der wertschöpfenden Primärbereiche eines Klinikums.

In diesem Zusammenhang sind die Chancen und Probleme der Hebung von Rationalisierungs- und Optimierungsreserven durch das Outsourcing von Leistungsbereichen anzusprechen. Je nach Rechtsform des Trägers ist nach Wirtschaftlichkeitsanalysen die Auslagerung von Leistungen an Dritte (auch eigene Tochterunternehmen, z. B. in Form einer GmbH) eine sinnvolle Option, wenn über definierte Dienstleistungsvereinbarungen (SLA) die Qualitäten bezogener Leistungen fixiert werden. Prinzipiell sind solche Auslagerungen mit größeren unternehmerischen Freiheitsgraden verbunden, die sich nicht zwingend zum Nachteil der Beschäftigten auswirken müssen. Im Gegenteil: Incentivierungen außerhalb bestehender Tarifverträge in Häusern der öffentlichen Trägerschaft sind oft erst in anderen Rechtsformen möglich. Auch strategische Systempartnerschaften mit Dienstleistungsunternehmen mit Teildeteiligungen können für die Optimierung von Prozessen im Sinne eines Insourcing von Know-how genutzt werden. Entscheidend sind die vertraglichen Regelungen zwischen den Betreibern und den Partnern, die sicherstellen, dass in befristeten Kooperationen das Inhouse-Know-how (auch organisatorisch) konstant erhalten bleibt. Beispiele missglückter Kooperationen mit der Wiedereingliederung von Leistungen (IT, Transportlogistik, Einkauf) sind am Markt ebenso zu finden wie erfolgreiche Ausgliederungen ganzer Kliniken.

Werden klinische oder Primärbereiche ausgelagert, sollte dies zur strategischen Schärfung des jeweiligen Krankenversorgungsprofils erfolgen, in Abwägung der Kollateraleffekte (Radiologie, Pathologie, Labor und Mikrobiologie, Apotheke): Eine telemedizinische Versorgung wird beispielsweise für die Organisation kleiner Abteilungen außerhalb der Kernarbeitszeiten wirtschaftlich sinnvoll sein, um Vorgaben des Arbeitszeitschutzgesetzes umsetzen zu können, und kann darüber hinaus in Spezialgebieten zu einer Qualitätsverbesserung beitragen (z. B. Neuroradiologie, Kinderradiologie). Andererseits besteht die Gefahr des Verlustes kollegialen Austausches bzw. des Verlustes an Informationen, die die Qualität der Patientenversorgung gefährden können.

1.2.4 Investitionskostenfinanzierung

Investitionen zur Verbesserung der Betriebsabläufe sind eines der zentralen Instrumente zur Senkung der laufenden Betriebskosten von Krankenhäusern: Rationalisierungsreserven sind meist mit Prozessoptimierungen durch Verbesserung der baulichen Infrastruktur oder der IT verknüpft.

Ein Investitionsstau in Höhe von rund 50 Mrd. Euro wird für den Standort Deutschland von verschiedenen Seiten benannt, ohne hier präzise Angaben für den realen Bedarf kalkulieren zu können. Es kann also auch deutlich mehr sein.

Die öffentliche Hand konnte ihren hoheitlichen Aufgaben in den vergangenen Jahren (oder Jahrzehnten) nicht im notwendigen Maße nachkommen. Hieraus resultiert im Wesentlichen der vorhandene Investitionsstau in der dualen Krankenhausfinanzierung, so dass Alternativen zur Finanzierung der dringend benötigten Investitionen durch z. B. Public-Private-Partnership-(PPP-) Projekte eine zunehmende Rolle spielen. Hierzu müssen vom Gesetzgeber die erforderlichen Weichen durch Änderungen z. B. des KHG (Investitionen nach § 9 Abs. 1 [Einzelförderung]) gestellt werden.

Eine Umstellung von der derzeitigen dualen auf die monistische Finanzierung wird nur dann gelingen, wenn eine vollständige Überleitung der bisher von den Bundesländern zur Investitionsförderung gemäß dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bereitgestellten Mittel in das GKV-System und der Abbau des Investitionsstaus durch die öffentliche Hand erfolgen. Die Investitionskostenanteile müssten den tatsächlichen Investitionsbedarf widerspiegeln, eine auskömmliche Investitionsfinanzierung gewährleisten und im DRG-System transparent ausgewiesen werden.

Gelingt eine Reduzierung des Investitionsstaus nicht, werden die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser – je nach Träger in unterschiedlichem Ausmaß – und die Qualität der medizinischen Leistungen sinken. Innovative Wege müssen in der Zukunft seitens der Gesetzgeber ermöglicht werden, und den Trägern, den Krankenkassen und dem Krankenhausmanagement müssen genügend Freiheitsgrade zu deren Umsetzung zur Verfügung stehen.

Die in der Vergangenheit prognostizierte Fusions- und Privatisierungswelle ist schwächer ausgefallen als erwartet, liegt aber immer noch im Trend. Investitionsrestriktionen, insbesondere von Bauinvestitionen wie bei Häusern der öffentlichen Hand, liegen bei privaten Trägern im vergleichbaren Maße nicht vor. Privaten Trägern stehen andere Finanzquellen zur Verfügung, und in der Regel können Prozesse deutlich zügiger adaptiert und umgesetzt werden, was im Wettbewerb von Vorteil ist: Sie unterliegen nicht dem öffentlichen Dienst-, Bau- und Vergaberecht. Private Träger sind damit in der Lage, Infrastrukturen in der Regel wirtschaftlicher und also wettbewerbsfähig anzubieten. Dennoch muss gerade bei privaten Trägern die Rendite aus der Geschäftstätigkeit erwirtschaftet werden, mit der Folge, dass die oben beschriebene Leistungsverdichtung deutlich verschärft wird. Ob die Privatisierung von Krankenhäusern in ganzheitlicher Betrachtung eine Erfolgsgeschichte sein wird, bleibt offen.

1.2.5 Demografische Entwicklung der Bevölkerung

Mit fortschreitendem Alter steigen die Pro-Kopf-Krankheitskosten überproportional an: Die geringsten Werte wiesen im Jahr 2008 die unter 15-jährigen Kinder und Jugendlichen (1.360 Euro) und die 15- bis 29-jährigen (1.320 Euro) auf. Bis zum 65. Lebensjahr lagen die Pro-Kopf-Kosten noch durchgängig unter dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (3.100 Euro), überschritten ihn dann und stiegen mit zunehmendem Alter rasch und deutlich an: Bei den 65- bis 84-jährigen waren sie bereits 2,1-mal so hoch wie der Durchschnitt, bei den über 84-jährigen sogar 4,8-mal so hoch – hier lag der Spitzenwert im Jahr 2008 bei rund 14.840 Euro.

Bemerkenswert sind auch die Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Auf Frauen entfielen im Jahr 2008 pro Kopf durchschnittlich 3.440 Euro, auf Männer lediglich 2.740 Euro. Die Krankheitskosten lagen somit im Durchschnitt bei den Frauen 1,3-mal bzw. 700 Euro über denen der Männer. Die Ursachen für die ungleiche Verteilung auf die Geschlechter sind vielfältig: Neben der unterschied-

lichen Bedeutung geschlechtsspezifischer Erkrankungen und den Kosten von Schwangerschaft und Geburt spielt der größere Anteil älterer Frauen an der Gesamtbevölkerung infolge der höheren Lebenserwartung eine wichtige Rolle (Statistisches Bundesamt 2010).

Die Prognosen zur demografischen Entwicklung in Deutschland zeigen eindeutig, dass der Anteil älterer Menschen und damit der älteren Patienten immer weiter zunimmt. Die Verweildauer der über 65-Jährigen im Krankenhaus ist durchschnittlich zudem um 3 Tage länger als die der Jüngeren. Das bedeutet, dass mehr Patienten länger behandelt werden müssen. Die Folgen sind ein steigender Bedarf an Ärzten und Pflegepersonal (Da-Cruz 2010) und höhere Kosten.

Die Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser hat sich seit Mitte der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts wesentlich verändert. Seit 1995 wurden in den deutschen Krankenhäusern mehr als 50.000 Pflegestellen bzw. rund 15 % des Pflegepersonals abgebaut. Gab es 1995 noch gut 350.000 Pflegevollkräfte, so waren es 2007 nur noch knapp 298.000. Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der stationären Fälle von 15,9 auf 17,2 Millionen Fälle zu (+8 %). Hierbei verschob sich die Altersstruktur der stationär behandelten Patienten merklich auf die Altersgruppen ab 65 Jahren, die häufig durch Multimorbidität und chronische Erkrankungen gekennzeichnet sind. Die Zahl der Pfl egetage ging zwischen 1995 und 2007 um rund 22 % zurück. Insgesamt hat die Arbeitsverdichtung bzw. Arbeitsbelastung im Pflegedienst somit deutlich zugenommen. Das Statistische Bundesamt geht in seinen Modellrechnungen davon aus, dass die Zahl der stationären Behandlungsfälle trotz sinkender Einwohnerzahlen bis zum Jahr 2030 weiterhin steigen könnte. Grund hierfür ist die höhere stationäre Behandlungsbedürftigkeit von älteren Menschen (Statistisches Bundesamt 2008).

Diese Entwicklung wird den Arbeitsmarkt und die Personalpolitik in den Unternehmen nachhaltig beeinflussen, denn es rücken kaum noch ausreichend junge Leute nach, und das Durchschnittsalter der Belegschaften wird steigen.

Krankenhäuser sind auch Träger von Ausbildungsstätten für eine Vielzahl von Berufen im Gesundheitswesen. Der Bedarf an qualifiziertem Per-

sonal wird in den nächsten Jahren deutlich wachsen. Die Betriebe werden immer weniger geeignete Auszubildende und Fachkräfte finden und daher verstärkt auf ältere Beschäftigte angewiesen sein. Perspektivisch wird es zunehmend zu qualifikatorischen und regionalen Lücken im Arbeitskräfteangebot kommen. Auch die Zahlen der Kultusministerkonferenz (KMK) bestätigen den Trend: In einem Zeitraum von nur 14 Jahren (2006–2020) wird die Zahl der Schulabgänger von allgemeinbildenden Schulen um ein Fünftel abnehmen. In den neuen Bundesländern wird die Situation mit durchschnittlich ca. 37 % Rückgang noch deutlich dramatischer sein als in den alten Bundesländern mit ca. 16 %. Die Anzahl der Auszubildenden wird also knapp (Kultusministerkonferenz 2007).

Die Belegschaften in den Unternehmen altern insgesamt. Ältere gehören daher zum wichtigsten Arbeitskräftepotenzial der Zukunft. Die Stärken und Schwächen der verschiedenen Generationen zu erkennen und durch gegebenenfalls neue Arbeitsformen einer altersgemischten Gruppenarbeit auszugleichen, ist die Herausforderung der Zukunft. Unterschiedliche Qualifikationsprofile und Erfahrungen können sich dabei ausgesprochen gut ergänzen.

Eine Unternehmensphilosophie der lebenslangen Förderung, Qualifikation und Weiterbildung trägt dieser Entwicklung Rechnung. Lebenslanges Lernen muss aber auch als intrinsisches Element bei den Mitarbeitern entwickelt werden. Weitere Erfordernisse bestehen in einer besseren Umsetzung des Know-how-Transfers, im Erhalt betrieblicher Flexibilität und Innovation sowie in einer verbesserten Präsentation der Arbeitgeberattraktivität.

1.3 Folgerungen und Handlungsfelder für das Management

Einige erörterte Aspekte sind durch das Krankenhausmanagement vor Ort unmittelbar beeinflussbar, andere nicht: Nur indirekt können Krankenhäuser über Verbände Einfluss auf z. B. gesetzliche Rahmenbedingungen oder Investitionsvolumina der Länder nehmen.

Die Optimierung von medizinischen und paramedizinischen Prozessen im Krankenhaus ist Tagessgeschäft der strategisch Verantwortlichen, also des Krankenhausmanagements. Diese Prozesse werden in den nachfolgenden Kapiteln beleuchtet. Auf einige beeinflussbare Nebenfaktoren soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

1.3.1 Entlassungsmanagement

Eine Folge des DRG-Systems ist die Notwendigkeit zur Analyse der eigenen Leistungsbereiche und des Portfolios angebotener stationärer Leistungen. Die Optimierungen der Verweildauern zwingen zu einem professionellen Belegungs- und Entlassungsmanagement, beinhaltend ein optimales Case Management. Für den Erfolg sind profunde Kenntnisse des DRG-Systems notwendig sowie eine optimale interfunktionale und interhierarchische Zusammenarbeit der am Leistungsprozess beteiligten Berufsgruppen. Letzteres stellt sich als eine historische Herausforderung dar. Diese kulturelle Baustelle anzugehen, führt nicht nur zu effizienteren Prozessen, sondern auch zu einer höheren Zufriedenheit und gegenseitigen Wertschätzung der Beteiligten.

1.3.2 Leistungsportfolio

Krankenhäuser sind komplexe medizinische Standorte mit der Fähigkeit, neben ambulanter und stationärer Diagnostik und Therapie Leistungen der gesamten Wertschöpfungskette zu erbringen. Sie können damit einen Beitrag zur notwendigen Veränderung und Flexibilisierung des Gesundheitssystems leisten.

Nicht alle Krankenhäuser können infrastrukturell Leistungen zu denselben Bedingungen kostendeckend erbringen. Dies zwingt unter der Maxime der Ökonomie einerseits zu standardisierten Prozessen, andererseits zu Spezialisierungen oder Beschränkungen des angebotenen Portfolios. In dem System von Häusern der unterschiedlichen Versorgungstypen (Grund- und Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung) sind strategische Kooperationen und Allianzen neben Fusionen

sinnvolle Modelle zur differenzierten abgestuften Leistungserbringung.

Netzwerke sind auch hier das Gebot der Stunde: Die vertraglichen Bindungen fördern zudem die fachliche Kooperation und stellen die hochqualifizierte bedarfsgerechte Patientenversorgung in der Fläche sicher. Für die Aus- und Weiterbildung von ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräften gilt dies vergleichbar: Durch Weiterbildungsverbünde und -kooperationen kann in Zeiten des Fachkräftemangels die Weiterbildung in der Fläche sichergestellt werden. Dies gilt zunehmend auch für Kooperationen mit niedergelassenen Fachärzten.

Die strenge sektorale Trennung von stationärer und ambulanter Leistungserbringung und die doppelte Facharztschiene führen zu Ineffizienzen im Gesundheitssystem, sind ein Hindernis in der optimalen Nutzung der vorhandenen Ressourcen und erhöhen gesamtwirtschaftlich die Kosten. Vorhaltekosten für OPs und Großgeräte könnten effizienter genutzt werden durch eine stärkere Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor.

Auf die Möglichkeiten der Medizinischen Versorgungszentren sei an dieser Stelle nur hingewiesen.

Einen Erfolgsfaktor im Wettbewerb und gleichzeitig eine Herausforderung stellen die immer älter werdenden Patienten dar: Antworten der Häuser auf eine altersgerechte wirtschaftliche Versorgung durch altersadaptierte Leistungsangebote dürften eine Antwort auf den demografischen Wandel sein und auch die Wahl eines Patienten mitentscheiden. Hier sind einzelne Ansätze in den verschiedenen Fachgesellschaften zu erkennen. So werden derzeit beispielsweise Projekte zum altersgerechten Operieren erprobt. Einige Universitätskliniken haben die Altersforschung als Schwerpunkte ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit proklamiert – die Translation der evaluierten Ergebnisse in die Fläche und eine diesbezügliche Expertise werden ein Wettbewerbsvorteil bei der Auswahl zukünftiger Kooperationspartner für Krankenkassen und die Akzeptanz von Krankenhäusern durch Patienten sein.

Das Krankenhaus als integriertes Gesundheitsdienstleistungszentrum mit einem umfassenden Angebot präventiver, ambulanter, stationärer, prä- und poststationärer Leistungserbringung sowie Rehabilitation zu etablieren mit einem Netzwerk de-

zentraler Partner – das heißt mit einem Leistungsumfang, der die gesamte Wertschöpfungskette der Patientenversorgung abdeckt –, ist sicher nicht für jedes Haus in jeder Region realisierbar und stellt eine Maximalvorstellung als gesellschaftspolitische Aufgabe in einer alternden Gesellschaft dar.

1.3.3 Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus

Was nützen optimierte und effiziente Prozesse, wenn kein oder nicht ausreichend Personal mehr zur Verfügung steht, das die Leistungen auch erbringt?

Ein OP, der am Nachmittag aus Personalmangel nicht mehr besetzt werden kann, wenn er doch eigentlich den ganzen Tag zur Verfügung steht, ist sicher nicht effizient und wertschöpfend genutzt.

In Zeiten stagnierender oder sinkender investiver und finanzieller Ressourcen bedeutet die Optimierung von Prozessen auch eine Fokussierung auf die menschlichen interaktiven Komponenten: Maßnahmen zur verbesserten Zusammenarbeit in berufsgruppenübergreifenden Teams führen im Erfolgsfall zu koordinierten Arbeitsabläufen und weniger Reibungsverlusten; Missverständnisse, Konflikte, unbeabsichtigte Doppelarbeiten, Überlastung von Führungskräften, Arbeitsverdichtung und die daraus resultierende Unzufriedenheit der Mitarbeiter lassen sich reduzieren. Die Bedeutung der Verbesserung der Kommunikation durch Schulung von Fertigkeiten und Schaffung von effektiv gestalteten interdisziplinären Besprechungen kann gar nicht genug betont werden.

Der Fachkräftemangel ist ein reales Problem, wenngleich in unterschiedlicher fachlicher und regionaler Ausprägung. Tarifliche Zugeständnisse sind nicht zu erwarten und gegebenenfalls auch nicht nachhaltig wirksam. Ärzte können sich aktuell nahezu ihre Arbeitsstelle aussuchen. Im Durchschnitt können Krankenhäuser vier Stellen (bereinigt um normale Fluktuation/Vakanzen) derzeit nicht besetzen (DKI 2009). Qualifiziertes Pflegepersonal für Intensivstationen und OPs ist Mangelware, und diese Entwicklung wird sich weiter verschärfen. Die zunehmende Feminisierung der Medizin einerseits und die Bedürfnisse der neuen

Generation Y führen zu differenten Ansprüchen und Notwendigkeiten des Arbeitszeitmanagements durch vermehrte Teilzeittätigkeiten und den Wunsch nach einer ausgeglichenen Work-Life-Balance.

Arbeitgeber tun gut daran, sich mit ihrer Attraktivität (oder neudeutsch »employer-branding«) auseinanderzusetzen: Mit vermeintlich soften Themen kann dem Engpass Personalressource Abhilfe geschaffen werden.

Folgende Handlungsfelder sind u. a. geeignet, dass sich vorhandenes oder potenzielles Personal für das eigene Haus entscheidet:

- Entlastung von berufsfremden Tätigkeiten (s. unten);
- Arbeitszeitmanagement:
 - Teilzeitstellenangebote,
 - flexible Arbeitszeitmodelle,
 - proaktives Abwesenheitsmanagement;
- Kinderbetreuungsangebote:
 - ausreichend Kapazitäten in Kindertagesstätten, ggf. in Kooperation mit anderen Unternehmen,
 - Ad-hoc-Betreuungsangebote;
- altersgerechte Arbeitsplätze/Arbeitsorganisation;
- Personalentwicklungsprogramme:
 - u. a. Nachwuchsförderung, Lernen in altersgemischten Teams;
- Etablierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements;
- Bildungsangebote zum lebenslangen Lernen;
- Angebote zur Schulung in Kundenorientierung;
- Ausbildung von Konfliktmanagern oder Konfliktlotsen (Kirchner 2010);
- Projekte zur Teambildung (z. B. berufsgruppenübergreifende Teams im OP) (Baller 2009);
- Fortbildungsangebote der interkulturellen Kommunikation;
- Einführungstage für neue Mitarbeiter und Wiederkehrer;
- Weiterbildungsmanagement
 - mit verbindlichen Curricula und
 - Kooperationen.

1.3.4 Neuordnung von Aufgaben in den Berufsgruppen

2008 waren in der Gesundheits- und Krankenpflege 50.000 weniger Beschäftigte in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen zu verzeichnen als im Jahr 2000, was einem Minus von mehr als 15 % entspricht. Der Bestand an Mitarbeitern in der Gruppe der über 50-Jährigen hat sich im gleichen Zeitraum dabei fast auf 171.000 verdoppelt. Das hat nicht nur Auswirkungen auf den Ersatzbedarf in der Zukunft, sondern auch auf die Arbeitsfähigkeit der Pflegekräfte in der Gegenwart. Aufgrund der Alterung der Pflegekräfte ist mit einem stärkeren Ersatzbedarf zu rechnen. Allerdings sank die Zahl der Ausbildungsstellen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege zwischen 1995 und 2008 von 75.423 auf 67.040.

Nicht nur die Bevölkerung altert, sondern auch das Personal des Krankenhauses. Hinzu kommt, dass Prognosen zur Entwicklung der Arztzahlen von einer hohen Anzahl von ausscheidenden, aber nur von einer vergleichsweise geringen Zahl von Ärzten ausgehen, die in die kurative Versorgung eintreten. Ceteris paribus käme es zu einer verstärkten Arbeitsverdichtung der Krankenhausärzte, die nicht nur Auswirkungen auf die Attraktivität des Arztberufes, sondern vor allem auch auf die Qualität der stationären Patientenversorgung haben würde (Offermanns 2010).

Im Wesentlichen sind vier weitere Ursachen verantwortlich für einen steigenden Bedarf an Ärzten:

- die Abwanderung von Ärzten ins Ausland,
- die Feminisierung der ärztlichen Profession,
- der allgemeine Trend zur Arbeitszeitverkürzung und
- die Entwicklung des medizinischen Fortschritts.

Krankenhäuser werden künftig gezwungen sein, die knappe und teure Ressource »Ärzte« so effizient wie möglich einzusetzen. Die Neuordnung der Aufgaben zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus mit einer Entlastung von berufsfremden Tätigkeiten ist eine logische Folge aus dieser Entwicklung und die Umsetzung angesichts des sich abzeichnenden Fachkräftemangels (ärztliches wie

nichtärztliches medizinisches Personal) zentrales Thema einer seit Jahren zum Teil kontrovers geführten Diskussion. An der grundsätzlichen Notwendigkeit einer Neuordnung besteht wohl kein Zweifel.

Wichtig ist eine rechtlich abgesicherte und konsentrierte Umsetzung mit dem Ziel, Freiräume für die eigentlichen Kernkompetenzen zu schaffen und die interfunktionale Zusammenarbeit zu stärken. Hier wird es hausindividuelle Lösungen geben müssen, die aus den verfügbaren Personalressourcen und dem Qualifikationsmix der an den Gesundheitsleistungen beteiligten Personen resultieren. Ferner gilt es, die aus der Neuordnung entstehenden Belastungen im Sinne eines Kaskadeneffektes zu berücksichtigen. Die Entwicklung und Etablierung neuer Berufsfelder im Krankenhaus wird unter wirtschaftlichen Aspekten eine Aufgabe für das Krankenhausmanagement der kommenden Jahre bleiben.

1.4 Fazit

Die weltweite Nachfrage nach KFZ wird eine Million nie übersteigen. Allein schon aus Mangel an verfügbaren Chauffeuren! (Gottlieb Daimler, 1901)

Strategien basieren auf Annahmen zur Zukunft, deren Gültigkeit begrenzt ist.

Der Krankenhausbereich ist kein Markt im klassischen Sinne, sondern von der Zulassung über die Leistungserbringung bis hin zur Preisgestaltung gesetzlich geregelt. Die Annahmen zur Zukunft der Krankenhäuser und damit des Handlungsrahmens der Akteure sind stark fremdbestimmt. Die Häuser haben nur mittelbar Einfluss und können lediglich die Auswirkungen in ihrem Einflussbereich antizipieren sowie durch eine permanente Überprüfung eigener Prozesse und wettbewerblcher Marktaufstellung in operatives Handeln überführen. Die mehr oder minder ständigen Änderungen der Rahmenbedingungen durch wechselnde gesundheitspolitische (Not-)Operationen beschränken die Nachhaltigkeit von ergriffenen Maßnahmen und zwingen zu ständigen flexiblen und dynamischen Anpassungen. Dieser permanente »Change-Prozess« ist eine Herausforderung für alle Beteiligten

und eine Erschwernis für die Betroffenen mit zum Teil fatalen Folgen für die Arbeitsmotivation und -produktivität. Der permanente Kosten- und Investitionsdruck wird die Krankenhäuser aber als Konstante begleiten; Strategien, um im Wettbewerb zu bestehen, werden naturgemäß unterschiedlich ausfallen.

Nicht immer ist die Privatisierung von Leistungen oder ganzen Einheiten der einzige Weg. Intelligentes unternehmerisches Handeln ist in allen Rechtsformen gefordert und auch in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft möglich, bei Nutzung zur Verfügung stehender Freiheitsgrade.

In Zeiten limitierter Finanzressourcen wird zukünftig der Fokus auch nach intern auf eine Optimierung der sozial-interaktiven Handlungsfelder gelegt werden müssen. Der Fachkräftemangel wird die Unternehmen zwingen, sich als attraktive Arbeitgeber zu positionieren.

handlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Literatur

- Baller G (2009) So ticken Teams – Geheime Regeln und Erfolgsfaktoren für Arbeitsgruppen im Krankenhaus. f&w 1: 35–39
- Da-Cruz P (2010) Die vernachlässigte Dimension – Der demografische Wandel im Krankenhaus. Dtsch Ärzteblatt 13: C535 f
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2009) Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2009) Krankenhaus Barometer. Umfrage 2009. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf
- Kirchner H (2010) Konkurrenz versus Kooperation – Konflikte zwischen den Abteilungen schlichten. KU special StudienführerPlus Februar: 8–10
- Kultusministerkonferenz (2007) Vorausberechnung der Schüler und Absolventenzahlen 2005–2010. Dok. Nr. 182, 2007, Bonn
- Offermanns M (2010) Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen. Deutsches Krankenhausinstitut (DKI), Düsseldorf
- Pühl H (2006) Mediation in Organisationen – eine Einführung. In: Pühl H (Hrsg) Mediation in Organisationen. Leutner, Berlin, S 9–20
- Statistisches Bundesamt (2010) Kennzahlen zum Gesundheitswesen 2010. www.destatis.de
- Statistisches Bundesamt (2008) Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbe-

OP-Management – Von der Theorie zur Praxis

Welk, I.; Bauer, M. (Hrsg.)

2011, X, 276 S. 88 Abb., 5 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-642-16996-0