

2 Rahmenbedingungen bei der Planung von Operationsabteilungen

2.1 Überblick

Mit der Analyse der Rahmenbedingungen, denen die Operationsplanung in Krankenhäusern ausgesetzt ist, wird in diesem Kapitel die Grundlage für das Verständnis der vorzunehmenden Untersuchungen – der Entwicklung von zyklischen Hauptoperationsplänen – gesetzt.

Dazu erfolgt in Abschnitt 2.2 zunächst die Kennzeichnung und Abgrenzung der in dieser Arbeit zu analysierenden Krankenhäuser. Im anschließenden Abschnitt 2.3 wird die Leistungserstellung von Krankenhäusern und ihre Bewertung zusammengefasst. Im Abschnitt 2.4 geht es um die beiden wesentlichen Finanzierungsbausteine von Krankenhäusern, laufende Betriebskosten und Investitionen. In den Abschnitten 2.5 und 2.6 wird zunächst die Aufbau- und Ablauforganisation des Krankenhauses und darauf aufbauend die Infrastruktur und Aufbau- und Ablauforganisation der Operationsabteilung erläutert. Das Kapitel schließt in Abschnitt 2.7 mit einem kurzen Zwischenfazit.

2.2 Kennzeichnung und Abgrenzung von Krankenhäusern

Die Kennzeichnung und Abgrenzung von Krankenhäusern lässt sich in fünf Bereiche gliedern: In Abschnitt 2.2.1 wird der Begriff Krankenhaus beziehungsweise Akutkrankenhaus anhand der Aufgaben und Leistungen aus der Perspektive des Gesetzgebers und der Produktionstheorie für Gesundheitsdienstleistungen definiert. Abschnitt 2.2.2 skizziert die Struktur und das Beziehungsgeflecht im deutschen Krankenhauswesen. Abschnitt 2.2.3 zeigt einen Überblick zu den gängigen Klassifikationsmerkmalen von Krankenhäusern. Abschnitt 2.2.4 setzt sich mit den entsprechenden Klassifikationsschemata für die Patienten von Krankenhäusern auseinander. Das Kapitel schließt in Abschnitt 2.2.5 mit der Erläuterung der einzelnen Ziele eines Krankenhauses (Zielsystem).

2.2.1 Aufgaben und Leistungen von Krankenhäusern

Die Bedeutung der Bezeichnung Krankenhaus ergibt sich bereits aus sich selbst heraus: Es ist zusammengesetzt aus dem substantivierten Adjektiv „Kranker“ und dem Substantiv „Haus“ – also ein Haus, in dem Kranke behandelt und beherbergt werden. So definiert auch der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – „Krankenhäuser“ als

„Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten

und in denen

4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.“¹⁹

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nimmt eine ähnliche, jedoch knappere Begriffsbestimmung vor. Demnach sind

„Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“.²⁰

Gegenüber diesen Definitionen werden im SGB V sogenannte „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ abgegrenzt. Dies

„sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um
 - a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder

¹⁹ SGB V § 107 Abs. 1.

²⁰ KHG § 2 Nr. 1.

- b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen,
- 2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,
- und in denen
- 3. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.²¹

In den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden keine akut erkrankten beziehungsweise akut ärztlicher und pflegerischer Hilfeleistung bedürftigen Patienten behandelt. In Krankenhäusern nach SGB V § 107 Abs. 1 und KHG § 2 Nr. 1 hingegen werden fast ausschließlich solche Patienten behandelt.²² Der Begriff „Akutkrankenhaus“ wird in dieser Arbeit – wie auch in einem Teil der Literatur – verwendet, um das Untersuchungsobjekt einzugrenzen und gegenüber Krankenhäusern hervorzuheben, die primär auf Vorsorge, Rehabilitation, psychologische Betreuung oder andere Spezialbehandlungen ausgerichtet sind.²³

Im Weiteren werden die beiden Begriffe „Akutkrankenhaus“ und „Krankenhaus“ synonym verwendet. Ergeben sich im Laufe dieser Arbeit auch Indikationen für andere Krankenhausformen, wird dieser Begriff jeweils gesondert gekennzeichnet.

²¹ SGB V § 107 Abs. 2.

²² Der Begriff „akut“ kommt aus dem Lateinischen und steht für ein „akutes (dringendes) Problem“ beziehungsweise eine „akute (unvermittelt auftretende, heftig verlaufende) Krankheit“ – vgl. Dudenverlag, 2006, S. 169.

²³ Vgl. Bruckenberger u. a., 2006, S. 30. Der Begriff und seine Verwendung haben ihren Ursprung noch aus der Zeit des Deutschen Reichs, siehe dazu z. B. Dritte Durchführungsverordnung vom 30.03.1935, RMBl. I, S. 327). Doch obwohl die Autoren behaupten, dass spätestens mit der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 10.04.1990 der Begriff an sich überholt sei, ist er auch heute noch in aktueller (wissenschaftlicher und auch angelsächsischer) Literatur aus den genannten Gründen regelmäßig zu finden, z. B.: Selbmann, 2000; Bruckenberger u. a., 2006; Blake und Carter, 2002; Fleša u. a., 2006; Vissers und Beech, 2005.

Ein Krankenhaus erbringt eine sogenannte Gesundheitsdienstleistung am und für den Patienten. Eine Dienstleistung ist gegenüber Sachgütern immateriell, nicht lagerbar, nicht transportierbar und nicht übertragbar.²⁴ Zudem ist bei einer Gesundheitsdienstleistung die Präsenz und Teilnahme des Kunden selbst am Produktionsprozess erforderlich. Sie gehört also zu den kundenpräsenzbedingenden Dienstleistungen. Fleßa (2010) weist der Gesundheitsdienstleistung jedoch konstitutiv die Eigenschaft eines Vertrauensgutes zu. Die Gesundheitsdienstleistung ist ein Gut, dessen Ergebnis auch nach dem Kauf beziehungsweise nach der Durchführung des Prozesses nicht vollständig erkennbar ist. Dafür spricht, dass die Kaufentscheidung selten anfällt, der Patient in der Regel keine eigenen Erfahrungen zu der Gesundheitsdienstleistung hat und zudem aufgrund geringer Fachkenntnis die Situation ohnehin nur ungenau abschätzen kann. Erschwerend kommt hinzu, dass die einmal getroffenen Entscheidungen überwiegend nicht korrigierbar sind.²⁵

Vor diesem Hintergrund können Krankenhäuser nun umfassender als Dienstleistungsbetriebe definiert werden, „die in Einheit von Ort, Zeit und Handlung Krankheiten erkennen, vorbeugen und heilen, wobei der Patient mindestens eine Nacht im Krankenhaus verbringt.“²⁶ Ihre Leistungen sind hinsichtlich dreier Grundfunktionen differenzierbar: die diagnostische Funktion, die therapeutische Funktion und die Hotelfunktion.²⁷

Die diagnostische Funktion (Diagnose) beinhaltet die aufgrund genauerer Beobachtungen und Untersuchungen abgegebene Beurteilung über den Zustand des Patienten, also die Bestimmung etwaiger Krankheiten. Die Anwendung von Verfahren und Methoden zur Heilung von diesen diagnostisierten Krankheiten ist die therapeutische Funktion (Therapie) des Krankenhauses. Beide Funktionen werden unter dem Begriff „Krankenhausbehandlung“ gemäß SGB V § 107 Abs. 1 Nr. 3 zusammengefasst.²⁸ Die Hotelfunktion ist folglich die Beherbergung des Patienten im Krankenhaus, insbesondere während der Diagnose und der Therapie – sie ist das hauptsächliche Unterscheidungsmerkmal zwischen ambulanter und stationärer Versorgung von Patienten.²⁹

Darüber hinaus können die Leistungen eines Krankenhauses hinsichtlich allgemeiner Krankenhausleistungen (sogenannte Regelleistungen) und Wahlleistungen unterschieden werden. Die Regelleistungen oder Kernleistungen sind diejenigen Leistungen, zu deren Ver-

24 Vgl. beispielsweise Fleßa, 2010, S. 21. Grundsätzlich kann eine Dienstleistung anhand ihres Potenzials, ihres Prozesses und ihres Ergebnisses bewertet werden. Das Potenzial entspricht der Leistungsfähigkeit, während der Prozess die Erstellung des immateriellen Gutes und das Ergebnis die Veränderung des Objekts (hier: Patienten) darstellt. Vgl. Fleßa, 2010, S. 20 f. und S. 238. Für ein tieferes Studium der Dienstleistungstheorie siehe z. B. Gössinger, 2005; Schneeweiß, 2002. Für weitere Erläuterungen zum Thema Gesundheitsdienstleistungen wird auf Fleßa, 2010, verwiesen.

25 Vgl. Fleßa, 2010, S. 20 ff.

26 Fleßa, 2010, S. 26.

27 Vgl. Fleßa, 2010, S. 26.

28 Generell werden die beiden Begriffe „Behandlung“ und „Therapie“ häufig jedoch nicht exakt voneinander abgegrenzt. Gemäß der hier aufgeführten Unterscheidung kann die Therapie als Behandlung im engeren Sinne verstanden werden. Vgl. dazu Schönherr, 2005, S. 18.

29 Gemäß oben angeführter Definition und SGB V § 107 Abs. 1 Nr. 4 ist die stationäre Versorgung ein Bestandsmerkmal des Krankenhauses. Vgl. z. B. auch Schönherr, 2005, S. 18.

richtung die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet und die insofern für die individuelle Versorgung des Patienten erforderlich sind. Die Wahlleistungen hingegen sind Leistungen, die darüber hinausgehen und die Regelleistung „verpacken“. Dies sind beispielsweise die sogenannte Chefarztbehandlung, Internetanschluss oder die Unterbringung des Patienten in einem Einbettzimmer. Sie werden zwischen Patienten und Krankenhaus individuell vereinbart und vergütet.³⁰

2.2.2 Grundlagen des deutschen Krankenhauswesens

Das Gesundheitssystem in Deutschland basiert auf der Gewaltenteilung zwischen Bund, Ländern und legitimierten Organisationen der Zivilgesellschaft. Der Staat hat einen großen Teil der Kompetenzen an mitgliederbasierte, selbstregulierte, nicht profitorientierte Organisationen von Ausgabenträgern und Leistungserbringern abgegeben. Diese können die Sachkenntnis und Motivation ihrer Mitglieder in die Entscheidungsfindung einbringen und bei der Umsetzung dieser Entscheidungen nutzen.³¹

Die bedeutendste Säule des deutschen Gesundheitssystems ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). In ihr haben die Krankenkassen und ihre Verbände sowie die Kassen- und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KV, KZV) den Status von Körperschaften öffentlichen Rechts. Sie formen die Selbstverwaltungsstrukturen, die sowohl für die Finanzierung als auch die Leistungserbringung der GKV-Leistungen innerhalb des gesetzlichen Rahmens verantwortlich sind. Dabei werden sie abhängig von ihrer jeweiligen regionalen Zuordnung von staatlichen Behörden beaufsichtigt. Zuständig sind im Wesentlichen das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit beziehungsweise die für Gesundheit zuständigen Landesministerien. Die einzelnen Einrichtungen der Selbstverwaltung beruhen auf Pflichtmitgliedschaft und interner demokratischer Legitimation: Mit den selbstständig festgesetzten und erhobenen Mitgliedsbeiträgen werden die Leistungen für die Mitglieder dieser korporatistischen Institutionen finanziert oder selbst erbracht.³²

30 Vgl. z. B. Schönherr, 2005, S. 18 f. und Fleßa, 2010, S. 128, 301. Der Begriff Regelleistung entstammt der Reichsversicherungsverordnung und existiert im SGB nicht mehr; jedoch wird er in der Praxis vielfach verwendet. Vgl. Fleßa, 2010, S. 128.

31 Vgl. Busse und Riesberg, 2005, S. 35. In den letzten Jahren ist zu beobachten, dass die Zuständigkeiten der Länder auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik abnehmen. Einerseits zieht der Bund immer mehr Gesetzgebungs- und Verwaltungsbefugnisse an sich und andererseits werden, durch ihn veranlasst, die Zuständigkeit der Selbstverwaltung insbesondere bei Krankenkassen und Leistungsanbietern ausgeweitet und Entscheidungen der Selbstverwaltung auf die Spitzenverbände der Bundesebene verschoben. Der Bund behält sich jedoch eine abschließende Entscheidung vor. Vgl. dazu z. B. Brucknerberger u. a., 2006, S. 27.

32 Vgl. z. B. Busse und Riesberg, 2005, S. 35; Brucknerberger u. a., 2006, S. 28. Die Krankenkassen finanzieren die Leistungen, z. B. der Krankenhäuser, für ihre GKV-versicherten Mitglieder. Demgegenüber erbringen die KVen beziehungsweise KZVen entsprechende Leistungen für ihre vertragsärztlichen beziehungsweise vertragszahnärztlichen Mitglieder. Zu den Hauptaufgaben gehören die Erfüllung der ihnen durch das Sozialgesetzbuch V übertragenen Aufgaben (§ 77 SGB V). Vgl. dazu auch Busse und Riesberg, 2005, S. 35. Dies sind insbesondere die Sicherstellung der ambulanten Versorgung (§ 75 SGB V Abs. 1 i. V. m. § 73 Abs. 2), die Wahrnehmung der Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen (§ 75 SGB V Abs. 2 S. 1) und die Überwachung der Pflichten der Vertragsärzte (§ 75

Die Ausgabenträger (Verbände der Krankenkassen) und Leistungserbringer (KVen, KZVen und Krankenhäuser) haben in gemeinsamen Gremien – für den jeweiligen Leistungssektor – als gesetzlich legitimierte Akteure das Recht und die Pflicht, Leistungen, Preise und Qualitätsstandards zu definieren (Bundesebene) und horizontale Verträge zu schließen, ihre Mitglieder zu kontrollieren und bei Bedarf Sanktionen zu verhängen (Länderebene). Dadurch wird die vertikale Implementierung von Entscheidungen höherer Ebenen mit einer ausgeprägten horizontalen Entscheidungsfindung und der Vertragsschließung legitimer Akteure verbunden, die an der Leistungserbringung in dem jeweiligen Sektor involviert sind.³³

Abbildung 2.1 zeigt die Hauptakteure des Umsystems von Krankenhäusern und ihre wichtigsten Beziehungen untereinander.³⁴ Die Repräsentation der Krankenhäuser erfolgt – gegenüber z. B. den KVen und KZVen – nicht durch Körperschaften öffentlichen Rechts, sondern durch privatrechtlich organisierte Institutionen. Es werden jedoch zunehmend gesetzliche Aufgaben der GKV auf diese Organisationen übertragen.³⁵ Der Dachverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., besteht aus 28 Mitgliedsverbänden, die sich wiederum aus zwölf Spitzenverbänden von Krankenhausträgern und 16 Landesverbänden von Krankenhausträgern (Landeskrankenhausesellschaften) zusammensetzen.³⁶ Als Beispiel für die Überantwortung von gesetzlichen Aufgaben der GKV auf diese Organisationen kann insbesondere die Gründung der InEK GmbH angeführt werden. Am 10. Mai 2001 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Gesellschaft mit beschränkter Haftung (InEK GmbH³⁷) gegründet. Zweck des Instituts ist die Unterstützung der Vertragspartner bei der Selbstverwaltung und der von ihnen gegründeten Gremien bei der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems³⁸ auf Grundlage des § 17 b KHG.³⁹ Vor diesem Hintergrund und dem Umstand, dass etwa 90 Prozent der deutschen Bevölkerung gesetzlich versichert ist, lässt sich nach Fleßa (2010) das deutsche Gesundheitssystem mit folgenden (erheblich vereinfachten) Strukturprinzipien zusammenfassen:⁴⁰

SGV V Abs. 2 S. 2). Zu den genauen Aufgaben siehe insbesondere SGB V, viertes Kapitel, zweiter und dritter Titel. Im Weiteren wird auf die genaue Erläuterung der KVen und KZVen verzichtet, da sie von untergeordneter Bedeutung für die Krankenhäuser sind.

33 Vgl. Busse und Riesberg, 2005, S. 35 f.

34 Für eine detaillierte Darstellung inklusive der Beschreibung der einzelnen Ebenen beziehungsweise Akteure siehe z. B. Busse und Riesberg, 2005, S. 35 ff., Kapitel „Organisationsstruktur und Management“.

35 Vgl. z. B. Busse und Riesberg, 2005, S. 41.

36 Vgl. z. B. Busse und Riesberg, 2005, S. 41; Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2011b.

37 Die Gesellschafter der InEK GmbH sind seit Dezember 2008 die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherungen. Vgl. dazu InEK GmbH, 2014.

38 Siehe dazu Abschnitte 2.2.4 und 2.4.1.

39 Vgl. InEK GmbH, 2014.

40 Vgl. Fleßa, 2010, S. 47 f. Für eine detaillierte Darstellung und z. T. auch kritische Auseinandersetzung mit den Umsystemen von deutschen Krankenhäusern vgl. Fleßa, 2010, Kapitel 2. Für einen Überblick

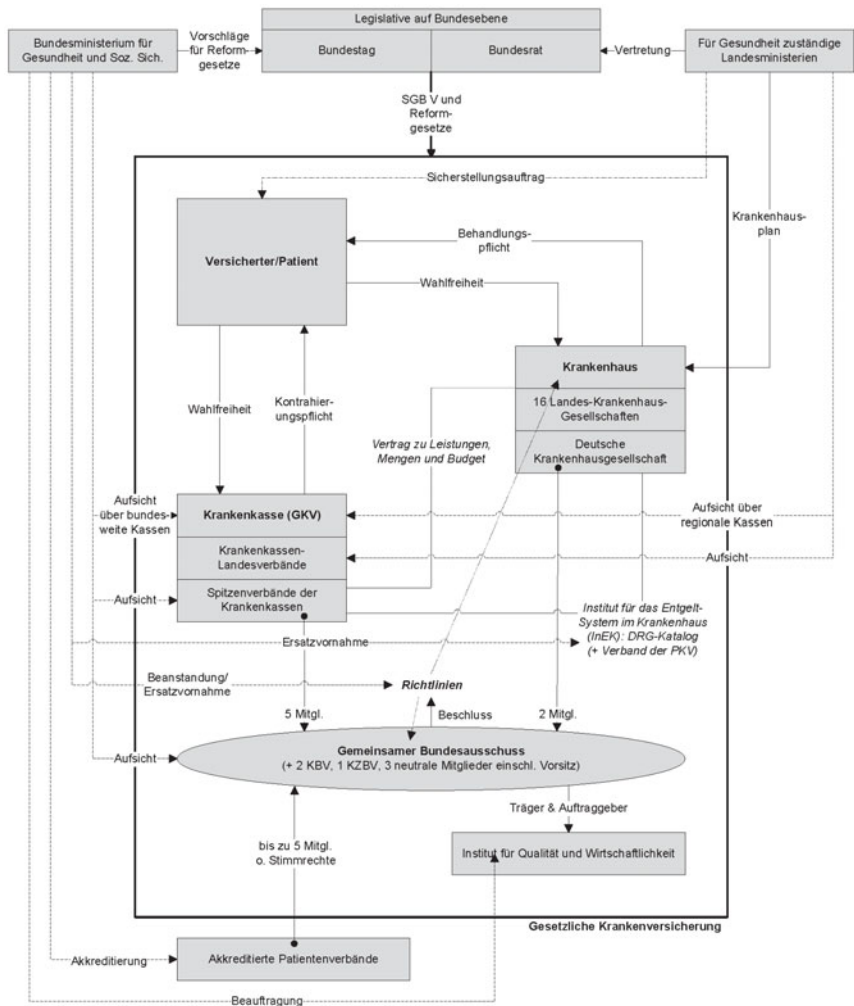


Abbildung 2.1: Organisatorische Beziehungen im deutschen Krankenhauswesen (modifizierte Darstellung in Anlehnung an Busse und Riesberg, 2005, S. 37)

kollektives Äquivalenzprinzip: Als Sozialversicherung werden in der GKV die Einnahmen aller Versicherten eines Jahres zur Deckung der Ausgaben aller Versicherten eines Jahres verwendet.

zur Entwicklung in der Gesundheitsgesetzgebung bis 1999 vgl. z. B. Bauer und Bach, 1999, S. 451 ff. Für einen aktuellen Überblick siehe z. B. Porter und Guth, 2012b in Porter und Guth, 2012a.

Solidaritätsprinzip: Der Leistungsanspruch richtet sich nach der Bedürftigkeit und nicht nach dem individuellen Risiko des Versicherten. Entsprechend zahlen Reiche für Arme, Junge für Alte, Gesunde für Kranke etc.

Sachleistungsprinzip: Der Versicherte erhält von der Versicherung kein Geld, sondern eine Sachleistung, nämlich z. B. die Behandlung seiner Krankheit im Krankenhaus. Der Leistungserbringer erhält dafür sein Entgelt direkt von der Krankenkasse.

Selbstverwaltungsprinzip: Als Körperschaften des öffentlichen Rechts (eigene Rechtspersönlichkeit und zum Teil hoheitliche Rechte) hat der Staat keinen direkten Einfluss auf die gesetzlichen Krankenversicherungen; sie werden hingegen von Leitungsgremien geführt, die sich unter anderem aus Vertretern von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zusammensetzen.

Wirtschaftlichkeitsgebot und Beitragssatzstabilität: Den gesetzlichen Krankenversicherungen ist auferlegt, ihre Leistungen so wirtschaftlich wie möglich anzubieten, oberstes, aber regelmäßig verfehltes Ziel ist seit langem die Beitragssatzstabilität.

Die fünf Strukturprinzipien des Gesundheitssystems und die oben dargestellten organisatorischen Beziehungen im Krankenhauswesen geben einen groben Einblick in die komplexe Struktur des Umsystems deutscher Krankenhäuser. Die Krankenhäuser haben sich mit vielen Akteuren zu befassen, deren jeweilige Vorgaben zu erfüllen und Interessen zu berücksichtigen, während sie die Patienten bestmöglich versorgen und wirtschaftlich rentabel arbeiten müssen.

2.2.3 Klassifikationsmerkmale von Krankenhäusern

Das Statistische Bundesamt differenziert zunächst zwischen **allgemeinen Krankenhäusern** und **sonstigen Krankenhäusern**. Allgemeine Krankenhäuser verfügen über Betten in vollstationären Fachabteilungen. Es darf sich jedoch nicht ausschließlich um Krankenhausbetten handeln, die für psychiatrische und psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten vorgehalten werden. Die sonstigen Krankenhäuser sind hingegen solche Krankenhäuser, die Betten mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten vorhalten, sowie reine Tages- oder Nachtkliniken. Dabei dienen Tages- und Nacht klinikplätze der teilstationären Versorgung von Patienten während des Tages oder der Nacht.⁴¹

Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes gab es im Jahr 2012 in Deutschland 1.692 Allgemeine Krankenhäuser, die insgesamt 458.374 Betten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stellten.⁴²

⁴¹ Vgl. Statistisches Bundesamt, 2013, S. 3 f.

⁴² Vgl. Statistisches Bundesamt, 2013, S. 15 ff. Zuzüglich gab es 325 sonstige Krankenhäuser. Diese setzen

Es gibt diverse Möglichkeiten, Krankenhäuser nach Typen zu strukturieren. In Abbildung 2.2 werden die wesentlichen Gliederungskriterien des Statistischen Bundesamtes für Krankenhäuser zusammengefasst. Im Folgenden wird auf einige wesentliche Merkmale näher eingegangen.

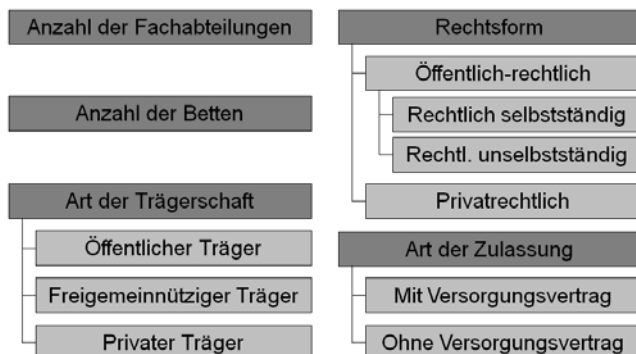


Abbildung 2.2: Gliederungskriterien für Krankenhäuser (leicht modifizierte Darstellung gemäß Statistisches Bundesamt, 2013, S. 3)

Auf Ebene der ärztlich-pflegerischen Ausrichtung kann zunächst eine grundsätzliche Unterteilung der allgemeinen Krankenhäuser nach Versorgungsstufen erfolgen. Krankheiten mit hoher Prävalenz⁴³ sollen ortsnahe in vielen Krankenhäusern behandelt werden. Seltene Krankheiten mit geringer Prävalenz können jedoch nicht von dieser Versorgungsstufe abgedeckt werden. Dazu müssen Spezialabteilungen in Krankenhäusern eingerichtet werden, in die Patienten aus einem größerem Einzugsbereich eingewiesen werden. Bei Ausweitung dieser Klassifikation entsteht ein mehrstufiges Versorgungssystem, das beispielsweise aus einer **Grund-, Regel-, Zentral- und Maximalversorgung** besteht. Dabei umfasst ein Krankenhaus höherer Versorgungsstufe in der Regel mehr Fachabteilungen und Betten als eines mit niedrigerer Versorgungsstufe. Darüber hinaus lassen sich **Fachkrankenhäuser** abgrenzen, die in der Regel ausschließlich auf ein Fachgebiet spezialisiert sind.⁴⁴ In Abbildung 2.3 wird dazu die Verteilung der allgemeinen Krankenhäuser im Jahr 2012 nach Anzahl von Fachabteilungen dargestellt. Auffällig ist sowohl die hohe Anzahl von

sich zusammen aus 264 Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten und 61 reinen Tages- oder Nachtkliniken.

43 Die „Prävalenz einer Krankheit“ entspricht der zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb eines Zeitraums bestehende Häufigkeitsrate einer Krankheit.

44 Vgl. dazu auch Fleka, 2010, Abschnitt 2.4.1 und Schönherr, 2005, Abschnitt 2.2.2. Zur intensiveren Auseinandersetzung mit diesem Thema inklusive Darstellung der Methoden und Gutachten zur Landeskrankenhausplanung siehe z. B. Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2010. Einzelne Bundesländer nehmen die Definition der Versorgungsstufen sogar explizit in ihre Landesgesetze auf. Der Freistaat Sachsen z. B. definiert Allgemeinkrankenhäuser der Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung sowie Fachkrankenhäuser, je nachdem, welche Fachrichtungen das jeweilige Krankenhaus unterhält, in § 4 Abs. 2 SächsKHG.

396 Fachkrankenhäusern mit nur einer Fachabteilung als auch die hohe Anzahl von 297 Krankenhäusern mit fünf bis sechs Fachabteilungen.⁴⁵

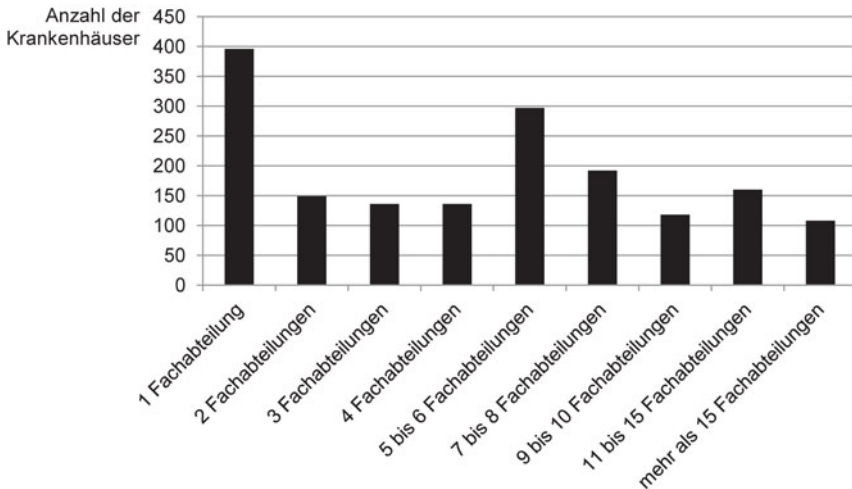


Abbildung 2.3: Verteilung der allgemeinen Krankenhäuser nach Anzahl der Fachabteilungen im Jahr 2012 (eigene Darstellung auf Basis von Statistisches Bundesamt, 2013)

Weit verbreitet bei der Unterscheidung von Krankenhäusern nach Größenklassen ist die Anzahl von im Krankenhaus zur Verfügung stehenden **Krankenhausbetten**. In Abbildung 2.4 wird die Anzahl von Betten gemäß der vom Statistischen Bundesamt vorgenommenen Unterteilung in Bettengrößenklassen dargestellt. Insgesamt hat die Anzahl der Krankenhäuser von 1991 (2.411 Kliniken) bis 2012 (2.017 Kliniken) um 16,34 Prozent abgenommen. Im gleichen Zeitraum erfolgte eine Zunahme bei den sehr kleinen Krankenhäusern mit unter 50 Betten um 24,26 Prozent von 305 Kliniken auf 379 Kliniken. Bei allen übrigen Größenklassen ging die Anzahl der Krankenhäuser zwischen 8,16 Prozent (Krankenhäuser mit 500 bis unter 600 Betten) und 32,47 Prozent (Krankenhäuser mit 150 bis unter 200 Betten) deutlich zurück.⁴⁶

Ein weiteres wesentliches Unterscheidungsmerkmal von Krankenhäusern ist die sogenannte **Trägerschaft** – das heißt der Eigentümer des Krankenhauses – und ihre **Rechtsform**. Grundsätzlich ist folgende Unterscheidung möglich: Öffentliche Krankenhäuser können entweder in öffentlich-rechtlicher oder in privatrechtlicher Form geführt werden.⁴⁷ In

⁴⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt, 2013, S. 16.

⁴⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt, 2013, S. 13.

⁴⁷ Öffentliche Einrichtungen sind in der Regel Teil der öffentlichen Haushalte und gelten daher als unflexibel und leiden unter einem „beamtentümlichen“ Management. Demgegenüber werden freigemeinnützige Einrichtungen häufig (insbesondere bei kirchlichem Hintergrund) als Vereine geführt, in denen Laien wichtige Rollen spielen. Traditionell konnte dieser Teil durch besonders motiviertes Personal ausge-

Prozessplanung in Akut-Krankenhäusern
Robuste zyklische Operationspläne mit
szenariobasierter Modellierung von Unsicherheit
Möller, E.B.
2016, XXXV, 248 S. 34 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-11389-6