



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Gesundheitspolitische Grundlagen und Kranken- hausfinanzierung

KRAHH01



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.

Markus Ries

Gesundheitspolitische Grundlagen und Kranken- hausfinanzierung

KRAHH01



Dr. Markus Ries

(geb. 1984) erwarb einen Bachelor of Arts im Bereich des Wirtschaftsingenieurwesens an der Fachhochschule Meschede. Parallel zu seiner Tätigkeit bei Siemens Healthcare Consulting schloss er seinen Master-Studiengang Medical Process Management an der Universität Erlangen-Nürnberg ab. Im Anschluss arbeitete er als Medizininformatiker am Universitätsklinikum Erlangen und promovierte parallel am Lehrstuhl für Medizinische Informatik bei Herrn Prof. Hans-Ulrich Prokosch. Von 2012 bis 2018 leitete Markus Ries am Klinikum Nürnberg die Abteilung für Organisationsentwicklung. Dort verantwortet er unter anderem das Qualitäts-, Risiko- und Projektmanagement. Seit 2019 trägt er als Standortmanager des Klinikums Nürnberg Süd die kaufmännische Verantwortung für ein 1.000-Betten-Haus der Maximalversorgung. Als Zusatzqualifikation erwarb er an der Steinbeis Hochschule in Berlin ein Zertifikat im Bereich der Wirtschaftspsychologie. Nebenberuflich arbeitet er als Lehrbeauftragter an verschiedenen Hochschulen und Bildungseinrichtungen. Seit 2015 engagiert sich Markus Ries als Autor und Lehrbeauftragter an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft.

Die in unseren Studienheften verwendeten Personenbezeichnungen schließen ausdrücklich alle Geschlechtsidentitäten ein. Wir distanzieren uns ausdrücklich von jeglicher Diskriminierung hinsichtlich der geschlechtlichen Identität.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Gesundheitspolitische Grundlagen und Krankenhausfinanzierung

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Krankenhäuser als Untersuchungsobjekt	3
1.1 Krankenhäuser als Teil des Gesundheitswesens	3
1.2 Aktuelle Herausforderungen des Krankenhausmanagements	8
1.3 Entwicklungsphasen des Krankenhausmanagements	16
1.4 Weiterführende Informationsquellen	18
Zusammenfassung	19
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	20
2 Gesundheitspolitische und rechtliche Grundlagen im Krankenhauswesen ..	21
2.1 Gliederung der Krankenhauslandschaft	21
2.2 Krankenhausplanung	27
2.3 Prozess der Privatisierung und Standortkonsolidierung	29
2.4 Rechtliche Grundlagen	34
2.5 Institutionen und Verbände	36
Zusammenfassung	40
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	40
3 Krankenhausfinanzierung in Deutschland	42
3.1 Überblick über das System der Krankenhausfinanzierung	42
3.2 Finanzierung der Investitionskosten	46
3.3 Finanzierung der Betriebskosten	48
3.3.1 Betriebskosten in der somatischen Medizin	48
3.3.2 Betriebskosten in der psychiatrischen und psychosomatischen Medizin	70
3.4 Diskussion des aktuellen Systems der Krankenhausfinanzierung	72
3.4.1 Diskussion der Investitionskostenfinanzierung	72
3.4.2 Diskussion der Betriebskostenfinanzierung	75
3.5 Krankenhausfinanzierung in der Corona-Krise	80
Zusammenfassung	83
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	84
4 Ambulanter und stationärer Sektor: Sektorale Trennung und Kooperationen	85
Zusammenfassung	92
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	93

Schlussbetrachtung	94
---------------------------------	----

Anhang

A. Bearbeitungshinweise zu den Übungen	95
B. Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	101
C. Abkürzungsverzeichnis	108
D. Glossar	111
E. Literaturverzeichnis	117
F. Rechtsquellenverzeichnis	128
G. Abbildungsverzeichnis	130
H. Tabellenverzeichnis	132
I. Sachwortverzeichnis	133
J. Einsendeaufgabe	135

Einleitung

Sicherlich hatten Sie alle schon Berührung mit der deutschen Krankenhauslandschaft. Entweder waren Sie selbst Patient oder Patientin oder haben als Angehörige/-r die Behandlung eines Familienmitglieds oder einer Person aus Ihrem Freundeskreis miterlebt, sodass Sie bereits die Patientensicht auf die Organisation Krankenhaus kennen. Je nachdem, wie diese individuelle Behandlung verlaufen ist, verknüpfen Sie vermutlich ganz unterschiedliche Erfahrungen und Empfindungen mit Krankenhäusern. Beispielweise könnte es sein, dass Sie von der fürsorglichen und einfühlsamen Pflege und den medizintechnischen Möglichkeiten begeistert waren. Jedoch ist auch denkbar, dass Sie sich eher mit Schrecken an marode Bausubstanz und völlig ineffiziente und verwirrende Abläufe zurückerinnern. Dieses Modul ergänzt die Patientensicht um einen Blick auf die politischen und rechtlichen Grundlagen sowie die Finanzierung und das Management von Krankenhäusern. Vielleicht kennen Sie Krankenhäuser zusätzlich aus der Sicht eines Mitarbeitenden und sind folglich mit den Abläufen auf einer Station oder einer einzelnen Funktionseinheit gut vertraut. Sicherlich werden Ihnen einige Inhalte des Moduls *Krankenhausmanagement* bekannt sein, nichtsdestotrotz werden auch Sie durch rechtliche und politische Hintergrundinformationen sowie krankenhausspezifische Managementwerkzeuge in die Lage versetzt, die Weiterentwicklung Ihres Verantwortungsbereichs voranzutreiben.

In diesem Studienheft werden die Grundlagen für die spätere Auseinandersetzung mit den Disziplinen und Werkzeugen des Krankenhausmanagements erarbeitet. Hierzu werden im ersten Kapitel Krankenhäuser in das Gesundheitswesen als Ganzes eingeordnet und die aktuellen Herausforderungen des Krankenhausmanagements dargestellt. Anschließend werden in Kapitel 2 die gesundheitspolitischen und rechtlichen Grundlagen aufgezeigt, um im nächsten Schritt die Krankenhausfinanzierung im Detail zu beleuchten. Dabei wird das aktuelle Finanzierungssystem der Fallpauschalen im Detail beschrieben und die Vor- und Nachteile werden intensiv diskutiert. Zum Abschluss werden im vierten Kapitel Kooperationsmöglichkeiten zwischen dem ambulanten und stationären Sektor dargestellt.

Bitte beachten Sie, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen in diesem Studienheft nicht bis ins letzte Detail abgebildet werden, vielmehr erhalten Sie die nötigen Basisinformationen, um in entsprechenden Diskussionen fundiert Ihren Standpunkt darstellen zu können. Erwarten Sie zudem bitte auch keine vorgefertigte Bewertung zu kritisch diskutierten Aspekten, wie beispielweise der Krankenhausprivatisierung. Dieses Studienheft beinhaltet Fakten und Hintergrundinformationen, es ist jedoch Ihre Aufgabe, sich daraus Ihren eigenen Standpunkt abzuleiten.

1 Krankenhäuser als Untersuchungsobjekt

Nach Abschluss dieses Kapitels können Sie die Krankenhäuser in den Gesamtkontext des Gesundheitswesens einordnen und wissen um die Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung. Zudem sind Sie in der Lage, aktuelle Herausforderungen des Krankenhausmanagements zu debattieren und die Bedeutung von verbesserten Managementabläufen in Krankenhäusern nachzuvollziehen. Darauf aufbauend können Sie den grundlegenden Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie ableiten. Zusätzlich kennen Sie die relevanten Informationsquellen für das Fachgebiet Krankenhausmanagement.

1.1 Krankenhäuser als Teil des Gesundheitswesens

Machen Sie sich keine Sorgen! Egal an welchem Ort Sie in Deutschland leben, Sie können nahezu immer innerhalb von 20 Minuten (vgl. Beivers, 2009, S. 158) eines der 1.925 betriebenen Krankenhäuser erreichen, um dort in einem der 498.192 aufgestellten Betten versorgt zu werden (vgl. Destatis, 2020a, S. 10). Damit wären Sie einer von 19,4 Mio. Fälle jährlich, die insgesamt 140 Mio. Tage in Krankenhäusern verbringen (vgl. Destatis, 2020a, S. 10). Damit könnte, rein rechnerisch, jeder Bundesbürger bzw. jede Bundesbürgerin 1,75 Tage pro Jahr im Krankenhaus versorgt werden. Auch wenn dies nur ein paar nackte Zahlen sind, geben sie ein erstes Gefühl dafür, welch dichtes Netz in Deutschland zur stationären Versorgung der Bürger und Bürgerinnen vorgehalten wird.

Hinweis:

Amtliche Kennzahlen zum Gesundheitswesen Deutschlands erscheinen stets mit einer ca. zweijährigen Verspätung. So lagen beispielsweise die statistischen Kenngrößen für das Berichtsjahr 2018 erst im Herbst 2020 vor.

Die 19,4 Mio. Bürger und Bürgerinnen suchen die Krankenhäuser auf bzw. werden in diese eingewiesen, weil ihre individuelle gesundheitliche Situation die diagnostischen oder therapeutischen Möglichkeiten des ambulanten Bereichs übersteigt. Es ist Aufgabe der Krankenhäuser, diese individuelle Versorgung im richtigen Setting zu leisten. So kann die Patientenversorgung voll- oder teilstationär erfolgen und um vor- und nachstationäre bzw. prä- und poststationäre Versorgungselemente ergänzt werden. Dabei muss in Kooperation mit den Rettungsdiensten insbesondere die Notfallversorgung der Bevölkerung sichergestellt werden. Neben diesen primär stationär orientierten Leistungen sind Krankenhäuser überdies verpflichtet, für besondere oder unterversorgte Versorgungsbereiche, wie beispielsweise Gerinnungsmedizin, auch ambulante Leistungen anzubieten (vgl. Kap. 4). Zusätzlich zu dieser reinen Patientenversorgung kommt den Krankenhäusern eine Koordinierungsfunktion zwischen dem ambulanten und rehabilitativen Sektor zu. Obwohl diese transsektorale Koordinationsfunktion für eine erfolgreiche Patientenversorgung eine essenzielle Rolle spielt, bereitet dieser Punkt aufgrund unklarer gesetzlicher Rahmenbedingungen und unzureichender Finanzierung fortlaufende Probleme. Beispielsweise fehlt die Infrastruktur, um Arztbriefe elektronisch an die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen zu übermitteln, sodass hier nach wie vor meist der ineffiziente Postweg gewählt wird. Insgesamt sollte nicht unterschätzt werden, welche Wichtigkeit die Bürger und Bürgerinnen der verlässlichen Erfüllung der Patientenver-

sorgung beimessen. Durch diese Anspruchshaltung der Bürger und Bürgerinnen erhalten die stationäre Krankenversorgung und deren strukturelle Entwicklung auf regionaler Ebene häufig eine politische und mediale Bedeutung.



Übung 1.1:

Überlegen Sie anhand eines beispielhaften Krankenverlaufs, wie Krankenhäuser schon heute ihrer Koordinierungsfunktion gerecht werden.



Übung 1.2:

Erörtern Sie, in welchen Situationen Krankenhäuser es aktuell noch nicht schaffen, ihre Koordinationsrolle voll auszufüllen.



Beispiel 1.1:

Der Betrieb einer Geburtshilfe bedeutet für Krankenhäuser hohe Vorhaltekosten, so dass ein wirtschaftlicher Betrieb erst ab einer gewissen Geburtenzahl möglich ist. Dadurch kam es in den letzten Jahren deutschlandweit zu zahlreichen Schließungen von geburtshilflichen Abteilungen. In nahezu allen Fällen führte die Bekanntgabe der Schließung zu einem großen medialen Echo und Interventionen der Kommunal- und Regionalpolitiker, wie der folgende Beitrag aus einer Tageszeitung zeigt.

„Erhalt der Geburtenstation in Bad Belzig

Potsdam bremst sein Klinikum aus

Die Geburtenstation in Bad Belzig soll geschlossen werden, Schwangere aus der Region sollen in Potsdam entbinden. Nun schalten sich Potsdams Stadtpolitiker ein, sie wollen die Geburtenstation erhalten.

Potsdam/Bad Belzig - Potsdams Stadtparlament weist erstmals seit Jahren das auf Expansionskurs befindliche kommunale Klinikum ‚Ernst von Bergmann‘ in die Schranken. In bemerkenswerter Einigkeit verlangten die bürgerliche Rathauskooperation und die Opposition in der Stadtverordnetenversammlung am gestrigen Mittwoch vom Klinikum, die zum 1. April geplante Schließung der Geburtenstation des Krankenhauses in Bad Belzig zu stoppen. Das städtische Potsdamer Klinikum ist Mehrheitseigner des Krankenhauses in der 11.027 Einwohner zählenden Stadt rund 60 Kilometer von Potsdam entfernt.

Der Antrag, der die Schließung der Geburtenstation verhindern soll, kam von der Fraktion Die Andere. Kurzfristig hatten sich die Rathauskooperation aus SPD, CDU/ANW, Grünen sowie die Opposition aus Linke, Die Andere und Potsdamer Demokraten/BVB auf einen gemeinsamen Text verständigt.

Kreistag stimmte einstimmig für den Erhalt

Potsdams Kommunalpolitik reagiert damit auf die massiven Proteste gegen die geplante Schließung der Geburtenstation, die erst Ende Januar bekannt geworden war. Im Februar hatten rund 500 Menschen in Bad Belzig gegen das Aus demonstriert, zudem hat eine Bürgerinitiative über eine Online-Petition fast 1700 Unterstützer gewonnen. In der vergangenen Woche hatte au-

ßerdem der Kreistag Potsdam-Mittelmark einstimmig seinen Willen zum Erhalt der Geburtsstation erklärt. Es sei nicht zumutbar, dass Frauen aus Bad Belzig und Umgebung künftig in Potsdam, Brandenburg an der Havel oder im sachsen-anhaltinischen Wittenberg entbinden müssten.

Das Bergmann-Klinikum, das das Bad Belziger Krankenhaus vor zwei Jahren mehrheitlich übernommen hatte, verteidigte seine Pläne auf Anfrage erneut als unumgänglich. Seit Jahren würden die Geburtenzahlen in Bad Belzig sinken, 2014 seien dort erstmals weniger als 200 Kinder zur Welt gekommen. Vor allem aber finde man weder Ärzte noch Hebammen, trotz bundesweiter Suche, wie Sprecherin Damaris Hunsmann sagte: ‚Sonst würden wir die Station aufrechterhalten.‘

Todesfälle möglich, wenn Geburtshilfe schließt

Peter Lewdon, Chefarzt der Frauenklinik Brandenburg, hatte zuletzt öffentlich vor der Schließung der Station gewarnt: ‚Auch bei der geringen Zahl an Entbindungen ist in den nächsten Jahren mit vermeidbaren Schäden oder sogar kindlichen oder mütterlichen Todesfällen in unserer Region zu rechnen, wenn die Geburtshilfe in Bad Belzig schließt.‘

Das Klinikum verwies dagegen auf Erfahrungen aus Schweden und Finnland: Dort liege die Säuglingssterblichkeit unter der in Deutschland – obwohl es weniger Krankenhäuser und deutlich längere Transportwege gebe.

Den Erhalt der Bad Belziger Station halten Potsdams Stadtverordnete unter zwei Bedingungen für möglich: Es müsse ein langfristig tragfähiges Konzept zur Absicherung der Station durch Fachärzte und Hebammen vorliegen. Zudem müsse Potsdam-Mittelmark die Station finanziell und versicherungsrechtlich absichern. Landrat Wolfgang Blasig (SPD) will sich heute zum Potsdamer Beschluss äußern.

Das brandenburgische Gesundheitsministerium, geführt von der Linken Diana Golze, erklärte zu dem Potsdamer Beschluss, der Versorgungsauftrag für die Station in Bad Belzig sei offiziell noch nicht zurückgenommen. Nächste Woche solle dazu eine Arbeitsgruppe tagen, sagte Ministeriumssprecherin Marina Ringel. Dazu müsse eine ‚belastbare Vereinbarung zwischen Fachärzten für Geburtshilfe, Hebammen und Kinderärzten getroffen werden, die einen 24-Stunden-Betrieb kompetent sicherstellt.‘

In den vergangenen Jahren hatte das Klinikum ‚Ernst von Bergmann‘ mehrere Krankenhäuser in Brandenburg ganz oder teilweise übernommen. Ringel sagte, die Kooperation von kommunalen Kliniken sei gewünscht, um die medizinische Versorgung – gerade im ländlichen Raum – zu sichern und zu verbessern.“ (Kramer, 2015)

Auch aufgrund dieser Thematik hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ab dem Jahre 2016 die Schließung von Krankenhäusern mit einer Art „Abwrackprämie“, die die offizielle Bezeichnung „Strukturfonds“ trägt, gefördert (vgl. BMG, 2015a). Diese Thematik tritt angesichts der Coronapandemie in den Hintergrund, könnte aber im Rahmen künftiger Neuordnungen der Krankenhauslandschaft wieder an Bedeutung gewinnen.

Neben der **Patientenversorgung** und der **Koordinationsfunktion** sehen sich die Krankenhäuser in Deutschland mit einer Reihe weiterer Aufgaben konfrontiert (vgl. Busse et al., 2013, S. 51). So sind sie für verschiedenste Lehraufgaben verantwortlich, wozu klassisch die Organisation bzw. Unterstützung der Ausbildung von Ärzten und Ärztinnen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, medizinischen Fachangestellten (MFA) oder medizinisch-technischen Assistenten und Assistentinnen (MTA) gehört. In jüngster Zeit wird diese Palette noch um neue Ausbildungsberufe wie operationstechnische Assistenz (OTA) oder anästhesietechnische Assistenz (ATA) ergänzt. Auch das Angebot von Facharztweiterbildungen, pflegerischen Spezialisierungen wie beispielsweise Intensivpflege oder Fortbildungen in speziellen Bereichen wie Kniearthroskopien¹ gehören zur Verantwortung der Kliniken.

Auch die Forschung und Verbreitung neuer **medizinischer Erkenntnisse** liegen im Aufgabenbereich der Krankenhäuser. Neben der klassischen Erforschung neuer diagnostischer und therapeutischer Methoden innerhalb klinischer Studien gehören hierzu die Grundlagen- und die Versorgungsforschung. Zudem wird von Krankenhäusern erwartet, dass sie niedergelassene Ärzte und Ärztinnen durch organisierte Vorträge, Schulungen und Kongresse an der Weiterentwicklung des medizinischen Wissens partizipieren lassen (vgl. Busse et al., 2013, S. 51).

Zur Bewältigung all dieser Aufgaben müssen den Krankenhäusern entsprechende Mittel zur Verfügung gestellt werden. Im Jahr 2017 lagen die gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen bei 375,56 Mrd. Euro (vgl. Destatis, 2019a, S. 150). Die Untergliederung nach Einrichtungen zeigt, dass ein signifikanter Anteil von 37 % auf die stationären Leistungserbringer entfällt (vgl. Abb. 1.1).

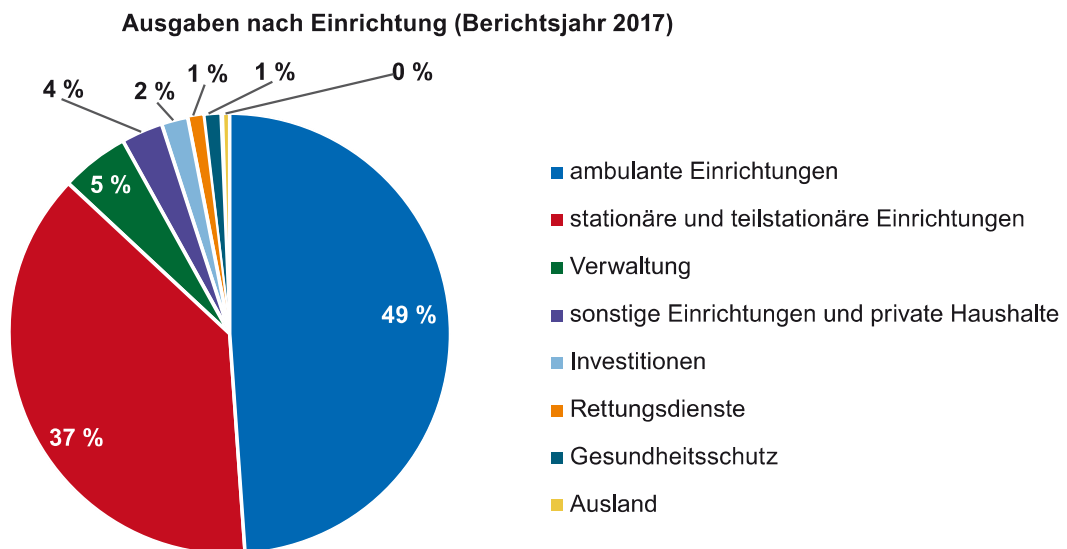


Abb. 1.1: Ausgaben des Gesundheitswesens nach Einrichtungen für das Berichtsjahr 2017 (vgl. Destatis, 2019a, S. 150)

Innerhalb der stationären und teilstationären Einrichtungen entfallen wiederum 68 % aller Ausgaben auf die Krankenhäuser (vgl. Abb. 1.2). Damit belaufen sich die Ausgaben für das Krankenhauswesen auf 94,73 Mrd. Euro oder 25 % der gesamten Gesundheitsausgaben bezogen auf das Jahr 2017. Dieser Anteil ist zwar seit dem Jahr 1992 nahezu

1. Spiegelung des Kniegelenks

konstant, dies bedeutet jedoch gleichzeitig, dass sich die absoluten Kosten von 42,63 Mrd. Euro im Jahr 1992 mehr als verdoppelt haben (vgl. Destatis, 2019a). Von primärer Bedeutung ist jedoch, dass im Gesundheitswesen jeder vierte Euro in die Krankenhausbehandlung investiert wird. Damit kann durch Beeinflussung des Krankenhausesektors auch die Entwicklung der gesamten Gesundheitskosten direkt beeinflusst werden. Folglich beschäftigt sich die Politik nicht nur aufgrund des Anspruchsdenkens der Bevölkerung, sondern auch aufgrund ökonomischer Überlegungen regelmäßig mit dem Krankenhauswesen.

Ausgaben für stationäre und teilstationäre Einrichtungen (Berichtsjahr 2017)

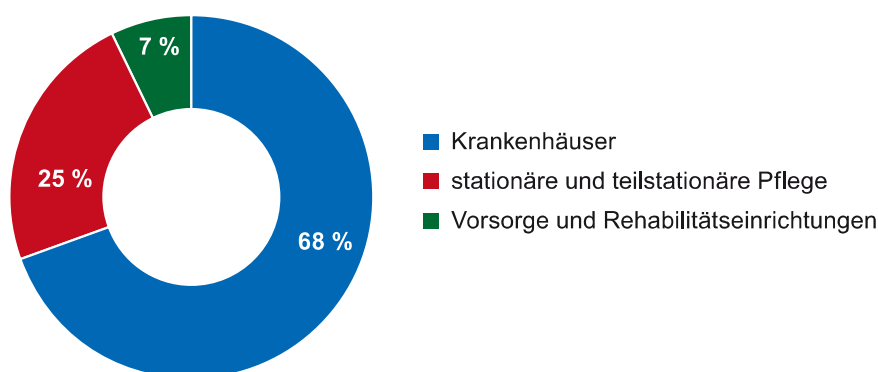


Abb. 1.2: Aufgliederung der Ausgaben für stationäre und teilstationäre Einrichtungen für das Berichtsjahr 2017 (vgl. Destatis, 2019a, S. 150)

So viel zu den reinen Zahlen, aber mit welchen anderen Branchen in Deutschland können Krankenhäuser eigentlich verglichen werden? Der Umsatz der Krankenhäuser liegt bei 94,73 Mrd. Euro (vgl. Destatis, 2019a, S. 150). Damit ist der Krankenhausesektor etwa mit der gesamten deutschen Land- und Straßenverkehr- (85 Mrd. Euro; vgl. Siegler, 2014) oder der kompletten Tourismusbranche (68 Mrd. Euro; vgl. Destatis, 2015a) vergleichbar. Gleichzeitig arbeiten mit 1,15 Mio. Mitarbeitenden mehr Bürger und Bürgerinnen in Krankenhäusern als im Land- und Straßenverkehr (0,85 Mio. Mitarbeitende; vgl. Siegler, 2014) oder dem Tourismussektor (0,8 Mio. Mitarbeitende; vgl. Destatis, 2015a). Neben der gesamtwirtschaftlichen Betrachtung ist auch die regionale Bedeutung als Auftrag- und Arbeitgebende zu beachten. Wie in Abb. 1.3 ersichtlich, machen Personalkosten ca. 62 % der Gesamtkosten eines Krankenhauses aus (vgl. Destatis, 2019a, S. 153), und so haben Krankenhäuser häufig als regionale Arbeitgebende große Bedeutung. Auch innerhalb der Sachkosten wird traditionell ein Teil der Aufträge an lokale Betriebe vergeben, wie etwa ein Großteil der Reparatur- und Instandhaltungsarbeiten. Da die Einzelrechnungen wiederum überschaubar sind, werden häufig im Zuge einer freihändigen Vergabe regionale Handwerksbetriebe beauftragt. Hinzu kommen kleinere Dienstleistungen wie beispielsweise innerbetriebliche Umzüge oder das Catering für öffentliche Veranstaltungen.

Struktur Krankenhauskosten (Berichtsjahr 2017)

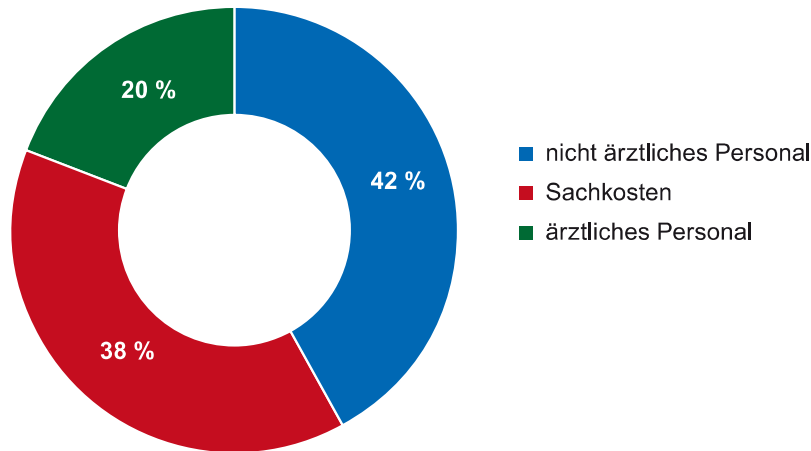


Abb. 1.3: Struktur der Krankenhauskosten für das Berichtsjahr 2017 (vgl. Destatis, 2019a, S. 153)



Übung 1.3:

Überlegen Sie, welche Leistungen aus dem Bereich Sachkosten i. d. R. an regionale Betriebe vergeben werden.

Nachdem nun der gesamte Krankenhaussektor in Relation zu anderen Branchen gesetzt wurde, wagen wir auch noch den Vergleich eines einzelnen Krankenhauses. Als Beispiel soll das Klinikum Nürnberg dienen. Dieses hatte im Jahr 2018 ca. 7.000 Mitarbeitende, 2.200 Betten und einen Jahresumsatz von 560 Mio. Euro (vgl. Stadt Nürnberg, 2019). Überrascht es Sie, dass ein omnipräsentes Optikerunternehmen wie die Fielmann AG mit 1.226 Mrd. Euro Umsatz im Jahre 2014 gerade mal doppelt so viel erwirtschaftet hat (vgl. Fielmann AG, 2014, S. 2)?

1.2 Aktuelle Herausforderungen des Krankenhausmanagements

Insbesondere große Krankenhäuser können als mittelständische Unternehmen bezeichnet werden. Daher ist es nicht überraschend, dass sich innerhalb der Betriebswirtschaftslehre das Teilgebiet des Krankenhausmanagements herausgebildet hat. Obwohl dieser Begriff in Deutschland seit Jahren präsent ist, ist insbesondere innerhalb der vergangenen fünf Jahre ein starkes Wachstum entsprechender Fachliteratur, Kongresse und Weiterbildungsangebote erkennbar. Trotzdem fehlt aktuell noch eine allgemein anerkannte Definition des Begriffs „Krankenhausmanagement“, die sowohl die operativen als auch die strategischen Aspekte vereint. Dennoch können folgende Punkte als Orientierungshilfe dienen (vgl. Behar et al., 2016, S. 17 ff.; Debatin; Ekkernkamp, 2010, S. 69 ff.; Goldschmidt; Hilbert, 2011, S. 1 ff.; Hofmann, 2010, S. 20 ff.):

Krankenhausmanagement umfasst folgende Aspekte:

- effektiver und effizienter Betrieb von Krankenhäusern
- Erarbeitung und Evaluation branchenspezifischer Steuerungswerkzeuge
- Evaluation verschiedener Möglichkeiten der Aufbau- und Ablauforganisation
- Überarbeitung der krankenhausinternen und sektorenübergreifenden Kommunikations- und Kooperationsstrukturen



Übung 1.4:

Reflektieren Sie, warum Sie sich für dieses Modul im Studiengang entschieden haben. Finden Sie diesen Bereich schlichtweg interessant oder haben Sie das Gefühl, dass aktuell und auch zukünftig großer Bedarf in diesem Fachgebiet besteht?



Sicherlich spielen bei der jüngsten Profilierung des Fachgebiets Krankenhausmanagement die großen inhaltlichen Herausforderungen, denen sich Krankenhäuser gegenübersehen, eine wichtige Rolle. Die folgende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, bietet jedoch einen guten Überblick und umfasst sicherlich viele der Brennpunkte, die Ihnen in Ihrem beruflichen Kontext begegnen (werden):

- demografischer Wandel
- medizinischer Wandel
- gesellschaftlicher Wandel
- Anspruchsdenken der Arbeitnehmenden
- Fachkräftemangel
- Steigerung des Wettbewerbs
- Gesetzgeber und Politik als Treiber für Veränderungen
- Digitalisierung

Demografischer Wandel

Der **demografische Wandel** ist für Krankenhäuser aus zweierlei Sicht relevant. Einerseits steigt das durchschnittliche Patientenalter kontinuierlich an. So lag beispielsweise bei der koronaren Bypass-OP der Anteil der über 80-Jährigen im Jahre 2005 bei 5,2 %. Im Jahre 2019 lag dieser Anteil hingegen schon bei 10,3 % (vgl. Destatis, 2019b). Als Folge dieses Trends sind Krankenhäuser mit einer zunehmenden Zahl multimorbider (mehrfacherkrankter) Patienten und Patientinnen, die unabhängig von der aktuellen Akuterkrankung bereits eine Pflegebedürftigkeit aufweisen, konfrontiert. Die Kliniken reagieren darauf bereits mit der Etablierung spezieller geriatrischer Stationen oder zusätzlicher Angebote beziehungsweise Kooperationen im Bereich der ambulanten oder Kurzzeitpflege.

Andererseits ist auch das Krankenhaus als Arbeitgebender betroffen. Der Anteil der Pflegekräfte über 45 Jahre liegt beispielsweise durchschnittlich bei 46 % (vgl. DKI, 2019, S. 24). Dies ist insbesondere bei den körperlich anstrengenden Tätigkeiten im Pflegebe-

reich problematisch, da auch leistungsgeminderte Mitarbeitende in die tagtäglichen Arbeiten integriert werden müssen. Zudem stellen auch die Wochenend- und Nacharbeit sowie das Wechselschichtsystem eine große Belastung für ältere Mitarbeitende dar. In den letzten Jahren haben viele Häuser diese Herausforderungen erkannt und deswegen spezielle interne Programme für ältere Mitarbeitende etabliert (vgl. Dilcher; Hammer-schlag, 2013, S. 195 ff.; Schmidt et al., 2013, S. 100 ff.). Zusammengefasst muss das Krankenhausmanagement bei der Gestaltung der Prozesse sowohl die Bedürfnisse der älteren Patientenschaft als auch der Mitarbeiterschaft einbeziehen.



Beispiel 1.2:

In immer mehr Krankenhäusern werden Stationen speziell im Hinblick auf die Bedürfnisse von dementen Patienten eingerichtet. Neben technischen Hilfsmitteln, mit denen beispielsweise der Standort jedes Patienten sofort ermittelt werden kann, helfen spezielle Farb- und Lichtkonzepte dementen Patienten bei der Orientierung. Auch unkonventionelle Lösungen, wie beispielsweise der Aufbau einer Bushaltestelle, die als natürlicher Sammelpunkt dient und damit Weglauftendenzen unterbindet, unterstützen bei der Versorgung verwirrter Patienten.

Medizinischer Wandel

Der **medizinische Wandel** ist eng mit dem demografischen Wandel verknüpft. Mit dem Begriff des medizinischen Wandels wird der rasante medizinische Fortschritt innerhalb der letzten Jahrzehnte zusammengefasst. Dieser medizinische Fortschritt ermöglicht einen kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung und eine Chronifizierung von früher akut verlaufenden Erkrankungen (vgl. Debatin; Albat, 2013, S. 71 ff.). Zudem ermöglichen neue Technologien und Verfahren die Behandlung von zuvor unheilbaren Erkrankungen.² Daraus resultieren im Allgemeinen kontinuierlich ansteigende Behandlungszahlen. Wie Sie in der folgenden Abb. 1.4 sehen können, wurden im Jahr 1991 noch knapp 14,5 Mio. und im Jahr 2018 bereits über 19 Mio. stationäre Fälle durch Krankenhäuser versorgt (vgl. Destatis, 2020a, S. 10).

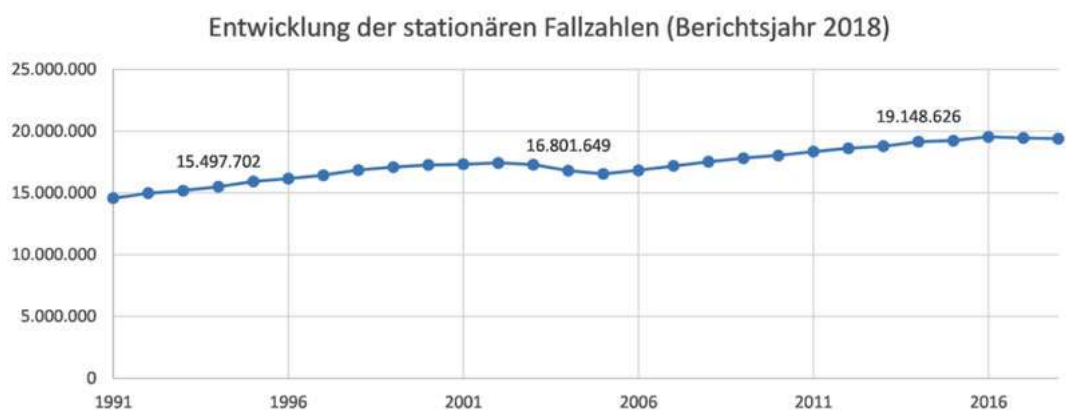


Abb. 1.4: Entwicklung der stationären Fallzahlen deutscher Krankenhäuser im Zeitverlauf (vgl. Destatis, 2020a, S. 10)

2. Beispiele: Cochlear-Implantate für Gehörlose, bei denen klassische Hörgeräte keine Unterstützung darstellen. Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) bei Patienten oder Patientinnen, deren Lungen so schwer geschädigt sind, dass die klassische Beatmung nicht mehr möglich ist.

Obwohl dies für Kliniken natürlich grundsätzlich positiv zu werten ist, besteht die Herausforderung darin, die notwendige Infrastruktur bei limitierten finanziellen Mitteln bereitzustellen. Neben der reinen baulichen Infrastruktur, wie Ambulanz- und Bettplätze, muss insbesondere fortwährend in neue medizintechnische Innovationen investiert werden (vgl. Behar et al., 2016, S. 35 ff.). Eine noch größere Herausforderung stellt jedoch der stetige medizinische Wissenszuwachs dar. So belegen Arbeiten, dass das medizinische Wissen eine Halbwertszeit von fünf Jahren hat (vgl. Ramsey et al., 1991; S. 1103 ff.). Dies bedeutet auch für Sie persönlich, dass Sie alle fünf Jahre die Hälfte Ihrer Behandlungs- und Verhaltensweisen bzw. beruflichen Routinen anpassen müssen. Für Krankenhäuser bringt dies die große Herausforderung mit sich, die Mitarbeitenden bei ihrer persönlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung zu unterstützen, um damit zu garantieren, dass die Patienten und Patientinnen jeweils nach den neusten medizinischen Erkenntnissen versorgt werden.

Gesellschaftlicher Wandel

Unter dem Begriff **gesellschaftlicher Wandel** kann eine Reihe von Aspekten zusammengefasst werden, die die Behandlung der Patienten und Patientinnen grundlegend verändern. Wie haben sich Ihre Patienten und Patientinnen in den vergangenen fünf Jahren verändert? Vermutlich werden die meisten von Ihnen bestätigen, dass die Patientenschaft selbstbewusster, anspruchsvoller und wissbegieriger geworden ist (vgl. Debatin; Albat, 2013, S. 70). Diese Tendenz wird durch gesetzliche Änderungen wie beispielsweise das Patientenrechtegesetz und die Etablierung von Patientenberatungen noch weiter verstärkt. Die Vor- und Nachteile dieser Entwicklung können sicherlich kontrovers diskutiert werden, Fakt ist jedoch, dass Patienten und Patientinnen medizinische Entscheidungen eher infrage stellen, mehr Hintergrundinformationen und Erläuterungen einfordern sowie wahrgenommene Missstände teilweise mit juristischer Unterstützung anprangern. Häufig zielen diese Patientenbeschwerden auch auf die sogenannten Hotelleistungen ab. Neben einer umfangreichen Speisenauswahl erwarten Patienten und Patientinnen mindestens Zweibettzimmer mit zwei getrennten Nasszellen, WLAN und Fernseher. In Kombination mit dem gestiegenen Wettbewerb stehen Krankenhäuser somit vor der Herausforderung, sowohl die Infrastruktur als auch die Prozesse und das Verhalten der Mitarbeitenden an die sich verändernden Anforderungen der Patientenschaft anzupassen.

Übung 1.5:

Diskutieren Sie die Vor- und Nachteile, die das Verhalten der selbstbewussteren, anspruchsvolleren und wissbegierigeren Patientenschaft mit sich bringt.



Anspruchsdenken der Arbeitnehmenden

Der beschriebene gesellschaftliche Wandel zeigt sich auch in einem veränderten **Anspruchsdenken der Arbeitnehmenden**. Die heutigen Arbeitnehmenden legen mehr Wert auf die sogenannte Work-Life-Balance. 60-Stunden-Wochen, 24-Stunden-Dienste oder direkte Wechsel von Spät- auf Frühdienste werden heute äußerst kritisch hinterfragt. Ebenso werden Kinderbetreuung in den Ferien sowie flexible Arbeits- und Teilzeitmodelle als Mindeststandard vorausgesetzt (vgl. Landau, 2015, S. 18 ff.). Diese Entwicklung muss ernst genommen werden, da bereits heute kleinere Kliniken im ländlichen Raum über Probleme bei der Stellenbesetzung klagen (vgl. Behar et al., 2016,

S. 29 ff.) und sich diese Situation in den kommenden Jahren voraussichtlich weiter verschärfen wird (vgl. Debatin; Albat, 2013, S. 197 ff.). Neben der Bereitstellung der entsprechenden Angebote müssen vor allem Führungskräfte, die i. d. R. einer anderen Generation mit anderen Werten angehören, für diese neuen Anforderungen sensibilisiert werden.



Übung 1.6:

Hinterfragen Sie, welche Ansprüche Sie an Ihre aktuelle bzw. zukünftige Arbeitsstelle stellen. Unterscheiden sich Ihrer Meinung nach die Ansprüche von älteren oder jüngeren Mitarbeitenden? Stehen Sie mit Ihren eigenen Ansprüchen allein da oder sind diese typisch für Ihre Generation?

Fachkräftemangel

Wie bereits dargestellt, steigen sowohl die Ansprüche der Patienten und Patientinnen als auch der Arbeitnehmenden. Zugleich trifft eine alternde Bevölkerung auf ein knapperes Arbeitskräfteangebot im Gesundheitswesen. Laut Prognosen werden diese gegenläufigen Entwicklungen dazu führen, dass im Jahre 2030 im schlechtesten Fall über 1,3 Mio. Fachkräfte im Gesundheitswesen fehlen (vgl. Augurzky; Kolodziej, 2018, S. 4). Bereits heute spüren Krankenhäuser die Auswirkungen des Fachkräftemangels. Im Bereich des ärztlichen Dienstes sind große Krankenhäuser in guter geografischer Lage³ mit breiten Ausbildungsmöglichkeiten i. d. R. noch in der Lage, ausreichend Personal zu rekrutieren. Im Bereich der Pflege hat der Personalmangel bereits heute alle Krankenhäuser erreicht. So hat insbesondere die Corona-Pandemie den Personalmangel auf deutschen Intensivstationen verdeutlicht. Bereits heute können physisch vorhandene Versorgungsstrukturen aufgrund von Personalmangel nicht betrieben werden (vgl. DGIIN, 2018; DIVI, 2021a). Auf übergeordneter Ebene wird dem Fachkräftemangel mit vergleichsweise hohen Tarifabschlüssen (vgl. Augurzky; Kolodziej, 2018, S. 14) und grundlegenden Systemanpassungen (vgl. Kap. 3.3.1) begegnet. Gleichzeitig versucht jedes einzelne Krankenhaus auch die lokalen Spielräume zu nutzen, um den Betrieb der Versorgungsstrukturen bestmöglich zu gewährleisten. Hierzu zählen unter anderem (vgl. Augurzky; Kolodziej, 2018, S. 18 f.):

- Reduktion der Teilzeitquote bzw. Erhöhung der Arbeitszeit einzelner Beschäftigter
- Rekrutierungs- und Marketingmaßnahmen, um die Anzahl von Auszubildenden bzw. Studierenden zu erhöhen
- Reduktion des Krankenstands durch Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements
- Rekrutierung von ausländischen Fachkräften
- Neuverteilung der Aufgaben, um anders qualifizierte Fachkräfte in die Arbeitsbereiche zu integrieren (Skill Mix)⁴

3. Regionen mit hohem Freizeitwert, Standorte in der Nähe von größeren Städten

4. Beispielsweise: Integration von Altenpflegerinnen und MFAs in die pflegerische Stationsarbeit

Steigerung des Wettbewerbs

Neben dem Wettbewerb um Fachkräfte ist insgesamt die **Steigerung des Wettbewerbs** zwischen den Krankenhäusern ein erklärtes Ziel der Gesundheitspolitik (vgl. Behar et al., 2016, S. 21 ff.). Frei nach dem Motto „Tust du mir nichts, tue ich dir nichts“ herrschte bis vor ca. 20 Jahren de facto ein Nichtangriffspakt zwischen benachbarten Kliniken. Durch bewusste gesundheitspolitische Gesetzesinitiativen wie beispielweise die Einführung des Fallpauschalensystems (vgl. Kap. 3.3.1) stehen Krankenhäuser heute untereinander in starker Konkurrenz. Diese neue Situation wird auch durch den Fakt untermauert, dass in den letzten 20 Jahren jedes fünfte Krankenhaus geschlossen wurde⁵ (vgl. Destatis, 2015d). Zusätzlich befeuert wird dieser Wettbewerb durch die fortschreitende Privatisierung des Krankenhauswesens (vgl. Kap. 2.3). Zudem stehen Krankenhäuser durch die zunehmende Ambulantisierung⁶ von Leistungen in starker Konkurrenz zum ambulanten Sektor, der diese Leistungen ebenfalls erbringen kann (vgl. Behar et al., 2016, S. 31 ff.; Debatin; Albat, 2013, S. 70). Da Krankenhäuser zeitgleich Kassenarztsitze aufkaufen oder medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen, ist in den letzten Jahren auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ein starker Konkurrenz- bzw. Machtkampf entstanden. Eine weitere Entwicklung, die Sie vermutlich alle in Ihrem täglichen Arbeitsumfeld wahrnehmen, kann am besten mit einem rauerem Umgangston beschrieben werden. Dadurch steigt der Wettbewerbsdruck im gesamten Gesundheitswesen, sodass auch andere Leistungserbringer diesen Druck an ihre jeweiligen Partner weitergeben.

Beispiel 1.3:

Beispiele, in denen sich der insgesamt „rauere Umgangston“ im Gesundheitswesen zeigt:

- Der Hausarzt hat keine Zeit, in Ruhe eine stationäre Behandlung direkt mit der jeweiligen Station abzusprechen. Stattdessen wird der Patient einfach direkt in die Notaufnahme geschickt.
- Der Krankentransportdienst hat bei der Übergabe von Patienten kein Verständnis für Wartezeiten, gleichzeitig warten Patienten nach der Entlassung teilweise stundenlang auf ihren Krankentransport nach Hause.
- Die Entlassung eines Patienten verschiebt sich um einen Tag. Die übernehmende Rehaklinik kann das Bett nicht für einen Tag reservieren, da die Belegungsquote konstant bei über 95 % liegen muss.



5. Bis zum Jahre 1993 galt im deutschen Gesundheitswesen das Selbstkostendeckungsprinzip. Die Krankenhäuser mussten bis dahin lediglich ihre Kosten nachweisen, damit der Staat diese vollständig erstattete. Mit Abkehr von diesem Prinzip im Jahre 1993 begann der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern (vgl. Kap. 3.3).

6. Unter Ambulantisierung von Leistungen wird die zunehmende Verschiebung einfacher und komplikationsloser Eingriffe in den ambulanten Sektor verstanden. So wird beispielweise die Versorgung eines Patienten/ einer Patientin mit Karpaltunnelsyndrom im stationären Abrechnungssystem nicht mehr vergütet. Die Krankenhäuser müssen diese Leistungen aufgeben oder ambulant erbringen und auf Basis der EBM-Pauschalen abrechnen.

Gesetzgeber und Politik als Treiber für Veränderungen

Die größten Treiber für Veränderungen in der Krankenhauswelt sind der **Gesetzgeber** und die **Politik** (vgl. Debatin; Albat, 2013, S. 69; Goldschmidt; Hilbert, 2011, S. 4). In steter Regelmäßigkeit verfasst das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) neue Gesetzesnovellen, die größere oder kleinere Umbrüche in der täglichen Arbeitspraxis auslösen. Insbesondere unter Gesundheitsminister Jens Spahn hat sich dies nochmals beschleunigt. So wurden in den Jahren 2018 und 2019 in Summe 20 neue Gesetze mit Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen erlassen (vgl. Höhl, 2019). Dabei ist nicht davon auszugehen, dass diese Dynamik in den kommenden Jahren nachlassen wird. All die bislang beschriebenen Herausforderungen in Kombination mit den hohen Kosten der Gesundheitsversorgung (vgl. Kap. 1.1) werden gesetzliche Änderungen unabdingbar machen. Zu guter Letzt wird die Aufarbeitung der Corona-Pandemie sicherlich auch dazu führen, dass bestehende Versorgungsstrukturen auf den Prüfstand gestellt werden.

Digitalisierung

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) beweist der Gesetzgeber erneut seinen Willen, Veränderungen im Gesundheitswesen aktiv zu forcieren. Verschiedene Gutachten belegen, dass sowohl das deutsche Gesundheitswesen als Ganzes als auch die deutschen Krankenhäuser im internationalen Vergleich bei der Digitalisierung großen Nachholbedarf haben (vgl. Klauber, 2019, S. 17 ff.; Thiel, 2018, S. 53). Dabei ist insbesondere beunruhigend, dass die deutschen Krankenhäuser in den letzten Jahren im internationalen Vergleich weiter zurückgefallen sind (vgl. Klauber, 2019, S. 25). Obgleich Digitalisierung kein Selbstzweck ist, führt diese zu effizienteren Prozessen, höherer Patientensicherheit und umfangreicherer Nutzung der vorliegenden medizinischen Informationen (vgl. Klauber, 2019, S. 49 ff.). Zur Erfassung des Digitalisierungsstatus werden differenzierte Reifegradmodelle verwendet. Diese Modelle analysieren den Status der IT-Unterstützung in folgenden Bereichen (vgl. Klauber, 2019, S. 23; S. 28):

- Zu welchem Anteil werden erzeugte Informationen in den verschiedenen Abteilungen (z.B. OP, Radiologie etc.) digital gespeichert?
- Wie umfangreich werden diese Daten untereinander ausgetauscht, um anschließend in einer gemeinsamen digitalen Patientenakte zur Verfügung gestellt zu werden? Wird diese Patientenakte auch direkt auf Station in der täglichen Arbeit (z.B. Visite) digital ergänzt?
- Werden die erzeugten Daten auch mit externen Partnern (z.B. niedergelassene Ärzte/Ärztinnen) geteilt und moderne „Austauschformate“ (E-Rezept, E-Arztbrief) verwendet?
- Wie hoch ist der Standard der Daten- und IT-Sicherheit?
- Werden die gewonnenen Daten in einem Data-Warehouse aggregiert, um damit sowohl ökonomische als auch medizinische Fragestellungen zu beantworten?

Um in diesen Themenfeldern Verbesserungen zu erreichen, sind umfangreiche Investitionen notwendig. Um hier einen Anreiz zu setzen, fördert das BMG mittels des KHZG die deutschen Krankenhäuser über drei Jahre mit 4,3 Mrd. Euro. Damit entfallen durchschnittlich 2,2 Mio. Euro auf jedes Krankenhaus, durchaus eine Summe, mit der spürbare Änderungen erzielt werden können. Die Krankenhäuser werden jedoch auch unter immensen Zugzwang gesetzt, da bis 2024 ihre jeweilige IT-Infrastruktur gewisse Reife-

kriterien erfüllen muss. Werden diese Kriterien nicht erfüllt, können Strafzahlungen bis zu 2 % des Umsatzes fällig werden (vgl. BMG, 2020). Dementsprechend stehen Kliniken nun vor dem Spagat, die IT-Projekte auf der einen Seite möglichst schnell umzusetzen und auf der anderen Seite die Belegschaft mittels Changemanagement in das neue digitale Zeitalter mitzunehmen.

Übung 1.7:

Recherchieren Sie, welche Vorhaben und Projekte durch das Krankenhauszukunftsgesetz gefördert werden sollen.



Ogleich die Digitalisierung im kommenden Jahrzehnt sicherlich immense Auswirkungen haben wird, waren die einschneidendsten Veränderungen in den vergangenen Jahrzehnten vermutlich die Umstellung des Finanzierungssystems (vgl. Kap. 3.3.1) im Jahr 2003 und die de facto Wiedereinführung des Kostendeckungsprinzips in der Pflege im Jahre 2020 (vgl. Kap. 3.3.1). Ein Blick auf die wichtigsten Kennzahlen des Krankenhauswesens (vgl. Abb. 1.5) belegt, dass in den letzten 20 Jahren bei 25 % weniger Betten und nur leicht gestiegener Personalausstattung 33 % mehr Fälle versorgt wurden. Dabei wurde die durchschnittliche Verweildauer auf 7,2 Tage halbiert (vgl. Destatis, 2020a, S. 10 f.).

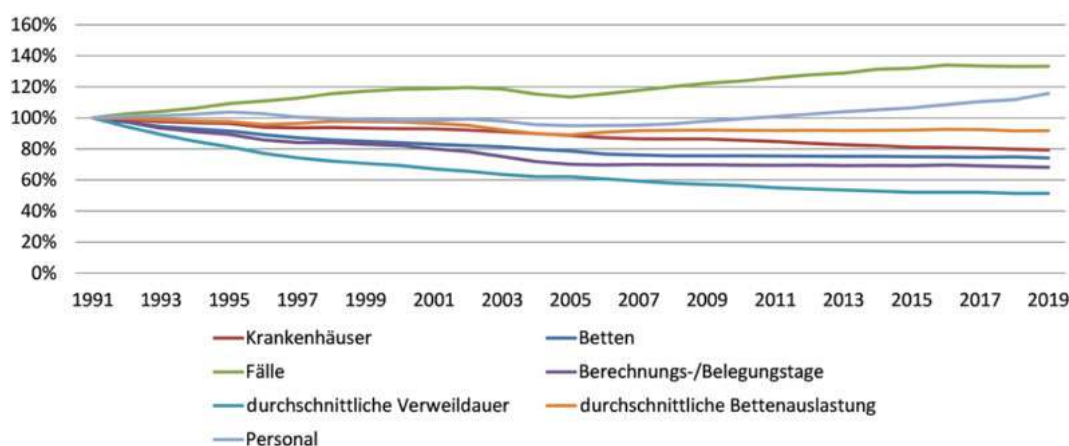


Abb. 1.5: Wichtigste Kennzahlen des Krankenhauswesens (vgl. Destatis, 2020a, S. 10 f.)

Diese nüchternen Kennzahlen beschreiben einen immensen Wandel, den die Krankenhäuser und ihre Mitarbeitenden vollziehen mussten. Diesen Wandel können Ihnen am beeindruckendsten Pflegekräfte oder Ärzte und Ärztinnen vermitteln, die schon seit Jahren in Krankenhäusern arbeiten. Diese werden Ihnen berichten, dass Ende der 1990er-Jahre der Stationsalltag noch von einer recht lockeren Zeiteinteilung geprägt war. Dadurch hatten die beteiligten Ärzte und Ärztinnen sowie Pflegekräfte auch mehr Zeit für intensive Patientengespräche oder zur Abfederung individueller sozialer bzw. häuslicher Probleme. Beispielsweise konnte eine ältere Patientin relativ problemlos noch drei Tage länger stationär versorgt werden, wenn der Sohn drei Tage auf Dienstreise war und sich niemand zuhause um seine Mutter kümmern konnte. In den heutigen, eng getakteten Versorgungsprozessen ist solch ein Entgegenkommen oftmals nur noch schwer vorstellbar. Zudem fehlt oft die Zeit, Patienten und Patientinnen oder ihren Angehörigen die jeweilige gesundheitliche Situation verständlich zu erklären. Generell steht der hohe zeitliche Druck im Widerspruch zur Anspruchshaltung von Ärzteschaft und Pflegenden.

Dieser Konflikt ist für Mitarbeitende, die die Verhältnisse Ende der 1990er-Jahre kennen, noch deutlich intensiver. Wer diesen Wandel einmal nachvollzieht, kann die Situation der Krankenhäuser und die Sichtweise der Mitarbeiterschaft besser verstehen.

Neben der Legislative hat auch die Exekutive großen Einfluss auf die Situation der Krankenhäuser. Verschiedene Ministerien legen beispielsweise den Standort, das Versorgungsspektrum und die zur Verfügung stehenden Investitionsmittel fest. Insbesondere der Rückgang der Fördermittel stellt Krankenhäuser vor immense Herausforderungen. Noch im Jahr 1991 betrug die staatliche Förderung 10 % des getätigten Umsatzes. Heute liegt dieser Wert bei 4 % (vgl. Augurzky, 2015, S. 134). Gepaart mit dem zuvor beschriebenen Investitionsbedarf in medizintechnische und bauliche Infrastruktur, müssen Kliniken zunehmend finanzielle Mittel über den Kapitalmarkt oder durch Spenden akquirieren. Zusammenfassend muss das Krankenhausmanagement politische Trends und rechtliche Veränderungen frühzeitig erkennen und durch Anpassung der Strukturen und Prozesse adäquat auf diese neuen Rahmenbedingungen reagieren.

Vermutlich könnten einige von Ihnen diese Aufzählung um weitere Herausforderungen ergänzen. Welche es auch sind: All diese parallel laufenden Umbrüche müssen Führungskräfte auf den verschiedensten Ebenen in den Krankenhäusern meistern, sodass auch zukünftig von einer weiter steigenden Bedeutung des Krankenhausmanagements ausgegangen werden kann.

1.3 Entwicklungsphasen des Krankenhausmanagements

Ebenso wie die Krankenhäuser unterliegt auch das Krankenhausmanagement an sich einem stetigen Wandel. Fleßa spricht in diesem Zusammenhang von vier Phasen des Krankenhausmanagements, die in Abb. 1.6 dargestellt sind (vgl. Fleßa, 2015a, S. 66). Dabei ist der Phasenübergang nicht als abrupter Wechsel zu einem bestimmten Zeitpunkt zu verstehen. Vielmehr müssen die Phasen als eine Art Wellenbewegung charakterisiert werden, sodass Phasenübergänge schrittweise und über einen längeren Zeitraum erfolgen.

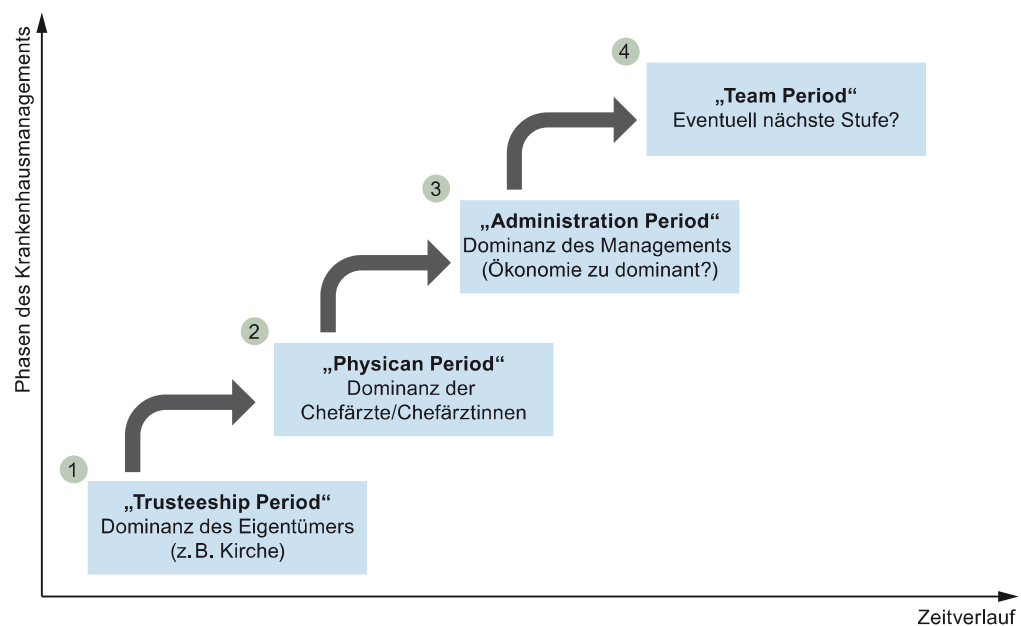


Abb. 1.6: Phasen des Krankenhausmanagements (vgl. Fleßa, 2015a, S. 66)

Die erste Phase, die sogenannte Trusteeship Period, war durch hohe Dominanz der Eigentümer geprägt und erstreckte sich bis in die 1950er-Jahre. Die Wünsche des jeweiligen Eigentümers bzw. Trägers standen primär im Vordergrund. Beispielsweise waren kirchliche Einrichtungen stark durch geistliche Überzeugungen geprägt. Ein Relikt dieser Periode ist vermutlich vielen von Ihnen aus den Medien bekannt: Im Jahr 2013 verweigerten zwei katholische Krankenhäuser in Köln einer vergewaltigten Frau die Postkoitalpille (Pille danach) (vgl. Süddeutsche Zeitung, 2013).

Anschließend lag während der „Physician Period“ ein Großteil der Managementverantwortung direkt bei den jeweiligen Chefärzten/Chefärztinnen. In diesem Zeitraum war ein Klinikum nur ein loser Zusammenschluss von Kliniken, die nahezu unabhängig durch den jeweiligen Chefarzt geführt wurden. Die Verwaltung hatte wenig bis gar keinen Einfluss und beschäftigte sich häufig ausschließlich mit Aufgaben wie Personalbewirtschaftung, operative Umsetzung des Einkaufs oder Organisation der Reinigung (vgl. Debatin; Ekkernkamp, 2010, S. 556). Viele von Ihnen kennen vielleicht Kommentare wie „eminenzbasierte Medizin“ oder „Chefarzt-Fürstentümer“, die die Machtkonstellation dieser Phase etwas polemisch zusammenfassen (vgl. Göpfert, 2013, S. 150 f.).

Der Ausstieg aus dem Kostendeckungsprinzip Ende der 1990er-Jahre (vgl. Kap. 3.3.1) markiert den Wendepunkt dieser Phase. Der Übergang zur „Administration Period“ ist aktuell noch in vollem Gange und wird sicherlich noch einige Jahre in Anspruch nehmen. Dabei geht es im Kern eigentlich nur darum, einen Teil der Managementhoheit von der einen Berufsgruppe (Chefärzte/Chefärztinnen) auf eine andere Berufsgruppe (Verwaltung) zu übertragen. Dies verdeutlicht am besten ein Beispiel: Die Personalabteilung eines Krankenhauses beschäftigte sich früher häufig nur mit klassischen verwaltenden Tätigkeiten wie Gehaltsabrechnung, Krankmeldung oder Vertragserstellung. Zunehmend werden nun auch Managementtätigkeiten wie Personalgewinnung, Personalentwicklung und Unterstützung bei der Personalführung übernommen. Abgesehen von den Herausforderungen bei der „Entmachtung“ der Chefärzte/Chefärztinnen darf dabei nicht unterschätzt werden, dass dieser Prozess auch mit einer Professionalisierung der Verwaltung einhergehen muss und damit einen immensen Umbau dieser Strukturen bedeutet (vgl. Zehnder, 2014a, S. 30 ff.).

Zugegeben, die Betrachtung dieses Phasenübergangs als eine reine Verschiebung von Managementbefugnissen ist zu kurz gegriffen. Vielmehr wurden in den letzten zwei Jahrzehnten die politischen Stellschrauben auch genutzt, um den Kostendruck in Krankenhäusern zu erhöhen und damit Effizienzpotenziale aufzudecken (vgl. Abb. 1.6). Inzwischen sehen sich Chefärzte bzw. Chefärztinnen und Pflegedienstleitungen mit umfangreichen finanziellen Limitationen konfrontiert, sodass eine gewisse Ökonomisierung der Medizin nicht gezeugnet werden kann. Sicherlich kann diese Entwicklung kritisch diskutiert werden unter dem Motto: Ist die Ökonomie zu dominant? Gleichzeitig wird jedoch nur ein kleiner Teil der deutschen Bevölkerung bereit sein, umfangreichere Mittel für die stationäre Versorgung mit steigenden Krankenkassenbeiträgen zu finanzieren. Damit erscheint eine Rückkehr zum Kostendeckungsprinzip nicht möglich, sodass Krankenhäuser auch zukünftig im Spannungsfeld zwischen Medizin und Ökonomie gefangen sein werden. Als Reaktion hierauf könnte die nächste Periode (Team Period) durch intensive Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen zur gemeinsamen Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse geprägt sein. Vielleicht hört sich diese Formulierung etwas realitätsfern und illusorisch an, jedoch ist u. a. Ihr Studiengang ein Ausdruck dafür, wie sich die Medizin auf die Ökonomie zubewegt. Auf der anderen Seite versuchen Studiengänge wie medizinische Informatik oder Medizin-

technik, wiederum die anderen Berufsgruppen für das medizinische Umfeld und Handeln zu sensibilisieren. Somit befinden wir uns aktuell im Übergang zwischen der Administration- und Team Period.



Übung 1.8:

Wer Managementaufgaben im Gesundheitswesen übernehmen möchte, sollte seinen eigenen Standpunkt zur Ökonomisierung der Medizin kennen und in Diskussionen verteidigen können. Wie sieht Ihr Standpunkt aus?

1.4 Weiterführende Informationsquellen

Das Fachgebiet Krankenhausmanagement umfasst – wie dargestellt – verschiedenste Themen, die in diesem Studienheft nur bis zu einem bestimmten Detaillierungsgrad dargestellt werden können. Zudem unterliegen die abgedruckten Inhalte naturgemäß einem gewissen „Verfall“. Da von Ihnen als zukünftige Führungskraft aber erwartet wird, dass Sie aktuelle Entwicklungen und Trends verfolgen, ist eine kontinuierliche Fortbildung unumgänglich. Die folgende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, gibt jedoch einige Impulse für weiterführende Informationsquellen.

Sicherlich ist nicht jeder Artikel in **Fachzeitschriften** für das persönliche Arbeitsfeld von Interesse, durch das „Querlesen“ der Zeitschriften verpassen Sie jedoch keine generellen neuen Entwicklungen.

- KMA
- f&w (führen und wirtschaften im Krankenhaus)
- Das Krankenhaus
- KU
- KTM (Krankenhaus Technik+Management)
- HCM (Health&Care Management)
- MIBE (Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie)
- Ehealth.com
- medinfoweb.de

Fachgesellschaften bieten für den persönlichen Schwerpunkt detaillierte Informationen. Zudem organisieren die meisten Fachgesellschaften jährliche Jahrestagungen mit Vorträgen, Seminaren, Kursen und Diskussionen zum direkten Austausch mit Gleichgesinnten. Für den Bereich des Krankenhausmanagements sind folgende Gesellschaften bedeutsam:

- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
- Deutscher Verein für Krankenhaus-Controlling e.V. (DVKC)
- Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (DGfM)
- Fachverband Biomedizinische Technik e.V. (fbmt)
- CKM-Cirkel – Verein zur Förderung der Organisations- und Führungskompetenz in Institutionen des Gesundheitswesens

- Fachverband für Einkäufer, Materialwirtschaftler und Logistiker im Krankenhaus e.V. (femak)
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS)

Datenquellen ermöglichen die Untermauerung eigener Überlegungen mit Fakten und sind insbesondere bei der Erarbeitung neuer Konzepte unumgänglich. Empfehlenswert sind u. a.:

- Statistisches Jahrbuch: Zusammenfassung der wichtigsten Fakten aus dem Gesundheitswesen
- Destatis: umfangreiche Datenbank des Statistischen Bundesamts
- Eurostat: umfangreiche Datenbank der Statistikbehörde der EU-Kommission
- European Observatory on Health Systems and Policies: Initiative der World Health Organization (WHO), die die Gesundheitssysteme in der EU zusammenfassend darstellt und vergleicht
- Krankenhaus Rating Report: Buchreihe, die im jährlichen Rhythmus ein Thema aus dem Krankenhauswesen im Detail betrachtet

Zusammenfassung

Die nahezu 2.000 Krankenhäuser Deutschlands stellen eine wichtige Säule der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dar. Hierzu übernehmen Krankenhäuser neben der direkten Patientenversorgung häufig auch eine Koordinationsfunktion innerhalb der Behandlung. Insgesamt entfallen 25 % der gesamten Gesundheitsaufgaben auf den stationären Sektor, sodass Krankenhäuser auch unter gesamtwirtschaftlichen Gesichtspunkten eine beachtenswerte Branche darstellen. Dies zeigt sich auch auf regionaler Ebene, in der Krankenhäuser als wichtige Arbeits- und Auftraggeber große Relevanz besitzen.

Das Management von Krankenhäusern ist ein Teilgebiet der Betriebswirtschaftslehre und durchläuft seit einigen Jahren eine zunehmende Professionalisierung, welche in verschiedene Phasen eingeteilt werden kann. Die aktuellen medizinischen, gesellschaftlichen und politischen Trends bedeuten auch große Herausforderungen für die Krankenhäuser, sodass auch in den kommenden Jahren mit einem stetigen Bedeutungsgewinn des Krankenhausmanagements zu rechnen ist. In diesem Kontext obliegt es den Führungskräften der Krankenhäuser, das Spannungsfeld zwischen Medizin und Ökonomie entsprechend auszutarieren. Diese Aufgabe wiederum verlangt eine kontinuierliche Integration neuer Ansätze und Methoden in die alltäglichen Führungsaufgaben.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Welcher Anteil der gesamten Kosten des Gesundheitswesens entfällt auf das Krankenhauswesen? Welche Auswirkungen hat dies auf die politische Bedeutung der stationären Patientenversorgung?
- 1.2 Benennen Sie die Aufgaben der Krankenhäuser.
- 1.3 Erläutern Sie die gesamtwirtschaftliche und regionale wirtschaftliche Bedeutung von Krankenhäusern.
- 1.4 Nennen Sie aktuelle Herausforderungen des Krankenhausmanagements und beschreiben Sie diese knapp.
- 1.5 Benennen Sie die Entwicklungsphasen des Krankenhausmanagements.