

1 Neue Herausforderungen an das Krankenhaus als Dienstleister im demografischen Wandel – ein Überblick

Mario A. Pfannstiel und Christian Weiß

1.1 Einleitung

Der demografische Wandel kommt nicht überraschend, so dass Krankenhäuser sich auf diesen vorbereiten konnten. Dennoch überrascht die Bandbreite der Herausforderungen, mit denen sich Krankenhäuser und Akteure auseinandersetzen müssen.

Hierbei ist der Effekt »doppelt« zu spüren. Zum einen müssen immer ältere, multimorbide Patienten mit komplexeren Erkrankungen versorgt werden (Schmola/Rapp 2014, Busse/Geissler 2013). Andererseits ist auch das Personal einem demografischen Wandel unterworfen. Die immer älter werdenden Patienten werden auch von immer älter werdenden Ärzten und Pflegekräften versorgt. Darüber hinaus sind Kosten- und Effizienzdruck weiterhin groß und die Forderung nach einer qualitativ hochwertigen Versorgung stetig präsent. In diesem Spannungsfeld entstehen die neuen Herausforderungen der Krankenhäuser in Deutschland. Einige von diesen werden in diesem Beitrag aufgegriffen und dargestellt. Generell gilt, dass der Patient immer mehr in den Mittelpunkt des Behandlungsprozesses rückt und damit der Fokus auf einer stärkeren Patientenorientierung liegt. Mitarbeiter bringen sich unter hohem Einsatz und mit hohem Engagement ein. Damit Krankenhausmitarbeiter nicht von der Arbeitslast und den zum Teil sehr harten Arbeitsbedingungen vereinnahmt werden, sind verstärkt Angebote für eine bessere »Work-Life-Balance« zu finden. Eine gesundheitsförderliche Arbeitsumgebung kann jedoch nicht über den bestehenden Fachkräftemangel hinwegtäuschen, der mitverantwortlich für die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsqualität am Patienten ist. Qualitätsfokussierung und innovative Lösungen können dazu beitragen, dass auch mit dem bestehenden DRG-System die gesetzten Ziele im Krankenhaus erreicht werden können. Der folgende Beitrag liefert einen Überblick zu diesen zentralen Handlungsfeldern für die Krankenhäuser als Dienstleister im demografischen Wandel.

1.2 Patientenorientierung und Patientenfluss als zentrale Herausforderung

Patientenorientierung im Krankenhaus bedeutet, die Werte, Präferenzen und Glaubensvorstellungen des Patienten zu achten und seine Erwartungen und Bedürfnisse kennen zu lernen und zu erfüllen. Die Orientierung am Patienten beginnt in den Köpfen der Krankenhausmitarbeiter und verfolgt verschiedene Zie-

le. Durch partnerschaftliches Miteinbeziehen des Patienten kann z. B. schneller auf dessen Ansprüche im Behandlungsprozess reagiert werden. Zudem sichert Patientenorientierung die Einhaltung der Patientenrechte und kann anhand der Patientenzufriedenheit quantifiziert werden. Mit Hilfe der Patientenorientierung ist es möglich, Krankenhausprozesse an Bedürfnisse und Wünsche der Patienten anzupassen und patientenzentriertes Handeln des Krankenhauspersonals zu fördern. Maßgeblich ist, dass die Patientenorientierung zur verstärkten Kundenbindung beiträgt und wettbewerbsentscheidend ist. Darüber hinaus kann eine fest verankerte Patientenorientierung im Krankenhaus die Prozessorientierung stärken.

Für patientenorientiertes Handeln ist ganzheitliches Denken in Abläufen erforderlich. Hierbei steht die Effizienz des Gesamtprozesses im Vordergrund, nicht die Effizienz von Teilprozessen. Das bedeutet, dass die einzelnen, für den Patienten erforderlichen Leistungen, zu einem Bündel von Leistungsprozessen zusammengefasst und hintereinander geschaltet werden. Bearbeitet wird das Leistungsbündel dann von den Mitarbeitern in den verschiedenen Abteilungen und Funktionsbereichen des Krankenhauses.

Richter (1999, S. 425) definiert Patienten als Menschen, die geduldig auf Leistungsangebote warten, die immediate Qualität nicht beachten und in ihrer Kritikfähigkeit eingeschränkt sind. Bezogen auf stationäre Patienten, die in der Regel bedürftig, akut oder chronisch krank sind, auf medizinische, ärztliche und pflegerische Hilfe angewiesen sind und deshalb ein Krankenhaus aufsuchen, mag das zutreffen. Es ist aber zu berücksichtigen, dass Patienten medizinische Leistungen in den meisten Fällen nicht freiwillig beziehen, auch eigene Reserven des Patienten sind im Behandlungsprozess zu aktivieren (Buchhester 2002, S. 44, Mühlbauer 2004, S. 66 ff.), um einen verbesserten Gesundheitszustand erreichen zu können. Auch ist nicht von der Hand zu weisen, dass im Krankenhaus für jeden Patienten eine spezifische Leistung zu erstellen ist, und diese nur in einem Behandlungsprozess dem Patienten zugeführt werden kann. Eine Herausforderung liegt deshalb darin, die Individualität aller Patienten – einschließlich der von allen potenziellen Patienten in der Gesellschaft – mit im medizinischen Versorgungsprozess zu berücksichtigen.

Der Patient ist aber darüber hinaus auch als selbstbewusster und anspruchsvoller Krankenhauskunde zu verstehen (Richter 1999, S. 425). Er weiß um seinen Wert, ist konsumfreudig, preisbewusst und klagefreudig. Eine Diskussion der Frage, inwieweit der Patient psychisch oder physisch beeinträchtigt ist, bleibt zunächst aus, stattdessen wird er als Kunde verstanden, der umfassend beraten und aufgeklärt werden will.

Patienten stellen Fragen, da sie hinsichtlich der Leistungsangebote über Informationsdefizite verfügen und laut Buchhester (2002, S. 44) ihr Inanspruchnahmerrisiko minimieren wollen. Im Verlauf der Krankenhausbehandlung können sich ihre Fragen zu Ansprüchen, Wünschen und Bedürfnissen ändern. Je nach Gesundheitszustand erfragt der Patient Informationen über grundlegende und sekundäre Leistungen (Mühlbauer 2004, S. 67 und Richter 1999, S. 425 ff.). In Entscheidungsprozesse werden »mündige« Patienten grundsätzlich mit einbezogen, sie möchten kommunizieren und mitentscheiden, um eine

optimale Behandlung und Versorgung sicherzustellen. Hier besteht die Herausforderung in der Gewährung von Handlungs- und Entscheidungsspielraum für den Patienten als Kunde. Abstrahiert betrachtet, erwarten Patienten eine fachlich hervorragende Behandlung und Betreuung im Krankenhaus. Als Menschen möchten sie mit ihrer kranken und gesunden Seite wahrgenommen werden. Ziel ist nicht nur die Orientierung und Ausrichtung der einzelnen Prozesse am Patienten, sondern auch am Patientenfluss.

Beim Aufbau eines reibungslosen Patientenflusses stehen Krankenhäuser und die Krankenhausmitarbeiter vor zahlreichen Herausforderungen. Einerseits sind hier die Überwindung der intra- und interprozessualen Nahtstellen zwischen verschiedenen Abteilungen, Bereichen und Sektoren zu nennen, andererseits die Verringerung von effizienzhemmenden und wertvernichtenden Hierarchien im Krankenhaus (Ziegenbein 2001, S. 123 ff.). Insgesamt wachsen die Anforderungen an das Krankenhauspersonal. Die Arbeitswelt verändert sich schnell und eine Anpassung muss rasch erfolgen, um den Erwartungen der Patienten gerecht werden zu können. Hohe Herausforderungen bestehen, wenn es um die hohen Erwartungen der Patienten an die Versorgungsqualität, die Patientensicherheit, die Dialogkultur und die Unternehmensethik geht.

Die wesentlichen Aspekte des Bemühens um Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität müssen noch stärker ins Bewusstsein rücken, denn eine gute Qualität wirkt sich positiv auf die Kosten bei der Leistungserbringung aus, da nicht wirksame oder unnötige Leistungen vermieden werden können. Der Austausch von Erfahrungen im Umgang mit Fehlern im Leistungserstellungsprozess und deren Vermeidung trägt dazu bei, eine neue Fehlerkultur in Krankenhäusern zu etablieren. Jede Stärkung der Patientensicherheit vor, während und nach der ärztlichen Behandlung senkt die Fehlerquellen (Ulsenheimer 2006, S. 1). Ein Dialog zwischen Patient und Arzt ist sinnvoll, um Fragen zu klären und um Unklarheiten und Unsicherheiten zu beseitigen. Eine Dialogkultur auf Augenhöhe, ohne jede Schuldzuweisung, ist für gute Zusammenarbeit wichtig (Grube 2013, S. 62). Der Umgang mit und zwischen Patienten und Krankenhausmitarbeitern beinhaltet das Streben nach moralisch gutem und gerechtem Verhalten. Hier können die Unternehmensethik und die selbstauferlegten Grundsätze einen großen Beitrag leisten, um handlungsleitende Normen einzuhalten.

1.3 Notwendigkeit am demografischen Wandel orientierter Betreuungs- und Servicekonzepte

In Zeiten demografischer Veränderungen ist neben der Orientierung an den Patienten auch die Entwicklung von neuen Betreuungs- und Servicekonzepten für diese erforderlich. Immer mehr ältere und multimorbide Patienten müssen versorgt und behandelt werden. Krankenhäuser sind gezwungen sich auf die betroffenen Patientengruppen der Senioren einzustellen. So müssen z. B. Konzepte entwickelt werden, die auf die physischen und psychischen Einschränkungen von Patienten ausgerichtet sind.

Zum Beginn einer Behandlung sind die Beeinträchtigungen und die verbliebenen Fähigkeiten festzustellen. Anschließend muss eine individuelle Therapieplanung erarbeitet werden. Patientenindividuelle Besonderheiten müssen mit berücksichtigt werden. Sicherzustellen ist die körperliche und psychische Versorgung der Patienten an den festgeschriebenen pflegerischen Standards.

Um individuell auf einen Patienten eingehen zu können, sind durchgängige und stufenweise Behandlungs- und Servicekonzepte notwendig. Im Vordergrund müssen dabei immer das gesundheitliche Wohl und das angestrebte Therapieziel stehen. In Aufklärungsgesprächen müssen den Patienten die Konzepte erläutert und die Konzeptziele dargestellt werden (Stephan/Bosch/Tscherne 2000). Erforderlich sind auch Behandlungsoptionen die kosteneffizient sind. Mit dem Aufzeigen von Behandlungsalternativen kann das Mitspracherecht der Patienten in den Behandlungsprozess einbezogen werden.

Für viele Patienten ist die Vielzahl an hilfreichen Maßnahmen und Informationen zu Behandlungs- und Servicekonzepten unüberschaubar. Für Außenstehende ist es nicht leicht zwischen seriösen und nicht seriösen Informationsangeboten zu differenzieren. Der Weg durch den optimalen Behandlungsprozess ist daher schwierig. Informationen sind für die individuellen Patientengruppen zu strukturieren, um eine Unterstützungsbasis zu den Behandlungsstrukturen und -prozessen geben zu können. Rechte und Pflichten der einzelnen Akteure bei der Behandlung sind daher aufzuzeigen. Patienten benötigen Unterstützung und einen Zugang zu geprüften Informationen zu allen potenziell erforderlichen Behandlungs- und Servicekonzepten. Erfahrene und qualifizierte Akteure sind notwendig, um über das gesamte Behandlungsspektrum Auskunft geben zu können. Zu beachten sind ferner unterschiedliche Ausprägungen von Krankheiten bei Frauen und Männern durch voneinander abweichende genetische und biologische Voraussetzungen. So werden z. B. Frauen häufiger mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen behandelt, Männer hingegen mit Suchterkrankungen. Das Beispiel macht deutlich, dass der Gendermedizin in diesem Bereich große Bedeutung zugemessen werden muss. Ferner haben Frauen und Männer ein unterschiedliches Gesundheitsbewusstsein und es können auch Unterschiede in der Wirksamkeit von Medikamenten vorliegen (Riecher-Rössler/Rohde 2001, Becker/Kortendiek 2008).

Im Krankenhausbereich kann zwischen stationären und ambulanten Behandlungs- und Servicekonzepten unterschieden werden. Der größte Teil der Patienten im Krankenhaus wird stationär versorgt. Inwieweit Patienten in den medizinischen Entscheidungsprozess mit eingebunden werden bzw. eingebunden werden können, ist einerseits abhängig von der Bereitschaft des Arztes, aber auch von den Fähigkeiten des Patienten im Behandlungsprozess mitwirken zu können (intellektuelle Fähigkeiten, Informationen über das eigene Krankheitsbild etc.).

Wenn ein Behandlungskonzept nur eingeschränkt Erfolg bringt, ist eine Kombination mit einem anderen Behandlungskonzept eine mögliche Option. Integrative und bedarfsorientierte Konzepte haben in den letzten Jahren zu großen Fortschritten geführt. Diese müssen jedoch künftiger stärker an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet werden. Festzuhalten bleibt, dass Umstellun-

gen im Gesundheitswesen unausweichlich sind, um auf die Bedürfnisse der wachsenden Patientengruppe der Senioren eingehen zu können. Sinnvolle finanzielle Investitionen sind unerlässlich, um evidenzbasierte Behandlungs- und Servicekonzepte (Kallenbach et al. 2008) zu implementieren. Dabei ist zwischen den Vor- und Nachteilen eines Konzeptes abzuwägen, mögliche Konsequenzen sind zu berücksichtigen und auf mögliche Komplikationen ist zu achten.

1.4 Prozessorientierung als Herausforderung und Chance

Der demografische Wandel verändert die Ausrichtung und Komplexität von Betreuungs- und Servicekonzepten. Ein Weg zur Anpassung an den Wandel besteht in der Standardisierung von Behandlungsprozessen. Standardisierung heißt in diesem Zusammenhang Vereinheitlichung von Regeln, Verordnungen, Formularen und Teilprozessen innerhalb des gesamten Behandlungsprozesses durch das Krankenhauspersonal, sprich die Orientierung an Prozessen. Zahlreiche medizinische und pflegerische Behandlungsprozesse lassen sich standardisieren. Dabei stehen sie in der Regel einem hohen Komplexitätspotenzial gegenüber, wobei das Ziel in der Komplexitätsreduktion liegt. Für eine Prozessorientierung spricht einerseits die Chance der damit einhergehenden Schaffung von Transparenz und Flexibilität für die Mitarbeiter. So können standardisierte Behandlungsprozesse dazu führen, dass Krankenhauspersonal unkompliziert flexibel eingesetzt werden kann. Insgesamt betrachtet fördern Standardprozesse jedoch nicht nur die Flexibilität. Sie tragen auch dazu bei, dass Behandlungen zielführend, routiniert, ohne Zeitverzögerungen und überflüssige Behandlungswege ablaufen können (Eiff/Ziegenbein 2001, S. 92). Dabei ist zu bedenken, dass die Vielfalt von Behandlungsprozessen im Krankenhaus beherrschbar bleiben muss. Um dies zu erreichen, ist die Vielfalt der Behandlungsmöglichkeiten auf das notwendige Maß zu verringern. Dabei ist zu beachten, dass neben den Vorteilen für die Mitarbeiter auch die Kundenwünsche nicht vernachlässigt werden. Prozessoptimierung bietet die Möglichkeit, die Patienten in den Mittelpunkt zu stellen.

Die Einführung der pauschalierten DRG-Vergütung hat dafür gesorgt dass die Bemühungen der Krankenhäuser um die Patienten, stärker als bisher, auf patientenorientierte Prozesse konzentriert werden mussten. Die Qualität der Versorgung rückt damit (gegenüber der früheren Praxis tagesgleicher Pflegesätze) in den Vordergrund. Vom Ergebnis her geht es somit im aktuellen Wettbewerb der Krankenhäuser um die Frage, wer Qualität für den Patienten am besten sichern kann.

Auf der Gewinnerstraße werden die Krankenhäuser sein, die den Patienten auch als Kunden betrachten (Schmola und Rapp 2014, Roeder 2013, Franke 2007). Dies hat zur Folge, dass zukunftsfähige Krankenhäuser die Prozessorientierung weiter denken. Es geht nicht mehr alleine um reine interne Prozessorientierung, sondern auch um prozessorientierte übergreifende Behandlungsstrukturen (Stichwort Medizinische Versorgungszentren oder ambulantes Operieren). Vorteil dieser Strukturen ist z. B. die Möglichkeit zur Verbesserung der Kom-

munikation und Kooperation, die Steigerung der Effektivität der Dokumentation oder der Konsens zur Anwendung von Arzneimitteln.

Prozessoptimierung kann aber auch über das eigene Krankenhaus hinaus sinnvoll sein (z. B. im Rahmen eines Verbundes) und zu einer sinnvoll kompetenzorientierten Aufgabenverteilung und einer Verbesserung der Ablauforganisation inkl. Produktivitätssteigerung führen (Augurzky et al. 2014).

Zu beachten ist: Nur eine sinnvoll geplante und umgesetzte Prozessorientierung kann historisch gewachsene fachabteilungsfokussierte Organisationsstrukturen aufbrechen und damit eine ganzheitliche und interdisziplinäre Versorgung der Patienten dauerhaft gewährleisten. Prozessorientierung ist zudem ein wichtiges Instrument der Kosten-/Erlösoptimierung.

1.5 Personalmangel und Arbeitsbelastung

Eine weitere Herausforderung ist der jetzt schon von vielen Krankenhäusern beklagte Mangel an qualifizierten Fachkräften im pflegerischen und ärztlichen Bereich (Ulatowski 2013, S. 4). Bis 2030 werden fast eine Millionen Personen im Gesundheitswesen fehlen, folglich auch viele Arztstellen unbesetzt bleiben und ein Mangel an Pflegepersonal bestehen (Ostwald et al. 2010).

Verstärkt wird dieser Fachkräftemangel durch die Abnahme der erwerbstätigen Bevölkerung und den Anstieg von chronisch kranken und multimorbiden Patienten. Die physische und psychische Arbeitsbelastung für Pflegekräfte und Ärzte wird weiter ansteigen. Damit wird der Pflegeberuf zunehmend unattraktiver. Auch Ärzte sind zunehmend starken Belastungen durch die Leistungsverdichtung am Arbeitsplatz ausgesetzt. Die gestiegenen Anforderungen stehen im Widerspruch zu den Normen und dem Selbstverständnis der Fachkräfte an die Arbeitsbedingungen (Bräutigam/Scharfenorth 2011, S. 297).

Darüber hinaus ist auch eine Veränderung der Ansprüche von Mitarbeitern zu beobachten. Die Bereitschaft zur Mobilität nimmt zwar generell zu. Im Gegensatz dazu stehen die Forderungen nach einer »Work-Life-Balance« und einer damit verbundenen Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Schmola/Rapp 2014, Busse/Geissler 2013). Durch den sich verstärkenden Fachkräftemangel, wird auch der Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern um die Fachkräfte massiv verstärkt (Ostwald et al. 2010). Die genannten Faktoren wirken verstärkt auf die bereits angespannte Personalsituation und erhöhen den Arbeitsdruck auf die Mitarbeiter im Krankenhaus.

Die Erhöhung des Arbeitsdruckes auf die Krankenhausmitarbeiter über die letzten Jahre kann anhand der Entwicklung nach Fachgruppen analysiert werden. Waren im Jahr 1991 durchschnittlich noch 7,7 Personen für die Versorgung von 100 Fällen zuständig, sind dies im Jahr 2013 nur noch 6,2 Personen. Im Vergleich zu 1991 ist hierbei ein Rückgang von über 18 % zu verzeichnen (Statistisches Bundesamt 2014b, eigene Berechnung). Dies ist auf alle Berufsgruppen – mit Ausnahme der Ärzte – zu übertragen (► **Abb. 1.1**).

Der Trend von mehr ärztlichem Personal je Fall ist auf die Erhöhung der Vollkräfte im Ärztlichen Dienst nach der Einführung des neuen Vergütungssys-

tems (DRG) zurückzuführen. Die durchschnittliche Belastung, gemessen an Vollzeitkräften, je Fall hat im Gesamten und im Speziellen für das nicht ärztliche Personal und den Pflegedienst zunächst zugenommen und ist seit ca. 2009 relativ konstant.

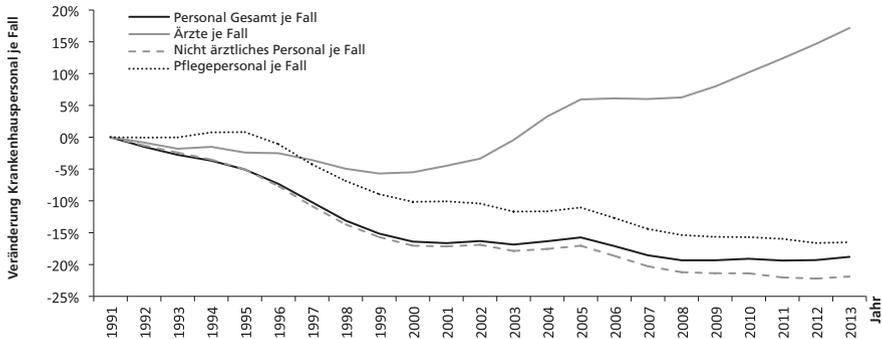


Abb. 1.1: Entwicklung Personal je Berufsgruppe und Fall (1991 bis 2013).

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Grundlage der Angaben vom Statistisches Bundesamt 2014a.

Auch zukünftig sind massiver Personalmangel und ein »Kampf um die Fachkräfte« im Krankenhausmarkt zu erwarten. Neben den angesprochenen Incentives, die sehr individuell und personenbezogen sind, ist ein Umdenken in Bezug auf Maßnahmen der Personalentwicklung zwingend. Noch besteht eine mehr individuelle Fokussierung auf einzelne Berufsgruppen. Vernetzte gesamtheitliche Konzepte sind eher die Ausnahme (Jung 2010). Sie müssen zukünftig einbezogen werden, um die Wettbewerbsfähigkeit des Krankenhauses sicherstellen zu können.

1.6 Schaffung verbesserter Arbeitsbedingungen

Neben dem angesprochenen Fachkräftemangel und der damit verbundenen Steigerung der Arbeitsbelastung für das Krankenhauspersonal wirkt sich der »doppelte« Effekt des demografischen Wandels auf die Personalstrukturen aus. Die Anzahl der altersbedingt ausscheidenden Arbeitnehmer nimmt zu, was zusätzlich den Personalbedarf erhöht. In den nächsten Jahren muss ein Wandel erfolgen, um die bestehenden Fachkräfte im Krankenhaus zu halten und um neue Nachwuchskräfte gewinnen zu können. Erreicht werden kann dies nur durch eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Häufig wird von Fachkräften der empfunden Zeitmangel im Arbeits- und Familienumfeld beklagt.

Große Kraftanstrengungen müssen auch unternommen werden, um die Arbeitsbelastung in der Pflege und im Ärztlichen Dienst zu reduzieren. Die Personalentwicklung kann mit geeigneten Maßnahmen und Instrumenten dazu beitragen, eine individuelle Förderung bei den Krankenhausmitarbeitern zu er-

möglichen (Pfanstiel 2014, S. 381 ff.). Fachkräfte fühlen sich unterstützt, wenn ein gutes Arbeitsklima besteht, ihre Aufgaben herausfordernd sind, ein breites Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten vorhanden sowie die Zukunftsfähigkeit des Krankenhauses gegeben ist. Wichtig ist vielen Mitarbeitern eine Balance zwischen dem Berufs- und Privatleben (Vedder/Haunschild 2014, S. 453). Um die Arbeitgeberattraktivität zu erhöhen, bieten viele Krankenhäuser die Möglichkeit zur betrieblichen Kinderbetreuung oder ähnliche Angebote an.

Das Konzept zur Arbeitsfähigkeit wurde von Ilmarinen und Tempel (2010) entwickelt, um die Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern zu sichern. Insgesamt bestehen vier Handlungsfelder: die individuelle Sicherung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit, die Sicherung der Kompetenz von Arbeitnehmern, die Sicherung von Werten, Einstellungen und der Motivation sowie die Sicherung der Arbeit mit der Arbeitsumgebung und Führung (Prognos/BGF o. J., S. 10 ff.). Auf der Makroebene werden weitere Einflussfaktoren berücksichtigt (Familie, persönliches Umfeld, regionale Umgebung, Gesellschaft, etc.). In der ersten Phase werden Unternehmen zum Thema »Arbeitsfähigkeit« sensibilisiert. In einem Beratungsprozess kann der Handlungsbedarf zur Arbeitsfähigkeit aufgezeigt werden. Mit gezielten Maßnahmen kann anschließend Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genommen werden. Ideen müssen mit den Mitarbeitern besprochen und gemeinsam umgesetzt werden, damit sie ihre Wirkung entfalten können. Dabei ist wichtig, dass die Mitarbeiterbeteiligung im Krankenhaus von oben nach unten und von unten nach oben gegeben ist. Eingeleitete Maßnahmen sind konsequent umzusetzen, um festgelegte Ziele zu erreichen und um fortwährende Verbesserungen sicherzustellen. Große Bedeutung kommt hierbei der betrieblichen Gesundheitsförderung zu, mit der dafür gesorgt werden kann, dass die Gesundheit der Belegschaft erhalten bleibt.

Eine altersgerechte und familienfreundliche Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsorganisation trägt dazu bei, dass Mitarbeiter im Krankenhaus bleiben. Wichtig ist hierbei, die Mitarbeiter aller Altersgruppen einzubeziehen, da sich die Erwartungen an das Berufsleben von Generation zu Generation unterscheiden (Lüthy/Ehret 2013).

Anpassungsbedarfe bestehen beispielsweise bei Modellen zur Flexibilisierung der Arbeitszeit. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat passgenaue familienfreundliche Lösungen in einer Broschüre zum Thema »Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus – Aus der Praxis für die Praxis« zusammengestellt (BMFSFJ 2009b).

Hilfreich zum Thema Work-Life-Balance ist auch die Broschüre zum Thema »Führungskräfte und Familie, wie Unternehmen Work-Life-Balance fördern können« (BMFSJ 2008a). Die Broschüre gibt ebenfalls viele Praxisbeispiele und einen ganzheitlichen Bezugsrahmen. In diesem Zusammenhang wird u. a. auf die Führungskultur, die Führungskräfteentwicklung und die Arbeitsorganisation Bezug genommen.

Auf die Arbeitszeitproblematik im ärztlichen Dienst und die Gestaltung der Arbeitszeit geht die Broschüre vom Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik ein (LASI 2003). Krankenhäuser sollten bei der Vielzahl an

Handlungsempfehlungen berücksichtigen, dass Mitarbeiter schon bei der Suche nach einem Arbeitsplatz darauf achten, dass eine gute »Work-Life-Balance« gegeben ist und sie sich sinnvoll in das Arbeitsleben einbringen können. Glaubwürdigkeit und Vorbildwirkung von Führungskräften spielen hierbei eine große Rolle, um qualifizierte Mitarbeiter zu gewinnen und zu halten. Die Erwartungen von Fachkräften müssen mit der Unternehmensrealität gut übereinstimmen. Ein System der Wertschätzung von Mensch und geleisteter Arbeit sollte vorherrschen, damit sich Mitarbeiter wohlfühlen und Freude an der Arbeit haben.

1.7 DRG als limitierender Faktor für schwarze Zahlen

Neben den Arbeitsbedingungen und den internen Organisations- sowie Prozessoptimierungen steht das Management von Krankenhäusern vor einer weiteren zentralen Herausforderung: Krankenhäuser sollen zielführende Behandlungen in hoher Qualität und bei möglichst geringem Ressourceneinsatz bieten (Busse/Geissler 2013). Dieser Vorsatz steht nach ökonomischen Aspekten auch in keinerlei Widerspruch. Im Rahmen der Krankenhausversorgung muss jedoch ein weiterer Faktor mit einbezogen werden: die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung (§ 1 Abs. 1 KHG). Inwieweit die finanzielle Situation des Krankenhausmarktes hierzu im Gegensatz steht, wäre zu diskutieren.

Tab. 1.1: Entwicklung von Kosten- und Erlöskennzahlen im Krankenhaus (2005-2013).
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Grundlage der Angaben von AOK-Bundesverband 2015, BMG 2001-2014 und dem Statistisches Bundesamt 2014b.

	2005	2007	2009	2011	2013	
Bereinigte Kosten je Fall	3.430 €	3.518 €	3.771 €	3.960 €	4.152 €	21,0 %
Landesbasisfallwert (Minima & Maxima)	2.636 € / 3.086 €	2.673 € / 2.960 €	2.777 € / 3.073 €	2.880 € / 3.130 €	3.012 € / 3.251 €	14,3 % / 5,3 %
Rechnerischer Bundesbasisfallwert	–	–	–	2.948 €	3.064 €	3,9 %
Verbraucherpreisindex	92,5	96,1	98,9	102,1	105,7	14,3 %
Grundlohnsumme	94,65	96,41	98,46	101,15	105,16	11,1 %

Durch die Einführung der pauschalierten Vergütung mit den DRGs hat der Kostendruck auf die Krankenhäuser massiv zugenommen und u. a. zu Verweildauerverkürzungen, Bettenreduzierungen und Abteilungs- und Krankenhaus-schließungen geführt (Fürstenberg et al. 2011). Insgesamt betrachtet, ist die

finanzielle Situation der bestehenden Krankenhäuser kritisch. 45,6 % verzeichneten im Jahr 2013 einen Jahresüberschuss, 12,1 % ein ausgeglichenes Ergebnis. Demgegenüber stehen 42,2 % der Häuser mit einem Defizit (Blum et al. 2014). Im Gegensatz dazu steht von der Seite der Krankenkassen anhaltend die Forderung, Krankenhausbudgets – wenn überhaupt – moderat zu steigern. Auch über zehn Jahre nach der DRG-Einführung werden noch Effizienzreserven im System vermutet (Wacker 2014).

An der Entwicklung von Kosten- und Erlöskennzahlen in Tabelle 1.1 ist der zunehmende Kostendruck zu erkennen. Liegt die Steigerung der durchschnittlichen Kosten je Fall bei plus 21 % im Vergleich von 2005 auf 2013, haben auf der Erlösseite die Landesbasisfallwerte in diesem Zeitraum lediglich um 14,3 % (höchster Wert) bzw. 5,3 % (niedrigster Wert) zugenommen. Die Steigerungen beim Verbraucherpreisindex (14,3 %) sowie bei der Grundlohnsumme (11,1 %) liegen ebenfalls darunter.

Die durch Prozessoptimierungen und den medizinischen Fortschritt bedingte Verweildauerverkürzung sorgt für freie Kapazitäten in Krankenhäusern, die schnell wieder nach belegt werden können (Schreyögg et al. 2014). Dies führt zur Leistungsausweitung in den Häusern, die sowohl aus Erlössicht (mehr Einnahmen) als auch aus Kostensicht (Aufteilung der Fixkosten) sinnvoll erscheinen kann. (Thomas et al. 2013)

Um auch zukünftig unter den Voraussetzungen der DRG-Vergütung bestehen zu können, müssen zwei zentrale Punkte im Mittelpunkt stehen: innovatives Management und Qualitätsfokussierung.

Innovatives Management soll hier beinhalten, dass der Wandel von Krankenhausverwaltung zu Krankenhausmanagement weiter vollzogen werden muss. Ohne ein hochentwickeltes Management, welches ein Krankenhaus mit Kennzahlen wie ein Wirtschaftsunternehmen steuert und es dadurch zukunftsfähig macht (Salfeld et al. 2009). Hohe Behandlungsqualität generiert auch heute schon monetäre Vorteile. Da mit zusätzlichen Kosten verbundene Komplikationen auch heute nicht vollständig im DRG-System abgebildet werden, gilt es diese zu vermeiden. (Thomas et al. 2013) Qualität wird in den nächsten Jahren einen immer höheren Stellenwert erhalten (Salfeld et al. 2009). Die aktuelle Diskussion zu einer qualitätsorientierten Vergütung für Krankenhäuser zeigt dies eindrucksvoll.

1.8 Zusammenfassung

In Zukunft wird es darauf ankommen, wie es ein Krankenhaus versteht, die Behandlungsprozesse für den Patienten zu planen, zu organisieren und zu gestalten, sodass ein optimaler Patientenablauf und höchstmögliche Ergebnisqualität sichergestellt wird.

Die Mitarbeiter sind einzubinden. Auf die Möglichkeit einer ausgeglichenen »Work-Life-Balance« für die Mitarbeiter ist hoher Wert zu legen. Nur Mitarbeiter die motiviert sind, werden neue Behandlungs- und Servicekonzepte unterstützen und sich engagieren. Es wird sich heraus kristallisieren, dass nur eine