

A Stationäre Gesundheitseinrichtungen als Bezugspunkt

A-1 Definition und Merkmale stationärer Gesundheitseinrichtungen

Uwe Bettig

Das deutsche Gesundheitswesen ist im Wesentlichen durch die beiden Säulen ambulante und stationäre Versorgung gekennzeichnet. Die ambulante Versorgung umfasst dabei alle Leistungen, die nicht in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen erbracht werden, woraus sich auch die Definition des stationären Sektors ergibt.

Stationäre Leistungen werden demnach in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen erbracht, was aber nicht ausschließt, dass diese Einrichtungen auch ambulante Leistungen erbringen (können). Nach dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) 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 verpflegt werden können« (§ 2 KHG). Dabei wird die Trägervielfalt betont (§ 1 Absatz 2). Träger, also Besitzer oder Betreiber, werden unterschieden in (Schär und Reschke 2007):

- Öffentlich-rechtliche Träger
- Freigemeinnützige Träger
- Private Träger

Die folgende Tabelle zeigt die wesentlichen Akteure und deren Merkmale (Oswald und Bettig 2014, destatis 2016).

Tab.A-1.1: Träger und Merkmale von Krankenhäusern in Deutschland

Trägerform	Mögliche Träger (exemplarisch)	Anzahl Krankenhäuser		Anzahl aufgestellter Betten	
		2006	2016	2006	2016
Öffentlich-rechtlich	Bundesland (Universitätskliniken und Landeskrankenhäuser) Gemeinde (Kreis- und kommunale Krankenhäuser) Sonstige (Bundeswehr- und Polizeikrankenhäuser)	717 (34,08 %)	570 (29,22 %)	260.993 (51,10 %)	238.803 (47,88 %)
Freigemeinnützig	Deutscher Caritasverband Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland Arbeiterwohlfahrt Deutsches Rotes Kreuz Paritätischer Wohlfahrtsverband	803 (38,16 %)	674 (34,55 %)	180.200 (35,28 %)	166.858 (33,46 %)

Tab. A-1.1: Träger und Merkmale von Krankenhäusern in Deutschland – Fortsetzung

Trägerform	Mögliche Träger (exemplarisch)	Anzahl Krankenhäuser		Anzahl aufgestellter Betten	
		2006	2016	2006	2016
Privat	Rhön-Klinikum AG Sana Kliniken AG Helios Kliniken GmbH	584 (27,76 %)	707 (36,23 %)	69.574 (13,62 %)	93.057 (18,66 %)
Gesamt		2.104 (100 %)	1.951 (100 %)	510.767 (100 %)	498.718 (100 %)

Die Tabelle verdeutlicht Verschiebungen innerhalb der Trägerschaft, im Wesentlichen ein Absinken der Anzahl der Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher hin zu einer privaten Trägerschaft. Gleichwohl ist anhand der Zahl aufgestellter Betten festzustellen, dass diese sich fast zur Hälfte in Einrichtungen öffentlich-rechtlicher Trägerschaft befinden.

Der Staat tritt von der Betreibung von Einrichtungen aufgrund des Subsidiaritätsprinzips dann zurück, wenn die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung durch freigemeinnützige oder private Träger sichergestellt ist (Oswald und Bettig 2014).

Der Rückgang von Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft zeigt sich auch im Pflegeheimsektor (Oswald und Bettig 2014). Zunächst erfolgt auch hier eine Begriffsbestimmung. Demnach sind stationäre Pflegeeinrichtungen (§ 3 Abs. 1 Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen (Wohnteilhabe-gesetz – WTG) »im Sinne dieses Gesetzes [...] voll- und teilstationäre Einrichtungen, bei denen sich ein Leistungserbringer gegen Entgelt in einem Vertrag verpflichtet, älteren, pflegebedürftigen oder behinderten volljährigen Menschen Raum zum Wohnen oder Aufenthalt zu überlassen und Pflege- und Betreuungsleistungen zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten.«

Die Zahl dieser Einrichtungen nimmt insgesamt in den letzten Jahren zu (gbe-Bund 2018).

Tab. A-1.2: Träger von stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland

Trägerschaft	2005	2015
Öffentlich-rechtlicher Träger	702	659
Freigemeinnütziger Träger	5.748	7.200
Privater Träger	3.974	5.737
Gesamt	10.424	13.596

Das Wachstum betrifft vor allem private und freigemeinnützige Träger. Beispiele für private Träger sind Kursana GmbH, MK Kliniken AG und Maternus-Kliniken AG.

Medizinische Rehabilitation wird überwiegend stationär durchgeführt (Hellmann et al. 2017). Rehabilitation ist nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1981) definiert als »koordinierter Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehenden Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird«. Reichen ambulante Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht aus, »erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht [...]« (§ 40 Abs. 2 SGB V).

Die folgende Tabelle zeigt, in welcher Trägerschaft sich Rehabilitationseinrichtungen 2006 und 2016 befunden haben (gbe-Bund 2018).

Tab. A-1.3: Träger von stationären Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland

Trägerschaft	2006	2016
Öffentlich-rechtlicher Träger	229	223
Freigemeinnütziger Träger	318	315
Privater Träger	708	611
Gesamt	1.255	1.149

Hier sind keine deutlichen Verschiebungen innerhalb der Trägerformen, aber ein Absinken der Gesamtanzahl zu erkennen.

Literatur

- Destatis (2016): Grunddaten der Krankenhäuser. (https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00036180/2120611167004_Korr10082018.pdf, Zugriff am 12.09.2019).
- Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen (Wohn- teilhabegesetz -WTG) vom 3. Juni 2010 (GVBl. Seite 285), das zuletzt durch Gesetz vom 17. Juni 2016 (GVBl. S. 336) geändert worden ist.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe-Bund: Pflegeheime nach Trägern (2018). (http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=VR&p_sprache=D&p_suchstring=pflegeheime%20nach%20tr%E4gern, Zugriff am 24.08.2018).
- Hellmann, G., Thiele, G., Bettig, U., Land B. (2017): Pflegewirtschaftslehre für Krankenhäuser. Pflege-, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. 4. neu bearb. und erw. Aufl. Heidelberg: medhochzwei.
- Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist.
- Oswald, J., Bettig, U. (2014): Konstitutive Grundlagen als langfristige Bindung. In: Zapp, W., Oswald, J., Bettig, U., Fuchs, C. (Hrsg.) (2014): Betriebswirtschaftliche Grundlagen im Krankenhaus. Stuttgart: Kohlhammer. S. 104–125.
- Schär, W., Reschke, J. (2007): Das Krankenhaus als Betrieb. In Haubrock, M., Schär, W. (Hrsg.) (2007): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber. S. 119–165.
- World Health Organization (1981): Technical Report Series: Disability prevention and rehabilitation. Geneva: WHO.

A-2 Rahmenbedingungen der Krankenhauswirtschaft

Heinz Kölking

Krankenhäuser verändern sich. Die Anforderungen an die Struktur, an die Prozesse und Ergebnisse zur Versorgung in Medizin und Pflege haben sich in den letzten Jahren erheblich und vielfältig gewandelt. Dieser dynamische Wandlungsprozess ist längst nicht abgeschlossen. Die Liste der bestimmenden Merkmale ist lang, die wesentlichen Megatrends seien aufgezählt:

Der vieldimensionale Wandel im Krankenhaus

- Leistungsorientierte Vergütung von Krankenhausleistungen (DRG) mit Fixkostendegression bei Leistungsmengenzunahme
- Zunehmende Prüfquoten durch Kostenträger und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)
- Steigender Investitionsbedarf bei stagnierender Förderung durch die Bundesländer
- Gesetzliche Anforderungen an Mindestbesetzungen in der Pflege
- Anforderungen an Qualitätssicherung und Patientensicherheit
- Vorgabe von Mindestmengen
- Intensiver Qualitätswettbewerb
- Qualitätsfokussierung in der Krankenhausplanung und Vergütung
- Verschiebung in der Altersstruktur bei Patienten und Mitarbeitern
- Fachkräftemangel und Wettbewerb um qualifizierte Mitarbeiter
- Privatisierung und Zusammenschluss von Krankenhäusern
- Transsektorale Versorgungsformen und »Ambulantisierung im Krankenhaus«

- Transformation der Strukturen und Prozesse in Folge von Digitalisierung

Es ist evident, dass mit diesem Wandel erhebliche und sehr vielfältige Herausforderungen für das Management bestehen. Versucht man einmal, daraus einen »roten Faden« erkennbar zu machen, so ist es eindeutig der Weg hin zur Sicherung der Qualität in den Strukturen, in den Prozessen und bei den Ergebnissen im Krankenhaus bzw. in der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Dies war und ist eine zwangsläufige Folge der Einführung von pauschalierten und leistungsorientierten Vergütungen von Leistungen. Aber auch unabhängig von diesem evidenten Zusammenhang ist Qualität in den Strukturen, den Prozessen und in den Ergebnissen eine grundlegende Voraussetzung, um zu höherer Effizienz, Effektivität und besserer Wirtschaftlichkeit zu kommen. Ebenso sind Nachfrage und Umsatz mehr und mehr mit der Qualität verknüpft. Ursächlich dafür sind zum einen die entsprechenden zusätzlichen gesetzlich induzierten Qualitätsanforderungen. Mindestens genauso bedeutend ist die Wirkung des Qualitätswettbewerbs zwischen den Krankenhäusern untereinander, wie auch mit anderen Leistungsanbietern in der Gesundheitswirtschaft. Die Nachfrage nach Medizin und Pflege ist zu einem nicht unerheblichen Anteil bestimmt durch eine kritische und vergleichende Auswahl der Patienten und Einweiser.

Voraussetzungen für Qualität sind adäquate Strukturen, effektive und effiziente Prozesse und sehr gute Ergebnisse. Um dieses zu erreichen, bedarf es einer zielgerichteten Stra-

terie des Krankenhauses und deren zeitnahe Umsetzung. Dazu zählen insbesondere:

- Die Gestaltung des medizinischen Leistungsangebotes mit entsprechenden Investitionen
- Die Gewinnung und Bindung von engagierten und qualifizierten Mitarbeitern
- Aufbau einer »operativen Exzellenz« in den medizinischen Prozessen
- Entwicklung von effizienten Strukturen und exzellenten Prozessen bei den Hotelleistungen und in der Materiallogistik
- Aufbau einer auf Zielgruppen ausgerichteten Marktstrategie
- Entwicklung von Strategien zur Transformation von Strukturen und Prozessen durch sich ergebende Chancen der Digitalisierung

Auswirkungen für das Management und Controlling im Krankenhaus

Der Wandel und die damit einhergehende Dynamik in der Entwicklung fordern das Management in hohem Maße. Die Erfolgsfaktoren für das Unternehmen Krankenhaus haben sich deutlich verlagert. War der Schwerpunkt lange Zeit im reinen Kostenmanagement angesiedelt, so sind heute insbesondere die medizinische Leistungsstruktur, die Leistungsmengen und ein wirksames Prozess- und Projektmanagement von entscheidender Bedeutung. Hinzu kommen die vielfältigen Anforderungen aus der Qualitätssicherung. Zu all dem beispielhaft ein paar Fragestellungen:

- Mit welchen Leistungen will sich die Klinik im Hinblick auf die Marktsituation einerseits und dem Versorgungsauftrag andererseits positionieren?
- Welche Ressourcen benötigt die Klinik zur Realisierung des Leistungsangebotes?
- Sind bauliche und technische Investitionen erforderlich? Wie können diese finan-

ziert werden? Sind statt Förderung alternative Finanzierungswege möglich?

- Wie sichert das Krankenhaus effiziente Prozesse in der Medizin, der Pflege wie auch in Logistik und in den Servicebereichen?
- Welche Personalressourcen sind erforderlich und wie organisiert man den optimalen Einsatz?
- Wie organisiert man optimale Prozesse zur Erlös- und Liquiditätssicherung?
- Wie findet die Klinik den richtigen Weg in der Zusammenarbeit mit Partnern? Was läuft in Eigenregie? Wo sind Spezialisierungen von außen vorteilhaft?
- Wie erkennt man rechtzeitig Veränderungen in der Nachfrage nach medizinischen Leistungen?

Über allem steht heute die Qualitätsorientierung im Wettbewerb. Qualität und Wirtschaftlichkeit sind keine Gegensätze. Im Gegenteil, gute (vereinbarte) Qualität ist unabdingbare Voraussetzung für Wirtschaftlichkeit und den Unternehmenserfolg.

Um Antworten zu finden und Entscheidungen zu den obigen Fragestellungen treffen zu können, benötigen Entscheidungsträger zielorientiert aussagekräftige Informationen. Entsprechend ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den Verantwortlichen im Management und dem Controlling erforderlich. Das Controlling bedient die Managementfunktionen in vielfältiger Weise. Die Art und der Umfang von Informationen, die das Controlling zur Verfügung stellt, sind von der jeweiligen Managementfunktion abhängig. Die Instrumente sind vielfältig.

Diese ist damit unterschiedlich für die Verantwortungsbereiche (Medizinische Abteilung, Pflegedirektion, Personalmanagement, Geschäftsführung, Servicebereiche) in einem Krankenhaus. Grundsätzlich gilt, dass aufbereitete Informationen aus dem Controlling eine Relevanz für die Steuerung und Entscheidungen der Verantwortlichen und Entscheidungsträger haben müssen.

Die Schwerpunkte für das Controlling im Krankenhaus sind damit:

- Finanzen und Liquidität
- Medizincontrolling
- Qualitätssicherung
- Personalcontrolling
- Controlling der Prozesse
- Marktbeobachtung und Analyse
- Patientenbefragung
- Projektcontrolling

Verbandspolitische Aspekte

Die enge Verknüpfung zwischen Managementfunktion und Controlling findet sich seit langem auch in der verbandspolitischen Zusammenarbeit. So gibt es einen engen und

regelmäßigen Austausch zwischen dem Verband der Krankenhausdirektoren in Deutschland (VKD) mit dem Verband Management und Controlling in der Gesundheitswirtschaft (DVKC). Hierzu gehören insbesondere auch der rege Austausch und die Zusammenarbeit mit verschiedenen Hochschulen. Hervorheben muss man in diesem Kontext die Hochschule Osnabrück. Gerade die Arbeit von Frau Professor Dr. Schmidt-Rettig und von Herrn Professor Dr. Winfried Zapp haben die Grundsätze und die Instrumente wie auch das Zusammenwirken von Management und Controlling wissenschaftlich fundiert und in der Praxis maßgeblich mitgestaltet. Dieses findet seine Fortsetzung konkret in der gemeinsamen Arbeit der Verbände mit Frau Professor Dr. Julia Oswald und Herrn Professor Dr. Uwe Bettig.

A-3 Anforderungen an das Controlling im Krankenhaus

Julia Oswald

Controlling ist eine Führungsfunktion mit dem Ziel, die Entscheidungsfindung des kaufmännischen, medizinischen und pflegerischen Managements in stationären Gesundheitseinrichtungen zu unterstützen und sicherzustellen, dass die übergeordnete Zielsetzung des Unternehmens eingehalten wird (Zapp 2017, Zapp 2004, Sieben 1986). Dies hat insbesondere für Krankenhäuser eine besondere Bedeutung, weil es gilt, Unternehmensziele und Ziele von Fachabteilungen und Zentren in Übereinstimmung zu bringen (Schmidt-Rettig 2017). Der Beitrag widmet sich den Anforderungen und der Struktur eines Controllings im Krankenhaus, das den Besonderheiten der Expertenorganisation gerecht werden kann².

Controlling als Methode

Das Controllingssystem umfasst sämtliche Managemententscheidungen des Krankenhauses auf allen Unternehmensebenen. Dabei werden die Lenkungsentscheidungen selbst vom Management getroffen (z. B. Zapp 2017, Horváth 2011). Der Controller ist Methodenverantwortlicher. Über die Bereitstellung von Controllinginformationen strukturiert er den Entscheidungsprozess. Hier gilt: Je fundierter

die Informationsbasis durch das Controlling, desto eher beinhaltet die Entscheidungsvorbereitung bereits Handlungsempfehlungen für das Management. Die Entscheidungstatbestände des Managements spiegeln damit gleichzeitig den Informationsbedarf aus Sicht des Managements wider, der durch das Controlling gedeckt werden muss (► Abb. A-3.1).

Unterschieden werden strategische und operative Managemententscheidungen. Darüber hinaus vollzieht sich das Krankenhausmanagement angesichts der hohen Komplexität der Krankenhausproduktion auf der dispositiven Managementebene (Eichhorn und Oswald 2017; Schmidt-Rettig 2017). Das strategische Management trifft alle gesamtunternehmensbezogenen Entscheidungen, z. B. zum Standort, zur Organisation, zur Rechts- und Unternehmensform sowie zum Leistungsprogramm, zur Angebotspolitik, zur Betriebsgröße, zu den Investitionen und zur Finanzierung. Sie werden vom Krankenhausträger und/oder der Krankenhausleitung wahrgenommen. Das dispositive Management umfasst – ausgehend von den strategischen Vorgaben – die mittelfristigen Entscheidungen der Krankenhausbereiche, insbesondere die Entscheidungen der einzelnen Fachabteilungen und Zentren zum Behandlungsspektrum und zur Struktur der Leistungserstellung. Sie werden gemeinsam von der Krankenhausleitung und der Fachabteilungsleitung (Medizin und Pflege) übernommen. Fließend ist der Übergang zum operativen Management, das die strategischen und dispositiven Vorgaben in den einzelnen Leistungsbereichen über kurzfristige, ablauforientierte Entscheidungen mit dem Ziel einer optimalen Patientenversorgung umsetzt.

2 Der Beitrag ist angelehnt an die Veröffentlichung in der KU Gesundheitsmanagement (4/2018) unter dem Titel »Beziehungsdynamik zwischen Manager und Controller – Überlegungen zur Ausrichtung des Controllings im Krankenhaus«. Verfasser J. Oswald, S. 40–43.

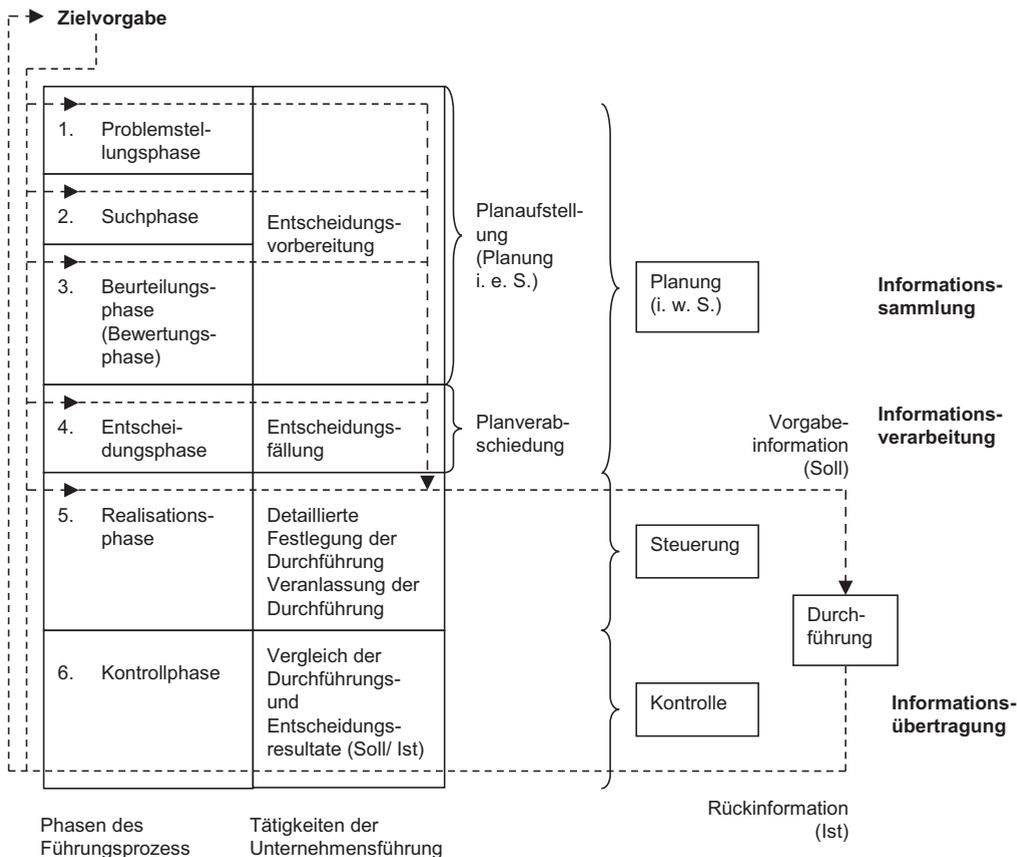


Abb. A-3.1: Zusammenhang von Management und Controlling (Quelle: In Anlehnung an Hahn und Hungenberg 2001, S. 45)

Sowohl die krankenhausbezogene, strategische Lenkung als auch die fachabteilungsbezogene dispositive und operative Führung, verlangen nach einem Controlling, das Daten zu direkt beeinflussbaren, nicht-monetären Größen wie Qualität und Zeit im Kontext mit den klassischen Erfolgsgrößen Kosten und Erlöse zur Verfügung stellt, und darauf aufbauend Interpretationen und Handlungsempfehlungen erarbeitet (Zapp et. al 2015, Schmidt-Rettig 1999).

Damit das Controlling die erfolgsrelevanten Zusammenhänge und Prozesse aufzeigen und Informationen zur Erfolgsmessung liefern kann, müssen die Controllingaufgaben

stärker dezentralisiert werden (Eichenseher 1997). Das dezentrale Controlling knüpft am medizinischen und pflegerischen Leistungsgeschehen der Fachabteilungen und Zentren an und liefert monetäre und nicht-monetäre Informationen über den Erfolg der Abteilungen (Bunzemeier 2014, Schmidt-Rettig 2003). Das übergreifende zentrale Controlling hat die Aufgabe, die einzelnen Bereichsergebnisse zu einem Gesamtergebnis zusammenzuführen. Es muss sichergestellt sein, dass die Bereichsergebnisse in der Summe dem angestrebten Gesamtergebnis des Krankenhauses entsprechen. Es ist darüber hinaus dafür verantwortlich, dass das Informationssystem des Control-