

I. Welk (Hrsg.)

M. Bauer (Hrsg.)

**OP-Management: praktisch und effizient**

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

# **OP-Management: praktisch und effizient**

Mit 57 Abbildungen

**Ina Welk**

Pflegerische Zentrumsleitung  
Med. Leistungszentrum Anästhesiologie und Radiologie  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/Campus Kiel  
Schwanenweg 20, 24105 Kiel

**PD Dr. Dr. Martin Bauer**

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/Campus Kiel  
Schwanenweg 21, 24105 Kiel

ISBN-10 3-540-32925-0 Springer Medizin Verlag Heidelberg  
ISBN-13 978-3-540-32925-1 Springer Medizin Verlag Heidelberg

**Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

**Springer Medizin Verlag**

springer.de  
© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2006  
Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Barbara Lengricht, Berlin  
Projektmanagement: Dr. Ulrike Niesel, Heidelberg  
Copyediting: Petra Rand, Münster  
Titelbild und Design: deblik, Berlin

SPIN 11550525  
Satz: TypoStudio Tobias Schaedla, Heidelberg  
Druck- und Bindearbeiten: Stürtz GmbH, Würzburg

# Geleitworte

---

## OP-Management aus Sicht des Kaufmanns

---

Die Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens haben sich in den letzten Jahren dramatisch verändert. Eine Ursache ist die wesentlich verschlechterte Einnahmesituation der Krankenkassen, die dazu geführt hat, dass sich der Kostendruck gegenüber den Leistungserbringern merklich verstärkte. In der Konsequenz bedeutet dies, dass immer mehr Leistungen mit weniger Geld erbracht werden sollen. Dies bekommen vor allem auch die Krankenhäuser zu spüren. Seit Jahren steigen die mit den Krankenkassen verhandelten Budgets deutlich geringer als die Tarifabschlüsse. Im Zeitraum von 1999 bis 2004 entstand eine Differenz in Höhe von 9,4% zwischen der jährlichen Veränderungsrate, die Maßstab für die jährlichen Budgetsteigerungen ist, und der Steigerungsrate des Bundesangestelltentarifs, einschließlich tariflich bestimmter Altersversorgung. Die Einführung des »Diagnosis-related-group- (DRG-)Systems«, die zwar Transparenz erzeugt, aber noch nicht alle Leistungen adäquat abbildet und große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern aufweist, stellt die Krankenhäuser vor weitere erhebliche Herausforderungen.

Von den Krankenhäusern wird erwartet, dass sie ihre Leistungen mit einer hohen Qualität erbringen und dies bei steigendem Kostendruck. Um diese Erwartungen erfüllen zu können, müssen die Krankenhäuser ihre Betriebsprozesse überprüfen.

Es bestehen durchaus noch Chancen, die Qualität der Versorgung durch eine Optimierung der Betriebsabläufe, die mit geringeren Kosten einhergeht, zu erhalten, wenn nicht sogar zu verbessern. Die Einführung eines konsequenten OP-Managements kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Jeder, der im Krankenhaus arbeitet, kennt Beispiele eines ineffizienten Ablaufs im OP. Konsequente Planungen und verbindliche Absprachen können den Prozess deutlich verbessern. Wartezeiten lassen sich verkürzen; die Betriebskosten und die Anzahl der notwendigen, sehr investitionsintensiven OP-Säle lassen sich durch fachübergreifende Nutzung der OP-Säle verringern. Nüchterne Zahlen aus der Prozesskostenrechnung und der daraus abgeleiteten Kennzahlen schaffen Transparenz für die im OP Tätigen sowie eine sachliche Diskussionsgrundlage für die Optimierung der Abläufe in einem stetigen Prozess.

Die in diesem Buch aufgegriffenen Themenkomplexe weisen Möglichkeiten für eine bessere Steuerung der Betriebsabläufe in den OP-Einrichtungen auf.

Es zeigt sich, was kaum einer mehr für möglich hält: Trotz Kostensenkung kann die Qualität steigen.

Kiel, 2006

Dipl. Kfm. Günther Zwilling

Kaufmännischer Vorstand

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/Campus Kiel

## **OP-Management aus Sicht des Operateurs**

---

Die Forderung medizinische, logistische und ökonomische Erfordernisse gleichermaßen zu befriedigen, führt zur Begründung zentraler Managementstrukturen für die Ablaufsteuerung chirurgisch-operativer Therapien.

Bei der Neueinführung zentraler Strukturen werden von Kritikern meist Eingriffe in die ärztliche Fachkompetenz der medizinischen Fächer und fehlende Flexibilität zentraler Steuerungsinstrumente angeführt. Oft wird die Priorisierung fachspezifischer Ablaufsteuerungen in chirurgischen Fächern als leichter handhabbar und weniger riskant wahrgenommen.

Die für eine zentrale Ablaufsteuerung notwendige Kommunikation zwischen OP-Manager und den diversen Akteuren im Zentral-OP erfordert eine hoch entwickelte Technik und eine Kultur der Kommunikation mit extrem kurzen Reaktionszeiten. Der Gewinn eines optimal entwickelten und auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmten OP-Managements besteht in der Stabilisierung routinierter Aufgaben, in der Qualitätssicherung der Struktur und des Ablaufs sowie in einer Ressourcenschonung. Unter optimalen Bedingungen kann der OP-Manager die Versorgung von Notfalleingriffen, die Arbeit interdisziplinär arbeitender Teams und die allfällige Einsatzplanung von Pflegepersonal im OP-Bereich vorbereiten und unterstützen.

In Zeiten reduzierter Einnahmen für eine Reihe von Krankenhäusern und Kliniken gilt die Einführung eines OP-Managements als Maßnahme zur Kostenreduzierung per se. Wenn die Kosteneffizienz durch das effektiv arbeitende OP-Management gesteigert werden soll, erfordern die Einrichtung und die Abstimmung des OP-Managements einen hohen Grad an Fach- und Sachkenntnis, langjährige praktische Erfahrung in operativen Abläufen sowie Strukturfragen moderner Kliniken und Krankenhäuser. Dazu ist bisweilen zusätzlicher Mitteleinsatz notwendig.

Zum Gelingen sind ein umfassender Diskurs und ein offener Austausch innerhalb der Krankenhäuser und Klinika mit dem Ziel einer gemeinsamen Anstrengung aller im Krankenhaus an den Abläufen beteiligter Verantwortlicher unersetzlich. OP-Management ist ein Instrument der modernen Hochleistungsmedizin und nicht etwa nur ein Strukturierungsverfahren für Medizinökonomen. Daher soll das vorliegende Buch gleichermaßen Vorständen, leitenden Pflegekräften, Ärzten und kaufmännischen Leitern zur Lektüre empfohlen werden.

Aachen, 2006

Prof. Dr. Martin Westhofen

Direktor der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Plastische Kopf- und Halschirurgie

Universitätsklinikum Aachen, RWTH

Sprecher der operativen Fächer

## **OP-Management aus Sicht des Anästhesisten**

---

In den letzten Jahren hat es eine Reihe von Veränderungen im Gesundheitswesen gegeben. Zu den größten Strukturveränderungen hat die Umstellung auf ein Pauschalvergütungssystem beigetragen. Die Einführung der »diagnosis related groups« (DRGs) veranlasst alle Krankenhausträger dazu, ihre Ablauforganisation und ihre Kostenstruktur sowie die damit verbundene Qualität einer eingehenden Überprüfung zu unterziehen. Durch die zunehmende Transparenz (Stichwort Internet) werden Behandlungspfade der Krankenhäuser für Patienten sowie Kostenträger vergleichbar und haben damit Einfluss auf die Patientenströme der Zukunft. Betrachtet man die Kostentreiber einer Klinik, so sind zuerst die Funktionsbereiche, der OP und die Intensivstationen zu nennen. Dies sind Bereiche der interdisziplinären Zusammenarbeit sowohl im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich. Hier kann ein Krankenhaus entweder Geld verdienen oder viel Geld verlieren. Zusätzlich ist die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit von den ineinander greifenden Ablaufprozessen maßgeblich beeinflusst. Daher liegt es nahe, für diese Bereiche Managementstrukturen aufzubauen, die eine kontinuierliche Optimierung dieser kostenintensiven Bereiche bewirken.

Das zentrale Thema des vorliegenden Buches ist das OP-Management, nachdem zunächst allgemein in die gegenwärtigen Strukturen von Krankenhäusern und Gesundheitswesen eingeführt wird. Schon sehr früh haben sich Anästhesisten um das OP-Management bemüht, da sie immer diejenigen waren, die ihr Hauptarbeitsgebiet von Anfang bis Ende im OP hatten. Anästhesieabteilungen sind zentral und fachübergreifend organisiert, und auch in der Vergangenheit haben Anästhesisten operative Eingriffe für verschiedene Disziplinen durchgeführt. Insoweit sind Anästhesisten für OP-Managementstrukturen offen und oft auch Motor bei der Umsetzung.

Das hier vorliegende Buch stellt die notwendigen OP-Managementstrukturen in hervorragender Weise dar und macht Vorschläge, wie man zu weiteren Optimierungen in diesem Bereich kommen kann. Dabei ist es den Herausgebern gelungen, ausgewiesene Themenexperten, die über langjährige Erfahrungen verfügen, als Referenten für die jeweiligen Kapitel zu finden.

Wir haben also nicht nur ein Buch, das OP-Management am grünen Tisch bespricht, sondern auf einen großen Fundus langjähriger Praxis zurückgreift. Als besonders hervorzuheben ist daher auch die Sektion, die sich mit der Umsetzung von der Theorie in die Praxis beschäftigt. Sollten die deutschen Kliniken alle Anregungen in diesem Bereich aufnehmen, würde die Qualität der Patientenversorgung gesteigert, und die Kosten könnten trotzdem reduziert werden.

Man kann dieses Buch daher nur allen am OP-Management beteiligten Berufsgruppen, einschließlich der Krankenhausleitungen, empfehlen.

Kiel, 2006

Prof. Dr. Jens Scholz

Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/Campus Kiel

## **OP-Management aus Sicht der Pflege**

---

Die Berufsgruppe der Pflege kennt und erlebt die Zusammenhänge der Organisationsstrukturen in den jeweiligen Fachkliniken im täglichen Arbeitsablauf, wie z. B. Wartezeiten zwischen Stationen und OP, durch bauliche Infrastruktur bedingten Mehraufwand (Wartezeiten auf Aufzüge, unzureichende Schleusenkapazität im OP), nichtharmonisierende Arbeitszeiten und fehlende auf den OP-Ablauf fokussierte »workflows«.

Der Pflegebereich ist immer auch mit Koordinationsaufgaben konfrontiert, sei es durch unvorbereitete Kompensation von personellen Engpässen oder flexible Gestaltung von Veränderungen im OP-Programm sowie in der gesamten, den OP betreffenden Materiallogistik.

Primär geht es im OP-Management um die Optimierung der Gesamtabläufe. Der Schwerpunkt liegt in den zu koordinierenden Abläufen, nicht in der Diskussion der ärztlichen Indikationsstellungen. Für die Arbeit des OP-Managements maßgeblich und unabhängig von der Profession ist die Definition des Aufgabenbereiches mit deutlicher Kompetenzzuordnung. Ein OP-Koordinator/OP-Manager mit pflegerischem Qualifikationsprofil benötigt außer Fachlichkeit vor allem soziale Kompetenz und Konfliktstabilität, um gegen oft rigide Hierarchiestrukturen zu überzeugen.

Durch die Etablierung eines OP-Managements und die Implementierung einer verbindlichen Handlungsgrundlage (OP-Statut) kann das OP-Management als Instrument für die Realisierung einer effektiven Ablauforganisation und eines optimierten Ressourceneinsatzes von Personal, Räumen, Material und Medizintechnik eingesetzt werden.

Nach kritischer Betrachtung im eigenen Berufsfeld ist der Pflegebereich ebenfalls aufgefordert, Strukturdefizite zu erkennen, Lösungsstrategien zu erarbeiten sowie kooperativ und zielorientiert umzusetzen.

OP-Management ist ein internes Steuerungsinstrument und sollte nicht als Fremdbestimmung verstanden werden. Gemeinsame Strategien resultieren in einer Effektivitätssteigerung, sind Motivationsanreiz und schaffen Synergieeffekte. Transparenz, Kooperation und Kommunikation müssen aktiv interdisziplinär gelebt werden, um den Versorgungsauftrag im Spannungsfeld zwischen Ökonomie, Medizin und Pflege mit der Professionalität zu erfüllen, die alle Berufsgruppen für sich definieren. Reorganisationsprojekte im Krankenhaus implizieren immer einen Appell an Flexibilität und Kompromissbereitschaft. Umstrukturierungen beinhalten immer auch Konfliktpotenzial durch emotionalisierte Spannungen, tradierte Strukturen und die Priorisierung von Partikularinteressen. Das Denken in Prozessen muss erlernt und dann als integraler Bestandteil der Zusammenarbeit im OP gelebt werden. Transparenz und aktive Teilnahme aller Mitarbeiter im OP sind für eine effektive und effiziente OP-Abteilung wichtig und gleichzeitig ein Indikator für Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit.

Kiel, 2006

Ina Welk

Pflegerische Zentrumsleitung

Medizinisches Leistungszentrum Anästhesiologie und Radiologie

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/Campus Kiel

# Vorwort der Herausgeber

---

Das vorliegende Buch »OP-Management: Praktisch und effizient« richtet sich an alle Mitarbeiter im OP, die sich mit OP-Management befassen: Operateure, Anästhesisten und Funktionsdienste. Es ist ein Praxisbuch, das alle wesentlichen Aspekte des OP-Managements enthält. Es vermittelt sowohl Grundlagen als auch spezifisches Fachwissen für alle Bereiche und Berufsfelder innerhalb eines effizienten OP-Managements. Das Werk soll unter anderem auch Teilnehmern von Fortbildungen in diesem Bereich als Informationsquelle dienen.

Der zunehmende ökonomische Druck und die Restriktionen im Gesundheitswesen bedingen ein Umdenken der Kliniken und die kritische Betrachtung bisheriger Organisationsstrukturen. Besonders der OP-Bereich stellt sich als betriebswirtschaftlich kostenintensiv dar, da hier die höchsten Kosten für operativ zu versorgende Fälle entstehen. Auf die Personalkosten für den Funktionsdienst OP und Anästhesie, Anästhesieärzte und Operateure entfallen ca. 70% der Kosten. Hier besteht Handlungsbedarf für den Einsatz von Steuerungsinstrumenten zur prozessorientierten Ablauforganisation, für eine enge Kooperation mit den sog. Schnittstellen – zukünftig besser als Nahtstellen verstanden – und für einen effektiven sowie effizienten Ressourceneinsatz. Im Rahmen der Prozessoptimierung durch Reorganisation ist es notwendig, sowohl Teilprozesse als auch den Gesamtprozess zu betrachten und alle Beteiligten aktiv in die Umsetzung einzubeziehen.

Unser Dank gilt allen Koautoren, die das Konzept und die Realisierung dieses Buches mit ihren kompetenten Fachbeiträgen erst ermöglicht haben. Theoretisches Wissen, praktische Erfahrung und Engagement der Kollegen lassen uns Herausgeber hoffen, allen Beteiligten mit dem vorliegenden Buch eine Hilfestellung zur effektiven und effizienten Gestaltung des OP-Managements an die Hand gegeben zu haben.

Kiel, 2006

Ina Welk

PD Dr. Dr. Martin Bauer

# Inhaltsverzeichnis

## Sektion 1: Krankenhaus- und Gesundheitswesen

<b>1</b>	<b>Der Krankenhausmarkt in Deutschland</b> .....	<b>3</b>
	<i>C. Schmidt, M. Bauer</i>	
1.1	Branchenwandel .....	4
1.2	Strategien für Akutkrankenhäuser.....	9
	Literatur.....	13
<b>2</b>	<b>Das Entgeltsystem der »diagnosis related groups«</b> .....	<b>15</b>
	<i>A. Schleppers</i>	
2.1	Pauschalierende Entgeltsysteme auf Basis der Diagnosis related groups? .....	16
2.2	Definitionen und benötigte Daten .....	17
2.3	Gruppierung der »German refined – diagnosis related groups«.....	20
2.4	Weiterentwicklung für das Jahr 2006.....	22
2.5	Deutsche Kodierrichtlinien.....	25
2.6	Interessante Adressen .....	30
	Literatur.....	30
<b>3</b>	<b>Qualitätsmanagement</b> .....	<b>31</b>
	<i>B. Schütt, M. Bauer</i>	
3.1	Situation im Gesundheitssystem .....	32
3.2	Gesetzliche Rahmenbedingungen .....	32
3.3	Grundlagen .....	33
3.4	Modelle und Systeme.....	34
3.5	Prozessorientiertes Qualitätsmanagement für den OP.....	39
3.6	Messung der Ergebnisqualität.....	40
	Literatur.....	42
<b>4</b>	<b>Risikomanagement</b> .....	<b>43</b>
	<i>A. Möllemann, M. Hübler</i>	
4.1	Ziel und Nutzen im Krankenhaus.....	44
4.2	Klinisches Risikomanagement.....	45
4.3	»Critical incident reporting systems« .....	46
	Literatur.....	53

## Sektion 2: OP-Management – Effektiv durch »skills«

<b>5</b>	<b>Controlling</b> .....	<b>57</b>
	<i>G. Schüpfer, M. Bauer</i>	
5.1	Management im OP-Bereich .....	58
5.2	Kostenrechnungssysteme als Controlling-Basis .....	61
5.3	Ausgewählte Controlling-Instrumente.....	63
5.4	Statistische Prozesskontrolle und Cusum-Analyse nach Schüpfer et al. 2005.....	68
5.5	»Reporting« .....	75
	Literatur.....	76
<b>6</b>	<b>Kostenkomponenten und Kostentreiber in der Anästhesiologie</b> ..	<b>77</b>
	<i>M. Schuster</i>	
6.1	Grundlagen und Definitionen.....	78
6.2	Kosten der anästhesiologischen Versorgung.....	78
6.3	Kosteneffiziente Versorgung in der Anästhesie .....	80
	Literatur.....	88
<b>7</b>	<b>Steuerung durch Kennzahlen</b> .....	<b>91</b>
	<i>B. Kuss, R. Hanß, M. Bauer</i>	
7.1	Entwicklung von Dokumentationssystemen.....	92
7.2	Steuerung durch Prozessorganisation .....	92
7.3	Kostenfaktor OP-Bereich – Schlüsselstellung der Anästhesie.....	93
7.4	Kennzahlen zur Steuerung eines OP-Betriebs .....	98
	Literatur.....	107
<b>8</b>	<b>Personalmanagement</b> .....	<b>109</b>
	<i>T. Iber</i>	
8.1	Wandel im Personalmanagement .....	110
8.2	Allgemeine Gestaltungsebenen des Personalmanagements .....	111

8.3 Instrumente des strategischen  
und operativen Personalmanagements.. 112  
Literatur ..... 119

**9 Konfliktmanagement ..... 121**  
*G. Schüpfer, M. Bauer*  
9.1 Teamtheorie ..... 122  
9.2 Konflikt und Konflikt-management ..... 126  
9.3 OP-Team und Entscheidungsqualität .... 129  
9.4 Schlussfolgerungen..... 135  
Literatur ..... 136

**Sektion 3: OP-Management –  
Effizient durch Kompetenz**

**10 Implementierung  
des OP-Managements..... 139**  
*I. Welk*  
10.1 Effektivität und Effizienz..... 140  
10.2 OP-Statut ..... 140  
10.3 Strukturen im OP-Management ..... 142  
Literatur ..... 148

**11 Umsetzungsprobleme  
im OP-Management..... 149**  
*I. Welk*  
11.1 Hemmende Faktoren ..... 150  
11.2 Schwachstellenanalyse..... 150  
11.3 Reorganisationsmaßnahmen..... 152  
11.4 Faktoren für eine erfolgreiche  
Umsetzung ..... 154  
11.5 Notfallmanagement und Integration  
von Nachmeldungen ..... 155  
11.6 EDV-Unterstützung ..... 156

**12 Prozessorientierte Maßnahmen ..... 157**  
*I. Welk*  
12.1 OP-Plan..... 158  
12.2 Reihenfolge der Operationen ..... 158  
12.3 Prozessanalyse und Prozessoptimierung. 159

**Sektion 4: OP-Management praktisch:  
Aus der Theorie in die Praxis**

**13 Der Weg zur Investitions-  
entscheidung..... 163**  
*C. Schafmayer, G. Zehle*  
13.1 Investitionen ..... 164  
13.2 Langfristige Investitionsentscheidung ... 164  
13.3 Zieldefinition ..... 165  
13.4 Quantifizierung und Vergleich  
der möglichen Methodenansätze ..... 166  
13.5 Die Entscheidung ..... 173

**14 Informationstechnologische  
Unterstützung in der Praxis ..... 175**  
*D. Schlürmann, T. Baumann*  
14.1 Ziele der Informationstechnologie  
im Zentral-OP-Bereich..... 176  
14.2 Lösungen an der Klinik am Eichert..... 178  
14.3 Erkenntnisse der Praxisanwendung..... 181  
14.4 Ausblick ..... 185

**15 »Standard operating procedures«  
und klinische Behandlungspfade .... 187**  
*M. Raetzell, M. Bauer*  
15.1 Grundsätzliche Überlegungen..... 188  
15.2 Rahmenbedingungen..... 190  
15.3 Erarbeitung einer Standard operating  
procedure ..... 191  
15.4 Die Standard operating procedure  
im Routinebetrieb ..... 196  
15.5 Die Kür: Klinische Behandlungspfade .... 197  
Literatur ..... 198

**Abkürzungsverzeichnis ..... 199**

**Stichwortverzeichnis ..... 203**

# Die Herausgeber

---



## **Ina Welk**

Seit 1980 als Krankenschwester in der Anästhesie und Intensivpflege, Weiterbildung zur Fachkrankenschwester und zur Leitung einer Funktionseinheit. Berufsbegleitende modulare Zusatzqualifikation im Studiengang Sozial- und Gesundheitsmanagement. Tätigkeit als OP-Koordinatorin im LBK-Hamburg und im Universitätsklinikum der RWTH Aachen. Abschluss der Weiterbildung OP-Management beim BDA/DGAI. Landesbeauftragte der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste für Hamburg und Schleswig-Holstein, Dozententätigkeit zum Thema OP-Organisation und Reorganisationsprojekte im Krankenhaus. Seit 2005 pflegerische Zentrumsleitung Anästhesie und Radiologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/Campus Kiel.



## **PD Dr. P.H. Dr. med. Martin Bauer**

Studium der Humanmedizin in Heidelberg, Betriebswirtschaft (FH) in Ulm und Public Health in Hannover. Es folgten Promotionen in Medizin und Public Health sowie Facharzt und Habilitation für das Fachgebiet Anästhesiologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/Campus Kiel. Forschungsschwerpunkt ist die perioperative Versorgungsforschung, insbesondere das Kostenmanagement. Mitherausgeber der Zeitschrift »Der Anaesthetist«, Programmverantwortlicher des Kieler Master-Studiengangs »Hospital Management« sowie Mitglied im Lenkungsausschuss des »Forums Qualitätsmanagement und Ökonomie« von DGAI und BDA.

# Mitarbeiterverzeichnis

---

**Bauer, M., PD Dr. P.H. Dr. med.**

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel  
Schwanenweg 21, 24105 Kiel

**Baumann, T.,  
Leiter Organisation/EDV**

Klinik am Eichert  
Eichertstraße 3,  
73035 Göppingen

**Hanß, R., Dr. med.**

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel  
Schwanenweg 21, 24105 Kiel

**Hübler, M., PD Dr. med.**

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie  
Universitätsklinikum Dresden,  
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

**Iber, T., Dr. med.**

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie,  
Universitätsklinikum Rostock,  
Schillingallee 35, 18057 Rostock

**Kuss, B., Dr. med.**

OP-Management,  
Klinikum Bremen-Mitte,  
St. Jürgen-Straße 1,  
28177 Bremen

**Möllemann, A., Dr. med.**

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie  
Universitätsklinikum Dresden,  
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

**Raetzell, M., Dr. med.**

Zentrale Einrichtung Informati-  
onstechnologie (ZEIT), Universi-  
tätsklinikum Schleswig-Holstein,  
Feldstraße 10–12, 24105 Kiel

**Schafmayer, C., Dr. med.**

Klinik für Allgemeine Chirurgie  
und Thoraxchirurgie,  
Universitätsklinikum Schleswig-  
Holstein, Campus Kiel  
Arnold-Heller-Straße 7,  
24105 Kiel

**Schleppers, A., Dr. med.**

DGAI-Geschäftsführung,  
Roritzerstraße 27,  
90419 Nürnberg

**Schlürmann, D., Dr. med.**

OP-Management,  
Klinik am Eichert,  
Eichertstraße 3,  
73035 Göppingen

**Schmidt, C., PD Dr. med.**

Stabsstelle Organisationsent-  
wicklung, Universitätsklinikum  
Schleswig-Holstein,  
Brunswikerstraße 10, 24105 Kiel

**Schüpfer, G., Dr. med.**

Stabsstelle Ärztliche Direktion,  
Kantonsspital Luzern,  
6001 Luzern, Schweiz

**Schuster, M., Dr. med.**

Klinik für Anästhesiologie,  
Universitätsklinikum Hamburg-  
Eppendorf,  
Martinistraße 52/O 50,  
20246 Hamburg

**Schütt, B.**

Stabsstelle Organisationsent-  
wicklung, Universitätsklinikum  
Schleswig-Holstein,  
Brunswikerstraße 10, 24105 Kiel

**Welk, I.**

Klinik für Anästhesiologie  
und Operative Intensivmedizin,  
Universitätsklinikum Schleswig-  
Holstein, Campus Kiel  
Schwanenweg 21, 24105 Kiel

**Zehle, G., Dr. med., MBA,**

Allgemeinmedizin,  
Feldstraße 18,  
24105 Kiel

# Sektion 1: Krankenhaus- und Gesundheitswesen

## Kurz-Überblick

---

Bedingt durch den strukturellen Wandel der Krankenhauslandschaft sind die Krankenhäuser gefordert, neue Wege der Erlösgenerierung zu finden, tradierte und historische Strukturen aufzubrechen und den zukünftigen Herausforderungen im wettbewerbsorientierten Markt mit innovativen Konzepten zu begegnen (► Kap. 1). Zur Sicherung des wirtschaftlichen Fortbestands ist die Einhaltung der ökonomischen Vorgaben durch das im Jahr 2004 eingeführte »Diagnosis-related-group- (DRG-) Entgeltsystem« essenziell (► Kap. 2). Dieses Pauschalvergütungssystem und der damit einhergehende Kostendruck setzen Anreize, die Leistungen effizient und mit möglichst wenig Ressourceneinsatz zu erbringen. Damit die medizinische Versorgungsqualität unter diesen Bedingungen aufrechterhalten werden kann, ist ein begleitendes und suffizientes Qualitäts- und Risikomanagement unerlässlich (► Kap. 3 und 4).

# Der Krankenhausmarkt in Deutschland

*C. Schmidt, M. Bauer*

<b>1.1</b>	<b>Branchenwandel</b>	<b>- 4</b>
1.1.1	Ursachen	- 4
1.1.2	Wirkungen	- 7
<b>1.2</b>	<b>Strategien für Akutkrankenhäuser</b>	<b>- 9</b>
1.2.1	Rechtsformwechsel	- 10
1.2.2	Monistische Krankenhausfinanzierung	- 10
1.2.3	Private Investoren im Gesundheitswesen	- 11
1.2.4	Alternativen	- 11
	<b>Literatur</b>	<b>- 13</b>

## 1.1 Branchenwandel

Die Gesundheitswirtschaft bildet mit ihren Teilmärkten Akutmedizin, Rehabilitation, ambulanter Sektor, Pflege und den dazugehörigen Servicebereichen eine bedeutende Branche der deutschen Volkswirtschaft. Im Jahr 2002 wurden dort mehr als 4,7 Mio. Arbeitnehmer direkt oder indirekt beschäftigt. Nur in der Automobilindustrie arbeiten mit 5,3 Mio. Arbeitnehmern mehr Menschen. Jährlich wird in der Gesundheitsbranche ein Gesamtumsatz von fast EUR 220 Mrd. erzielt und ein Ausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 10,7% erreicht (Arnold et al. 2003). Mit Gesundheitsausgaben in Höhe von EUR 2660/Einwohner und Jahr liegt Deutschland weltweit nach den USA und der Schweiz an dritter Stelle (OECD 2003).

**!** Innerhalb der Gesundheitswirtschaft stellt der Krankenhausmarkt mit einem Marktvolumen von EUR 80 Mrd. und über 12.000 Einrichtungen den bedeutendsten Sektor dar, der über 5% des BIP erwirtschaftet.

Davon erreichen allein die Akutkrankenhäuser einen Umsatz von fast EUR 50 Mrd. (Arnold et al. 2003; OECD 2003). Deutschland weist mit ca. 2250 Akutkrankenhäusern und 280.700 Ärzten im europäischen Vergleich die mit Abstand höchste Krankenhaus- und Arztdichte auf (Arnold et al. 2003; Gress et al. 2002; OECD 2003).

Auch die Verweildauern in Deutschland sind die bei weitem längsten im internationalen Vergleich (■ Tab. 1.1).

Dieser Markt befindet sich im Umbruch. Umfassende Veränderungen der Struktur und Anzahl der Krankenhäuser sind dabei zu erwarten.

### 1.1.1 Ursachen

Die wichtigsten Ursachen für den Branchenwandel sind die zunehmende Technisierung bei den Medizinprodukten, die demographische Entwicklung der Bevölkerung mit verändertem Verhalten der Nachfrager, der fortschreitende Bettenabbau und die Einführung der diagnosebezogenen Vergütung (McKee u. Healy 2002).

### Innovationen bei Medizinprodukten und Pharmazeutika

Im europäischen Raum ist Deutschland der größte Markt für apparative Diagnostik und Pharmazeutika; der geschätzte Umsatz wird mit etwa US\$ 12 Mrd. angegeben. Deutschland stellt damit nach den USA (US\$ 66 Mrd.) und Japan (US\$ 21 Mrd.) den drittgrößten nationalen Markt der Welt dar (Göldner et al. 2001). Die Wachstumsraten für diesen Markt liegen in Deutschland mit etwa 5% knapp hinter den USA. Im Bereich medizinische Produkte werden 79% des Umsatzes

■ Tab. 1.1. Vergleich der Akutbetten, Verweildauern, Krankenhausfälle und Ärzte in Deutschland im Vergleich zu den USA, Australien und Schweden. (Arnold et al. 2003; McKee u. Healy 2002; OECD 2003)

	USA	Australien	Schweden	Deutschland
	2001	2000	2000	2001
Akutbetten/1000 Einwohner	2,9	3,8	3,2	6,3
Verweildauer im Krankenhaus [Tage]	5,8	6,1	5	9,3
Krankenhausfälle/100.000 Einwohner	11.238	15.771	16.255	19.730
Ärzte/1000 Einwohner	2,7	2,5	3	3,3

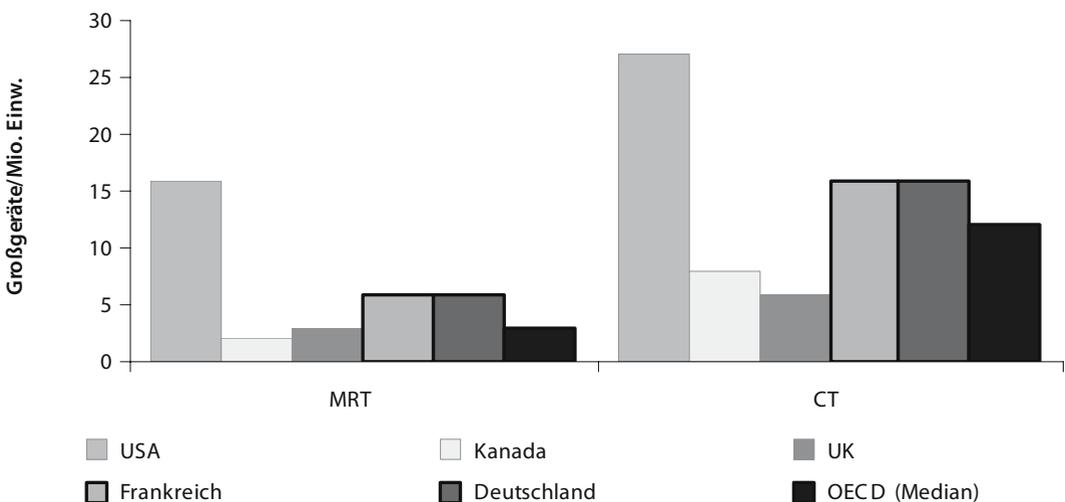
erzielt, gefolgt von In-vitro-Diagnostika mit 13% und diagnostischen bildgebenden Verfahren mit 8% (Göldner et al. 2001). In allen Bereichen sind in den letzten Jahren neue Produkte eingeführt worden, durch die Untersuchungs- bzw. Therapieverfahren verbessert, jedoch auch höhere Kosten verursacht werden. Deutschland belegt bei den Ausgaben für Pharmazeutika international den 5. Platz nach den USA, Frankreich, Italien und Kanada. Bei aufgestellten Computertomographie- (CT-) und Magnetresonanztomographie- (MRT-) Geräten/1 Mio. Einwohner liegt Deutschland 25% bzw. 50% über dem Mittelwert der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD 2003; ■ Abb. 1.1). Diese Faktoren sind, trotz regulativer Eingriffe der Regierung, maßgeblich für steigende Kosten im Gesundheitssystem verantwortlich (Ullrich 2002). Dabei spielen die Preise pro Untersuchungs- oder Therapieeinheit nur eine untergeordnete Rolle. Wesentlich problematischer sind die erhöhte Nachfrage, das fehlende Kostenbewusstsein bei Ärzten und Patienten sowie die fehlende Kostentransparenz für Medikamente und apparative Untersuchungen (Schmidt et al. 2003a). Krankenhäuser stecken hier in einer Zwickmühle.

! Während auf der einen Seite die Budgets beschränkt sind, besteht auf der anderen Seite im Rahmen des Wettbewerbs die zwingende Notwendigkeit, mit dem technischen Fortschritt und der zunehmenden Nachfrage mitzuhalten, um den Patienten einen optimalen Untersuchungs- und Therapiekomfort anbieten zu können (Sandfort 2001; Schmidt et al. 2003a).

Insbesondere für neue Therapieverfahren erscheinen Regulationen bzw. Vorgaben vonseiten der Krankenkassen oder des Staates sinnvoll. Dies zeigt sich aktuell an der Diskussion um die Protonentherapie. Hier werden derzeit von einigen privaten Anbietern Anlagen im Wert mehrerer Mio. EUR aufgestellt, ohne dass eine wissenschaftliche Begleitung oder Begrenzung der Menge von Zentren, die diese Therapie anbieten, erfolgt.

## Demographische Entwicklung der Bevölkerung

Die Anzahl älterer Menschen in Deutschland steigt stetig; nach Angaben des statistischen Bundesamtes wird die Zahl der über 60-Jährigen von

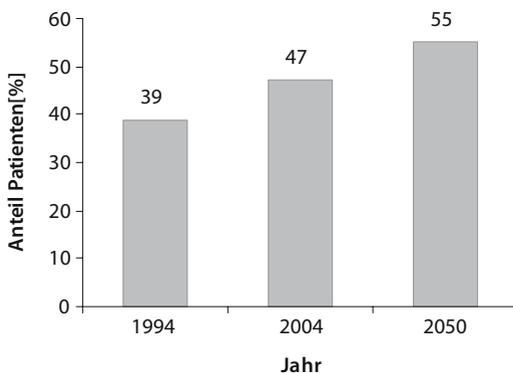


■ Abb. 1.1. Anzahl der MRT- und CT-Geräte bezogen auf 1 Mio. Einwohner des Landes im Vergleich zum OECD-Mittelwert für 1996. MRT Magnetresonanztomographie, CT Computertomographie

derzeit etwa 22% auf bis zu 35% im Jahr 2030 ansteigen. Dabei lag die mittlere Krankenhausverweildauer dieser Altersgruppe 1998 mit 13,1 Tagen um fast 60% über der der 18- bis 45-Jährigen (Sandfort 2001; Schmidt et al. 2003b). Bezogen auf die Alterstruktur der Patienten im Krankenhaus, stellen Patienten mit 60 Jahren und älter einen Anteil von über 40% dar (■ Abb. 1.2). Es kommt hinzu, dass die aktuelle Entwicklung der Lebenserwartung von derzeit etwa 77 Jahren weiter ansteigen wird (Sandfort 2001; Schmidt et al. 2003b). Dies wird in Zukunft auch die Indikationstellungen beeinflussen.

**! Waren bisher Altersgrenzen für bestimmte Operationen vorgesehen, so müssen diese vor dem Hintergrund der höheren Lebenserwartung neu geprüft werden.**

Diese Entwicklung steht der geforderten Senkung der Verweildauern entgegen, da Studien zeigen, dass die Liegezeit von hoch betagten Patienten signifikant höher ist als von vergleichbaren Kollektiven. Als Folge ist mit einem zukünftig ansteigenden Bedarf von medizinischer Versorgung zu rechnen, dem jedoch zum jetzigen Zeitpunkt nur begrenzte Ressourcen gegenüberstehen. Daher muss es zwangsläufig zu einer verstärkten Auslagerung von medizinischen Leistungen in den ambulanten Sektor



■ Abb. 1.2. Anteil der über 65-jährigen Patienten im Krankenhaus

kommen (Bauer u. Bach 1999; Bundesministerium für Gesundheit 2000; MacAdam 2000). Ansatzpunkte hierfür finden sich in zahlreichen bisher stationär erbrachten Leistungen, wie z. B. Varizen- und Hernienoperationen, die ohne Einschränkungen der Behandlungsqualität ambulant vorgenommen werden könnten.

### Fortschreitender Bettenabbau

Seit 1990 ist eine Verringerung der Anzahl von Krankenhausbetten um fast 17% (-112.914) zu verzeichnen; im selben Zeitraum hat sich die Anzahl der Krankenhäuser jedoch nur um 7% (-172) verringert (Arnold et al. 2003). Parallel zu dieser Entwicklung erhöhte sich die Anzahl der stationären Behandlungsfälle um über 2,6 Mio. Behandlungen (19%) auf 16,5 Mio. Fälle/Jahr; hierbei hat sich die durchschnittliche stationäre Verweildauer in den letzten 10 Jahren um fast ein Drittel von 14,6 auf 9,6 Tage verkürzt (■ Tab. 1.2). Dieser Trend ist in fast allen OECD-Ländern nachzuweisen und im Wesentlichen auf die Einführung von fallbezogenen Vergütungssystemen zurückzuführen. Deutschland weist im europaweiten Vergleich die längsten Liegezeiten auf (OECD 2003). Kürzere Liegezeiten scheinen im stationären Bereich pro Tag jedoch service- und kostenintensiver zu sein und setzen zudem adäquate Ressourcen in der ambulanten Post-akut-Behandlung voraus (McKee u. Healy 2002; OECD 2003).

**! Um mit weniger Betten mehr Patienten in kürzerer Zeit zu behandeln, sind die meisten Krankenhäuser mit der Notwendigkeit von Investitionen in umfassende infrastrukturelle, personelle und organisatorische Maßnahmen konfrontiert.**

Der Blick nach Skandinavien zeigt, dass bei kürzeren Liegezeiten mehr Personal im Krankenhaus notwendig ist. Daher ist es fraglich, ob die Kosten im stationären Sektor mit einer Liegezeitverkürzung nachhaltig gesenkt werden können.

■ **Tab. 1.2.** Entwicklung der Liegezeiten, Krankenhausfälle, Krankenhausbetten, Anzahl von Krankenhäusern in Deutschland und Marktvolumen in den Jahren 1991 und 2001. (McKee u. Healy 2002; OECD 2003)

	1991	2001	Veränderung	
			Total	[%]
Anzahl der Krankenhäuser	2411	2239	-172	-7%
Krankenhausbetten insgesamt	665.565	552.651	-112.914	-16,9%
Krankenhausfälle/Jahr	13.924.907	16.486.672	2.561.768	+19,1%
Liegetage im Krankenhaus	14,6	9,8	-4,8	-32,9%
Marktvolumen	EUR 43 Mrd.	EUR 61 Mrd.	EUR 18 Mrd.	+41,9%

### Einführung der diagnosebezogenen Vergütung

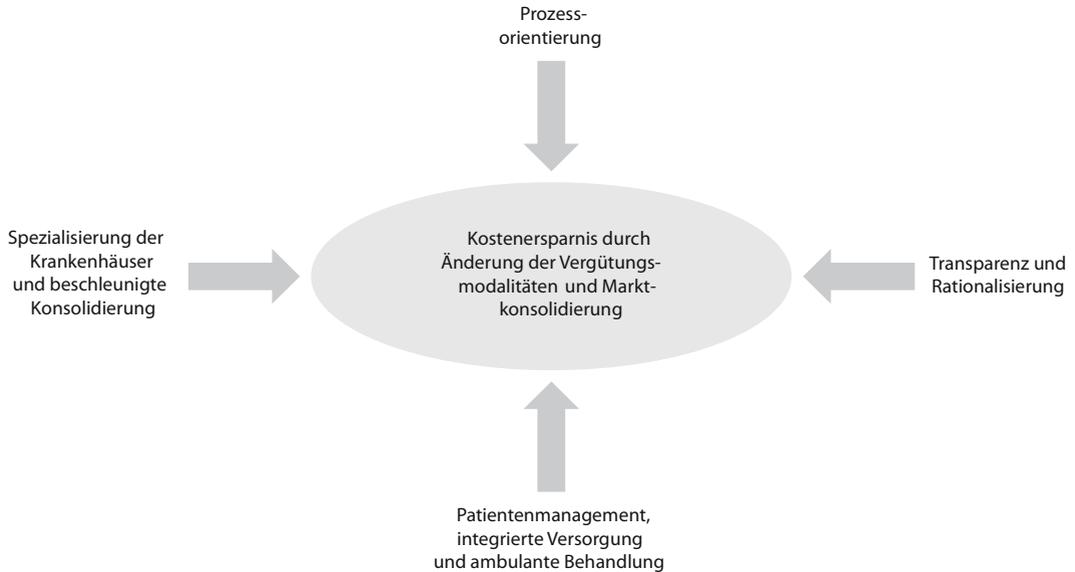
Die wichtigsten Änderungen werden durch die Einführung der »diagnosis related groups« (DRGs) erwartet. Diese zwingen Krankenhäuser gleich in mehreren Bereichen zum Handeln. Zum einen müssen notwendige Strukturen zur Kostenkontrolle eingeführt werden, um eine Transparenz im Ressourceneinsatz zu ermöglichen (Dick u. Zielke 2002). Hierzu zählt sowohl das Preisbewusstsein für Medikamente und Medizinprodukte bei Ärzten sowie Pflegekräften als auch ein prozessnahes »controlling«, das im »feedback« mit den Leistungserbringern steht (El-Din et al. 2002). Zum anderen sind zur Abrechnung der DRGs effiziente elektrische Datenverarbeitungs- (EDV-)Strukturen erforderlich (Mansky u. Repschläger 2002). Weiterhin werden Krankenhäuser analysieren, mit welchen Fällen zukünftig profitabel gewirtschaftet werden kann. Krankenhäuser werden ihre Angebotsstruktur am Markt entsprechend ausrichten müssen, um die Konkurrenzfähigkeit zu erhalten (Lüngen u. Lauterbach 2002). Dieses beinhaltet eine Straffung des Leistungsangebots, insbesondere in kleineren Krankenhäusern und eine Spezialisierung auf bestimmte Leistungen, um die im Rahmen der DRGs verbindlichen Mindestmengen für bestimmte Fallgruppen erbringen zu können.

❗ Für eine langfristige Wettbewerbsfähigkeit sind ein aktives Management des Patienten-Portfolios, eine strategische Positionierung des Leistungsangebots sowie die Optimierung der Behandlungsprozesse einer Klinik notwendig (Lüngen u. Lauterbach 2002).

Für diese Aufgaben, jedoch auch im Umgang mit der neuen Kodierlogik, werden qualifizierte Mitarbeiter benötigt. Der Wettbewerb um Patienten wird also durch das Konkurrieren um qualifizierte Mitarbeiter noch verschärft (Schmidt et al. 2003b). Die Effekte der DRG-Einführung auf den Markt sind in (■ Abb. 1.3) zusammengefasst.

#### 1.1.2 Wirkungen

Die zu erwartenden Wirkungen des Branchenwandels betreffen die Ablösung fragmentierter Versorgungsformen durch integrierte Angebote, die Zunahme der Transparenz des Leistungsgeschehens, die Verschärfung des Wettbewerbs der Krankenhäuser untereinander und des Finanzierungsbedarfs sowie die Erhöhung des Anteils von Akutkrankenhäusern in privater Trägerschaft.



■ **Abb. 1.3.** Einfluss des DRG-Vergütungssystems auf den Krankenhausmarkt. (Kongstvedt 1997; Sandfort 2001)

### Ablösung fragmentierter Versorgungsformen durch integrierte Angebote

Wichtige Segmente des Krankenhausmarktes, beispielsweise Akutkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen, weisen derzeit erhebliche strukturelle Unterschiede auf. Langfristig werden diese Märkte jedoch zusammenwachsen, da die Krankenkassen zunehmend an Verträgen mit Komplettanbietern, die alle Bereiche integrieren, interessiert sind (Kastenholz et al. 2002; Schmidt et al. 2003b; Strehl 2003; Schrappe 2003). Hier bestehen insbesondere für private Klinikketten Vorteile, da diese im Rahmen von Kooperationsmodellen und Akquisitionen die 3 Sektoren vernetzen können. Die bereits bestehenden internen Organisationsstrukturen und die vorhandenen finanziellen Mittel begünstigen private Träger in diesem Bereich zusätzlich (Schmidt et al. 2003b). Für öffentliche Krankenhäuser sind integrierte Versorgungsangebote nur im Verbund mit anderen Krankenhäusern bzw. Rehabilitationseinrichtungen möglich (Fischer 2003).

### Zunahme der Transparenz des Leistungsgeschehens

Sowohl durch die Abrechnung nach DRGs als auch durch die Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement werden in größerem Maße Standards auf die Krankenversorgungsprozesse übertragen (»clinical pathways«; Dick u. Zielke 2002; Rychlik 1999; Schrappe 2003). Pauschale Vergütungsformen bedeuten durch die exaktere Dokumentation (z. B. bei Komplikationen) eine Zunahme der Transparenz des Leistungsgeschehens (Möller 2001; Pietsch-Breitfeld 1999). Dieses wird durch die Etablierung von »disease management programs« (DMPs) hinsichtlich standardisierter Behandlungsabläufe noch erhöht (Kongstvedt 1997; Strehl 2003). Darüber hinaus ist zu erwarten, dass »case manager« und »disease manager« der Krankenkassen in Zukunft die Einhaltung der vorgegebenen Standards vor Ort überprüfen und Nichteinhaltungen ggf. sanktionieren werden (König 2001). Solche Beispiele sind aus den USA bekannt (Kongstvedt 1997; Maydell 1988). Folglich ist die Zunahme der Transparenz des

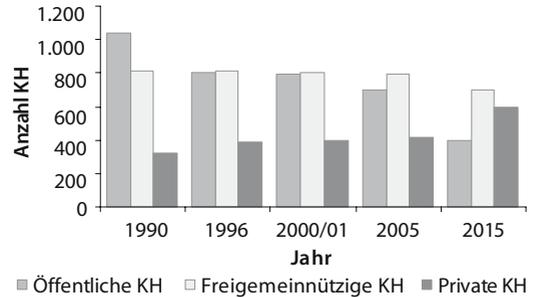
Leistungsgeschehens und der Konzentration auf die Prozesse eine Konsequenz der veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen bzw. Krankenhausmarkt (Ullrich 2002).

### Verschärfung des Wettbewerbs und des Finanzierungsbedarfs

Infolge des sich verstärkenden Wettbewerbs wird sich bei Krankenhäusern ein enormer Bedarf an finanziellen Mitteln für EDV-Systeme, Infrastruktur und qualifizierte Mitarbeiter ergeben, der auf etwa EUR 50 Mrd. in den nächsten 20 Jahren geschätzt wird (Meder 2002; Schmidt et al. 2003b; Silvers 2001; Strehl 2003). Daneben wird die wachsende Nachfrage nach medizinischer Versorgung in den nächsten Jahren zu einer Veränderung der Behandlungsmodalitäten führen (Maydell 1988). Durch die pauschale Vergütung von Krankenhausleistungen sollen die Behandlungskosten möglichst niedrig gehalten werden (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR/KaiG, 2003). Ob dies vor dem Hintergrund eines fortschreitenden Ärztemangels und vielerorts desolater Infrastrukturen zukünftig ohne Einschränkungen der Versorgungsqualität und der Zufriedenheit der Patienten einhergehen kann, ist jedoch fraglich (Schmidt et al. 2003c). Lösungsansätze ergeben sich hier durch Verträge im Rahmen der integrierten Versorgung, die ambulante Behandlungen im Krankenhaus durch Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten ermöglichen (Baur et al. 2001, Bundesministerium für Gesundheit 2000; SVR/KaiG 2001). Auf diese Weise könnte zumindest ein Teil der personellen Engpässe aufgefangen werden.

### Erhöhung des Anteils von Akutkrankenhäusern in privater Trägerschaft

Ferner ist eine weitere Zunahme von Privatisierungen öffentlich getragener Krankenhäuser zu erwarten (Sandfort 2001; Schmidt et al. 2003b; Strehl 2003). Während sich die Anzahl



■ **Abb. 1.4.** Änderung der Trägerschaften von Krankenhäusern (KH) in Deutschland in den letzten Jahren und prognostizierte Entwicklung bis 2015. (Sandfort 2001; Schmidt et al. 2003b)

der Krankenhäuser in privater Trägerschaft zwischen 1991 und 2001 von 4 auf 7% nur knapp verdoppelte, ist zukünftig mit einer wesentlich größeren Privatisierungswelle zu rechnen (Schmidt et al. 2003b; Strehl 2003). Haupttreiber dieser Entwicklung wird der immer stärker wachsende Kosten- und Investitionsdruck sein, der infolge der aktuellen Haushaltslage auf den öffentlichen Trägern lastet. So wird erwartet, dass sich der Anteil an privaten Akutkliniken in den nächsten 10 Jahren auf bis zu 40% erhöht (■ Abb. 1.4; Meder 2002; Mörsch 2002; Sandfort 2001; Schmidt et al. 2003b; Strehl 2003). Neuerdings sind hiervon auch Universitätskliniken, wie beispielsweise in Gießen und Marburg, betroffen.

## 1.2 Strategien für Akutkrankenhäuser

Angesichts der angedeuteten Ursachen und Wirkungen des Branchenwandels erscheinen aus Sicht der Akutkrankenhäuser mehrere Strategien denkbar. Sie können sich einem Rechtsformwandel unterziehen, eine monistische Krankenhausfinanzierung anstreben oder den Anschluss an einen privaten Investor im Gesundheitswesen suchen. Alternativ sind »public private partnerships« (PPPs) zu nennen.

### 1.2.1 Rechtsformwechsel

Eine Möglichkeit kommunaler Krankenhäuser zur Reaktion auf die veränderte Situation besteht in einem Rechtsformwechsel in eine Kapitalgesellschaft. Die sich hieraus ergebenden Vorteile sind erheblich: Zunächst wird die Voraussetzung geschaffen, Unternehmensanteile oder das ganze Unternehmen an einen privaten Dritten zu veräußern. Weiterhin ist eine Krankenhaus-GmbH (Gesellschaft mit beschränkter Haftung) oder AG (Aktiengesellschaft) als eigenständige Rechtspersönlichkeit rechtlich und organisatorisch von der Kommune abgekoppelt (Müller u. Borchert 2002). Die Haftung und der Verlustausgleich erfolgen durch das Gesellschaftsvermögen. Der Kapitalbedarf kann durch die Aufnahme von Krediten bedient werden, ohne den öffentlichen Haushalt zu belasten. Sowohl eine Aufnahme von Gesellschaftern als auch die Ausgründung von Teilbereichen, wie z. B. Küche oder Wäscherei, sind nun möglich. Die Flexibilität, insbesondere im operativen Bereich, wird durch die geringere Anzahl an Organen und das alleinige Handeln des Geschäftsführers deutlich erhöht.

**!** **Der Rechtsformwechsel als solcher garantiert noch keine wirtschaftliche Betriebsführung; er schafft lediglich Strukturen für effizienteres und effektiveres Handeln.**

Einflussmöglichkeiten der Kommune verbleiben auf dem Weg der Besetzung des Aufsichtsrats und der Gesellschafterversammlung (Müller u. Borchert 2002; Rocke 2002). Generelle Probleme können sich durch den mit dem Rechtsformwandel verbundenen Wegfall des Bundesangestelltentarifs (BAT), der Altvorsorge und des Kündigungsschutzes ergeben. Zahlreiche Beispiele haben jedoch gezeigt, dass diese Hindernisse durch Verzicht auf betriebsbedingte Kündigungen, Beteiligung der Arbeitnehmerschaft am Aufsichtsrat und Personalüberleitungsverträge zu überwinden sind (Fischer 2003). Der Rechtsformwandel zur

gemeinnützigen Gesellschaft mit beschränkter Haftung [(g)GmbH] oder gemeinnützigen Aktiengesellschaft [(g)AG] bietet darüber hinaus die Möglichkeit, ein Krankenhaus auf die kommenden Änderungen vorzubereiten, ohne z. B. auf karitative Grundwerte verzichten zu müssen (Müller u. Borchert 2002).

### 1.2.2 Monistische Krankenhausfinanzierung

Eine Verbesserung der Wettbewerbssituation für öffentliche Krankenhäuser kann durch eine Umstellung der Krankenhausfinanzierung von der bisherigen dualen Vorgehensweise (Betriebskosten werden von Krankenkassen und Investitionen von Ländern getragen) hin zu einer monistischen Vorgehensweise (Finanzierung von Betriebs- und Investitionsausgaben aus einer Hand) erreicht werden. Die Entscheidungen der Länder über Investitionen haben nicht nur zu Überkapazitäten geführt, sondern auch dazu, dass die Folgekosten von Krankenkassen übernommen wurden, die bei den überwiegend politisch-bestimmten Investitionsentscheidungen nicht beteiligt waren. Dagegen sind zahlreiche, aus Krankenkassensicht finanziell sinnvolle Investitionen unterblieben, weil Länder und Kommunen ihre Kalkulationen auf politischer Basis tätigen (Henke u. Hansmeyer 1997).

**!** **Durch die zweigeteilte Finanzierung stehen Krankhausbetreiber vor der Situation Investitions- und Betriebskosten nicht allein unter wirtschaftlichen Aspekten abwägen zu können (Henke u. Hansmeyer 1997).**

Dieses Thema wird bereits seit Jahren diskutiert, ohne dass man sich einer spürbaren Lösung genähert hätte (Mörsch 2002). Unter ökonomischen Gesichtspunkten ist eine stärkere Einbindung der Krankenkassen in die Planungs- und Investitionsprozesse wünschenswert, um eine bedarfsgerechtere Krankenhausversorgung zu gewährleisten. Erfolgreiche Anwendungen sind