

Beschleunigung im Krankenhausalltag

Konsequenzen für Beschäftigte und Patienten

von Norbert Roeder¹ und Dominik Franz²

ABSTRACT

In den vergangenen zehn Jahren hat sich der Alltag sowohl für alle Beschäftigten im Krankenhaus als auch für die Patientinnen und Patienten grundlegend verändert. Nicht alle, aber viele der wesentlichen Veränderungen wurden durch die Einführung der fallpauschalierten Vergütung für stationäre Krankenhausleistungen auf der Basis des G-DRG-Systems mitverursacht. Insbesondere die schon vor der DRG-Einführung zu beobachtende und sich kontinuierlich fortsetzende Verweildauerreduktion hat zu einer Beschleunigung der Abläufe eines Krankenhausaufenthalts geführt. Wesentliche Folge ist eine Leistungsverdichtung im stationären Arbeitsalltag für alle am Patienten Tätigen. Die Leistungsverdichtung beeinflusst alle Abläufe innerhalb der Gesamtbehandlung, erfordert Prozessoptimierung und Spezialisierung. Diese Veränderungen werden von den Beschäftigten als sehr belastend empfunden und direkt mit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung assoziiert. Neue Berufsfelder und Tätigkeitsgebiete für Ärzte und Pflegenden im Krankenhaus haben sich im Kontext der G-DRG-Einführung entwickelt, wodurch sich die Rolle der Ärzte und Pflegenden im Krankenhaus verändert hat.

Schlüsselwörter: Krankenhausfinanzierung, G-DRG-System, Prozessoptimierung, Spezialisierung, Rolle des Arztes, Arbeitsverdichtung, Verweildauerverkürzung, Arbeitsplatzattraktivität, Patientenzufriedenheit

Over the past decade, daily routine has fundamentally changed both for hospital employees and patients. Not all, but many of the major changes are due to the implementation of case-related remuneration for inpatient hospital services on the basis of the G-DRG system. In particular, the continuing reduction of the length of stay which was observable even before the DRG introduction has led to an acceleration of the processes of a hospital stay. This resulted in an intensified everyday workload for all hospital staff who work with the patients. The performance intensification affects all processes connected with the overall treatment and requires process optimization as well as specialization. These changes are perceived by employees as very stressful and directly associated with the switch to the new hospital financing system. In the context of the G-DRG implementation, new professions and fields of activity for physicians and nurses have developed, thus changing their role in the hospital.

Keywords: hospital financing, G-DRG system, process optimization, specialization, role of physicians, work intensification, reduction of length of stay, job attractiveness, patient satisfaction

1 Einleitung

Das Gesundheitswesen verändert sich. Die Ursachen der vielfältigen Veränderungsprozesse sind jedoch vielschichtig. Wesentliche Triebfedern neben der Schubwirkung durch die Einführung des G-DRG-Systems und seine ökonomischen Konsequenzen sind die Folgen der demografischen Ent-

wicklung in Deutschland, medizinische Innovationen in der Arzneimitteltherapie und Medizintechnik, veränderte Anspruchshaltungen aufseiten der Patientinnen und Patienten und der sich abzeichnende Fachkräftemangel quer durch die spezialisierte Berufsgruppenlandschaft eines Krankenhauses. Auch die Veränderung der Lebenseinstellung zu Beruf und Familie auf der Seite der Beschäftigten stellen zusätz-

¹Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Universitätsklinikum Münster, Albert-Schweitzer-Campus 1, Domagkstraße 5, 48149 Münster, Telefon: 0251 83-52020, Telefax: 0251 83-55645, E-Mail: norbert.roeder@ukmuenster.de

²Dr. med. Dominik Franz, Universitätsklinikum Münster, Albert-Schweitzer-Campus 1, Domagkstraße 5, 48149 Münster, Telefon: 0251 83-52023, Telefax: 0251 83-55645, E-Mail: dominik.franz@ukmuenster.de

ABBILDUNG 1

Einflussfaktoren auf das Krankenhaus



liche Herausforderungen dar. Das G-DRG-System und seine ökonomischen Konsequenzen haben zu einer strategischen Neuausrichtung von Krankenhäusern und zu veränderten Organisations- und Entscheidungsstrukturen geführt. Hierdurch hat sich der Alltag sowohl für alle Beschäftigten im Krankenhaus als auch für die Patientinnen und Patienten grundlegend verändert.

Gerade die Verweildauerverkürzung hat zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung und Beschleunigung geführt. Die Krankenhäuser sind vielfältigen Einflüssen ausgesetzt, die eine permanente Neupositionierung der im Krankenhaus Tätigen erfordern (Abbildung 1).

2 Leistungsverdichtung und Beschleunigung

Ein wesentlicher langfristiger Trend, der zu einer Leistungsverdichtung für alle am Patienten Tätigen (Ärzte, Pflegekräfte,

Therapeuten etc.) im stationären Arbeitsalltag führt, ist der Rückgang der stationären Verweildauer (Abbildung 2). Im Jahr 1994 betrug die mittlere stationäre Verweildauer am Krankenhaus noch 11,8 Tage, bis 2012 ist sie auf 7,6 Tage und damit um 35,6 Prozent gesunken (*Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012*). Diese Entwicklung wird verschärft durch eine gleichzeitige Reduktion der Anzahl der Krankenhäuser (-13,7 Prozent) und eine deutliche Steigerung der stationär behandelten Fälle (+20,1 Prozent) in Deutschland. Auch die Anzahl der verfügbaren Krankenhausbetten ging seit 1991 bundesweit um 26,2 Prozent zurück (*Sozialpolitik aktuell*). Die früher in einem längeren stationären Aufenthalt erbrachten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen werden heute bei geringerer oder unveränderter Personalstärke bei gestiegener Fallzahl hochverdichtet in einem wesentlich kürzeren Zeitraum erbracht.

Auch nach der für alle Krankenhäuser verbindlichen G-DRG-Einführung im Jahr 2004 setzte sich der Trend zu kürzeren Verweildauern fort, ohne dass eine Beschleunigung durch die G-DRG-Einführung erkennbar ist. Wesentlicher

Motor der Verweildauerverkürzung ist der medizinische Fortschritt mit den daraus resultierenden Möglichkeiten für Diagnostik und Therapie.

Beispielhaft seien die Auswirkungen der Leistungsverdichtung auf die Pflegenden näher erläutert. Durch die kürzere stationäre Verweildauer und die Zunahme der Fallzahl erhöht sich die Anzahl der Aufnahmen und Entlassungen im Jahr, die einen besonderen Aufwand für die Pflegenden darstellen. Auch die Mobilisation der Patientinnen und Patienten erfolgt heute frühzeitiger. Im Forschungsprojekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) wurden die Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Arbeit der Ärzte und Pflegekräfte untersucht (Klinke und Kühn 2004; Braun et al. 2011). Als Ergebnis kam zum Ausdruck, dass die Patienten pflegeintensiver geworden sind. Medizinisch weniger komplizierte Krankheitszustände werden heute überwiegend ambulant versorgt. Hierdurch stieg der Anteil der Patientinnen und Patienten mit komplexen und komplizierten Erkrankungen im Krankenhaus an.

Gleichermaßen betroffen sind auch Therapeutengruppen wie zum Beispiel Physiotherapeuten, Logopäden etc., da die Veränderungen auch einen Einfluss auf therapeutische Konzepte hatten. Eine präoperative physiotherapeutische Vorbereitung (zum Beispiel vor der DRG-Einführung regelhafter Bestandteil bei herzchirurgisch zu operierenden Patienten) kann oftmals durch die Aufnahme der Patienten am OP-Tag oder durch Verkürzung der präoperativen Phase auf einen Tag gar nicht mehr stattfinden.

Die Verweildauerverkürzung hat einen Einfluss auf alle Abläufe innerhalb der Gesamtbehandlung. Leistungsverdichtung setzt Prozessoptimierung voraus. Der Anspruch lautet: schnell diagnostizieren, schnell therapieren, früh entlassen. Stand früher mehr Zeit für die Behandlung und die Rekonvaleszenz der Patientinnen und Patienten zur Verfügung, muss heute die Verweildauer durch ein optimales Prozessmanagement so kurz wie möglich gehalten werden. Dies erfordert eine perfekte Ablauforganisation in der Klinik und die Fähigkeit, Entscheidungen schnell zu treffen (insbesondere bei interdisziplinären Behandlungen und der Notwendigkeit der Nutzung von diagnostischen Verfahren wie der Bildgebung oder anderen Untersuchungen durch verschiedene medizinische Disziplinen). Ein Teil der Diagnostik, die früher stationär vorgenommen wurde, muss heute prästationär erfolgen. Medizinisch nicht notwendige Verlängerungen der Verweildauer verursachen vermeidbare Kosten zulasten des Krankenhauses. Die Berücksichtigung von Behandlungsleitlinien für häufige Erkrankungen, zum Beispiel in Form von klinischen Behandlungspfaden, hat ebenso Einzug in den klinischen Alltag gefunden wie die Anwendung von standardisierten Ablaufchecklisten und weiteren Instrumenten zur Gewährleistung stringenter Prozessabläufe der Diagnos-

tik und Therapie bei häufigen Erkrankungen. Ob in diesem Zusammenhang ökonomische Ziele patientenbezogene Entscheidungen negativ beeinflussen, wird diskutiert, ist jedoch bisher nicht belegt.

3 Spezialisierung – Neue Anforderungen an Arbeitsinhalte und Arbeitsorganisation

Im Krankenhaus arbeiten im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich spezialisierte Fachkräfte. Die bisher beschriebenen Veränderungen Leistungsverdichtung und Prozessoptimierung fördern sowohl organisationsbezogene als auch berufsgruppenbezogene Spezialisierungen. Dies erfordert eine Veränderung der Aufgabenverteilung auf die verschiedenen Berufsgruppen innerhalb eines Krankenhauses. Ziel ist es, jede Berufsgruppe entsprechend ihrer Qualifikation optimal einzusetzen und von Aufgaben zu entlasten, für die sie gegebenenfalls überqualifiziert sind.

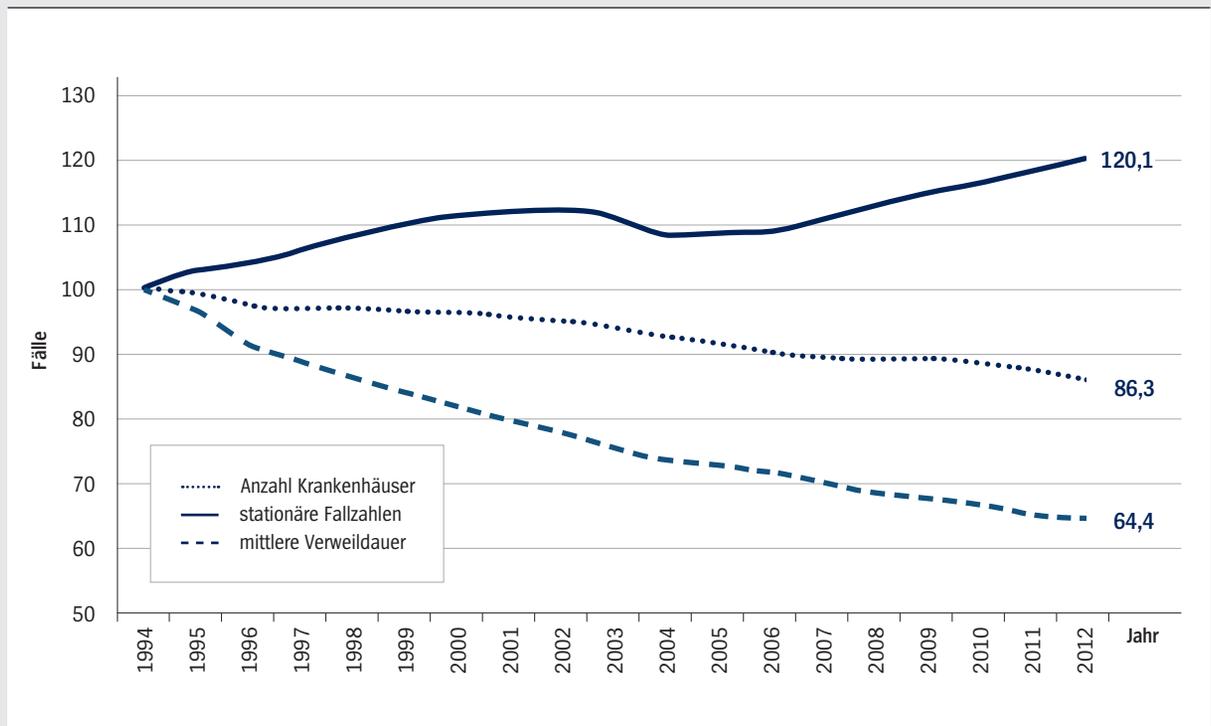
Früher teilweise von Ärzten durchgeführte Tätigkeiten werden heutzutage durch Pflegenden oder auch durch neue Berufsgruppen wie zum Beispiel das Case Management übernommen. Dafür konnten die Pflegenden bestimmte Tätigkeiten aus ihrem Aufgabenkanon an andere Berufsgruppen wie zum Beispiel Medizinische Fachangestellte oder den Transportdienst (siehe unten) delegieren. Mit der Neuordnung der Aufgaben wird das Ziel verfolgt, jeden Mitarbeiter im Krankenhaus entsprechend seiner Qualifikation optimal einzusetzen. So hat das Universitätsklinikum Münster zum Beispiel einen Transportdienst mit rund 50 Vollzeitkräften eingerichtet, der den größten Anteil der Patiententransporte innerhalb des Klinikums zwischen den verschiedenen Fachabteilungen beziehungsweise zur Diagnostik oder zur Intervention/Operation und zurück zu den Stationen übernimmt. Dadurch konnten insbesondere die Pflegekräfte entlastet werden, denn sie brauchen in der Regel ihre Station nicht mehr für Transportaufgaben zu verlassen.

4 Neue Berufsfelder

Eines der wesentlichen Ziele der G-DRG-Einführung war die Etablierung einer leistungsorientierten Vergütung für stationäre Krankenhausbehandlungen. Nicht der Pfl egetag auf einer Station sollte die Grundlage des Krankenhauserlöses sein, sondern komplexe medizinische Leistungen sollten unabhängig von der Verweildauer höher vergütet werden als weniger komplexe Maßnahmen. Eine leistungsorientierte Vergütung setzt voraus, dass die Kostenträger differenzier-

ABBILDUNG 2

Entwicklung der Anzahl der Krankenhäuser, der stationären Fallzahl und der mittleren stationären Verweildauer im Krankenhaus in Deutschland 1994–2012
(Indexdarstellung: 1994 = 100)



Quelle: eigene Darstellung; www.gbe-bund.de

te Informationen über die Komplexität der durchgeführten medizinischen Maßnahmen und die Morbidität des Patienten erhalten. Dieser Informationstransport wird durch die Dokumentation und Kodierung von Diagnosen und den durchgeführten medizinischen Prozeduren gesichert und ist unter G-DRG-Bedingungen die Grundlage der Krankenhausfinanzierung. Die Verantwortung für die Vollständigkeit und Validität der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren liegt beim behandelnden Arzt, auch wenn dieser zum Teil durch Kodierassistenten unterstützt wird. Dabei steht der Arzt auch direkt in der ökonomischen Verantwortung für das Erlösbudget der Fachabteilung. Die Anforderungen an denjenigen, der kodiert, sind teilweise sehr komplex. Ebenso stellen die Analyse und Umsetzung der jährlichen Veränderungen im G-DRG-System und in den begleitenden Kodiervorgaben die Anwender aus Ärzteschaft und Pflege immer wieder vor neue Herausforderungen. Umfangreich wurde diese Problematik im schon erwähnten Forschungsprojekt WAMP untersucht (Klinke und Kühn 2004). Dort wird insbesondere auch der

Anstieg der administrativen Belastung beklagt, der mit zwei bis drei Stunden täglich von den befragten Ärzten quantifiziert wurde.

Ärzte und Pflegekräfte haben neue Aufgaben in zum Teil neu entwickelten Berufs- und Arbeitsfeldern (Medizinmanagement, Medizincontrolling, Qualitätsmanagement etc.) übernommen. In vielen Krankenhäusern wurden auch ärztliche DRG-Beauftragte und Qualitätsbeauftragte in den Fachabteilungen etabliert. Ärztinnen und Ärzte müssen sich intensiver mit dem Qualitätsmanagement und den qualitativen Ergebnissen ihrer ärztlichen Tätigkeit auseinandersetzen als noch vor einigen Jahren. Es ist zu begrüßen, dass medizinische Qualität wesentlich stärker in den Fokus der öffentlichen Diskussion gerückt ist. Damit eröffnet sich den Krankenhäusern – sofern diese Diskussion auf einer sachbezogenen Grundlage geführt wird – auch die Möglichkeit, ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in einem standardisierten und transparenten Verfahren zu prüfen und darzustellen.

Um den Prozess der stationären Behandlung besser zu organisieren, haben viele Krankenhäuser sogenannte Case Manager eingeführt. Hierbei handelt es sich in der Regel um Beschäftigte aus der Pflege, die eine spezialisierte Fachweiterbildung durchlaufen haben. Neben den fachlichen Kenntnissen gehört ein hohes Maß an Teamfähigkeit, die Freude an interdisziplinärer Zusammenarbeit und Organisationstalent zu den wesentlichen Anforderungen an diese Tätigkeit.

Diese neue Berufsgruppe hat die Aufgabe, die Patienten optimal durch den stationären Behandlungsprozess zu begleiten. Hierzu gehört auch die Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der stationären Aufnahme sowie die Organisation eines möglichst reibungslosen Übergangs nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in die weitere ambulante/rehabilitative Versorgung. Diese Tätigkeit beginnt idealerweise bereits in enger Absprache mit den zuweisenden Vertragsärzten und den Angehörigen des Patienten.

5 Perspektive des Patienten und sein Verhältnis zu Ärzten und Pflegenden

Die Veränderungen innerhalb des Gesundheitswesens beziehungsweise einer Klinik müssen immer auch aus der Perspektive der Patienten als Kernadressaten der Leistungen bewertet werden. Viele Patienten begrüßen den kürzeren Aufenthalt im Krankenhaus und sind froh, möglichst schnell wieder in das heimische Umfeld entlassen zu werden (*Schwarzbach und Ronellenfitsch 2008*). Allerdings existiert auch eine Gruppe von Patienten, die gerne länger „umsorgt“ sein würde, was aus den täglichen Erfahrungen im Universitätsklinikum Münster (UKM) deutlich wird.

Dies betrifft insbesondere ältere Patienten, bei denen Versorgungsprobleme im häuslichen Bereich existieren. Die Arbeitsverdichtung hat unbestreitbar Einfluss auf den Arzt-Patienten-Kontakt beziehungsweise den Kontakt zwischen dem Patienten und den Pflegenden. Diese Kontakte werden aus Zeitmangel zunehmend reduziert, was von Patienten nachvollziehbar als nachteilig empfunden wird. Von Ärzten und Patienten gleichermaßen wird die verminderte Möglichkeit zu persönlichen Gesprächen beklagt. Auf die direkte medizinische Behandlung und die Qualität hat diese Entwicklung wahrscheinlich keinen wesentlichen Einfluss. In der Wahrnehmung des Patienten und für die Entwicklung einer guten Arzt-Patienten-Beziehung spielt das persönliche Gespräch und die Kontaktzeit jedoch eine große Rolle. Damit leiden auch das Ansehen des Berufsbildes und das Selbstbild des Arztes, da er die aus seiner Sicht optimale Versorgung nicht mehr in jedem Fall gewährleisten kann.

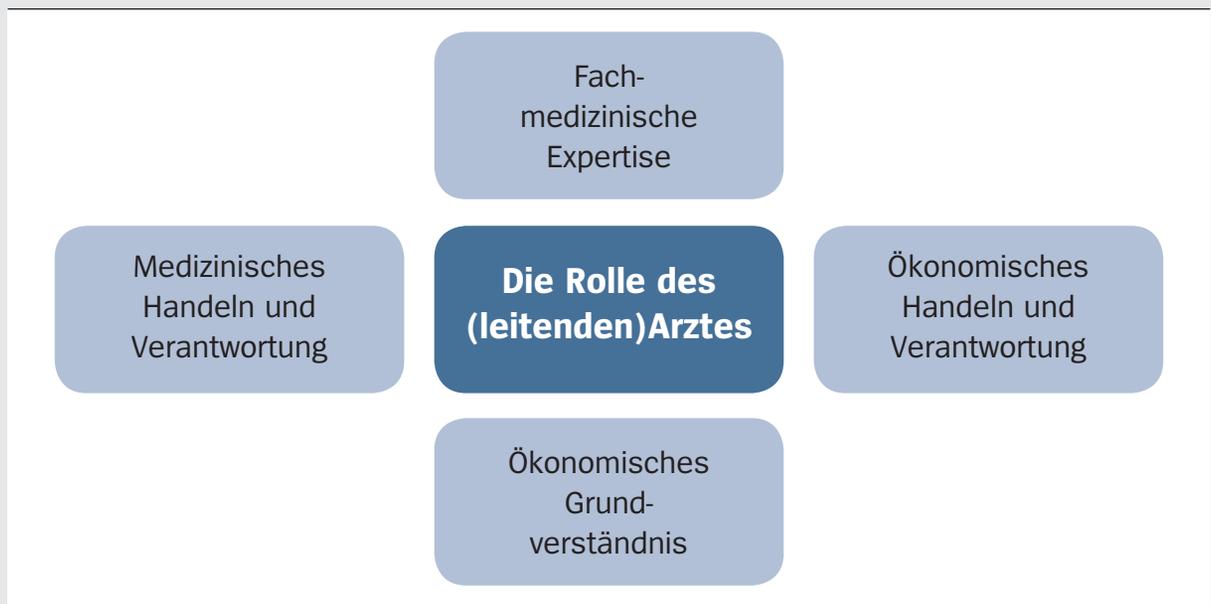
Zum Teil werden sicherlich auch Leistungen unterlassen, die dem Patienten keinen direkten, messbaren Nutzen gebracht hätten oder im Rahmen des stationären Aufenthaltes nicht notwendig sind. Hierzu gehören zum Beispiel Doppeluntersuchungen (Bildgebung, Labor etc.) sowie die Therapie von Nebendiagnosen im stationären Aufenthalt, die auch nachstationär ambulant erfolgen kann.

Das DRG-System hat die Transparenz hinsichtlich der durchgeführten Leistungen eines Krankenhauses erheblich gesteigert. Dies hat auch Einfluss auf die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte, die sich heute wesentlich stärker als vor der DRG-Einführung für ihre erbrachten Leistungen rechtfertigen müssen. Die Diskussion beleuchtet Art und Qualität der Leistungen. Gerade die Mengendiskussion wurde 2013 intensiv aus unterschiedlichsten Perspektiven mit unterschiedlichsten Zielen geführt. Während einerseits eine große Leistungsmenge als Surrogat für hohe Qualität postuliert wird (Mindestmengenregelungen, Qualitätsdarstellungen von Kostenträgern) und die Identifikation und Hebung von Effizienzreserven in den Kliniken gefordert wird, werden andererseits Mengensteigerungen ohne Evidenz als vermeintlich medizinisch nicht indiziert kritisiert (Endoprothetik, Wirbelsäulenoperationen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (*Franz und Roeder 2012*). Mengensteigerungen führen auch zu einer Verbesserung der Effizienz, wobei es selbstredend ist, dass nur indizierte medizinische Leistungen erbracht werden dürfen.

Als Folge der Diskussion über Mengensteigerungen müssen Ärzte sich zunehmend erklären, nicht nur der Öffentlichkeit, sondern auch dem individuellen Patienten gegenüber, der kritisch hinterfragt, ob die empfohlene Operation auch indiziert sei. Die Diskussion über die Qualität medizinischer Leistungen, die teilweise in den Medien sehr negativ geführt wird, hat ebenfalls dazu geführt, dass der Patient kritischer gegenüber der Medizin geworden ist und Empfehlungen des Arztes infrage stellt. Dabei profitiert der Patient von einer Transparenz über die Leistungen der Krankenhäuser, die vor der DRG-Einführung nicht bestand. In vielfältigen Informationsmaterialien, insbesondere auf Internetportalen, werden die Leistungen der Krankenhäuser und die damit verbundene Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dargestellt. Ganz besonders hat das Internet dazu beigetragen, dass die breite Masse einen schnellen und umfangreichen Zugang zu allen Informationen hinsichtlich Krankheit und ihrer Behandlungsmethoden, Gesundheit und Erhaltung derselben findet. Der Patient kann sich umfangreich vor der Durchführung einer geplanten Behandlung informieren, was auch das Einholen einer Zweit- oder Drittmeinung einschließt. Kritisch ist zu hinterfragen, wie der Patient sich in dieser Vielfalt der Informationen zurechtfinden soll. Häufig sind die Informationen nicht so aufbereitet, dass der Durchschnittsbürger sie verstehen beziehungsweise richtig interpretieren kann.

ABBILDUNG 3

Veränderte Arztrolle



Quelle: eigene Darstellung

Der Patient profitiert auch davon, dass hoch spezialisierte Leistungen immer häufiger in Zentren erbracht werden, in denen überdurchschnittliche Voraussetzungen bezüglich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bestehen (Brustzentren, Stroke Units, Krebsbehandlungszentren etc.). Gerade durch die Zentralisierung kommt es in den Zentren dann auch zu Mengensteigerungen.

Es ist zu erwarten, dass dadurch die schon sehr hohe Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern noch weiter steigt. Als Kehrseite der Medaille ist jedoch zu beobachten, dass sich gerade in ländlichen Regionen das Leistungsspektrum der Krankenhäuser auf die Grund- und Regelversorgung reduziert, was wiederum einen Einfluss auf die Attraktivität des Arbeitsplatzes insbesondere für Ärzte hat und bei zunehmendem Ärztemangel dazu führt, dass diese Krankenhäuser Probleme haben, entsprechend qualifizierte Ärzte für ihre Häuser zu gewinnen. Patienten werden sich daran gewöhnen müssen, für die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen weitere Wege als früher zurückzulegen.

Die aktuelle Qualitätsdiskussion in den Medien führt jedoch auch zur Verunsicherung von Patienten und beeinträchtigt das Arzt-Patienten-Verhältnis (Koch 2012). Mit der Durchführung einer medizinischen Behandlung war und ist

kein 100-prozentiges Erfolgsversprechen verbunden. Tritt der vom Patienten gewünschte Erfolg nicht ein, „muss der Arzt ja einen Fehler gemacht haben“.

6 Veränderungen der Rolle des Arztes

In diesem Umfeld verändern sich die Rollen der Ärzte. Der Arzt repräsentiert nicht mehr den Generalisten, dem der Patient grenzenlos vertraut und in dessen Hände er sich bedingungslos begibt. Insbesondere der Hausarzt kommt immer mehr in die Rolle eines Beraters und Mittlers, der dem Patienten nach Erstdiagnostik Behandlungsempfehlungen gibt, wobei die Diagnostik und Behandlung in hoch spezialisierten ambulanten und stationären Einrichtungen stattfindet (Stichwort: Hausarzt als Lotse). In dieser komplexen Umgebung können und werden Ärzte unterschiedliche Rollen haben, wobei zu berücksichtigen ist, dass es den Arzt ohnehin nicht gibt. Gerade aus den unterschiedlichsten Anforderungen im stationären und ambulanten Bereich sowie in den zahlreichen vor- und nachgelagerten Einrichtungen und Institutionen ergibt sich eine Vielzahl von Rollenansforderungen für Ärzte in unterschiedlichsten Tätigkeiten und Aufgabenstellungen. Eine besondere Rolle nimmt allerdings der leitende Arzt im Krankenhaus ein (Abbildung 3).

Die fachärztliche Qualifikation allein ist nicht mehr ausreichend, um erfolgreich eine Fachabteilung zu führen. Der Chefarzt ist heute stärker in der wirtschaftlichen Verantwortung für seine Abteilung und für die Qualität der in seiner Abteilung erbrachten medizinischen Leistungen. Darüber hinaus muss er gut informiert sein über die Rahmenbedingungen, in denen er agiert und seine Abteilung führt. Er muss erfolgreich ein Team führen können und dabei neben seiner hohen fachlichen Qualifikation selbstverständlich auch ebenso Kenntnisse des Qualitätsmanagements und von Kodier- und Abrechnungsfragen besitzen. Er muss Abläufe effizient darstellen und organisieren können und seine Kosten leistungsgerecht steuern.

Der leitende Arzt im Krankenhaus muss sein Fachgebiet visionär explorieren, um abzuschätzen, welche Leistungsbereiche sich in der Zukunft besonders erfolgreich entwickeln werden. Dabei hat er die Nachfrage ebenso wie das Angebot seiner Wettbewerber zu berücksichtigen. Basierend auf den Ergebnissen dieser Analysen muss er seine Leistungen zukunftsfristig ausrichten und dabei unter Umständen auch auf die Erbringung bestimmter Leistungen verzichten, sofern sein Versorgungsauftrag und die Versorgung durch die umliegenden Krankenhäuser dies zulassen. Auch Marketingaspekte spielen eine große Rolle. Er muss für seine Leistungsangebote werben, soweit dies beruflich zulässig ist. Zusätzlich muss er sich darum kümmern, Talente zu suchen und zu entwickeln, und ausgeprägte soziale Kompetenzen zur Führung seines Teams besitzen.

Der Krankenhausarzt steht vor der Herausforderung, seine Leistungen zu vorgegebenen Preisen – DRG-Fallpauschalen – und damit im Rahmen eines ökonomischen Zielkorridors zu erbringen. Ein systematisches Überschreiten dieser Kostenvorgabe wird regulierende Maßnahmen seitens des Trägers auslösen. Insbesondere private Krankenträger fassen die durch die Fallpauschale gesetzte Kostenvorgabe sogar noch enger, da sie im Gegensatz zu anderen Krankenträgern das Ziel verfolgen, eine Rendite für die Anteilseigner zu erwirtschaften. Viel intensiver als früher bringen sich die Geschäftsführungen in die Ausgestaltung des Leistungsportfolios ihrer Fachabteilungen ein. Dies wird von einem Teil der Ärzteschaft als sehr belastend empfunden, sie sieht ihren Handlungsspielraum unangemessen eingeschränkt.

Die durch die wachsenden Probleme der Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen ausgelöste Veränderung der Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit wurde auch berufspolitisch begleitet, wobei die Risiken wesentlich stärker herausgearbeitet wurden als die Chancen. Es wird dabei viel zu wenig deutlich, welche Chancen die Veränderungen für die ärztliche Tätigkeit im Allgemeinen und für die individuelle berufliche Entwicklung der Ärzte bieten.

7 Ausblick

Veränderungen im Gesundheitswesen sind notwendig, um die Finanzierbarkeit zu sichern. Dabei sind alle Beteiligten gehalten, einen konstruktiven Umgang mit immer knapper werdenden Ressourcen zu pflegen. Diesem kommt mit Blick auf die erheblichen demografischen Verschiebungen, die uns in den nächsten Jahren erwarten werden, eine besondere Bedeutung zu. Die Gesellschaft muss prüfen, was sie sich leisten möchte und leisten kann. Dabei trägt die Ärzteschaft ebenso wie die Pflege eine Mitverantwortung und sollte sich an der Ausgestaltung des Gesundheitswesens beteiligen. Diese Beteiligung kann sich nicht auf die Benennung von Mängeln beschränken, sondern muss auch die Entwicklung realistischer Lösungsvorschläge beinhalten. Zukünftig wird die wirtschaftliche Verantwortung der Ärzteschaft noch weiter wachsen. Auch über die Frage der Leistungsrationierung wird diskutiert werden müssen. Ärztliches Handeln bedeutet auch mitgestalten.

Der erfolgreiche Arzt der Zukunft wird sich nicht auf die Rolle des reinen auf Nachfrage reagierenden Versorgers reduzieren. Er wird innerhalb einer vernetzten Gesundheitswirtschaft seinem Patienten eine ausgezeichnete Versorgung entweder selber anbieten oder diese für ihn organisieren. Dazu wird er in einem Netz von Kooperationspartnern organisiert sein, die sich gemeinsam zum Ziel gesetzt haben, in einem wettbewerblich aufgestellten Umfeld der Wiederherstellung von Gesundheit und der Erhaltung derselben voranzuschreiten. Um dabei erfolgreich zu sein, ist es notwendig, dass der Arzt sein Umfeld analysiert sowie die Mitanbieter kennt und beobachtet. Er wird seine Leistung möglichst so ausrichten, dass er sich entweder hinsichtlich des Leistungsangebotes und/oder hinsichtlich der Qualität positiv von seinen Mitbewerbern abgrenzt, mit denen er im Wettbewerb um die Patienten steht. Weil er sich erfolgreich mit seinen Stärken und Schwächen auseinandergesetzt und strategisch hinsichtlich der Leistungserbringung, aber auch hinsichtlich der Auswahl seiner Kooperationspartner organisiert hat, agiert er besonders erfolgreich für seine Patienten und für sich im Wettbewerb.

Trotz der zusätzlichen Aneignung von betriebswirtschaftlichen Kenntnissen und Managementfähigkeiten hat er das Ziel nicht aus den Augen verloren, für seine Patienten die bestmögliche Versorgung entweder selbst oder durch einen Kooperationspartner in seinem kooperativen Netzwerk anzubieten. Es spricht sich unter den Patienten herum, wenn er trotz effizient organisiertem Ablauf die Patienten als Menschen ernst nimmt und ihnen Zeit widmet. Die Patienten wissen zu schätzen, dass er für sie die Diagnostik und Therapie bei spezialisierten niedergelassenen Ärzten oder in anderen Krankenhäusern organisiert und im Rahmen dieses Services durchaus Alternativen anbieten kann. Er

arbeitet mit Krankenhäusern zusammen, die ähnlich patientenorientiert ausgerichtet sind und für die neben einer exzellenten und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung auch das „Drumherum“, nämlich der Service für den Patienten (Unterbringung, Verpflegung, Organisation der poststationären Phase etc.), ein großes Anliegen ist.

Zukünftig werden neue Vertragsformen eine wachsende Bedeutung erlangen und damit Einfluss auf die Rolle der Ärzte nehmen. Während Krankenhäuser und Vertragsärzte heute noch vorrangig im Schutz von Kollektivverträgen mit garantierten Vergütungen ihre Leistungen erbringen, werden künftig wohl Selektivverträge insbesondere bei elektiven Leistungen eine stärkere Bedeutung bekommen. Zukünftig wird es mehr Individualverträge zulasten der Kollektivverträge geben. Krankenhäuser und Vertragsärzte kommen mit Abschluss solcher Verträge zwangsläufig mehr und mehr in eine Unternehmerrolle. Medizin wird damit leider auch zunehmend zur Ware (Vera 2009).

Die Negativdiskussion bezüglich der Leistungen und der Qualität der deutschen Krankenhäuser belastet die dort arbeitenden Menschen sehr. Sie führt auch dazu, dass das

Berufsbild des Arztes und der Pflegekraft zunehmend an Attraktivität verliert und ein langsam zunehmender Anteil der gut ausgebildeten Ärzte und Pflegekräfte in krankenhausferne Tätigkeiten abwandert. Dies beschleunigt den sich seit Jahren entwickelnden Fachkräftemangel (Kreis 2014), der nicht nur in der Gesundheitswirtschaft zu beobachten ist.

Mögliche Ansatzpunkte für eine Entschleunigung sind derzeit nicht in Sicht. Im Gegenteil – zukünftig wird sich die beschriebene Arbeitsverdichtung und der Aufgabenkanon für die am Patienten tätigen Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten voraussichtlich nicht wesentlich entspannen. Es ist eher davon auszugehen, dass sich die Verweildauer noch weiter verkürzt und damit die Arbeitsverdichtung zunimmt. Dadurch entsteht die Notwendigkeit, die Prozesse noch stringenter zu organisieren. Gleichzeitig wird ein erheblicher Qualitätswettbewerb eintreten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern – aber insbesondere die Ärzteschaft – sind deshalb gut beraten, sich diesem Qualitätswettbewerb zu stellen und ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität offensiv darzustellen, um diese – schon auf sehr hohem Niveau erbrachte – Qualität noch weiter zu verbessern.

Literatur

Braun B, Klinke S, Müller R, Rosenbrock R (2011): Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus – Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008, Universität Bremen, artec-paper Nr. 173, ISSN 1613-4907, Download unter: www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/single_sites/artec/artec_Dokumente/artec-paper/173_paper.pdf

Franz D, Roeder N (2012): Mengendynamik in den Krankenhäusern: Auch eine gesellschaftliche Frage. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 109, Heft 51–52, A-2580

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012): www.gbe-bund.de → Gesundheitsversorgung → Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung – Krankenhäuser → auf 2. Seite, scrollen bis: „Tabelle (gestaltbar): Krankenhäuser / Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen, Anzahl und Aufenthalte, u. a. nach Einrichtungsmerkmalen“ (letzter Aufruf: 20.06.2014)

Klinke S, Kühn H (2004): Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Zusammenfassung der Ergebnisse und Dokumentation der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), ISSN 1860-8884

Koch M (2012): Arzt-Patient-Beziehung: In falsches Fahrwasser geraten. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 109, Heft 1–2, A20

Kreis T (2014): Talentmanagement: Der Kampf um Arbeitskräfte. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 111, Heft 19, 2

Schwarzbach M, Ronellenfitch U (2008): Klinikpfade in der Chirurgie: Ein Instrument für den Routinebetrieb? Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 105, Heft 47, A-2512-6

Sozialpolitik aktuell: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI32.pdf (letzter Aufruf: 20.06.2014)

Vera A (2009): Die „Industrialisierung“ des Krankenhauswesens durch DRG-Fallpauschalen – eine interdisziplinäre Analyse. Gesundheitswesen 71:e10-e17

DIE AUTOREN



Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Jahrgang 1957, Ausbildung zum Kaufmann für Groß- und Außenhandel, Studium der Medizin an der Universität Kiel, Promotion an der Universität Kiel. Nach begonnener chirurgischer Facharztweiterbildung in Itzehoe 1991 Wechsel in das Universitätsklinikum Münster (UKM), Habilitation an der Uni-

versität Münster, Gründer und Leiter der DRG-Research-Group am UKM, seit 2006 Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Münster. Tätigkeitsschwerpunkte sind das operative und strategische Medizinmanagement sowie die Gesundheitssystemforschung.



Dr. med. Dominik Franz, Jahrgang 1972, studierte nach einer Berufsausbildung zum Bankkaufmann Medizin an der Universität Hamburg und der Medizinischen Hochschule Hannover. Nach einer klinischen Tätigkeit an der Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik in Freiburg arbeitet er seit 2002 als Arzt im Medizincontrolling

des Universitätsklinikums Münster und ist auch Mitglied der DRG-Research-Group. Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind das operative und strategische Medizincontrolling, Krankenhausmanagement, die Evaluation und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und des SwissDRG-Systems sowie die Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung.