



Zukunft für das Krankenhaus

Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation

Eine Studie gefördert durch die Robert Bosch Stiftung



November 2007

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung des Werkes bzw. Teilen des Werkes bedarf der Zustimmung des Urhebers. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes. Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Dokumentation häufig nur die männliche Form genutzt; selbstverständlich ist hiermit auch immer die weibliche Form gemeint.

HWP Planungsgesellschaft mbH
Geschäftsbereich Unternehmens-
beratung/Betriebsplanung

Rotenbergstraße 8
D-70190 Stuttgart
Telefon: +49 (0) 711/1662-0
Telefax: +49 (0) 711/1662-123

E-Mail: hwp@hwp-planung.de
Internet: www.hwp-planung.de

Zukunft für das Krankenhaus
Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung
der Krankenhausorganisation

1. Auflage November 2007
© HWP Planungsgesellschaft mbH



Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung und Danksagung.....	1
2.	Das Projekt.....	3
3.	Krankenhäuser als Gesundheitsversorger - Streifzug durch eine Geschichte des Wandels.....	5
3.1	Frühe Krankeneinrichtungen in Europa.....	5
3.2	Krankenhäuser zwischen Mittelalter und Reformation.....	8
3.3	Hospitäler der Aufklärung.....	10
3.4	Wendezeiten des 19. Jahrhunderts.....	11
3.5	Das Krankenhaus der Gegenwart.....	13
4.	Aufgaben und Erfolg im Krankenhaus.....	15
4.1	Aufgaben im Krankenhaus.....	16
4.2	Erfolg im Krankenhaus.....	19
5.	Szenarioebenen der Krankenhausentwicklung.....	21
5.1	Die Szenarioebenen.....	21
5.2	Szenarioaussagen der Ebene I.....	23
5.3	Szenarioaussagen der Ebene II.....	28
5.4	Szenarioaussagen der Ebene III.....	29
6.	Szenarioebene I - Einflussfaktoren zukünftiger Entwicklungen im Krankenhaus.....	31
6.1	Demographie / Morbiditätsspektrum.....	31
6.1.1	Älter und gesünder?.....	31
6.1.2	Entwicklung des Morbiditätsspektrums.....	35
6.1.3	Prävention.....	42
6.1.4	Das Alter – soziale Isolation zu zweit?.....	46
6.1.5	Das Comeback des älteren Mitarbeiters.....	50



6.2	Gesellschaftlicher Wertewandel.....	54
6.2.1	Flexiblere Lebensabschnittsplanung.....	54
6.2.2	Balance zwischen Beruf und Privatleben - die Freizeitgesellschaft im Umbruch.....	56
6.2.3	Dienstleistungserwartung aus Sicht des Patienten.....	61
6.2.4	Kommunikation in der Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft.....	64
6.2.5	Verschwinden der Grenzen zwischen Gesundheit und Lifestyle.....	67
6.3	Personal, Bildung und Nachwuchs.....	68
6.3.1	Leistungsverdichtung in deutschen Krankenhäusern.....	68
6.3.2	Fachärzte gesucht!.....	73
6.3.3	Abwanderung deutscher Ärzte in das Ausland.....	74
6.3.4	Die Ärztin - Frauen führend in der Medizin der Zukunft?.....	75
6.3.5	Der zukünftige Pflegebedarf im Zeichen des Pflegenotstands.....	77
6.3.6	Die Pflege - ein sich wandelndes Berufsbild.....	81
6.3.7	Pflege als Funktionsdienst, Funktionsdienst als medizinisches Berufsbild?.....	85
6.4	Innovationen durch Medizintechnologie.....	86
6.4.1	Entwicklungen der Medizintechnologie.....	86
6.4.2	Verfügbarkeit von Medizintechnologie.....	90
6.5	Politische und legislative Rahmenbedingungen.....	93
6.5.1	Der Staat in der Krankenhausplanung - Stürmer oder Schiedsrichter?.....	93
6.5.2	Normen der Qualität im Krankenhaus.....	96
6.6	Bauliche Infrastruktur.....	98
6.6.1	Zentrale Anforderungsprofile an die Architektur der Zukunft.....	98
6.6.2	Wirtschaftlichkeit und ökologisches Bauen.....	101
6.7	Zusammenfassung: Entwicklungstrends der Szenarioebene I.....	103
7.	Szenarioebene II - Rahmenbedingungen zukünftiger Krankenhausorganisationen.....	107
7.1	Aufbaustruktur.....	107
7.1.1	Kernkompetenz und Auxiliarkompetenz.....	108
7.1.2	Interdisziplinäre Fachabteilungsstrukturen.....	113
7.1.3	Die Verzahnung krankenhauserinterner und externer Gesundheitsdienstleistungen.....	115



7.2	Behandlung und Qualität.....	118
7.2.1	Die Pathway-Familie.....	119
7.2.2	Vernetzte Welt - Das Krankenhaus in seinem Umfeld.....	127
7.2.3	Die Koordination der inneren Vernetzung.....	133
7.3	Dienstleistung.....	138
7.3.1	Modulare Dienstleistungsstruktur.....	139
7.3.2	Personenbezogene Dienstleistungsstruktur.....	142
7.3.3	Dienstleistung für den alten Patienten und sein soziales Umfeld.....	145
7.3.4	Präventionsdienstleistung.....	147
7.4	Personal.....	150
7.4.1	Hierarchien zur Eigenständigkeit.....	151
7.4.2	Horizontale Teamkultur im Krankenhaus.....	156
7.4.3	Transparenz von Personal- und Organisationsstrukturen.....	159
7.4.4	Beschäftigungsverhältnis = Entwicklungsverhältnis.....	160
7.5	Zusammenfassung – Matrixverbindungen zwischen Szenarioebene I und II.....	170
8.	Szenarioebene III - Relevanz der Rahmenbedingungen für unterschiedliche Krankenhausarten ...	173
8.1	Aufbaustruktur.....	174
8.1.1	Kernkompetenz und Auxiliarkompetenz.....	174
8.1.2	Interdisziplinäre Fachabteilungsstrukturen.....	176
8.1.3	Die Verzahnung krankenhauserinnerer und externer Gesundheitsdienstleistungen	178
8.2	Behandlung und Qualität.....	180
8.2.1	Die Pathway-Familie.....	180
8.2.2	Vernetzte Welt - Das Krankenhaus in seinem Umfeld.....	182
8.2.3	Die Koordination der inneren Vernetzung.....	184
8.3	Dienstleistung.....	185
8.3.1	Modulare Dienstleistungsstruktur.....	185
8.3.2	Personenbezogene Dienstleistungsstruktur.....	186
8.3.3	Dienstleistung für den alten Patienten und sein soziales Umfeld.....	187
8.3.4	Präventionsdienstleistung.....	188



8.4	Personal	189
8.4.1	Hierarchien zur Eigenständigkeit.....	189
8.4.2	Horizontale Teamkultur im Krankenhaus.....	190
8.4.3	Transparenz von Personal- und Organisationsstrukturen.....	191
8.4.4	Beschäftigungsverhältnis = Entwicklungsverhältnis.....	192
9.	Fazit und Ausblick.....	193
10.	Die Krankenhaus-Management-Umfrage.....	195
10.1	Fragestellungen	195
10.2	Aufbau	195
10.3	Rücklaufquoten.....	196
10.4	Rückläuferanalyse Deutschland.....	197
10.5	Ergebnisse aus den Themengebieten.....	202
10.5.1	Aufgaben des Krankenhauses.....	202
10.5.2	Herausforderungen in der Entwicklung von Krankenhäusern.....	207
10.5.3	Generalisierung versus Spezialisierung	209
10.6	Ergebnisse der europäischen Krankenhaus-Management-Umfrage	211
10.7	Ergebnisvergleich Deutschland - Europa.....	212
10.8	Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse	214
11.	Quellenangaben	217



1. Einleitung und Danksagung

Das Krankenhaus ist das Schweizer Taschenmesser unter den öffentlichen Bauten:

- I. Das Krankenhaus ist ein "Präzisionsgerät", an das höchste Anforderungen im Hinblick auf Qualität und Akkuratessse seiner Arbeit gestellt werden.
- II. Das Krankenhaus ist eine multifunktionale Einrichtung, die vielfältigste medizinische und pflegerische Dienstleistungen für eine Fülle von Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen bereitstellt.
- III. Das Krankenhaus ist in vielen Fällen ein "Liebhaberstück", findet große Beachtung in der Kommune, für die es tätig ist.
- IV. Das Krankenhaus ist ein langjähriger Begleiter des Einzelnen über viele seiner Lebensabschnitte, von der Kindheit bis ins hohe Alter.
- V. Das Krankenhaus soll über viele Jahre seine Leistungen erbringen und sich dabei flexibel an den Wandel seiner Umwelt oder in Technologie und Medizin anpassen.

Unter diesen Voraussetzungen ist es kein Wunder, dass das Krankenhaus immer wieder im Rampenlicht der öffentlichen Diskussion steht und dass um seine Zukunft heftigst gerungen wird.

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit dieser Zukunft. Sie kann nicht allumfassend auf sämtliche Themen, Variationen und Detaillierungen eingehen, die für eine erschöpfende Darstellung aller Aspekte notwendig wären; dies würde den Rahmen des Machbaren sprengen. Sie soll jedoch Entwicklungen im Umfeld des Krankenhauses aufzeigen und auf dieser Grundlage Szenarien entwickeln, die als mögliche Leitelemente die Strukturen und Prozesse zukünftiger Krankenhausorganisationen gestalten und beeinflussen werden.

Die Studie soll Anregung und Standpunkt in der derzeitigen Diskussion sein, sie soll jedoch nicht als einfaches "Kochrezept" Standardlösungen für alle Krankenhäuser vorgeben. Die Krankenhauslandschaft in Deutschland ist vielfältig. Damit dies so bleibt, ist es wichtig, dass Kreativität und der Mut zu eigenen Wegen die Entwicklung weiterhin fördern.

Zukunft ist zunächst ein Begriff ohne zeitliche Begrenzung. Den Begriff der Zukunft in dieser Studie ebenso unbegrenzt zu lassen, wäre äußerst problematisch, da die "Treffsicherheit" für zukünftige Entwicklungen sehr schnell nachlässt, wenn diese in einer weiten Ferne liegen.

Auch verlässt eine Studie, die Entwicklungen einer fernen Zukunft zu "erahnen" versucht, mitunter die Probleme und Aufgaben, die sich in der Gegenwart stellen. Sie würde sich sehr schnell der Realität entziehen und möglicherweise ihre Relevanz für die gegenwärtige Diskussion verlieren.

Aus diesen Gründen ist der Betrachtungszeitraum (sofern nicht anders angegeben) auf eine Zeitspanne von rund 15 bis 20 Jahren ausgelegt. Eine Zeitspanne, die weit genug in die Zukunft blickt, um Handlungsspielräume zu eröffnen, gleichzeitig jedoch so gegenwartsnah ist, dass die Inhalte der Studie Gegenstand heutiger Entscheidungsprozesse sind.



Viele haben zur Erstellung dieser Studie beigetragen. In erster Linie geht aber ein besonderer Dank an die Robert Bosch Stiftung und ihr Referat "Gesundheit und Humanitäre Hilfe" unter der Leitung von Frau Dr. Almut Satrapa-Schill, die das Gesamtprojekt angeregt und unter ihre Schirmherrschaft gestellt haben. Die Diskussion um die Zukunft des Krankenhauses und seines umgebenden Gesundheitswesens ist heftig umstritten. Sich dieses Themas anzunehmen erfordert den Glauben an das Machbare in unserem Krankenhauswesen, wenn viele nur noch an das Konsensfähige glauben.

Ein ebenso großer Dank gilt den Mitgliedern des fachlichen Unterstützerkreises dieser Studie, die sowohl in der gemeinsamen Klausurtagung inhaltliche Anregung und fachliche Kompetenz eingebracht als auch den Verlauf der weiteren Studiererstellung mit Rat und Tat begleitet haben. Ohne sie wäre die Fertigstellung dieser Studie nicht denkbar gewesen.

Zu ihnen gehören (in alphabetischer Reihenfolge):

- Herr Professor Dr. med. Axel Ekkernkamp, Ärztlicher Direktor Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn
- Herr Hans-Jörg Hager, Vorstandsvorsitzender Schenker AG Deutschland
- Frau Professor Christel Peutl-Bienstein, Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke
- Herr Rolf Schüllli, ehemaliger Leiter des Referats Krankenhauswesen im Sozialministerium Baden-Württemberg
- Herr Roland Sing, ehemaliger Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg
- Herr Professor Mag. Peter Zellmann, Leiter des Ludwig Boltzmann-Instituts für Freizeit- und Tourismusforschung, Wien
- Herr Pongo Zimmermann, Künstler und Kommunikationsdesigner, Zürich

Ein Dank geht ebenso an Herrn Professor Robert Jütte des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung für seine kritischen Anmerkungen und Anregungen zu den Aspekten der Krankenhausgeschichte.



2. Das Projekt

Das Gesamtprojekt und die Studie "Zukunft für das Krankenhaus" wurden von der HWP Planungsgesellschaft mbH unter Schirmherrschaft der Robert Bosch Stiftung in den Jahren 2005 bis 2007 entwickelt und erstellt. Inhaltlich begleitet wurde die Erstellung durch eine Klausurtagung mit Fachvertretern aus dem Gesundheitswesen sowie eine Krankenhaus-Management-Umfrage in Deutschland und fünf weiteren europäischen Ländern.

Die Klausurtagung

Die Klausurtagung fand im September 2005 in Stuttgart statt und entwickelte Eckpunkte zum erwarteten zukünftigen Krankenhausumfeld. Die Klausurtagungsteilnehmer kamen zum größten Teil aus dem Gesundheitswesen und brachten ihre Expertise aus den verschiedensten Themenbereichen in die Diskussion ein.

Die breit gefächerte fachliche Besetzung der Klausurtagung sollte darüber hinaus die Vielfältigkeit zukünftiger Anforderungen an die Krankenhausorganisation abbilden. Die einzelnen Mitglieder der Klausurtagung sind der nachstehenden Tabelle zu entnehmen (alphabetische Reihenfolge).

Teilnehmer Klausurtagung	
Herr Dr. med. Carsten Drews	HWP Planungsgesellschaft mbH
Herr Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp	Ärztlicher Direktor Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn
Herr Hans-Jörg Hager	Vorstandsvorsitzender Schenker Deutschland AG
Frau Prof. Christel Peutl-Bienstein	Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke
Herr Rolf Schüllli	Ehem. Referatsleiter Krankenhauswesen Sozialministerium Baden-Württemberg
Herr Roland Sing	Ehem. Vorstandsvorsitzender AOK Baden-Württemberg
Frau Rose-Marie Vogt	Geschäftsführende Gesellschafterin HWP Planungsgesellschaft mbH
Herr Dr. med. Sebastian Wolf	HWP Planungsgesellschaft mbH
Herr Prof. Mag. Peter Zellmann	Leiter des Ludwig Boltzmann-Instituts für Freizeit- und Tourismusforschung Wien
Herr Pongo Zimmermann	Künstler und Kommunikationsdesigner Zürich

Die Krankenhaus-Management-Umfrage

Im Vorfeld der Klausurtagung wurde eine Umfrage unter deutschen und europäischen Krankenhausmanagern durchgeführt. Die Umfrageergebnisse flossen in die Klausurtagung und die Inhalte der Studie ein. Eine detaillierte Beschreibung dieser Umfrage und ihrer Ergebnisse findet sich in Kapitel 10 "Die Krankenhaus-Management-Umfrage".



Zukunft für das Krankenhaus
Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung
der Krankenhausorganisation



3. Krankenhäuser als Gesundheitsversorger – Streifzug durch eine Geschichte des Wandels

3.1 Frühe Krankeneinrichtungen in Europa

Die Entwicklungsgeschichte von Krankenhäusern ist eng verknüpft mit soziokulturellen und religiösen Entwicklungen innerhalb ihres Wirkungsbereichs sowie medizinischen und pflegerischen Herausforderungen aufgrund von Krankheit und Seuchen, welche die biologische Evolution des Menschen stets begleitet haben.

Dabei ist die "Erfindung Krankenhaus" eine vergleichsweise junge Errungenschaft. Während andere Organisationen des Gemeinwesens – wie Verwaltung, Handel und Militär – schon frühzeitig eine komplexe Entwicklung in den Hochkulturen Griechenlands, Persiens, Chinas und Indiens erfuhren, blieb die Versorgung Kranker und Siechender lange Zeit eine dezentralisierte, häufig dem Familienverband übertragene Aufgabe.

Ein früher Bericht über Krankheit findet sich in Homer's Ilias. Um Agamemnon zur Auslieferung der Tochter seines Priesters Chryses zu bewegen, sandte Apollon eine Pestepidemie in das Lager der Achaier:

Wer hat jene der Götter empört zu feindlichem Hader?
Leto's Sohn und des Zeus. Denn der, dem Könige zürnend,
sandte verderbliche Seuche durchs Heer; und es sanken die Völker.

(Ilias, Homer)

Krankheiten hatten in der Vorstellung dieser Zeit eine übernatürliche Genese, der Mensch war das hilflose Objekt einer göttlichen Instanz. Homer beschreibt Apollon als den mit Krankheit strafenden Gott und berichtet in diesem Zusammenhang auch über die große Geißel für den antiken Menschen – die Infektionskrankheit.

Apollon's Sohn Asklepios manifestierte sich in der griechischen Mythologie zunehmend als Halbgott der Heilkunst. Im Laufe des dritten vorchristlichen Jahrhunderts entstanden in vielen griechischen Orten sogenannte Asklepieia, Tempel zu Ehren des Asklepios, in denen Heilsuchende die Nacht in einem "Tempelschlaf" verbrachten [1]. Heilung sollte durch Traumerscheinungen herbeigeführt werden, die durch Asklepios selbst bewirkt wurden. Dieser Kult zeigt das grundsätzliche Empfinden der frühen Griechen zu Krankheit und Tod, die für sie beide Ausdruck göttlichen Handelns waren. Damit hebt sich dieses von den heutigen biomedizinischen Grundlagen des abendländischen Krankheitsverständnisses deutlich ab.

Auch die Architektur der Asklepieia spiegelt ihren religiösen Ursprung wider. Sie bestanden in der Regel aus einer länglichen Halle, die nach einer Seite hin offen war. Die offene Seite war durch eine Säulenreihe begrenzt und richtete sich nach dem zentralen Tempelheiligtum aus. Eine an "medizinischen Behandlungsprozessen" orientierte funktionale Architektur, wie wir sie aus unseren heutigen modernen Krankenhäusern kennen, lag noch nicht vor.



Dabei wiesen die Asklepeieia durchaus ihre eigene Funktionalität auf, die jedoch nach den Anforderungen "religiöser Behandlungsprozesse" ausgerichtet waren, in deren Zentrum die Nähe und uneingeschränkte Sicht auf das Tempelheiligtum stand (vgl. Abbildung 1).

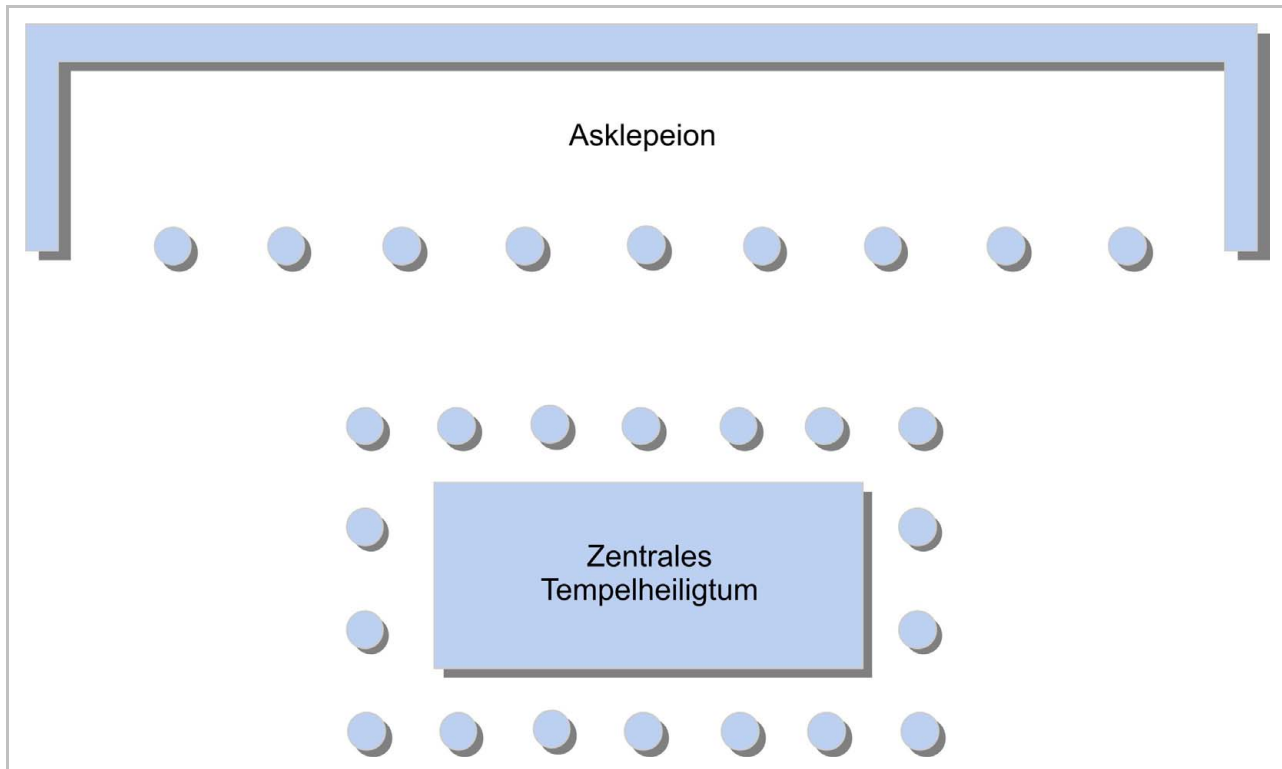


Abbildung 1: Asklepeion - Schematischer Aufbau

Auch wenn die Asklepeieia als eine frühe Form der "stationären Aufnahme" von Erkrankten an einem Ort der Heilung interpretiert werden können, so haben sie doch kaum etwas mit den Entwicklungen späterer Hospitäler und Krankenhäuser gemein. Ebenso wiesen die Asklepeieia noch keine medizinischen oder pflegerischen Berufsgruppen und somit noch keine Professionalisierung in diesen Bereichen auf.

Die ersten Einrichtungen, die bereits wesentliche Grundzüge späterer Krankenhäuser beinhalteten, entstanden um die Zeitenwende innerhalb der augustinischen Armee [2]. Das römische Heer hatte in dieser Zeit den Wandel zur Berufsarmee vollzogen und trieb die Expansion der Reichsgrenzen voran. Deshalb wurde die Gesundheit und Einsatzfähigkeit der Rekruten zu einem wichtigen Pfeiler in der Machtentwicklung Roms, dessen ausdehnende Fläche einen stetigen Ausbau der Grenzsicherungen erforderte.

Wie auch in anderen Kulturen und zu anderen Zeiten haben die Kriege dabei tiefe Spuren durch tödliche Seuchen und Verletzungen hinterlassen. Dies wurde vor allem auch bedingt durch eine Reihe von Risikofaktoren, wie sie wohl alle Heere in der Menschheitsgeschichte begleitet haben:



- (1) die Ansammlung großer Menschenmengen innerhalb des Heeres, die eine Ausbreitung infektiöser Erkrankungen begünstigte,
- (2) das Auftreten einer Vielzahl von Verletzungsformen durch das unmittelbare Kampfgeschehen und die nachfolgend auftretenden Wundinfektionen,
- (3) die Ausbreitung von regional begrenzten Infektionskrankheiten durch die Wanderheere sowie
- (4) die durch Mangelernährung in Kriegszeiten gesteigerte Infektionsanfälligkeit.

Die römische Armee richtete daher in ihren Legionslagern sogenannte Valetudinarii ein – Lazaretteinrichtungen, die schon über einige Merkmale späterer Krankenhäuser wie angestellte Ärzte oder pflegerisches Hilfspersonal (Capsarii, Sanitätsgefreite) verfügten [2]. Entscheidend ist auch, dass in diesen Einrichtungen bereits medizinisch-therapeutische Behandlungsziele verfolgt wurden. Die Valetudinarii der römischen Armee stehen daher in mancher Hinsicht den heutigen modernen Krankenhäusern näher als beispielsweise die konfessionellen Hospitalanstalten des Mittelalters, deren primäre Zielsetzung vor allem in der Pflege und Betreuung chronisch Kranker und Siechender bestand.

Die Versorgungsleistungen der Valetudinarii blieben aber auf das römische Militär beschränkt. Das zivile Leben in Rom und seinen Provinzen kannte keine derartigen Einrichtungen, die medizinische Betreuung Kranker blieb auf die Versorgung innerhalb der Familie beschränkt. So berichtet Tacitus in seinen Annalen vom Einsturz des Amphitheaters in Fidenae, einer vor den Toren Roms liegenden latinischen Stadt, im Jahre 27 n. Chr., dass die Überlebenden dieser Katastrophe zur Pflege in die Häuser der örtlichen Nobilität gebracht werden mussten, da eine institutionalisierte Einrichtung zur Krankenversorgung noch nicht zur Verfügung stand (Annalen 4, 63).

Die Valetudinarii des Abendlandes verschwanden mit dem endgültigen Untergang des weströmischen Reiches 476 n. Chr. Im sogenannten Zwei-Kaiser-Edikt des Jahres 313 n. Chr. (Edikt von Mailand) sicherten die römischen Kaiser Konstantin und Licinius den Christen die freie Religionsausübung im römischen Reich zu. In der Folge konnte sich das Christentum innerhalb der Reichsgrenzen weiter ausbreiten. Diese Entwicklung setzte sich auch nach der Reichsteilung im Jahre 395 n. Chr. weiter fort und in der Folge entstanden Fremdenherbergen entlang der Pilgerwegen des byzantinischen Reiches, sogenannte Xenodochien. Dort fanden die zu den neuen christlichen Heiligtümern des Ostens reisenden Pilger Aufnahme und gegebenenfalls auch Pflege im Falle einer Krankheit. Man darf dabei durchaus annehmen, dass die Länge und Gefahren der Pilgerwegen zu einer sehr hohen Zahl an Erkrankten führten.

Die Gründung dieser karitativen Einrichtungen basierte vor allem auf einem grundlegenden Wandel in Philosophie und Denkweise dieses Zeitalters. Während die antike Weltanschauung ein pragmatisches Verhältnis zwischen Gott und Mensch auszeichnete, das im Verständnis von Geben und Nehmen durchaus auch "geschäftliche" Züge aufwies, so basierte das Christentum auf einer völlig neuen Anschauung. Die christliche Auferstehungslehre beinhaltete Elemente der Vergebung und Werte der christlichen Gemeinschaft mit einem neuen Verständnis für Nächstenliebe und Empathie. Dies begünstigte letztendlich die Gründung karitativer Institutionen wie der Xenodochien.



3.2 Krankenhäuser zwischen Mittelalter und Reformation

Im fünften und sechsten Jahrhundert nach Christus entstanden auch in den christlichen Klöstern Europas Krankeneinrichtungen, die sogenannten Infirmarii. Sie waren zunächst zur Pflege von Mönchen eingerichtet worden, nahmen aber zunehmend auch Kranke aus der umliegenden Bevölkerung auf. Der Leitgedanke ihrer Gründung basierte ähnlich wie bei den byzantinischen Xenodochien auf einem christlichen Wertekanon [3].

Vorreiter war insbesondere der durch Benedikt von Nursia gegründete Benediktinerorden, der in seinen "Regulae" der Pflege von kranken Mitbrüdern eine besondere Bedeutung einräumt:

Die Sorge für die Kranken muss vor und über allem stehen:
man soll ihnen so dienen, als wären sie wirklich Christus.

(Regulae Benediktii 36, 1)

Die Versorgung von Kranken kannte dabei aber schon damals einen Klassenunterschied. So bestand eine organisatorische und räumliche Trennung zwischen den armen und bedürftigen Kranken unterer sozialer Schichten, die im Hospitale pauperum gepflegt wurden, sowie den Pilgern, die im sogenannten Hospizium untergebracht wurden.

Eine ärztliche Versorgung nach modernem Verständnis war in diesen frühen klösterlichen Einrichtungen noch nicht vorhanden; Pflege und religiöse Betreuung standen fast allein im Mittelpunkt der Versorgung. Finanziell wurden die klösterlichen Hospize durch die Kirche und Spenden getragen, die Aufnahme war in der Regel unentgeltlich.

Später setzte sich die Praxis der sogenannten Pfrundvereinbarung durch. Durch die Einbringung seines Vermögens in eine klösterliche Stiftung konnte sich der "Pfründner" seine Versorgung im Alter sichern. Er wurde im Kloster untergebracht und beköstigt sowie im Krankheitsfall auch innerhalb des Klosters gepflegt. Dieses Verfahren kann zu Recht als eine frühe Form einer institutionalisierten Alters- und Pflegeversicherung bezeichnet werden.

Das vereinbarte Leistungsspektrum konnte sich durchaus unterscheiden; während die "gemeinen Pfründe" lediglich Unterkunft und Verpflegung in Gemeinschaftseinrichtungen beinhalteten, konnte sich der Wohlhabendere durch eine höhere Stiftungssumme auch Ansprüche auf gehobene Zusatzleistungen - wie eine eigene Kammer oder individuelle Betreuung - erwerben (sogenannte Herrenpfründe) [4].

Aufgrund des Bevölkerungswachstums im Mittelalter nahm die Zahl der zu betreuenden Kranken in den klösterlichen Hospizen zu. Zunehmend wurden Kirchenhallen für diese Zwecke genutzt, da sie eine größere Anzahl an Kranken aufnehmen konnten als die engen Infirmarii der Anfangszeit. Diese Praxis unterstrich auch die zentrale Bedeutung, die eine geistliche Betreuung neben der Krankenpflege innehatte; alle Erkrankten hatten eine direkte Sicht auf den Altar am Ende der Halle. Somit war gewährleistet, dass jeder Patient an den Gottesdiensten teilnehmen konnte. Dies unterstreicht den religiösen Aspekt des Heilungsprozesses, der in diesen Einrichtungen sehr deutlich im Vordergrund stand.



Aufgrund einer zunehmend steigenden Bevölkerungszahl stießen aber auch diese Einrichtungen bald an ihre Kapazitätsgrenzen. Architektonisch wurde dieses Problem gelöst, indem man sogenannte Kreuzhallen errichtete. Um einen zentralen Altarbereich gruppierten sich vier separate Hallen; aus jeder dieser Hallen war somit bei größerer Patientenkapazität ein freier Blick auf den Zentralaltar möglich (vgl. Abbildung 2).

Die Anordnung der Kreuzhallen ermöglichte auch eine Geschlechtertrennung und eine Separierung der Kranken unterschiedlicher sozialer Schichten [5]. Auch wenn diese frühen Hospitäler nicht den funktional perfektionierten modernen Krankenhäusern unserer Tage entsprechen, so sind bereits hier frühe Formen einer organisatorischen Effizienz zu erahnen, wie sie viel später das moderne Krankenhaus prägen wird.

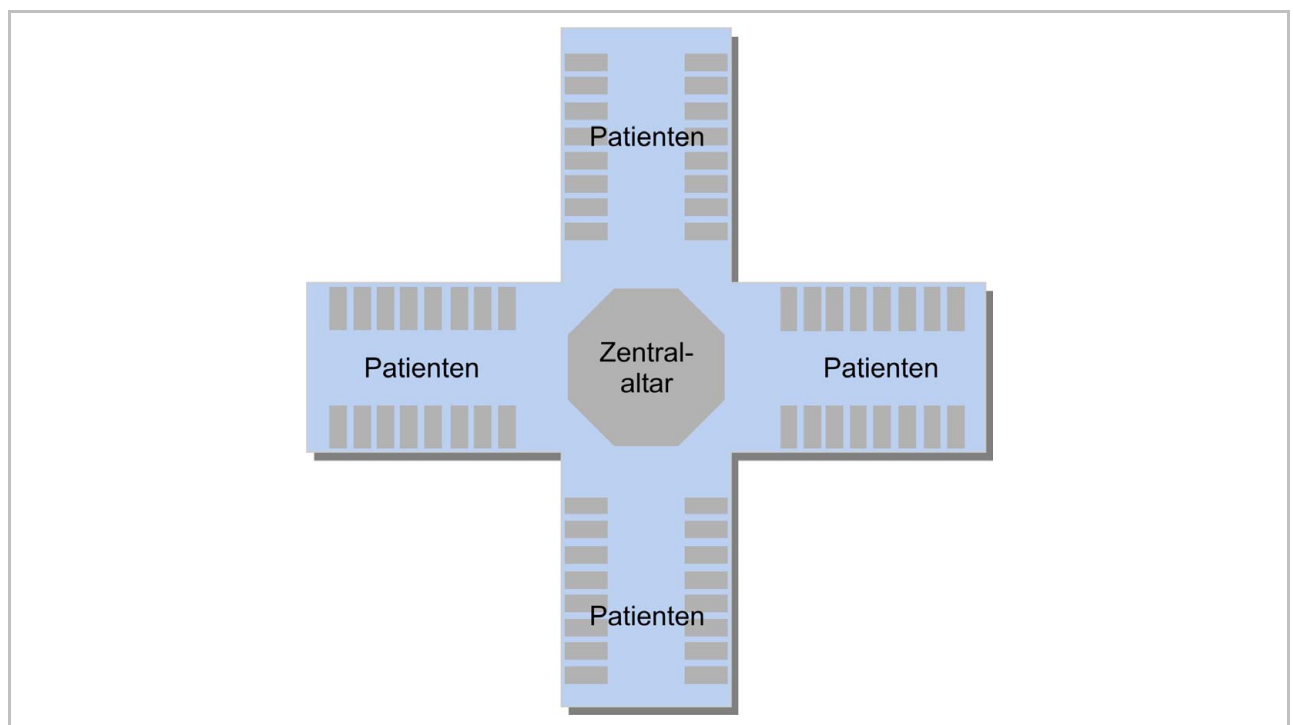


Abbildung 2: Kreuzhallenhospital - Schematischer Aufbau

Die Reformation brachte neues Gedankengut und beeinflusste auch die Entwicklung der Hospitäler nachhaltig. Im Glauben dieser Zeit ist das Seelenheil nicht mehr durch Fürbitte und Vermittlung durch die Vertreter der Kirche zu erlangen, vielmehr steht die Unmittelbarkeit des Individuums in seiner Verbindung zu Gott im Mittelpunkt. Grundlage dieser Verbindung ist der Glaube des Einzelnen und die Gnade, die ihm von Gott zuteil wird.

Die Auswirkungen auf die klösterliche Hospitalstruktur waren profund, da die Rolle des Priesters als Fürbitter bzw. Vermittler zwischen Gott und dem Kranken einem neuen Denken wich. Die Bedeutung der klösterlichen Hospitäler nahm ab, während staatliche und städtische Hospitalgründungen eine neue Führungsrolle übernahmen [6].



3.3 Hospitäler der Aufklärung

Im 18. Jahrhundert führten Aufklärung und der aufgeklärte Absolutismus zu einem Wandel in der institutionalisierten Krankenbehandlung. Nachdem die Kirche seit der Reformation zunehmend ihre bisherige Rolle als alleiniger Träger von Hospitälern verloren hatte, waren Könige und Landesfürsten aber auch reiche Bürger vermehrt als Schirmherren in der Erfüllung sozialer Aufgaben hervorgetreten [5].

So kam es zur Gründung von großen nicht-klerikalen Hospitälern in Europa, wie beispielsweise der Charité in Berlin (1727). Diese Hospitalgründungen waren Zeichen eines zunehmend selbstbewussten Bürgertums; das Krankenhaus begann seinen Aufstieg als zentraler Bestandteil der Kommune – eine Rolle, die es vielfach noch heute prägt.

Entscheidend für diesen Wandel war insbesondere auch das Aufkommen der naturwissenschaftlich geprägten Medizin. Der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn explodierte in dieser Epoche, Technologien wurden neu entwickelt, Bildung wurde zu einem erstrebenswerten Gut für breitere Schichten der Bevölkerung.

Die Einbeziehung der naturwissenschaftlichen Wurzeln in die Medizin bedingte einen Wandel in ihrer Ausrichtung und ihrem Verhältnis zu stationären Krankeneinrichtungen. Während zuvor die ärztliche Ausbildung noch zum Großteil auf einen theoretischen, universitären Lehransatz ausgerichtet war und die Gewinnung praktischer Erfahrung in der Regel als selbsttätiger Arzt erfolgte, so "entdeckte" die Medizin nun in den Krankenhäusern eine Stätte, die für die Entwicklung medizinischer Forschungsfelder sehr gut geeignet war. Die Bindung der Ärzte an die Krankenhäuser nahm in der Folge deutlich zu.

Die naturwissenschaftliche Ausrichtung der Medizin bedingte auch, dass die Lehre vielerorts auf eine neue Grundlage gestellt wurde. Der klinische Unterricht am Krankenbett, wie er auch noch heute Bestandteil der Medizinerausbildung ist, nahm in dieser Zeit ihren Anfang. Für Ärzte bot das Krankenhaus die Möglichkeit, eine Vielzahl von an einem Ort konzentrierten Erkrankungen zu beobachten, zu erforschen und zu behandeln.

Für das Krankenhaus läutete die Aufklärung einen Wandel in seinem Wirken und Selbstverständnis ein. Die neuen Therapieansätze in der Behandlung vieler Krankheiten, die durch die naturwissenschaftliche Medizin nun ermöglicht wurden, verschoben das Zentrum von der Pflege Kranker und Bedürftiger auf die Therapie heilbarer Krankheitszustände.

Die Pflege als bisher dominierende Berufsgruppe im Hospital verlor hierdurch ihre zentrale Bedeutung, die sie zu Zeiten des christlichen Hospitals im frühen Mittelalter noch innehatte. Der Arzt als hauptsächlicher Träger des neuen therapeutischen Behandlungsansatzes übernahm zunehmend eine führende Rolle in der Organisation des Hospitals.



3.4 Wendezeiten des 19. Jahrhunderts

Maßgebliche Einflussfaktoren für die Entwicklung des Krankenhauses im 19. Jahrhundert waren vor allem die Industrialisierung, die rasante Entwicklung im Bereich der Medizin sowie die Einführung von Krankenversicherungen und Unterstützungskassen.

Durch die zunehmende Industrialisierung, die nach dem Vereinigten Königreich nun auch Zentraleuropa erreichte, änderte sich die Struktur der Arbeit in Europa grundlegend. Neue Berufe und Beschäftigungen entstanden, vom Land strömten Tausende in die Industriestandorte der neuen Wirtschaftszentren. In demselben Maße wie Fabrikarbeiter, Dienstpersonal und Handwerker in die neu entstehende Industrie rekrutiert wurden, nahm auch die Entkopplung von bestehenden sozialen Strukturen zu. Eine nachhaltige Veränderung für viele der Beschäftigten war die zunehmende Trennung der Wohn- von der Arbeitsstätte. Dies galt insbesondere auch für die Pflegenden im Krankenhaus [7] und forcierte zusätzlich die Entkopplung von sozialen Unterstützungsstrukturen der vorindustriellen Epoche.

Insbesondere die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts konnte bahnbrechende Erfolge in der Entwicklung der Medizin aufweisen; hier sind vor allem die Weiterentwicklung chirurgischer Methoden oder auch der Anästhesie zu nennen. Das bis dato pflegezentrierte Leistungsspektrum des Krankenhauses verlagerte sich zunehmend in den therapeutischen Bereich [8].

Besondere Bedeutung erlangte jedoch vor allem die Einführung der Antiseptik durch Joseph Lister ab 1867, die in der Folge auch Einfluss auf die Architektur im Krankenhausbau hatte. Die Auswirkungen umfassten nicht allein Aspekte des medizinischen Behandlungsregimes; zunehmende Behandlungserfolge führten auch zu einer steigenden Akzeptanz und Inanspruchnahme der Krankenhauseinrichtungen durch Patienten aus höheren sozialen Schichten [9]. Parallel dazu gewann vor allem durch die Arbeit von Florence Nightingale auch die Hygiene eine neue Bedeutung innerhalb der Pflege.

Darüber hinaus hatten auch die Gründung von Unterstützungskassen im frühen 19. Jahrhundert und die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im Zuge der Bismarckschen Sozialversicherung einen erheblichen Einfluss auf Struktur und Funktion von Krankenhäusern in dieser Zeit.

Bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts trat vor allem in Süddeutschland eine Reihe von Unterstützungskassen in Erscheinung. Insbesondere für die arbeitende Unterschicht (Dienstpersonal, Handwerker, Gewerbehilfen) konnte auf diese Weise ein Zugang zu Krankenhäusern im Rahmen einer Versicherungsleistung eröffnet werden [10] [11].

Die Unterstützungskassen blieben zunächst noch einem einzelnen Krankenhaus angeschlossen und Leistungen konnten folglich nur in diesem Krankenhaus "eingelöst" werden. Erst die Einführung der Krankenversicherung im Deutschen Reich im Jahre 1883 stellte dieses System auf eine hausübergreifende Grundlage. Sie bildet bis heute das Fundament unseres Krankenversicherungssystems.

Zum Ausgang des 19. Jahrhunderts hatte schließlich die stationäre Krankenversorgung ihren Wandel vom Hospital des mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Typus zu dem "Krankenhaus" einer modernen Epoche in großen Teilen vollzogen.



Jütte weist darauf hin, dass unter den Elementen des Wandels vom "Hospital" zum "Krankenhaus" insbesondere die vermehrte Ausdifferenzierung der verschiedenen Typen stationärer Krankenversorgung, die ärztliche Hierarchisierung sowie die "Medikalisierung" der Therapie besondere Bedeutung hatten [12].

Das Krankenhaus ist auch heute keine Institution mit einer schon abgeschlossenen Entwicklung, vielmehr unterliegt es auch in diesem Jahrhundert einem kontinuierlichen Wandel. Der sich abzeichnende Wandel des Krankenhauses zu Beginn des 21. Jahrhunderts wird Thema dieser Studie sein.



3.5 Das Krankenhaus der Gegenwart

Das moderne Krankenhaus hat sich nicht kontinuierlich aus einer Reihe von Vorstufen entwickelt. Es gibt keinen roten Faden einer Entwicklung, der aus den vielen Jahrhunderten der Krankenhausgeschichte ununterbrochen zu uns herüberreicht.

Auch besteht Krankenhausgeschichte nicht aus einer einzelnen, singulären Linie; vielmehr sind zu verschiedenen Zeiten unterschiedlichste Formen stationärer Versorgungseinrichtungen entstanden, die teilweise nach Entfall der Faktoren, die zu ihrer Gründung führten, wieder verschwunden sind. Zum Teil bestehen noch heute Versorgungseinrichtungen, die sich aus historischen Vorläufern entwickelt haben; hierzu gehören Pest- und Blatternhäuser sowie später auch spezialisierte Behandlungseinrichtungen wie Syphilisheilstätten oder Militärlazarette [13].

Die Vielfalt der verschiedenen Organisationsformen der stationären Versorgung macht deutlich, dass die Zukunft des Krankenhauses nicht einfach aus seiner Vergangenheit heraus "extrapoliert" werden kann.

Phasen des Wandels in der Hospital- und Krankenhausgeschichte weisen neben Kontinuitäten eine Reihe von Brüchen auf. Das Krankenhaus hat sich nicht völlig losgelöst von seiner Umwelt entwickelt, es folgte den Umbrüchen und dem teilweise radikalen kulturellen Wandel in seiner Umgebung:

- (1) Das römische Valetudinarium entstand im Zuge der militärischen Machterweiterung des römischen Reiches, das unter Kaiser Augustus seine größte Ausdehnung erreichte.
- (2) Die Entwicklung der byzantinischen Xenodochien wäre nicht denkbar gewesen ohne den größten kulturellen Umbruch, den das Abendland in seiner gesamten Geschichte erfuhr – die Ausbreitung des Christentums.
- (3) Erst die mittelalterliche Entwicklung von klösterlichen Strukturen konnte ausreichend Ressourcen bereitstellen, um die Errichtung von Infirmariis zu ermöglichen.
- (4) Die Reformation veränderte in vielen Ländern das Verhältnis zu Kirche und Glauben und förderte die Entwicklung nicht-klerikaler Hospitalgründungen.
- (5) Die Wiederentdeckung der naturwissenschaftlichen Wurzeln der Medizin während der Renaissance ermöglichte einen Erkenntnisgewinn, der die Entwicklung moderner Krankenhausstrukturen vorantrieb.
- (6) Industrialisierung, medizinische Forschung und die Einführung von Krankenversicherungssystemen im 19. Jahrhundert stellten die Krankenhausorganisation auf eine neue Grundlage.

Das Krankenhaus hat sich in seiner Geschichte durch die externen Einflüsse aus der es umgebenden Gesellschaft ständig weiterentwickelt, dagegen hat der gegenläufige Einfluss des Krankenhauses auf sein Umfeld eine wohl eher untergeordnete Rolle gespielt.



Das Krankenhaus der Gegenwart ist im Blickpunkt der öffentlichen Diskussion wie es wohl niemals einer seiner Vorgänger gewesen ist. Gesundheit hat sich für den Menschen der Gegenwart zu einem immer zentraleren Begriff entwickelt; bemerkenswerterweise in einer Zeit, in der Gesundheit in Europa so ausgeprägt und für so viele Bevölkerungsteile zugänglich ist wie nie zuvor.

Das Krankenhaus in unserer heutigen Gesellschaft erscheint gar manchem als eine der bedeutendsten öffentlichen Einrichtungen, die wir pflegen und in die wir bereit sind, enorme Ressourcen zu investieren. Das Krankenhaus als Institution hat in unserer Gesellschaft einen Stellenwert, den wohl kaum eine andere öffentliche oder private Einrichtung aufweisen kann. So wenig wir seine Leistungen in Anspruch nehmen wollen, wir leben mit ihm und sorgen uns um seine Zukunft. Selbst in unserer Freizeit bleibt das Krankenhaus dank der Unterhaltungsindustrie ein wichtiger Faktor; allein im deutschen Fernsehen werden zeitweise rund ein Dutzend Krankenhaus- und Arztserien ausgestrahlt.

Dennoch scheint es so, als ob für das Krankenhaus und sein Bild in der Öffentlichkeit äußerst "schlechte" Zeiten angebrochen sind: Das Krankenhaus wird heutzutage als Problemfall dargestellt, den es zu lösen gilt. Begriffe wie Überkapazität und Krankenhaussterben prägen nicht nur die Diskussionen der Krankenhausexperten, sondern haben schon längst das Lebensumfeld des normalen Bürgers erreicht. Von sozialer "Kälte" im modernen Krankenhaus wird gesprochen und nach Alternativen gesucht.

Das Krankenhaus soll dabei wirtschaftlicher arbeiten, aber doch mehr für uns tun. Es soll sich "reformieren", doch in welche Richtung, darüber wird heftig gestritten. "Moderner" soll das Krankenhaus werden, aber keiner will dafür die Rechnung begleichen. Daneben ist es Spielball für die Eigeninteressen Vieler - nicht nur der Politik, sondern häufig auch der Berufsgruppen, die in ihm arbeiten. Wurden in den 70er Jahren Krankenhausgründungen noch als großartige Entwicklung in unserem Lande begrüßt, so sind dieselben Häuser kaum 30 Jahre später "Problemfälle", die es zu sanieren oder abzuwickeln gilt. Selbst Kohlebergbau und Werftindustrie hatten in Deutschland eine längere Schonzeit.

Ist dies das Ende einer kurzen und heftigen "Liebesaffäre"? Wird das Krankenhaus das ewige "Sorgenkind" in unserer Gesellschaft sein? Kann es unter diesen Bedingungen überhaupt Zukunft für das Krankenhaus in Deutschland geben?

Wenn es eine Lehre aus der Geschichte des Krankenhauses zu ziehen gibt, dann ist es vielleicht die, dass sich das Krankenhaus auf seine Fähigkeit zum Wandel besinnen muss. Dass es ihm gelingt, sich aus der Rolle des passiven Spielballs vieler Einzelinteressen zu lösen und das zu tun, wofür es seine Existenzberechtigung hat: Dem Wandel und der Entwicklung unserer Gesellschaft zu folgen und mit Mut und Optimismus Wege zu finden, dieser Gesellschaft die Dienstleistungen anzubieten, die für ihre Gesundheit wichtig sind.

Vielleicht liegen dann die "guten Zeiten" des Krankenhauses noch in unserer Zukunft.



4. Aufgaben und Erfolg im Krankenhaus

"Erfolg besteht darin, dass man genau die Fähigkeiten hat, die im Moment gefragt sind."

(Henry Ford)

Die Begriffe "Aufgaben" und "Erfolg" im Krankenhaus entziehen sich einer verallgemeinernden und für alle Betrachter verbindlichen Definition. Dies ist vor allem in der Tatsache begründet, dass das Krankenhaus als Institution im Zentrum vieler Interessengruppen steht, denen häufig eine jeweils unterschiedliche Betrachtungsweise und Erwartungshaltung an das Krankenhaus zu Eigen ist. Dies macht die Aufstellung allgemeingültiger Aufgabenstellungen und Erfolgskriterien für das Krankenhaus unmöglich.

Die Realität trägt diesem Umstand Rechnung, indem eine vielfältige Krankenhauslandschaft entstanden ist, in der die einzelnen Häuser - abgesehen von einer vagen Aufgabenstellung, der stationären Diagnostik und Therapie von Kranken zu dienen - nicht sehr viel gemein haben müssen. So kann man in Deutschland Krankenhäuser, die ihre Aufgabe als moderner Dienstleister formulieren, von konfessionellen Häusern, deren Selbstverständnis von einer stark spirituellen Komponente geprägt ist, finden. Ebenso existieren Krankenhäuser, die ihre Aufgabe in einer breit gefächerten medizinischen Dienstleistung sehen, genauso wie es Krankenhäuser gibt, die sich auf ein schmales Spektrum spezialisiert haben. Der Begriff Krankenhaus wird auf langzeitversorgende Pflegeeinrichtungen ebenso angewandt wie für Spezialkliniken, die sich auf Teilbereiche im Dienstleistungsspektrum konzentriert haben.

Die Vielfalt der verschiedenen Krankenhaus-"Typen" macht nicht nur eine allgemeingültige Definition der Aufgaben unmöglich, sie ist auch Ausdruck unserer Wünsche und Erwartungen an Krankenhäuser, die hierauf mit einer Diversifizierung reagieren. Ob der Patient ein Krankenhaus mit einem religiösen, anthroposophischen oder "technisch" ausgerichteten Hintergrund sucht - die Krankenhausvielfalt gibt ihm die Möglichkeit, "sein" Krankenhaus auch zu finden.

Doch die Diversifizierung der Krankenhauslandschaft allein beantwortet noch nicht die Frage nach den Aufgabenstellungen zukünftiger Krankenhausorganisationen. Zwar ermöglicht sie einerseits einen Pluralismus im klinischen Leistungsspektrum, andererseits kann sie Antworten auf die Erwartungen der verschiedenen Interessengruppen im Umfeld von Krankenhäusern nicht in vollem Umfang geben. Der Begriff "Aufgabe" wird von verschiedenen Interessengruppen unter ebenso verschiedenen Gesichtspunkten diskutiert und definiert.



4.1 Aufgaben im Krankenhaus

Neben allgemeinen ethischen Fragestellungen orientiert sich die gegenwärtige Diskussion zu den Aufgaben (zukünftiger) Krankenhausorganisationen vornehmlich an den Begriffen "Leistungsangebot", "klinische Umsetzung von Forschung und Entwicklung" sowie "Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen"; diese werden von den verschiedenen Interessengruppen in der Regel unterschiedlich gewichtet und interpretiert. Die nachfolgend beschriebenen Sichtweisen unterschiedlicher Interessengruppen des Krankenhauses sind daher wahrscheinlich.

Patienten

Patienten werden sich in der Regel mit der Frage beschäftigen, welche Leistungen sie zukünftig im Krankenhaus erhalten werden und in welchem Umfang sie an neuen klinischen Entwicklungen teilhaben können.

Diese Sorge ist vor allem für die Patientengruppen relevant, bei denen Eigenfinanzierungsreserven nicht oder nur bedingt vorhanden sind. Betrachtet man die zunehmende Anzahl an Personen in unserer Gesellschaft, die sich jenseits des Erwerbstätigenalters befinden, so kommt dieser Frage ein besonderes Gewicht zu. Die Frage der Finanzierbarkeit stellt sich für Patienten daher weniger unter einem volkswirtschaftlichen Gesichtspunkt, sondern unter dem Aspekt privat verfügbarer Ressourcen.

Ferner werden Patienten die Aufgaben zukünftiger Krankenhausorganisation auch immer unter dem Zeichen empathischer, individueller Leistungserbringung bewerten. Erwartungen an Aufgaben des Krankenhauses werden sich daher immer auch am Ausmaß der "Individualisierung" von Krankenhausleistungen orientieren.

Angehörige

Ähnlich verhält es sich auch in der Interessengruppe der Angehörigen von Krankenhauspatienten. Eine weitgehende Übereinstimmung der Erwartungshaltung ist allein schon dadurch gegeben, dass Patienten und ihre Angehörigen im strengen Sinne nicht wirklich als zwei autarke Interessengruppen betrachtet werden können.

Zum einen besteht für die meisten Menschen ein fließender Übergang und Parallelismus zwischen beiden Rollen. Der Angehörige ist bzw. wird über kurz oder lang in der Regel auch selbst Patient sein. Das Schicksal des Patienten ist für den Angehörigen daher immer das Menetekel für die eigene zukünftige oder bereits bestehende Patientenrolle.

Zum anderen befinden sich Patienten und Angehörige aufgrund ihrer emotionalen Verbundenheit häufig in einer "klinischen Schicksalsgemeinschaft". Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn ein starkes Abhängigkeitsverhältnis zwischen beiden Seiten besteht (z.B. langjährige Partnerschaft, gemeinsame Sorge für Nachkommen, finanzielle Abhängigkeit). In derartigen Situationen wird eine Erkrankung immer auch gleichgerichtete Auswirkungen für den Patienten und den Angehörigen haben.



Kostenträger

Nach etwas anderen Kriterien werden zukünftige Aufgabenstellungen für Krankenhausorganisationen seitens der Kostenträger bewertet werden. Der Aspekt der "Individualisierung" der Diskussion, wie bei Patienten und Angehörigen zu finden, steht bei ihnen nicht im Mittelpunkt.

Vorherrschend werden in der Regel dagegen Themenschwerpunkte im Bereich der Finanzierung von Krankenhausleistungen und eine kollektive Betrachtung mit folgender Kernfrage sein: Inwieweit wird es Krankenhäusern gelingen, eine qualitativ hochwertige Leistung für die gesamte Versicherungsgemeinschaft unter effizienten Kostenstrukturen dauerhaft zu gewährleisten.

Erwartungen an die Aufgabenstellungen der Krankenhäuser werden sich dabei auch immer daran orientieren, dass Kostenträger und Krankenhaus eine langfristige und beständige gemeinsame Arbeitsebene haben, während das Verhältnis Patient - Krankenhaus in der Regel auf sporadische Behandlungsepisoden beschränkt bleibt. Eine Bewertung des "Outcomes" von Krankenhausdienstleistungen wird sich für die Kostenträger deshalb auch an langfristigen Gesundheitszielen von Populationen orientieren, während für Patienten individuelle Gesundheitsziele im Vordergrund stehen.

Dies kann deutliche Auswirkungen auf die Erwartungen der Kostenträger an die Aufgabenstellungen zukünftiger Krankenhäuser haben. So ist beispielsweise denkbar, dass im Bereich von Präventionsdienstleistungen (siehe auch Kapitel 7.3.4 und 8.3.4) Kostenträger die primäre Prävention als Leistungsbild vom Krankenhaus einfordern werden, während der Patient möglicherweise sekundäre und tertiäre Präventionsdienstleistungen intuitiv in den Vordergrund stellen wird.

Politik

Eine weitere wichtige Interessengruppe des Krankenhauses ist selbstverständlich die Politik. Auch wenn ihre Rolle durch Privatisierungsentwicklungen im deutschen Krankenhauswesen nicht mehr dieselbe wie noch vor 20 Jahren ist, so ist doch nicht zu vergessen, welchen Einfluss Einrichtungen des Gesundheitswesens in allen entwickelten Industrieländern auf die Sozial- und Beschäftigungsstruktur eines Landes haben.

Wahrscheinlich bleibt der Staat auf absehbare Zeit einer der wichtigsten Faktoren der Krankenhausfinanzierung. Die Erwartungen seitens der Politik an die Aufgabenstellungen von Krankenhausorganisationen werden damit auch in der Zukunft umfassend sein. Einerseits werden voraussichtlich die (eigenständige) Finanzierbarkeit von Krankenhäusern und gesundheitspolitische Ziele im Vordergrund stehen; daneben wird die Politik aber auch immer Lobbyist einer individualisierten Patientensicht sein müssen, da diese Rolle für einen Rückhalt in der Parteibasis und bei den Wählern bedeutend bleibt.



Personal

Das Personal im Krankenhaus steht im Spannungsfeld dieser vielfältigen Erwartungen, denn auf ihm wird die Last der Umsetzung liegen. Seine Erwartungen an die Aufgaben des Krankenhauses werden vor allem Gewicht auf die Rolle des Krankenhauses als Arbeitgeber und Schauplatz der eigenen persönlichen und beruflichen Entwicklung legen. Ähnlich wie die Kostenträger ist auch sein Verhältnis zum Krankenhaus ein langfristiges und kontinuierliches, so dass es eine der bedeutenden Lobbygruppen im Krankenhauswesen darstellt.

Der demographisch bedingte Personalmangel und die zunehmend erforderlichen Spezialisierungstendenzen im Krankenhaus (siehe Kapitel 6.3) werden diese Interessengruppe zukünftig noch einflussreicher werden lassen.

Die unterschiedlichen Sichtweisen der verschiedenen Interessengruppen zeigen, dass die Frage nach der Aufgabenstellung des einzelnen Krankenhauses nicht allgemein und für alle Interessengruppen verbindlich beantwortet werden kann. Die vielfältigen Aufgabenstellungen, die unsere Gesellschaft an Krankenhäuser stellt, können auch nur von einer ebenso vielfältigen Krankenhauslandschaft gelöst werden.



4.2 Erfolg im Krankenhaus

Ähnliche Schwierigkeiten wie bei der Aufgabedefinition eröffnen sich, wenn man nach einem allgemeingültigen Indikator "Erfolg" sucht. Nach welchem Kriterium kann man unterscheiden, ob ein Krankenhaus "erfolgreicher" ist als ein anderes?

Auch hier werden die Bewertungen je nach Sichtweise der Interessengruppe deutlich divergent ausfallen: Ein Patient mag ein Krankenhaus nach dem Grad einer herausragenden medizinischen Leistungsfähigkeit bewerten und es deshalb als erfolgreich einstufen; dagegen wird der potenzielle Investor vermehrt Aspekte der Wirtschaftlichkeit in den Vordergrund stellen. Auch wenn für den einen oder anderen Betrachter hier ein unauflöslicher Widerspruch vorliegen sollte – Recht haben beide Sichtweisen.

Medizinische Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und – für einige Krankenhäuser ebenso relevant – der Erfolg in Forschung und Lehre sind gleichrangige Erfolgfelder. In jedem einzelnen dieser Erfolgfelder müssen gute Leistungen erbracht werden, um einen nachhaltigen Gesamterfolg zu erzielen.

Ein überdurchschnittlich gutes Ergebnis in einem Erfolgfeld kann Defizite in einem anderen nicht ausgleichen: Ein Krankenhaus, das auf einer soliden wirtschaftlichen Basis steht, wird diesen Vorteil bei einem mangelnden Erfolg seiner medizinischen Leistungen bald verlieren. Ebenso wird die herausragende wissenschaftliche Reputation eines Krankenhauses bei nicht ausreichender Wirtschaftlichkeit nicht aufrecht zu erhalten sein.

Der Gesamterfolg eines Krankenhauses ist daher nur indirekt über die parallele Betrachtung seiner drei maßgeblichen Erfolgfelder "Medizin und Pflege", "Wirtschaftlichkeit" sowie "Forschung und Lehre" bewertbar.

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit Krankenhausorganisationen der Zukunft: Sie werden sich dementsprechend auch an einer zukünftigen Erfolgsdefinition messen lassen müssen. Doch werden die einzelnen Erfolgfelder auch in Zukunft mit denselben Bewertungskriterien gemessen, die wir in der Gegenwart verwenden?

Dies erscheint relativ unwahrscheinlich, da sich auch die die Krankenhauslandschaft umgebende Gesellschaft verändert und damit für Krankenhäuser möglicherweise neue Anforderungen und Spielregeln für das erfolgreiche Handeln aufstellt. Veränderungen der bestimmenden Erfolgsparameter können beispielsweise sein (vgl. Abbildung 3):

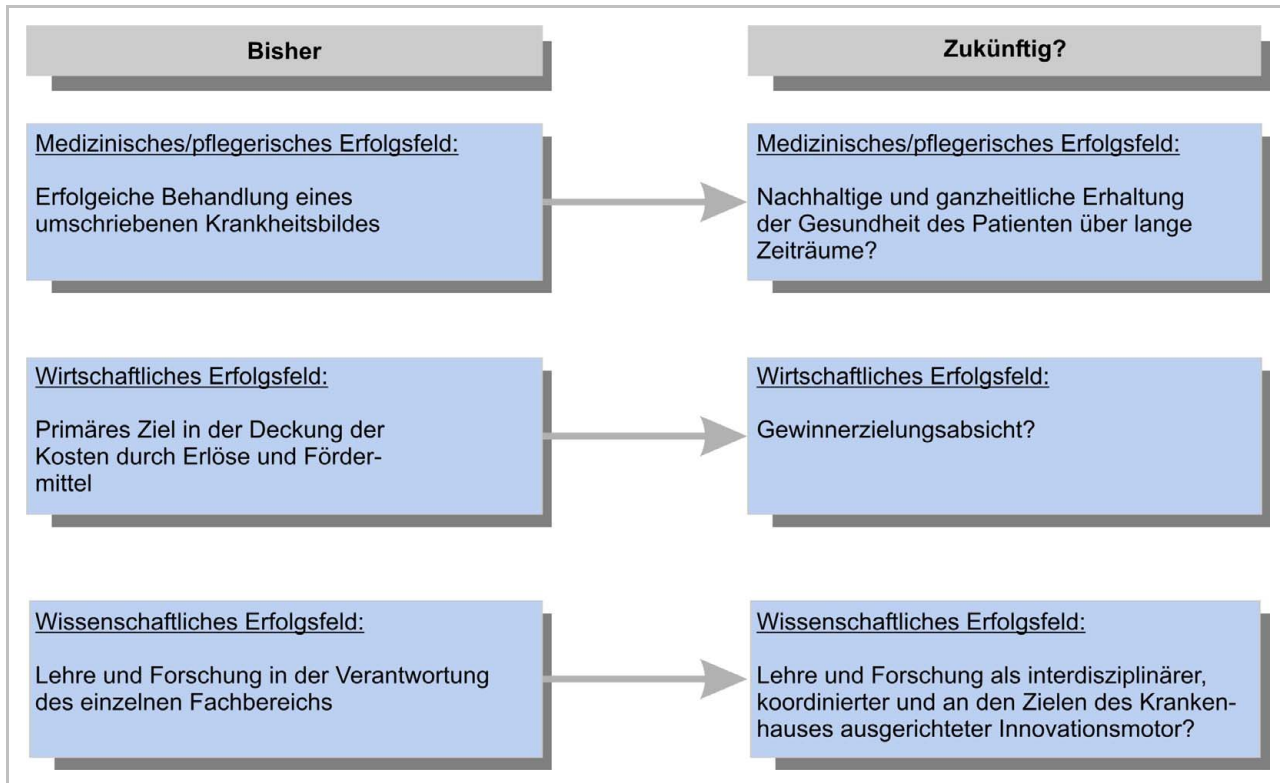


Abbildung 3: Krankenhaus der Zukunft - Mögliche Erfolgfelder

Die Bewertung des Erfolgs von Krankenhäusern muss daher als ein dynamischer, sich im Zeitverlauf verändernder Prozess betrachtet werden. Bewertungsmatrizes von heute werden in Zukunft möglicherweise gegenstandslos sein, weil dann andere Spielregeln die Krankenhauswelt beherrschen.

Damit wird der Erfolg von Krankenhäusern zukünftig also deutlich davon abhängen, welche Merkmale in der Zukunft als erfolgsrelevant definiert werden. Diese Merkmale, ganz gleich ob sie sich lediglich im Zeitverlauf verändern oder völlig neu zu einer Bewertung des Gesamterfolgs herangezogen werden, hängen in hohem Maße von der Aufgabenstellung ab, die dem Krankenhaus von seiner umgebenden Gesellschaft aufgegeben werden. Ändern sich diese, so wird auch der Erfolg eines Krankenhauses auf einer anderen Basis bestimmt werden müssen.

Der Zusammenhang zwischen den sich wandelnden Aufgabenstellungen und der Erfolgsbewertung von Krankenhäusern macht es daher notwendig, sich zunächst der Frage zuzuwenden, inwieweit und wohin sich das umgebende Umfeld innerhalb des Betrachtungszeitraums entwickelt und welche neuen oder veränderten Aufgabenstellungen sich daraus für Krankenhäuser ergeben.

In einer ersten Szenarioebene beschäftigt sich die vorliegende Studie deshalb mit der Frage nach diesen Umfeldveränderungen und ihrer Relevanz für die Aufgabendefinition zukünftiger Krankenhäuser.



5. Szenarioebenen der Krankenhausentwicklung

5.1 Die Szenarioebenen

Die Entwicklung des Gesamtszenarios baut auf den Ergebnissen verschiedener Szenarioebenen auf, die in den jeweils angegeben Kapiteln erörtert werden (vgl. Abbildung 4).

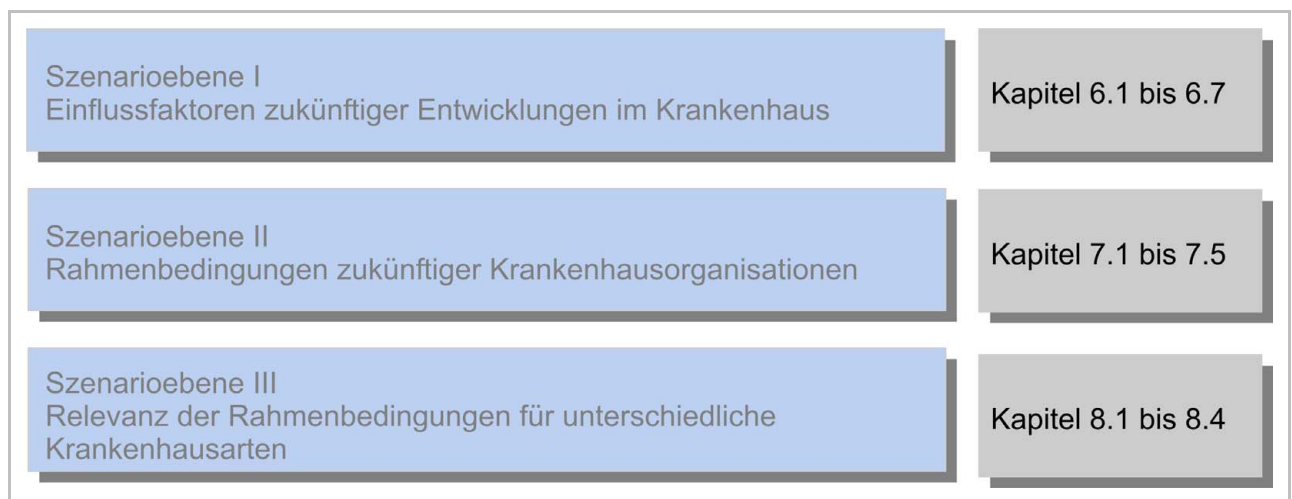


Abbildung 4: Krankenhausentwicklung - Überblick über die Szenarioebenen

Der Szenarioaufbau besteht dabei aus verschiedenen Ebenen, in denen die jeweils vorangehende Szenarioebene bedingende Elemente für die folgende Szenarioebene stellt (vgl. Abbildung 5).

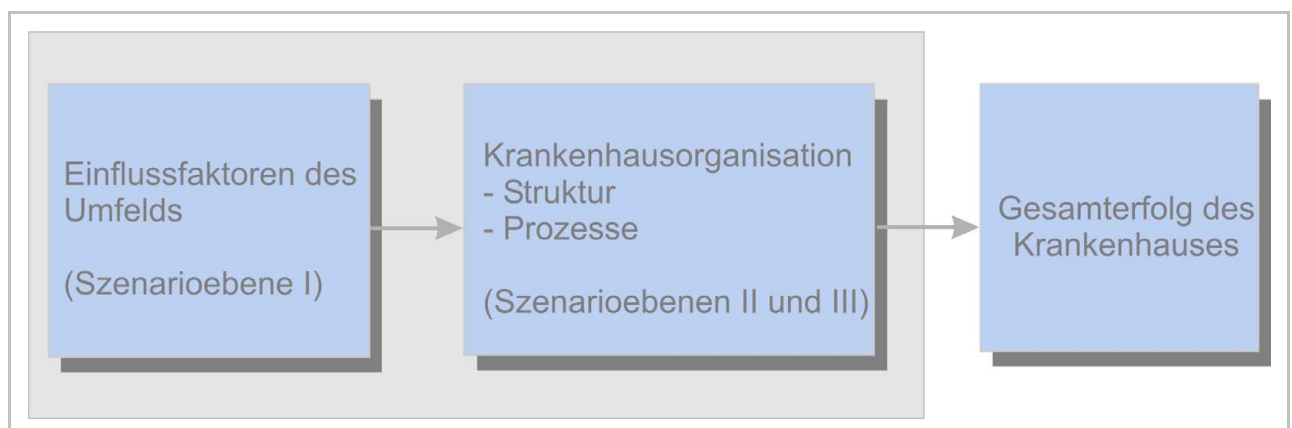


Abbildung 5: Krankenhausentwicklung - Sequenzierung der Szenarioebenen



Szenarioebene 1 befasst sich mit dem Umfeld des Krankenhauses und welche Anforderungen es an seine Dienstleistungen stellt. Dabei ist das Krankenhausumfeld keineswegs homogen, sondern weist eine Vielzahl verschiedener relevanter Einflussfaktoren auf, die ein teilweise divergierendes Anforderungsprofil bewirken können.

Zu den Einflussfaktoren, die in dieser Studie berücksichtigt werden, zählen:

- Demographie/Morbiditätsspektrum
- Gesellschaftlicher Wertewandel
- Personal, Bildung und Nachwuchs
- Innovationen durch Medizintechnologie
- Politische und legislative Rahmenbedingungen
- Bauliche Infrastruktur

Die Einflussfaktoren des Umfelds wirken auf die zukünftigen Patienten und die maßgeblichen Ressourcen der Leistungserbringung (Personal, Gerät, Raum) und beeinflussen folglich auch die Gestaltung von Struktur und Prozessen im Krankenhaus (Szenarioebene II). Patienten und Personal sind nicht allein auf ihre Rolle innerhalb des Krankenhauses beschränkt, da sie gleichzeitig auch Teil des gesellschaftlichen Umfelds sind.

Die grundsätzlichen Rahmenbedingungen der Krankenhausorganisation der Zukunft (Szenarioebene II) können eine unterschiedliche Bedeutung für verschiedene Krankenhaus-"Typen" haben (Szenarioebene III). Die Krankenhausorganisation mit ihrer Struktur und der Gesamtheit ihrer Prozesse ist wiederum im Kern dafür verantwortlich, dass das Krankenhaus in den verschiedenen Erfolgfeldern (medizinische und pflegerische Leistung, Wirtschaftlichkeit, Forschung und Lehre) den Grundstein für einen betrieblichen Gesamterfolg legen kann.



5.2 Szenarioaussagen der Ebene I

Die Aussagen zu den einzelnen Szenariotrends werden in drei verschiedenen Kategorien bewertet:

(1) Erwarteter Entwicklungstrend

Kurze Zusammenfassung der erwarteten Szenariotrends mit Fokussierung auf ihre inhaltlichen Schwerpunkte.

(2) Erwartete Trendstabilität

Aus retrospektiv beobachteten Trends auf eine zukünftige Entwicklung zu schließen, ist häufig ein schwieriges Unterfangen. Dies ist vor allen Dingen dann der Fall, wenn ein Entwicklungstrend in hohem Maße von anderen Faktoren abhängig ist, die sich im zeitlichen Verlauf verändern können (z.B. Entwicklung Mineralölpreise) oder wenn Innovationen einen Entwicklungsbruch verursachen (z.B. grundlegender Wandel der Verkaufsplattformen seit Auftauchen des Internets).

Andere Entwicklungen dagegen können wiederum stabil sein; sie haben bereits in der Vergangenheit begonnen und lassen zumindest für einen kurz- bis mittelfristigen Betrachtungszeitraum eine gewisse Konstanz erwarten. Beispiele hierfür sind vor allem demographische Prognosen (die der Betrachtung zugrunde liegende Altersgruppe ist häufig schon geboren und lässt somit Rückschlüsse auf die weitere Entwicklung zu) oder Berufsanfängerzahlen (gute Korrelation zu der Zahl der Studien- und Ausbildungsanfänger einige Jahre zuvor). Entscheidend ist dabei jedoch, dass nicht eine einfache Extrapolation eines historischen Trends Basis der Aussage ist, sondern dass er sinnvoller Bestandteil eines Gesamtbilds der Zukunft sein kann.

Um diesem Umstand gerecht zu werden, ist auch die von den Verfassern erwartete Trendstabilität angeführt. Sie gibt an, inwieweit von einer Entwicklung der Vergangenheit erwartet wird, dass sie sich in gleicher Richtung auch zukünftig weiterentwickelt oder ob eine Trendumkehr angenommen werden kann. Die Einschätzung gliedert sich in eine Skalierung mit folgenden Aussagewerten:

- Nicht anwendbar
- Tendenz zur Trendumkehr
- Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet, Trendabschwächung jedoch wahrscheinlich
- Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet, Trendabschwächung nicht wahrscheinlich

(3) Prognosesicherheit

Im allgemeinen Sprachgebrauch werden die Begriffe "Prognosewahrscheinlichkeit" und "Prognosesicherheit" häufig synonym verwandt. Im Rahmen der vorliegenden Szenarioentwicklung wird zwischen diesen beiden Begriffen jedoch deutlich unterschieden.



Die "Prognosewahrscheinlichkeit" im Sinne der Studie bezieht sich auf die Frage, wie hoch die Erwartung ist, dass ein Entwicklungstrend in Zukunft auch wirklich eintreten wird und damit also auf das Ergebnis eines Szenarios. So ist beispielsweise die Aussage, dass in 15 bis 20 Jahren alle Krebserkrankungen "besiegt" sind, sicherlich mit einer geringen Prognosewahrscheinlichkeit zu belegen, hingegen die Aussage, dass im gleichen Betrachtungszeitraum die Weiterentwicklung erfolgreicher Behandlungsansätze fortschreitet, mit einer hohen Prognosewahrscheinlichkeit. Da im Kontext der Gesamtszenarioentwicklung die Einbeziehung von Entwicklungstrends mit einer geringen Prognosewahrscheinlichkeit nicht sinnvoll sein kann, sind ausschließlich Entwicklungstrends berücksichtigt, deren Prognosewahrscheinlichkeit als hoch eingestuft wird. Die Prognosewahrscheinlichkeit ist daher nicht nochmals gesondert im Text ausgewiesen.

Im Gegensatz dazu bezieht sich die "Prognosesicherheit" nicht auf das Ergebnis der Prognose, sondern auf die Frage, inwieweit bei der Szenarioerstellung Hinweise und Erkenntnisse vorliegen, die eine Prognoseaussage gleichsam "festigen" können. So besteht zum Merkmal einer steigenden Lebenserwartung in Deutschland eine breite Datenbasis, die auf eine hohe Prognosesicherheit schließen lässt. Dagegen ist die Erkenntnislage zur Genese einiger Krebserkrankungen noch sehr unvollständig; Aussagen über ihre zukünftige Inzidenz in der Bevölkerung könnten daher nur mit einer niedrigen Prognosesicherheit versehen werden, da von einer hohen Zahl von unbekanntem Einflussfaktoren ausgegangen werden muss. Die von den Verfassern erwartete Prognosesicherheit ist jeweils angegeben und anhand einer Skala mit den Werten "gering", "mittel" oder "hoch" eingruppiert.

Hohe Prognosesicherheit versus niedrige Prognosesicherheit

Eine sichere Vorhersage der Entwicklung zukünftiger Einflussfaktoren auf das Krankenhauswesen ist selbstverständlich nicht möglich. Auch eine einfache Extrapolation von trendhaften Entwicklungen der Vergangenheit und ihre Projektion in die Zukunft sind mit großen Schwierigkeiten verbunden, da es zu Brüchen in der einzelnen Entwicklung bis hin zu Trendumkehrungen kommen kann.

Die Beschreibung möglicher Entwicklungen im folgenden Kapitel (Szenarioebene I – Einflussfaktoren zukünftiger Entwicklungen im Krankenhaus) integriert daher zwar vergangene Entwicklungstrends in den Szenarioaufbau, versucht aber gleichzeitig neu hinzukommende Faktoren ebenfalls zu bewerten. Die folgenden zwei Beispiele sollen dies verdeutlichen (vgl. Abbildung 6):

(1) Beispiel I: Szenarioentwicklung eines Einflussfaktors A mit hoher Prognosesicherheit

Im dargestellten Szenariotrichter beschreibt der Zeitpunkt t_0 die Gegenwart. Ein Einflussfaktor weist zu diesem Zeitpunkt keine Streubreite in der Anzahl möglicher "Wahrheiten" auf - es gibt einen wahren Ist-Zustand. Die parallele Existenz mehrerer Zustände ist ausgeschlossen, so dass die mögliche Ereignisbandbreite 1 entspricht ($A_1 = 1$).



Für das Szenario eines Einflussfaktors A mit hoher Prognosesicherheit gilt, dass zu einem zukünftigen Zeitpunkt t_1 die Summe seiner möglichen Ereigniswahrscheinlichkeiten einen Wert annimmt, der größer ist als in der Gegenwart - die Unsicherheit bezüglich der Prognose nimmt also zu, mehrere parallele Zukunftsszenarios sind möglich ($A_1 > A_0$). Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Summe der möglichen Ereignisse unbegrenzt ist; vielmehr ist sie durch diverse Rahmenbedingungen begrenzt.

Für einen noch weiter in der Zukunft liegenden Prognosezeitpunkt t_2 wird die Summe der möglichen Zukunftsszenarios noch größer ($A_2 > A_1$). Der Grund hierfür liegt vor allem in der exponentiellen Zunahme beeinflussender Co-Faktoren, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur schwer eingeschätzt werden können.

(2) Beispiel II: Szenarioentwicklung eines Einflussfaktors B mit niedriger Prognosesicherheit

Die Szenarioentwicklung eines Einflussfaktors B, der schon von Anfang an über eine geringere Prognosesicherheit verfügt, beginnt zunächst von einem vergleichbaren Ausgangspunkt wie im Beispiel des Einflussfaktors A. Zu einem Zeitpunkt t_1 ist jedoch die Summe möglicher alternativer Szenarios für den Einflussfaktor B größer als für Einflussfaktor A, da die allgemeine Prognosesicherheit des Einflussfaktors B geringer ist. Zu einem Zeitpunkt t_2 führt dies dazu, dass die Summe alternativer Ereignisse noch größer wird ($B_2 > A_2$) - die Prognose des Einflussfaktors B ist also deutlich unsicherer als die Prognose des Einflussfaktors A.

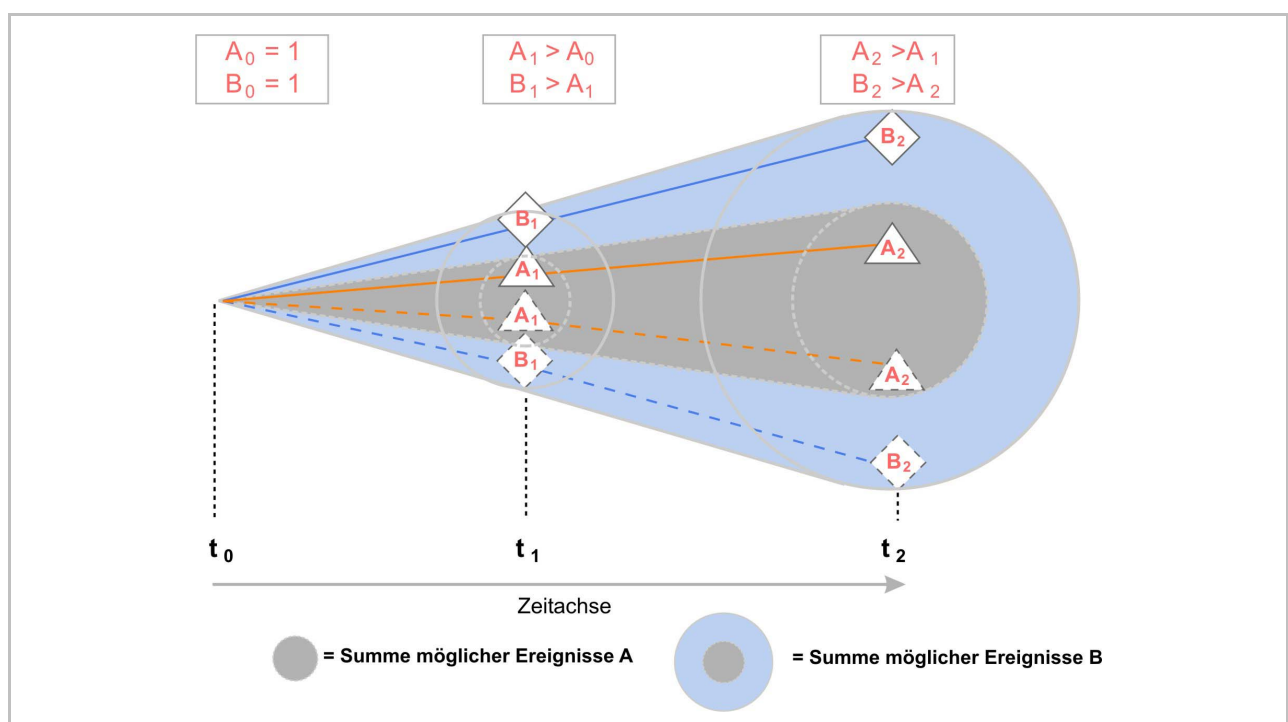


Abbildung 6: Ereigniswahrscheinlichkeiten



Für die Szenarioerstellungen in dieser Studie bedeutet dies letztendlich, dass die Verlässlichkeit der aufgeführten Szenarien von zwei verschiedenen Einflussgrößen abhängt – der Prognosesicherheit und dem Betrachtungszeitraum.

Je niedriger die anfängliche Prognosesicherheit und je länger der Betrachtungszeitraum für eine Einflussgröße, desto geringer ist die Zuverlässigkeit des gewählten Szenarios. Dagegen sprechen eine hohe Prognosesicherheit und ein kürzerer Betrachtungszeitraum für eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass sich ein Einflussfaktor gemäß der im Szenario beschriebenen Weise entwickelt.

Aus diesem Grund erstreckt sich der Betrachtungszeitraum der verschiedenen Szenarioaussagen in der Regel über einen Zeitraum von nicht länger als ca. 15 bis 20 Jahre. Wo Daten über einen längeren Zeitraum angegeben sind, geschieht dies in erster Linie aus informativen Gründen.

Potenzielle Fehlerquelle: Fehleinschätzung der Prognosewahrscheinlichkeit

Wie oben ausgeführt wird bei den Szenariobestandteilen von einer durchgehend hohen Prognosewahrscheinlichkeit ausgegangen. Vereinfacht kann gesagt werden: Das Ereignis tritt ein oder das Ereignis tritt nicht ein. Die Einschätzung der Verfasser hinsichtlich der Prognosewahrscheinlichkeit wird indessen möglicherweise nicht von allen Betrachtern geteilt. Bezüglich eines Ereignisses mag der einzelne Leser durchaus eine deutlich geringere Prognosewahrscheinlichkeit attestieren als dies die Verfasser tun.

Dies könnte zu der Überlegung veranlassen, zunächst überhaupt keine Aussage zu einem bestimmten Szenariobestandteil zu treffen, um eine mögliche Falschaussage zu vermeiden. Folgendes Beispiel soll jedoch verdeutlichen, dass ein solches Vorgehen das Gesamtszenario dadurch nicht verbessert, sondern ganz im Gegenteil die Gesamtaussagewahrscheinlichkeit deutlich verringert.

Bei der Einbindung eines Szenariobestandteils in das Gesamtszenario sind vor allem zwei Fragen zu stellen:

- (1) Wie wahrscheinlich ist es, dass der Szenariobestandteil auch zukünftig eine wichtige Rolle für das Krankenhaus spielt?
- (2) Wie wahrscheinlich ist es, dass der Szenariobestandteil in der vorhergesagten Weise eintritt?

Dabei ist anzumerken, dass es sich hierbei um eine bedingte Aussagenkombination handelt, d.h. Aussage 2 hängt von der vorherigen Beantwortung der Frage 1 ab (Falls es unwahrscheinlich ist, dass ein Szenariobestandteil eine wichtige Rolle für Krankenhäuser spielt, dann erübrigt sich eine Erörterung der Frage 2). Dieser Zusammenhang soll in einem Beispiel erörtert und in einem Szenariobaum dargestellt werden (vgl. Abbildung 7).

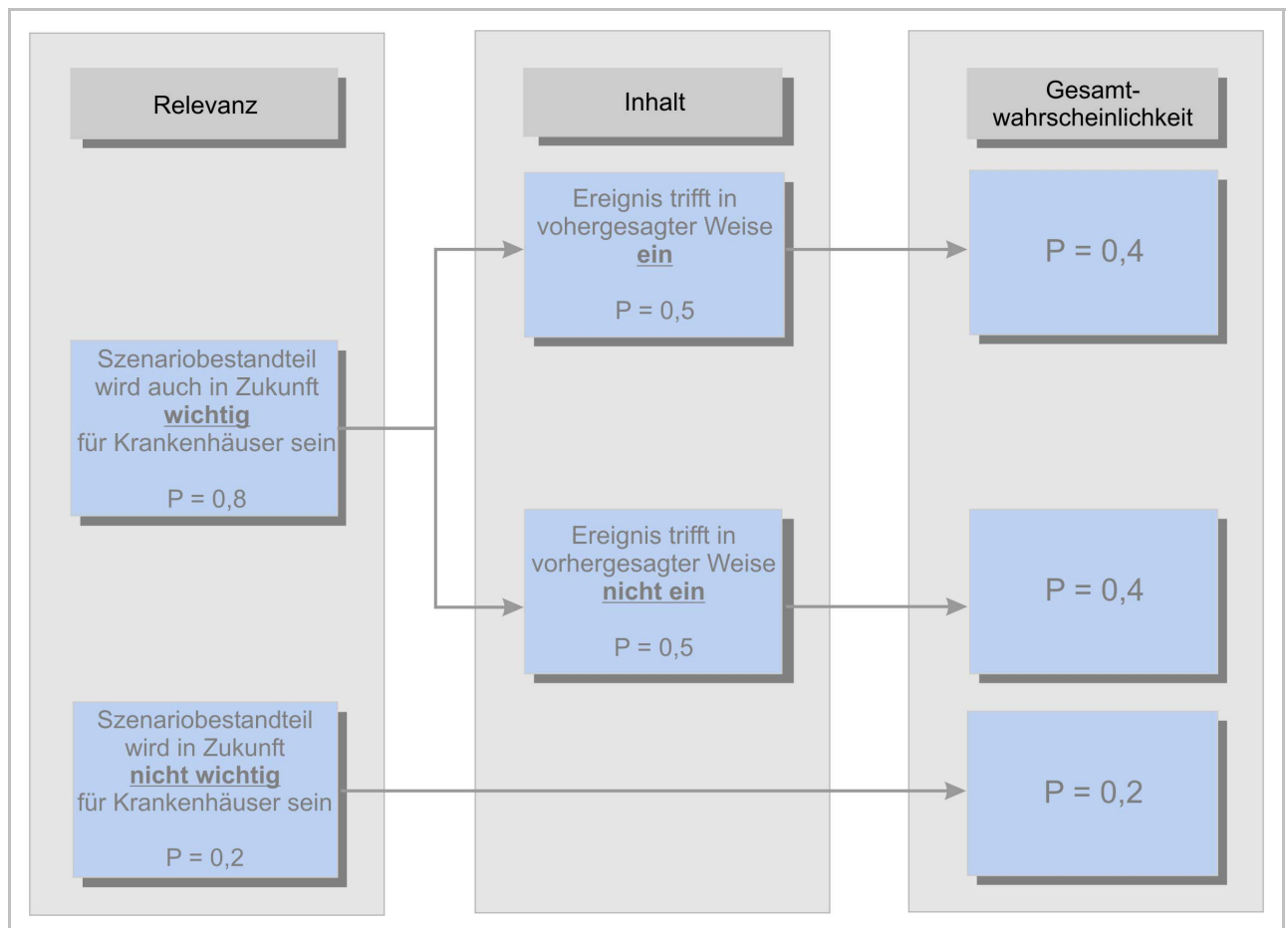


Abbildung 7: Szenariobaum (Beispiel)

Falls die Wahrscheinlichkeit deutlich höher ist, dass die erste Frage (Szenariobestandteil auch in der Zukunft?) zutrifft, dann wird auch bei einer großen Unsicherheit über das Teilszenario (Eintreffen/nicht Eintreffen jeweils mit 50 % Wahrscheinlichkeit) die Wahrscheinlichkeit jeder der beiden Teilszenarien mit jeweils 40 % deutlich größer sein, als wenn der Szenariobestandteil nicht verwendet wird. Die Wahrscheinlichkeit, dass das Weglassen des Szenariobestandteils keine Auswirkungen hat, ist nur dann gegeben, wenn die Aussage zutrifft, dass der Szenariobestandteil nicht wichtig ist. Diese Wahrscheinlichkeit ist aber nur zu 20 % gegeben.

Vereinfacht kann gesagt werden, dass - falls bezüglich eines Szenariobestandteils die Auffassung besteht, dass dieses Themenfeld mit einer hohen Wahrscheinlichkeit bedeutend für die zukünftige Krankenhausentwicklung sein wird - dann ist es sinnvoll, auch bei einer großen Unsicherheit bezüglich der konkreten Entwicklungsrichtung dieses Szenariobestandteils eine Aussage zu treffen, da das Weglassen auf jeden Fall die unwahrscheinlichere Ereignisvariante ist (20 % Wahrscheinlichkeit). Entscheidend ist dabei allein, dass die Aussagemöglichkeiten zu der zweiten Frage Grundsätzlichkeiten abfragt, die über eine Ja- oder Nein-Antwort definiert werden können und nicht in eine Vielzahl von Antwortkategorien zerfallen.



5.3 Szenarioaussagen der Ebene II

Die Aussagen zur Organisation des Krankenhauses der Zukunft beziehen sich auf die Kernstruktur und die Kernprozesse eines Krankenhauses. Sie bauen dem stufenweisen Aufbau der Szenarioentwicklung folgend auf den Ergebnissen der vorangegangenen Szenarioebene I auf.

Die Szenarioebene II beschreibt wahrscheinliche Trends in Struktur und Kernprozessen von zukünftigen Krankenhausorganisationen. Wo anwendbar, wird dabei jeweils auf die entsprechenden Einflussfaktoren der Szenarioebene I verwiesen.

In der abschließenden Bewertung der Aussagen zu Szenarioebene II sind insbesondere folgende Fragen von Interesse:

- (1) Welche der Struktur- und Kernprozessmaßnahmen der Szenarioebene II haben das Potenzial, den Anforderungen der Entwicklungstrends der Szenarioebene I entsprechen zu können?
- (2) Welchen der erwarteten Entwicklungstrends der Szenarioebene I kann besonders gut durch eine Kombination verschiedener Struktur- und Kernprozessmaßnahmen der Szenarioebene II entsprochen werden?

Diese verschiedenen Aspekte der Spezifität werden am Ende dieses Kapitels innerhalb einer Matrix dargestellt und quantitativ bewertet (vgl. Abbildung 8). Eine genauere und exemplarische Darstellung des Bewertungsschemas gibt Kapitel 7.5.

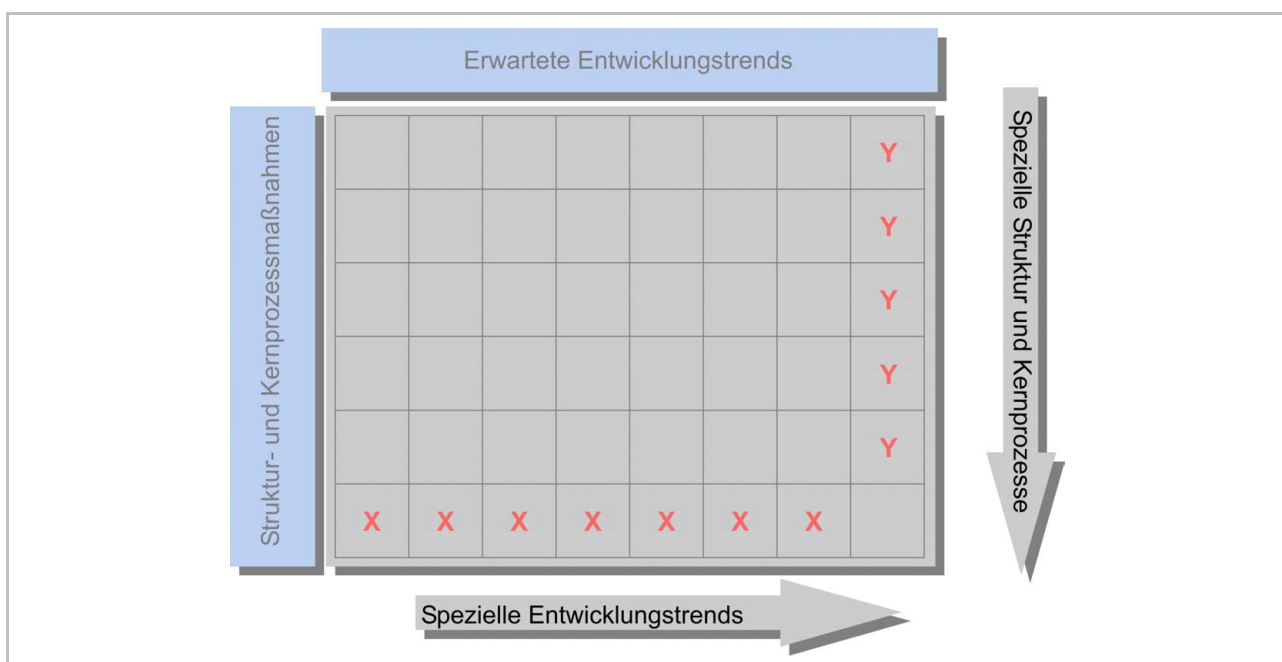


Abbildung 8: Schematische Bewertungsmatrix der Szenarioebene II



5.4 Szenarioaussagen der Ebene III

Die Krankenhauslandschaft besteht nicht aus einer Monokultur gleicher oder ähnlicher Einrichtungen; vielmehr existiert eine große Vielfalt an Einrichtungen, die Unterschiede in Größe, Leistungsspektrum, Lage, Trägerschaft, Gebäudestruktur oder andere Verschiedenheiten aufweisen. Es ist nicht anzunehmen, dass sich diese Vielfalt von Ausprägungen über den Betrachtungszeitraum wesentlich verringern wird. Daher werden auch die Szenarioaussagen der Ebene II (Struktur und Kernprozesse) in ihrer Bedeutung für insgesamt vier exemplarische Krankenhaustypen (siehe unten) betrachtet.

Zwischen diesen exemplarischen Krankenhaustypen besteht eine Reihe von Mischformen, so dass nicht alle existierenden Krankenhäuser vollständig einem beschriebenen Typ zugeordnet werden können. Aus diesem Grund stellt die in dieser Studie gewählte Einteilung keinesfalls eine vollständige Klassifizierung zukünftiger Krankenhausorganisationen dar. So sind durchaus auch Hybridstrukturen möglich, bei denen eine Krankenhausorganisation innerhalb ihrer Struktur über Merkmale mehrerer Krankenhaustypen verfügt (z.B. Basisversorgungs- und Spezialversorgungsanteil). Solche Hybridstrukturen findet man beispielsweise an deutschen Universitätskliniken, die sowohl Leistungskomponenten in spezialisierten Bereichen haben als auch Basisversorgung auf lokaler Ebene anbieten. In der Bewertung des eigenen Krankenhausstandorts muss daher analysiert werden, ob eine Hybridstruktur vorliegt und welche Komponenten sie umfasst.

Folgende Klassifizierung wurde für die Eingruppierung innerhalb der Szenarioebene III verwendet:

(1) Das überregional tätige Allroundversorgungs-Krankenhaus

Dieser Krankhaustyp zeichnet sich durch ein breites Leistungsspektrum und eine hohe stationäre Bettenkapazität aus. Es besitzt einige Leistungsschwerpunkte und verfügt insbesondere in diesen Bereichen über ein überregionales Einzugsgebiet. Das wesentliche Merkmal dieses Krankenhauses besteht jedoch in der Vielfältigkeit seiner Dienstleistungsangebote.

(2) Das überregional tätige Spezialversorgungs-Krankenhaus

Dieser Krankhaustyp konzentriert sich im Wesentlichen auf hochspezialisierte medizinische Dienstleistungen, die eine Vorhaltung sehr spezifischer Ressourcen notwendig machen. Die hohe Spezifität der Dienstleistungen bedingt auch, dass sein Einzugsgebiet nicht allein auf eine Region beschränkt ist, sondern Patienten aus verschiedenen Bundesländern oder gegebenenfalls aus dem Ausland umfasst. Durch die Bereitstellung von medizinischen Leistungen, die als "Cutting Edge"-Medizin bezeichnet werden können, ist eine größere Affinität zu Forschung und Industrie wahrscheinlich.

(3) Das vorwiegend regional tätige Basisversorgungs-Krankenhaus

Dieser Krankhaustyp hat sein Leistungsangebot vor allem auf die Erbringung häufiger und nur bedingt spezifischer medizinischer Tätigkeiten beschränkt. Forschung und Lehre spielen, wenn überhaupt, nur eine sehr untergeordnete Rolle.



Der Großteil seiner Patienten kommt aus einem umschriebenen Einzugsgebiet. Für die Bevölkerung bietet dieses Krankenhaus eine umfassende Basisversorgung; für komplexere Behandlungen oder seltener angewandte Therapien werden Patienten jedoch in andere Krankenhäuser verlegt. Dieser Typus entspricht im Wesentlichen den heutigen Grund- und Regelversorgern.

(4) Das vorwiegend regional tätige Fachversorgungs-Krankenhaus

Auch dieses Krankenhaus rekrutiert seine Patienten überwiegend aus der Umgebung seines Standorts; es ist jedoch spezialisiert auf die Erbringung vorwiegend elektiver Standardleistungen, ohne dass es beispielsweise an der Notfallversorgung teilnimmt. Das Fachspektrum ist sehr eingeschränkt, in vielen Fällen ist sogar nur ein medizinisches Fachgebiet vertreten. Die medizinischen Leistungen weisen nicht durchweg eine hohe Spezialisierung auf, vielmehr wirbt dieses Krankenhaus mit einer Fokussierung auf wenige medizinische Bereiche, die dann jedoch eine hohe jährliche Fallzahl umfasst. Beispiele für derartige Krankenhäuser sind orthopädische Spezialkliniken, psychosomatische Kliniken oder diagnostische Kliniken.

Die Ergebnisse werden für jeden Krankhaustyp in einer Matrix mit den Bewertungsstufen "Hohe Bedeutung", "Mittlere Bedeutung" und "Niedrige Bedeutung" ausgewiesen (vgl. Abbildung 9). Das vorliegende Beispiel zeigt, dass der erwartete Entwicklungstrend für Spezial- und Basisversorgungs-Krankenhäuser eine hohe Bedeutung hat. Dies deutet darauf hin, dass der Entwicklungstrend für diese Krankhaustypen zu größeren Veränderungen in Struktur und Prozessen führt. Für Allroundversorgungs-Krankenhäuser wird im dargestellten Beispiel lediglich eine mittlere Bedeutung, für Fachversorgungs-Krankenhäuser werden dagegen keine größeren Auswirkungen des Entwicklungstrends auf die Organisationsstruktur erwartet.

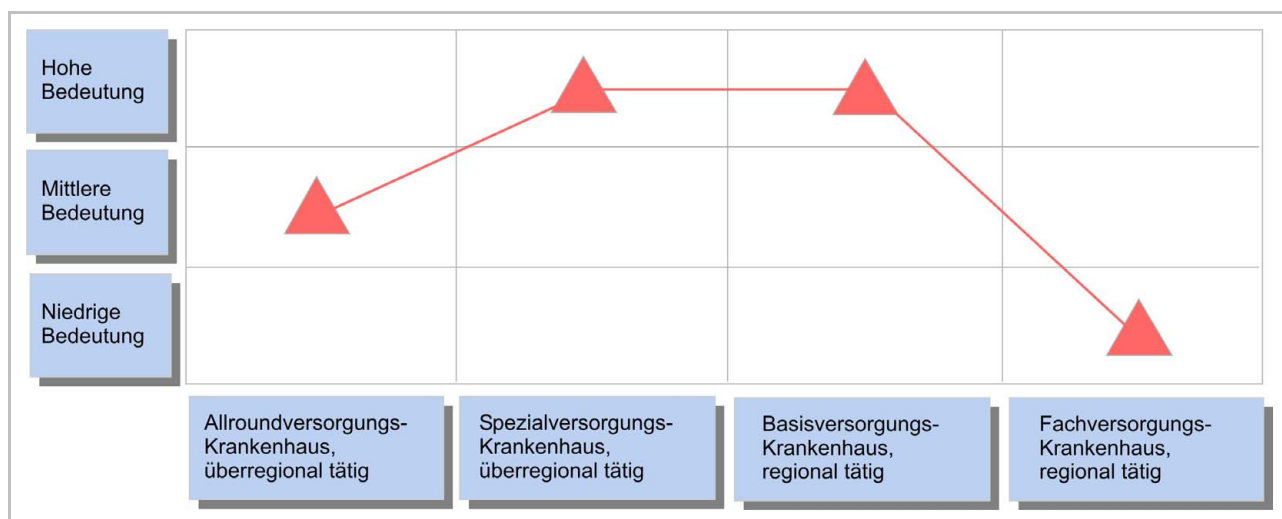


Abbildung 9: Bewertungsmatrix der Szenarioebene III (Beispiel)



6. Szenarioebene I – Einflussfaktoren zukünftiger Entwicklungen im Krankenhaus

Eine abschließende Gesamtbetrachtung aller denkbaren Einflussfaktoren für das Krankenhaus der Zukunft ist aufgrund der Heterogenität und Komplexität aller für das Krankenhaus relevanten Einflüsse nicht möglich. Gleichwohl gibt es aber eine Reihe von zentralen Trends und Entwicklungen, die eine deutliche Beeinflussung zukünftiger Krankenhausorganisationen vermuten lassen.

Zu den Einflussfaktoren, die in dieser Studie berücksichtigt werden, zählen:

- Demographie/Morbiditätsspektrum
- Gesellschaftlicher Wertewandel
- Personal, Bildung und Nachwuchs
- Innovationen durch Medizintechnologie
- Politische und legislative Rahmenbedingungen
- Bauliche Infrastruktur

6.1 Demographie / Morbiditätsspektrum

6.1.1 Älter und gesünder?

Die demographische Entwicklung stellt unzweifelhaft eine der größten globalen Herausforderungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts dar. Dabei ist insbesondere von Bedeutung, dass die Demographie zwar mit umgekehrten Vorzeichen in sich noch entwickelnden Ländern und in hochentwickelten Industrienationen auftritt, die Auswirkungen in ihrer Dramatik sich jedoch gleichen.

Während in den Industrienationen die Geburtenraten deutlich zurückgegangen sind und damit einem reproduktionsmangelinduzierten Versorgungsproblem Vorschub leisten, sieht die Gegenwart in den sich noch entwickelnden Regionen deutlich anders aus; hier überwiegt ein reproduktionsüberschuss-indiziertes Versorgungsproblem.

Die jeweiligen Auswirkungen auf die Krankenhausplanung sind sowohl in Industrienationen als auch in den sich entwickelnden Ländern profund. Während erstere sich der Herausforderung der Versorgung einer Bevölkerung mit steigendem Anteil an Senioren stellen müssen, besteht die primäre Aufgabe letzterer im Aufbau einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung mit einem deutlich jüngeren Altersschwerpunkt in der Bevölkerung.



Die Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland entspricht in wesentlichen Teilen der Entwicklung anderer Industrienationen: Einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung stehen immer weniger Personen des Erwerbstätigenalters gegenüber; die bisher solidarisch getragene Last der Altersversorgung verteilt sich auf immer weniger Schultern.

Die demographische Entwicklung in Deutschland zeigt sich dabei auch am Alter der aus den Krankenhäusern entlassenen stationären Patienten: Von 1994 bis 2003 ist die absolute Zahl der stationär im Krankenhaus versorgten Patienten um rund 2,9 Mio. auf über 17 Mio. Patienten angestiegen. Innerhalb dieses Zuwachses sind jedoch nicht alle Altersgruppen gleichermaßen vertreten. Während die Gesamtzahl der Krankenhauspatienten in den Altersgruppen unter 45 Jahren um rund 2 % gesunken ist, nahmen die Altersgruppen über 45 Jahren dagegen um 36 % zu (vgl. Abbildung 10).

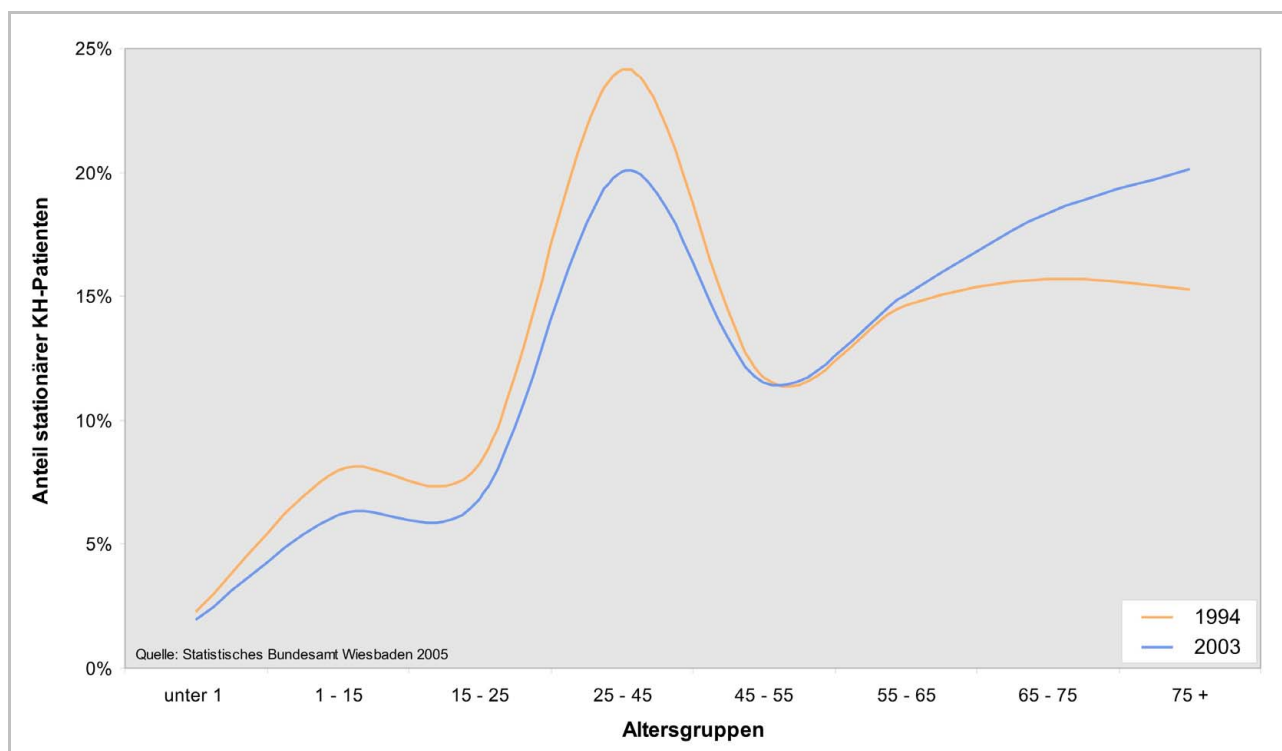


Abbildung 10: Anteil stationärer Krankenhauspatienten nach Altersgruppen

Betrachtet man die einzelnen Altersgruppensegmente isoliert, zeigt sich der ausgeprägteste absolute Fallzahlrückgang vor allem in der Altersgruppe der 25- bis 45-Jährigen; der größte Zuwachs an stationären Krankenhauspatienten war dagegen vor allem in der Altersgruppe der über 74-Jährigen zu verzeichnen. In dieser Altersgruppe zeigt sich auch der deutlichste Anstieg in der Krankenhaushäufigkeit. Gegenüber 1994 lag die Krankenhaushäufigkeit der über 74-Jährigen im Jahr 2003 rund 50 % höher, während sie in den Altersgruppen unter 45 Jahren abnahm (vgl. Abbildung 11).

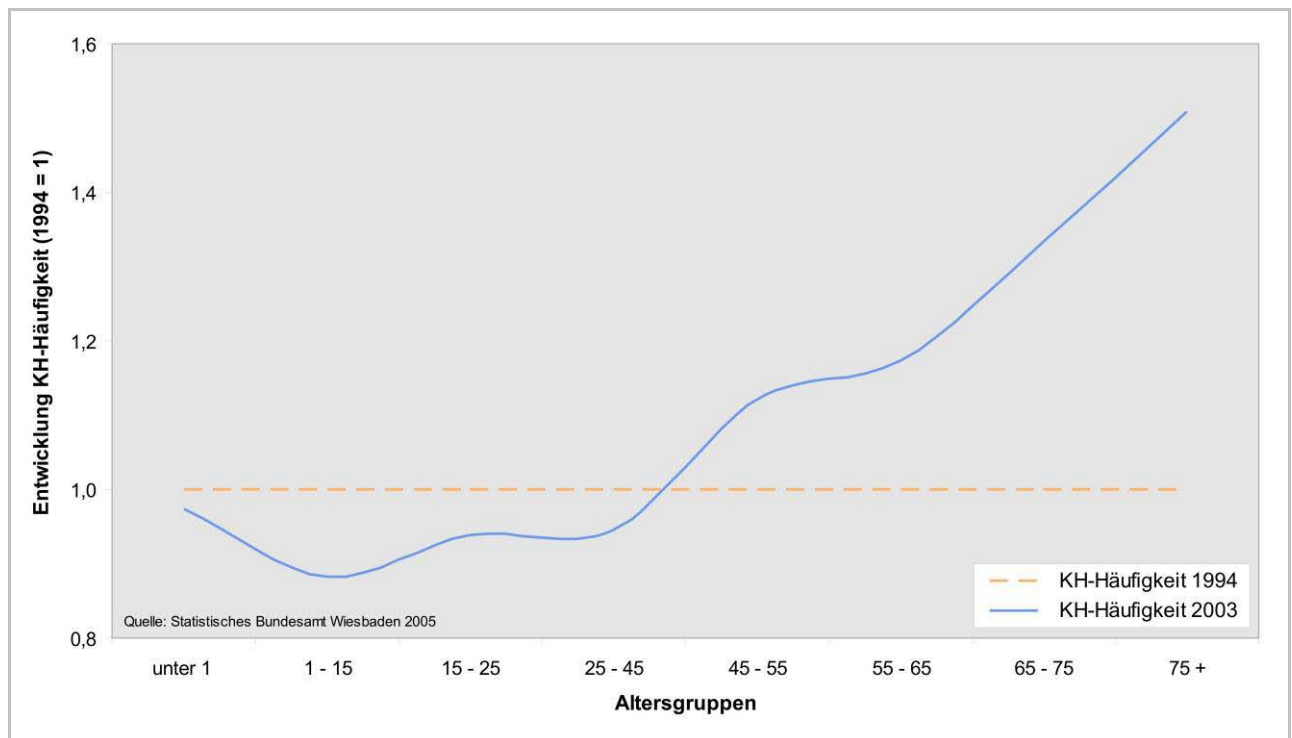


Abbildung 11: Vergleich der Krankenhaushäufigkeit nach Altersgruppen 1994 und 2003

Neben einer absoluten Zunahme der älteren Bevölkerungsgruppen lassen die Daten auch auf eine quantitativ zunehmende Inanspruchnahme stationärer Leistungen älterer Patientengruppen schließen. Diesen Effekt allein auf eine Zunahme der allgemeinen Morbidität in diesem Lebensabschnitt zurückzuführen, wäre allerdings verfrüht. Ursächlich für diese Entwicklung können neben einer Morbiditätssteigerung in dieser Altersgruppe auch andere Gründe sein, wie zum Beispiel eine Änderung des Einweisungsverhaltens niedergelassener Ärzte oder Mehrfacheinweisungen bei stationären Aufenthalten.

Ebenso kann eine Zunahme der Krankenhaushäufigkeit nicht gleichgesetzt werden mit einer durchgehend hohen Erkrankungsschwere der älteren Bevölkerung über viele Lebensjahre des Alters. Neben dem kurzen Veränderungszeitraum (1993 bis 2003) sprechen auch die Ergebnisse mehrerer Lebensaltersstudien dagegen, die eine andere Entwicklung aufweisen [14] [15]. In diesen Untersuchungen konnte dargestellt werden, dass eine höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsressourcen nur in den letzten Lebensmonaten vor dem Tod auftritt. Diese aus Sicht der Krankenhäuser kostenintensive Phase des letzten Lebensabschnitts wird aber durch die demographische Alterung lediglich linear auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Der Zeitraum der hochintensiven Inanspruchnahme von Krankenhausressourcen bleibt also demnach auf die letzte Lebensphase beschränkt und erstreckt sich nicht auf den gesamten Lebensabschnitt des Alters.

Der Anteil der durch die Alterung der Bevölkerung verursachten Kostensteigerungen wird in einer kanadischen Studie auf lediglich rund 4 % der Gesamtkostensteigerung im Gesundheitswesen eingeschätzt. Inflationsbedingte Effekte, Kostensteigerungen der medizinischen Leistungserbringung und Bevölkerungswachstum rangierten dabei deutlich vor den Effekten einer demographischen Alterung [16].



Die einfache Gleichung, dass die zunehmende Alterung der Bevölkerung zu einer linear ansteigenden Inanspruchnahme von kostenintensiven Krankenhausleistungen führt und folglich mit einer Kostenexplosion einhergeht, ist daher nicht richtig. Vielmehr ist zu erwarten, dass der Alterungsprozess in unserer Gesellschaft auch von einer zunehmenden Anzahl krankheitsfreier Jahre begleitet wird. Dies kann bedeuten, dass zukünftig ein 65-Jähriger möglicherweise einen deutlich besseren Gesundheitszustand aufweist als sein Altersgenosse in der Gegenwart.

Während sich also Phasen der Inanspruchnahme kostenintensiver Krankenhausleistungen lediglich auf einen späteren Abschnitt des Lebens verlagern, gilt dies nicht zwangsläufig auch für die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen mit einem niedrigen und mittleren Kostenniveau. So wird beispielsweise durch eine Verlängerung der Lebenszeitspanne auch die individuelle Prävalenz chronischer Erkrankungen verlängert, die zu regelmäßigen Phasen der Hospitalisation führen können.

Auch muss davon ausgegangen werden, dass sich der Konsumschwerpunkt höherer Lebensaltersgruppen von Dienstleistungen und Waren des Freizeitsektors (z.B. Urlaubsreisen, der allgemeinen Mobilität dienende Anschaffungen) zunehmend auf die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen verlagert. Bei einem höheren Bevölkerungsanteil in dieser Altersgruppe spricht folglich einiges dafür, dass neben der Nachfrage nach allgemeinen Gesundheitsdienstleistungen auch die Nachfrage und Inanspruchnahme stationärer Gesundheitsleistungen steigend sein wird.

Erwarteter Entwicklungstrend
(1) Anstieg der Krankenhaushäufigkeit älterer Patienten
(2) Kein Anstieg der Krankenhaushäufigkeit älterer Patienten im Hochressourcenbereich
Erwartete Trendstabilität
(1) Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
(2) Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
Prognosesicherheit
(1) Mittel
(2) Mittel bis hoch



6.1.2 Entwicklung des Morbiditätsspektrums

Ein Wandel im Morbiditätsspektrum kann auf zwei unterschiedliche Weisen betrachtet werden: Unter den qualitativen Morbiditätswandel fallen das Auftreten von neuen Erkrankungsformen für den Menschen (AIDS, Vogelgrippe), das Wiederauftreten bekannter Krankheiten in einer Population (Tuberkulose, Kinderlähmung) oder das Auftreten von Krankheiten in einer Region, in der sie vorher nicht zum Erkrankungsspektrum gehörten (Malaria-Inzidenz durch Fernreiseverkehr). All diese Formen des Morbiditätswandels sind dadurch geprägt, dass sie neu sind oder erneut auftreten und damit völlig neue Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung einer Population stellen.

In der allgemeinen Diskussion spielen Erkrankungen des qualitativen Morbiditätswandels oft eine zentrale Rolle, da diese häufig mit einem besonders hohen subjektiven Gefahrenpotenzial verbunden werden. In vielen Fällen sind diese Erkrankungen eng mit individuellen Verhaltensmerkmalen gekoppelt, so dass hier seitens der Bevölkerung ein hoher Informationsbedarf bezüglich präventiver Maßnahmen besteht. Die notwendige intensive Beschäftigung mit diesen teils relativ neuen Krankheitsformen darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie nur einen sehr kleinen Teil des Erkrankungsspektrums in Deutschland ausmachen.

Im Gegensatz hierzu umfasst die Entwicklung von Erkrankungen, die einem quantitativen Morbiditätswandel unterliegen, alle diejenigen Krankheiten, die bereits über einen längeren Zeitraum zum "gewohnten" Erkrankungsspektrum gehören und die teilweise über ein großes Fallzahlvolumen unter den rund 17 Mio. stationären Krankenhauspatienten in Deutschland verfügen. Hierzu zählen beispielsweise der Formenkreis der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems, Neubildungen sowie Verletzungen und Vergiftungen (vgl. Abbildung 12).

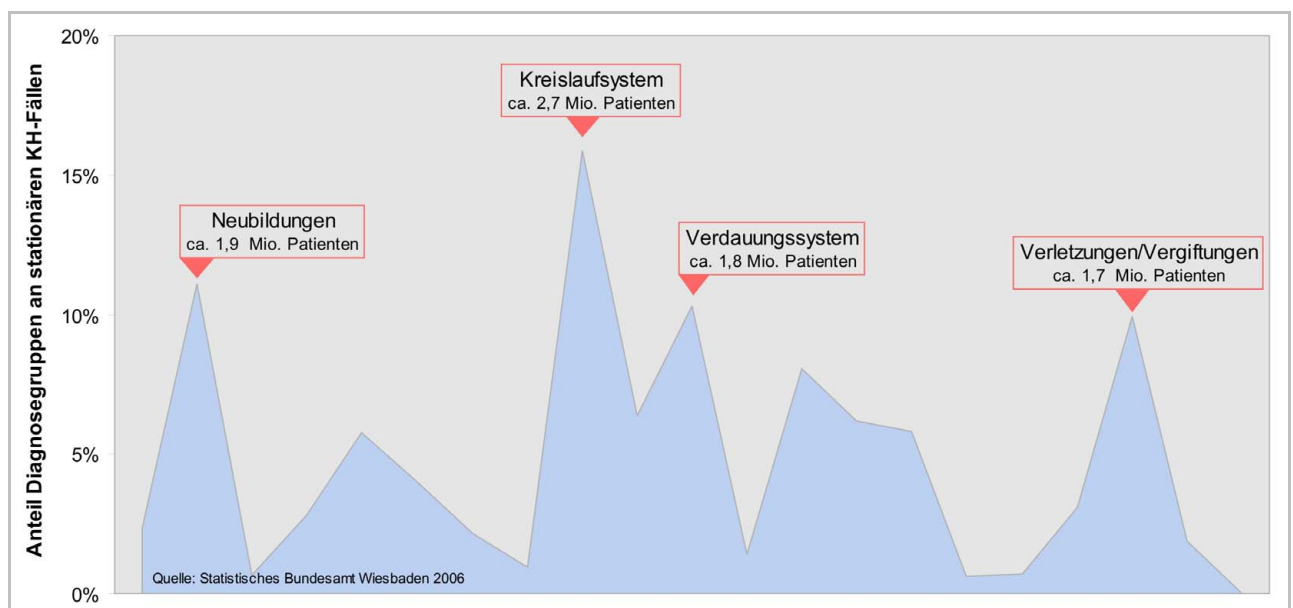


Abbildung 12: Diagnosespektrum in deutschen Krankenhäusern 2003 - Fallzahlstarke Diagnosegruppen



Betrachtet man das Morbiditätsspektrum nach der Art eines möglichen Morbiditätswandels (qualitativer bzw. quantitativer Morbiditätswandel), so lassen sich vier verschiedene potenzielle Entwicklungen unterscheiden (vgl. Abbildung 13). Überwiegt ein qualitativer Morbiditätswandel in der Entwicklung, so bedingt dies für die Krankenhausorganisation die Notwendigkeit eines inhaltlichen Wandels von Struktur und Prozessen in diesem Leistungssegment (neue Diagnostik- und Behandlungsformen, medizintechnische Innovation auf neuen Gebieten, neue funktionell-betriebliche Strukturen).

Überwiegt dagegen ein quantitativer Morbiditätswandel, so stehen eher Elemente eines volumenfokussierten Wandels im Vordergrund (Anpassung der Behandlungsressourcen, Schwerpunktbildung, volumenorientierte betriebliche Abläufe, Weiterentwicklung der Diagnostik- und Behandlungsabläufe). Fallen qualitative und quantitative Entwicklungselemente zusammen, so sind auch Mischformen denkbar, welche die nachhaltigste Herausforderung an das Gesundheitssystem darstellen (z.B. das neue Auftreten einer pandemischen Erkrankung mit einem hohen Fallzahlpotenzial). Verändert sich das Morbiditätsspektrum nicht wesentlich, kann von einem inerten Zustand gesprochen werden.

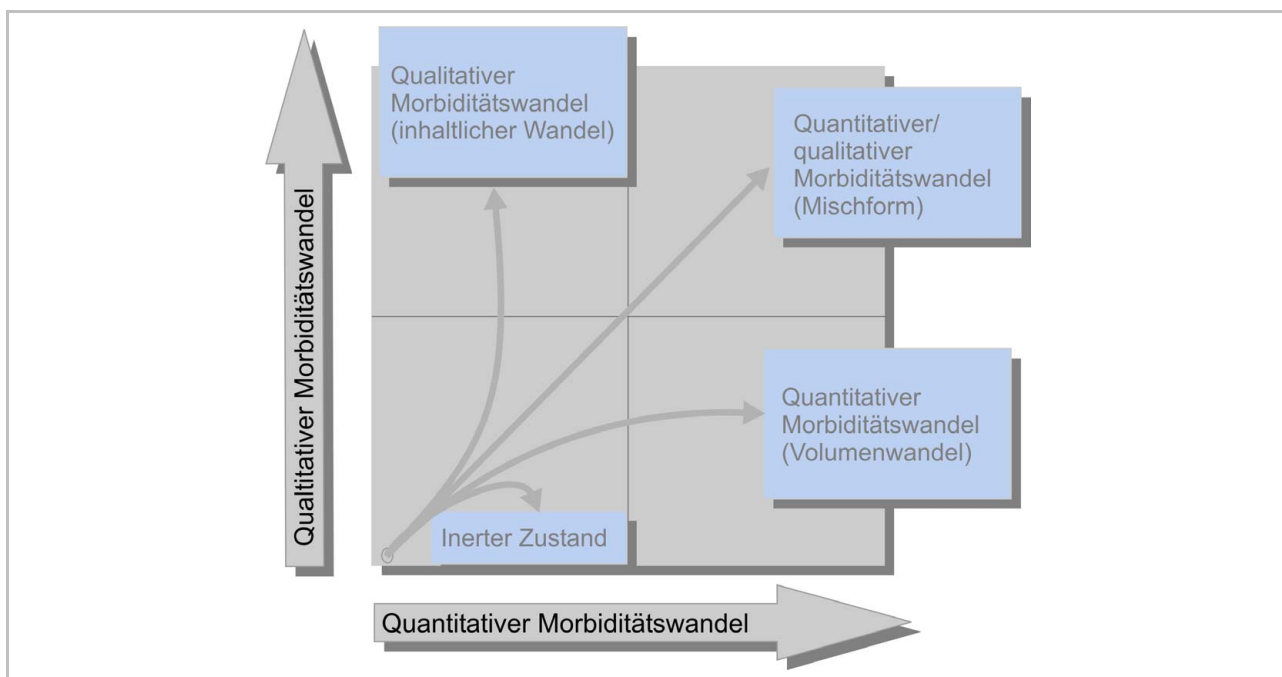


Abbildung 13: Formen des Morbiditätswandels

In der Regel sind Erkrankungen mit einem starken Fokus auf die Elemente eines qualitativen Morbiditätswandels nur in einer begrenzten Fallzahl in Deutschland vertreten. Selbst bei einer starken Zunahme ihrer Erkrankungsinzidenz würden die Auswirkungen dieses Wandels auf das Gesamtsystem der Gesundheitsfürsorge im Vergleich zu Erkrankungen mit einem hohen Fallzahlpotenzial deutlich niedriger sein (vgl. auch Beispiele Abbildung 14). Daneben erschweren die geringen Fallzahlen die Prognosesicherheit hinsichtlich ihrer weiteren Entwicklungen.



Beispiel	Erkrankung	Jährliche Inzidenz / 100.000 Einwohner
Qualitativer Morbidityswandel	Malaria	1
	Tuberkulose	9
Quantitativer Morbidityswandel	Neubildungen	517

Quellen:
- Statistisches Bundesamt (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes), Wiesbaden 2006
- Krebs in Deutschland, 5. überarbeitete, aktualisierte Ausgabe
- Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. und das RKI Saarbrücken, 2006
- Eigene Berechnungen

Abbildung 14: Inzidenzen für Erkrankungen mit unterschiedlicher Art des Morbidityswandels

Anders sieht es dagegen bei den Erkrankungen aus, die einem vorwiegend quantitativen Morbidityswandel unterliegen: Hierunter fallen die vier fallzahlstärksten Krankheitsgruppen, die allein rund die Hälfte der Diagnosen in deutschen Krankenhäusern stellen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Neubildungen, Erkrankungen des Kreislaufsystems, Verletzungen/Vergiftungen).

Bei einer näheren Betrachtung der altersgruppenspezifischen Unterschiede fällt vor allen Dingen auf, dass insbesondere diese stationär behandelten Diagnosegruppen über einen Altersgipfel jenseits des Erwerbstätigenalters verfügen. Diese Beobachtung gilt insbesondere für die Diagnosegruppen "Herz-Kreislauf-Erkrankungen" und "Neubildungen", die einen sehr deutlichen spezifischen Altersgipfel jenseits des 65. Lebensjahres aufweisen (vgl. Abbildung 15).

Dies bedeutet letztendlich, dass bei gleichbleibender Inzidenz innerhalb einer Alterskohorte die stationären Krankenhausbehandlungen dieser Erkrankungen allein durch die Zunahme von Personen in den höheren Altersgruppen in ihrer Fallzahl deutlich ansteigen werden. Diese Erkrankungen müssen demnach nicht häufiger in einer Patientengruppe auftreten, um ihre Fallzahl zu steigern; es reicht aus, dass die Bevölkerungspopulation, in der diese Erkrankungen hauptsächlich anfallen, in ihrer Zahl deutlich ansteigt. Bei einer zusätzlichen Steigerung der Inzidenzrate (neu auftretende Erkrankungen je Bevölkerungsgruppe und Zeiteinheit) würden die Fallzahlen folglich noch weit deutlicher ansteigen.

Reduzierende Elemente dieser Entwicklung können die Zunahme der ambulanten Leistungserbringung in diesen Diagnosegruppen oder eine sinkende Inzidenz, beispielsweise durch präventive Maßnahmen, sein. Allerdings ist eine signifikante Steigerung der ambulanten Leistungserbringung aufgrund der Erkrankungsschwere und des hohen Altersdurchschnitts vieler dieser Erkrankungen in einem mittelfristigen Betrachtungszeitraum eher unwahrscheinlich.

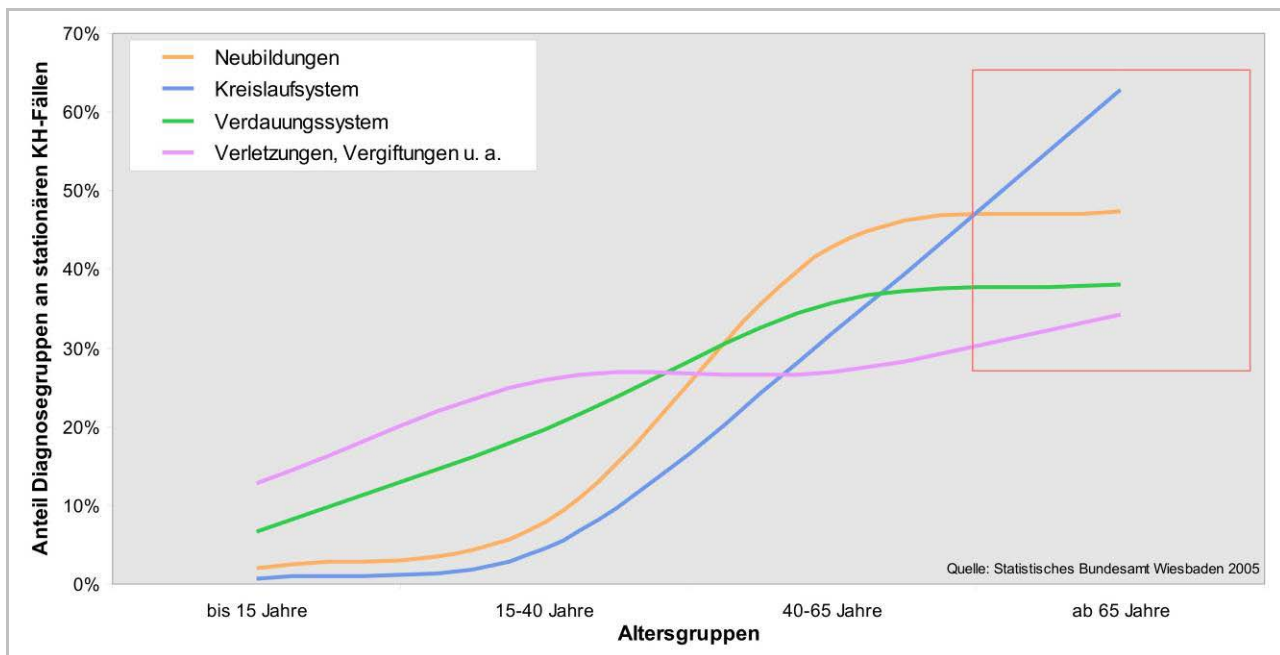


Abbildung 15: Altersgipfel verschiedener Diagnosegruppen nach Altersgruppen

In einer Projektion über verschiedene Zeiträume wird dieser Effekt am Beispiel der für das Krankenhaus aufgrund ihrer hohen Fallzahlen bedeutenden Diagnosegruppen "Neubildungen" und "Herz-Kreislauf-Erkrankungen" demonstriert (vgl. Abbildung 16 und Abbildung 17): Die Genese dieser beiden Diagnosegruppen hängt von einer Vielzahl von Einflussfaktoren ab und ist für viele der Einzeldiagnosen auch noch nicht abschließend geklärt. In einem sehr langfristigen Betrachtungszeitraum sind daher Veränderungen in den jeweiligen Inzidenzraten durchaus möglich, wenn sich Risikofaktoren innerhalb der Bevölkerung signifikant verändern.

In einem kurz- bis mittelfristigen Betrachtungszeitraum ist dagegen weniger mit einer Veränderung der Inzidenzen innerhalb einer Altersgruppe zu rechnen, da viele der relevanten Risikofaktoren über die Lebensgewohnheiten vieler Jahre erworben und bei den zukünftig Erkrankten schon zum gegenwärtigen Zeitpunkt vorhanden sind. So haben beispielsweise Myokardinfarkte (Diagnosegruppe Herz-Kreislauf-Erkrankungen) einen Altersgipfel jenseits des 60. Lebensjahres. Dies bedeutet, dass die dem Altersgipfel entsprechenden Patienten des Jahres 2015 sich gegenwärtig in der Altersgruppe der Mitte 50-Jährigen befinden. Zu diesem Zeitpunkt sind eine Reihe von Risikofaktoren in der Entstehung des Myokardinfarkts schon seit langem in der individuellen Lebensgeschichte vorhanden (z.B. Obesität, langjähriges Rauchen, Fettstoffwechselstörung, Diabetes, etc.).

Die Herzinfarkt-Erkrankten von Morgen haben also schon heute einen Teil ihrer Risikogenese hinter sich. Auch wenn das individuelle Risiko durch Ausschaltung dieser Faktoren durchaus gesenkt werden kann, ist eine kurzfristige und deutliche Reduktion des Gesamtrisikos in dieser Altersgruppe eher als unwahrscheinlich zu bezeichnen. Unter der Annahme einer gleichbleibenden Krankenhaushäufigkeit kann eine Projektion der Anzahl zukünftiger Krankenhauspatienten für die Diagnosegruppen "Neubildungen" und "Herz-Kreislauf-Erkrankungen" auf Basis der Bevölkerungsentwicklung durchgeführt werden.

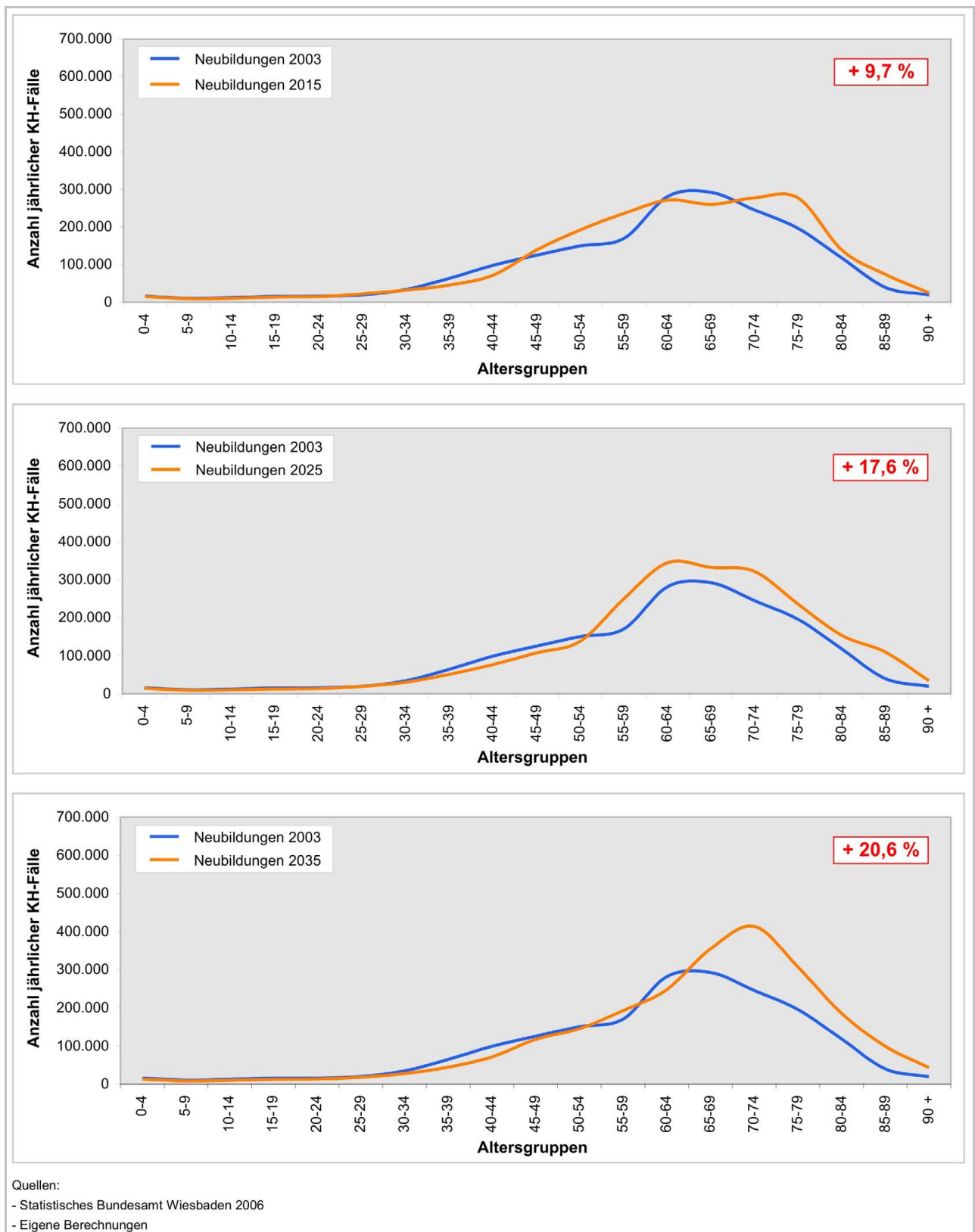


Abbildung 16: Diagnosegruppe "Neubildungen" - Projektion der Krankenhauspatienten nach Altersgruppen 2003-2035



Zukunft für das Krankenhaus Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation

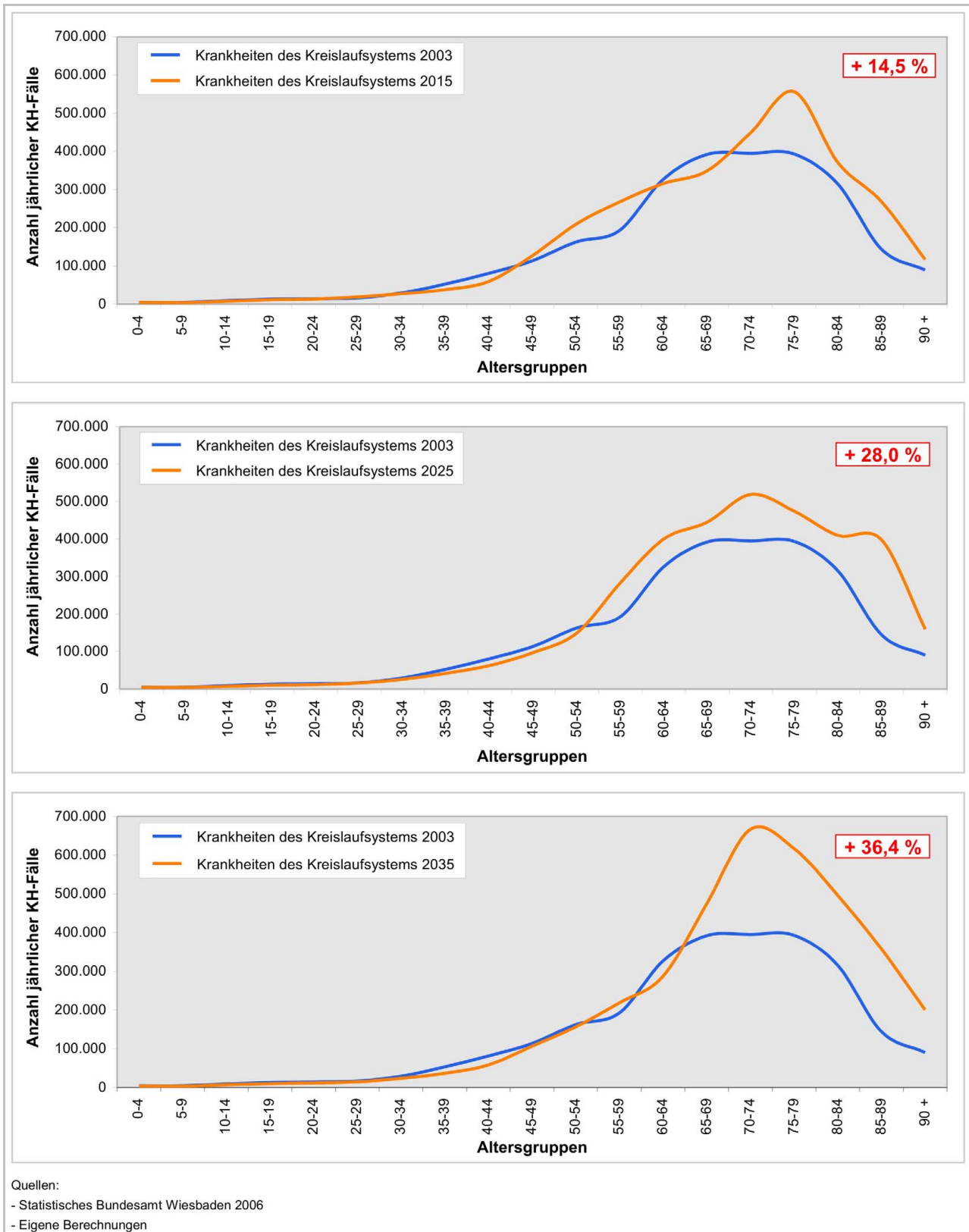


Abbildung 17: Diagnosegruppe "Herz-Kreislauf-Erkrankungen" - Projektion der Krankenhauspatienten nach Altersgruppen 2003-2035



In beiden Fällen zeigt sich, dass gegenüber dem Ausgangsjahr 2003 mit einer deutlichen Erhöhung der Fallzahlen in beiden Diagnosegruppen gerechnet werden muss. Eine sinkende Krankenhaushäufigkeit durch Ambulantisierung innerhalb des Betrachtungszeitraums kann dabei nicht zu einer Abschwächung dieser Tendenz führen, da aufgrund des hohen Altersgipfels, den vorliegenden Co-Morbiditäten in der Altersgruppe und der allgemeinen Erkrankungsschwere dieser Diagnosegruppen ambulante Therapieleistungen wahrscheinlich nur bedingt zum Einsatz kommen werden.

Anders sieht die Situation bei Erkrankungen mit einer eher situativen Genese aus (Verletzungen, Vergiftungen). Durch präventive Maßnahmen können möglicherweise auch kurzfristig die Inzidenzen gesenkt werden. Für diese Diagnosegruppe ist daher keine Prognose mit ausreichender Sicherheit erstellbar.

Erwarteter Entwicklungstrend	
(3)	Anstieg in (den bereits heute) fallzahlstarken Diagnosegruppen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen/Neubildungen)
(4)	Keine Bedeutungszunahme "neuer" oder "exotischer" Erkrankungen im Krankenhaussektor
Erwartete Trendstabilität	
(3)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
(4)	Nicht anwendbar
Prognosesicherheit	
(3)	Hoch
(4)	Hoch



6.1.3 Prävention

In einem mittel- bis langfristigen Betrachtungszeitraum werden Maßnahmen und Entwicklungen im Bereich der Prävention einen entscheidenden Einfluss auf die Leistungsnachfrage in Krankenhäusern haben. Präventionssysteme basieren dabei auf drei unterschiedlichen Ebenen, die verschiedene Leistungsschwerpunkte aufweisen:

- Primärprävention: Verhinderung des Erstauftretens einer Erkrankung
- Sekundärprävention: Früherkennung von Krankheitsvorstufen
- Tertiärprävention: Vermeidung der Krankheitsfolgen und Folgekrankheiten

Präventionsmaßnahmen haben traditionell ein stärkeres Gewicht in angloamerikanischen Gesundheitssystemen. Die demographische Entwicklung und die enormen volkswirtschaftlichen Kosten, die durch vermeidbare Erkrankungen jährlich entstehen, haben innerhalb der letzten Jahre auch in Deutschland ein deutliches Interesse an normativen Regelungen im Bereich von Präventionsmaßnahmen entstehen lassen.

So weist die Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts für das Jahr 2002 aus, dass allein in Deutschland rund 5 Mio. Erwerbstätigkeitsjahre durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigen Tod verloren gehen [17]. In diesem Zusammenhang gab es bereits seitens der letzten rot-grünen Bundesregierung Bestrebungen zu einem Präventionsgesetz, das aber zunächst am Widerstand des Bundesrats gescheitert war. Dennoch hat die neue schwarz-rote Koalition dieses Thema erneut aufgegriffen und in einem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe eine erste Position hierzu vorgestellt [18].

Insbesondere die chronischen Erkrankungen, die aufgrund ihrer langen Verlaufszeiten ein hohes Kostenrisiko für das Gesundheitswesen aufweisen, werden dann wahrscheinlich ein Schwerpunkt dieser Maßnahmen werden. So werden beispielsweise in der Behandlung des Diabetes mellitus rund 30 Mrd. € jährlich aufgewandt. Erfolgreiche Präventionsmaßnahmen könnten allein in diesem Feld zu hohen Kosteneinsparungen führen [19].

Präventionsmaßnahmen sind aber nicht nur politisch gewollt, sondern scheinen auch bei den Patienten selbst eine große Resonanz zu haben. Eine der wichtigsten Maßnahmen der sekundären Prävention ist beispielsweise die Teilnahme an Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung. Allein zwischen den Jahren 1993 und 2000 hat sich die Zahl der Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen unter den gesetzlich Krankenversicherten um fast 50 % gesteigert.

Derartige Steigerungsraten in der Früherkennung lassen erwarten, dass zukünftig das Spektrum bösartiger Neubildungen eine deutlich geringfügigere Erkrankungsschwere aufweisen wird, da für viele Patienten ein frühzeitiger Behandlungsbeginn ihrer Krebserkrankung ermöglicht werden kann (vgl. Abbildung 18).

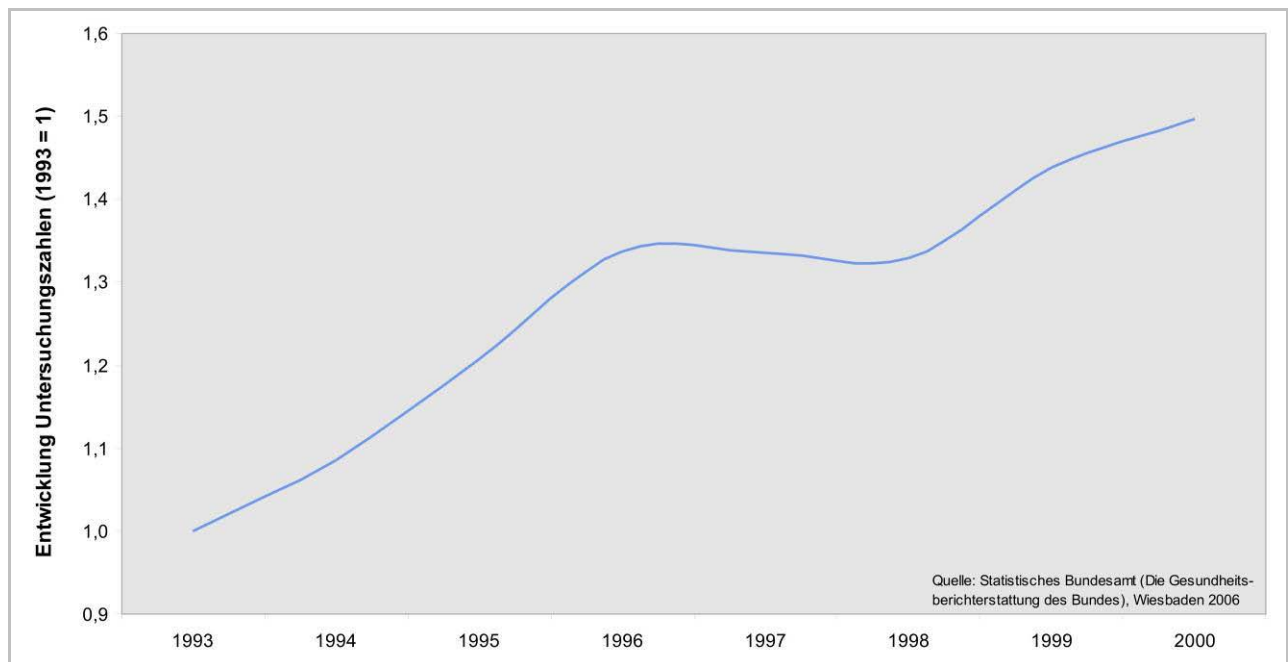


Abbildung 18: Entwicklung der Krebsvorsorge-Untersuchungen unter den Versicherten der GKV 1993-2000

Der gesamtpolitische Konsens einer bedeutenderen Rolle der Präventionspolitik in Deutschland lässt erwarten, dass Präventionsmaßnahmen zukünftig einen höheren Stellenwert im deutschen Gesundheitswesen haben werden. Langfristig betrachtet wird dies einen unmittelbaren Einfluss auf die Inzidenz vermeidbarer Erkrankungen in allen Lebensaltern und somit auch eine Auswirkung auf das zukünftig notwendige Leistungsspektrum von Krankenhausorganisationen haben.

Dies lässt folglich erwarten, dass dann auch Krankenhäuser zunehmend medizinische Dienstleistungsangebote mit präventivem Charakter in ihr bestehendes Leistungsspektrum aufnehmen werden. Auch die Ergebnisse der im Rahmen der Studierenerstellung durchgeführten Krankenhaus-Management-Umfrage lassen ein großes Interesse von Krankenhausmanagern am Aufgabenfeld "Präventivmedizin" erkennen. Dies betrifft zumindest Dienstleistungen der Präventivmedizin, die als Zusatzleistungen angeboten werden können (siehe Kapitel 10 "Die Krankenhaus-Management-Umfrage").

Die derzeitige Diskussion um ein Präventionsgesetz und seine Auswirkungen in der Zukunft darf jedoch nicht den Blick darauf verwehren, dass Maßnahmen zur Prävention auch schon in den letzten Jahren die Gesundheitslage und die Inanspruchnahme von Leistungen im deutschen Gesundheitssystem beeinflusst haben. Derartige Einflüsse lassen sich an verschiedenen Stellen aufzeigen.

So hat beispielsweise die primäre Prävention in Deutschland zu einer deutlichen Reduktion der Arbeitsplatzunfälle geführt. Neben der Verbesserung der primären Arbeitsschutzmaßnahmen und der Automatisierung im Produktionssektor liegt hier sicherlich ein Effekt vor, der auch durch die Verlagerung von Arbeitsplätzen aus dem industriellen Sektor in den Dienstleistungssektor bedingt ist, da diese in der Regel nicht über das gleiche Gefahrenspektrum verfügen wie traditionelle Industriearbeitsplätze.



Daneben reduzieren auch andere Maßnahmen - wie zum Beispiel die Einführung sicherheitstechnischer Neuerungen im Automobilbau (Airbags, ABS-Systeme) oder bauliche Maßnahmen im Straßenverkehr - das Risiko von schweren unfallbedingten Verletzungen. Die ständig zurückgehende Zahl der Verkehrstoten im deutschen Straßenverkehr kann in diesem Zusammenhang als ein indirekter Indikator für diese Entwicklung gewertet werden. Solche und ähnliche Entwicklungen ändern somit neben demographischen Faktoren ebenfalls das angebotene Leistungsspektrum von Krankenhäusern.

Neben Entwicklungen in der Arbeitswelt und im Straßenverkehr haben insbesondere auch ökologische Fragestellungen seit den 70er Jahren in Deutschland einen hohen Stellenwert in der Diskussion eingenommen. Dies hat nicht nur in Deutschland, sondern auch auf europäischer Ebene zur Einführung von strengeren Umweltauflagen geführt. Die angestrebte Reduktion oder Begrenzung von Umwelttoxinen durch gesetzliche Vorgaben und Richtwerte sind derzeit jedoch nur schwer in ihren Auswirkungen auf das zukünftige Leistungsspektrum von Krankenhäusern zu bewerten.

Dies liegt vor allem an zwei Umständen: Zum einen können derartige Maßnahmen nur in sehr langen Zeiträumen bewertet werden, da für viele Umwelttoxine eine Grundlast vorliegt, die teilweise sehr lange Halbwerts- und Verweilzeiten aufweisen kann (z.B. radioaktive Substanzen oder Schwermetalle). Gesetzliche Regelungen zur Reduktion derartiger Noxen werden also nicht kurzfristig zu einer Abnahme der unmittelbaren Belastung der Bevölkerung führen können. Daneben treten die gesundheitlichen Auswirkungen verschiedener Noxen häufig erst viele Jahre nach Exposition auf, so dass es bei vielen dieser Gefahrstoffe nur langfristig zu einer Veränderung der Inzidenzen der hervorgerufenen Erkrankungen kommt.

Zum anderen muss auch mit dem Auftreten neuer Umwelttoxine gerechnet werden, welche die Inzidenz bestehender Erkrankungen zukünftig ansteigen lassen können. Als Beispiel aus der jüngeren Zeit sei an dieser Stelle der sprunghafte Anstieg von Asthma-Bronchiale-Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter genannt, der in vielen Industrienationen zu beobachten ist. Der langfristige Charakter des Einflusses von Umwelttoxinen auf Erkrankungsinzidenzen weist somit weit über den in dieser Studie gewählten Betrachtungszeitraum hinaus. Folglich können keine verlässlichen Prognoseaussagen zu Veränderungen innerhalb der nächsten zwei Dekaden getroffen werden.

Neben den oben angeführten Entwicklungen im primären Präventionsbereich wird aber in einem mittelfristigen Betrachtungszeitraum den Maßnahmen und Entwicklungen aus dem Bereich der sekundären und tertiären Prävention möglicherweise eine höhere Bedeutung zukommen. Insbesondere die Entwicklung von Maßnahmen zur Erstdiagnostik von Erkrankungen hat in den letzten Jahren zu einer Verbesserung der Krankheitsfrüherkennung und damit teilweise zu einer günstigeren Therapieprognose geführt.

Beispielhaft für diese Entwicklung sind die Krebsfrüherkennung im Rahmen verbesserter bildgebender Diagnostik und Tumormarkerbestimmung sowie die kardiale Frühdiagnostik mit Hilfe der diagnostischen Herzkatheteruntersuchung. Berücksichtigt man die Tatsache, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen gemeinsam mit Krebserkrankungen zu den häufigsten Krankenhausdiagnosen gehören, wird deutlich, dass Maßnahmen der sekundären Prävention ein hohes Potenzial haben, Erkrankungshäufigkeiten oder -verläufe für eine große Zahl von Patienten nachhaltig zu beeinflussen.



Entwicklungen und Fortschritte im Rahmen präventiver Maßnahmen beschränken sich dabei nicht nur auf die medizintechnologisch bedingten Erfolgsfaktoren. Im Zusammenhang mit Maßnahmen aller drei Präventionsebenen müssen natürlich auch die veränderte Rolle und die Selbstbestimmung des Patienten in die Überlegungen einbezogen werden. Durch einen verbesserten Informationsfluss zwischen Gesundheitsdienstleistern und dem Patienten sowie durch die Möglichkeit, über internetbasierte Plattformen schnell und umfassend über gesundheitliche Themen informiert zu werden, kann der Patient zukünftig eine wesentlich aktivere Rolle in seinem eigenen Präventionsverhalten spielen.

Neben medizintechnologischen und pharmazeutischen Entwicklungen hat auch die aktive Patientenaufklärung sicherlich dazu beigetragen, dass eine Vielzahl von Erkrankungen zwar noch vorhanden, aber höhergradige und damit ressourcenaufwendigere Erkrankungsstadien zu einer Rarität geworden sind (z.B. Reduktion ausgeprägter Kropferkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland durch Jodanreicherung des Speisesalzes).

Im Rahmen der Vorbeugung von Krankheitsfolgeschäden (tertiäre Prävention) ist ebenso mit signifikanten Veränderungen des Erkrankungsspektrums innerhalb eines mittelfristigen Betrachtungszeitraums zu rechnen. Zu den richtungweisenden Maßnahmen in diesem Bereich gehören unter anderem die Implementierung von Disease-Management-Programmen (z.B. für Diabetespatienten), die Krankheitsfolgeschäden über die engmaschige und koordinierte Überwachung des Patienten und seiner chronischen Grunderkrankung zu vermeiden versucht.

Maßnahmen der tertiären Prävention bleiben dabei aber nicht allein auf chronische Erkrankungsformen beschränkt. Ein anderes Beispiel aus dem Akutsektor stellt die Erstellung koordinierter Schlaganfallkonzepte dar (z.B. Schlaganfallzentren in Baden-Württemberg), die auf eine frühzeitige Therapie während der Akutphase zur Verringerung der Inzidenz langfristiger Folgeschäden ausgerichtet sind.

Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention werden daher langsam, aber kontinuierlich ihren weiteren Einzug in unser Gesundheitssystem halten und damit auch zu einem entscheidenden Bestandteil im Dienstleistungsspektrum von Krankenhäusern werden.

Erwarteter Entwicklungstrend	
(5)	Zunehmende Bedeutung der Präventionsmedizin
(6)	Zunehmende Bedeutung des Patienten als Co-Therapeut
Erwartete Trendstabilität	
(5)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
(6)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
Prognosesicherheit	
(5)	Mittel bis hoch
(6)	Hoch



6.1.4 Das Alter – soziale Isolation zu zweit?

Die verlängerte Gesamtlebenszeit zukünftiger Generationen wird nicht darüber hinwegtäuschen können, dass es auch soziale Herausforderungen dieser Entwicklung geben wird. So ist die Zahl der Personen über 64 Jahren, die in Privathaushalten leben, seit 1991 um ca. 22 % gestiegen. Diese Zahl entspricht zunächst dem Gesamtwachstums dieser Altersgruppe in der Gesellschaft, so dass hier kein Hinweis auf eine strukturelle Änderung der Wohnsituation älterer Menschen ableitbar ist.

Daneben sind jedoch zwei Trends zu beobachten, die möglicherweise eine isolationsfördernde Wirkung haben: Zum einen ist in Deutschland eine deutliche Entwicklung zu Singlehaushalten älterer Personengruppen nachweisbar. Allein zwischen den Jahren 1991 und 2004 ist die Zahl der alleinlebenden Mitbürger in der Altersgruppe über 64 Jahre um rund 11 % gestiegen.

Damit blieb diese Steigerung zwar einerseits hinter der allgemeinen Zunahme an Singlehaushalten zurück (+ 28 %); andererseits hat diese Entwicklung jedoch zu einer absoluten Steigerung um rund 530.000 Singlehaushalten von Personen im Rentenalter geführt, die letztlich aus der großen allgemeinen Zuwachsrate der Bevölkerung in dieser Altersgruppe resultiert. Dieser Effekt ist bei isolierter Betrachtung der Hochaltrigen (über 75 Jahre) ebenso nachweisbar (vgl. Abbildung 19).

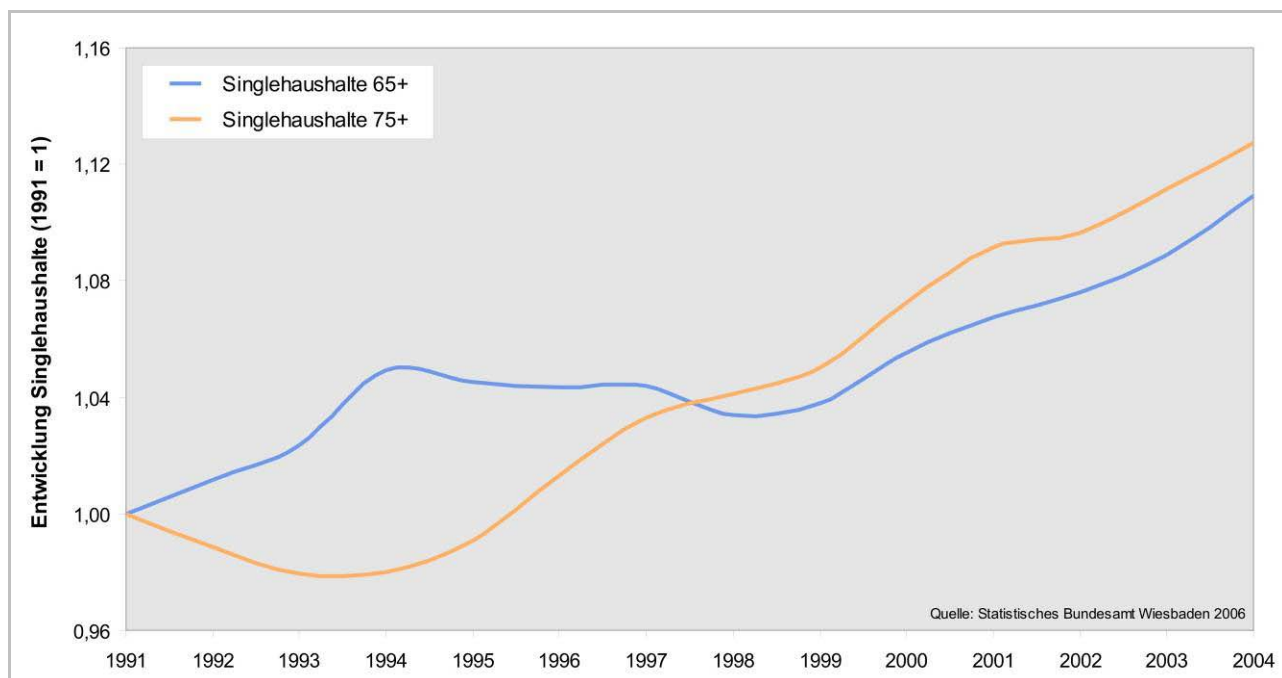


Abbildung 19: Entwicklung der Singlehaushalte der über 65- und über 75-Jährigen 1991-2004

Die insgesamt größte Zunahme verzeichneten jedoch die Rentnerhaushalte, in denen zwei und mehr Personen leben. Insbesondere ist dies bei den Hochaltrigen darstellbar, hier hat die Zahl der Mehrfachhaushalte inzwischen die Anzahl der Singlehaushalte erreicht (vgl. Abbildung 20).

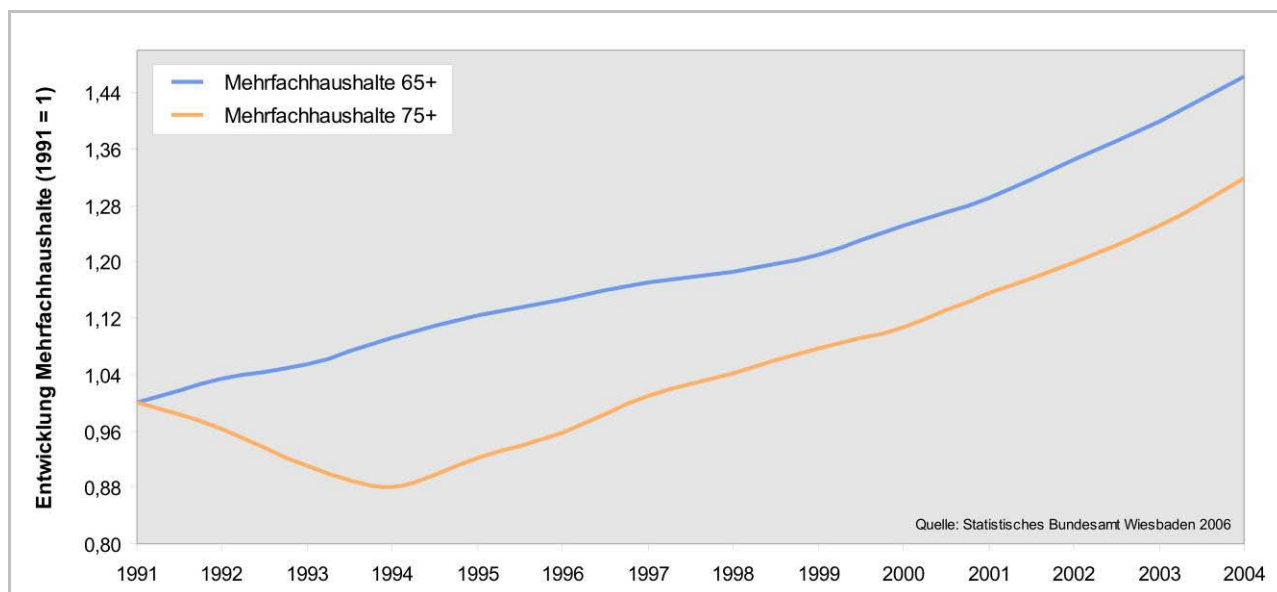


Abbildung 20: Entwicklung der Mehrfachhaushalte der über 65- und über 75-Jährigen 1991-2004

Diese Entwicklung wird letztlich auch dadurch unterstützt, dass von der allgemeinen Zunahme der Lebenserwartung beide Geschlechter profitiert haben. Bedingt durch die größere Überlebenszeitspanne von Männern jenseits des Erwerbstätigenalters kommt es zu einem größeren Anteil Verheirateter in dieser Altersgruppe. So hat erstmals im Jahr 2000 die Zahl der verheirateten, in Privathaushalten lebenden Personen über 64 Jahre die Zahl der Verwitweten in dieser Altersgruppe überstiegen (vgl. Abbildung 21).

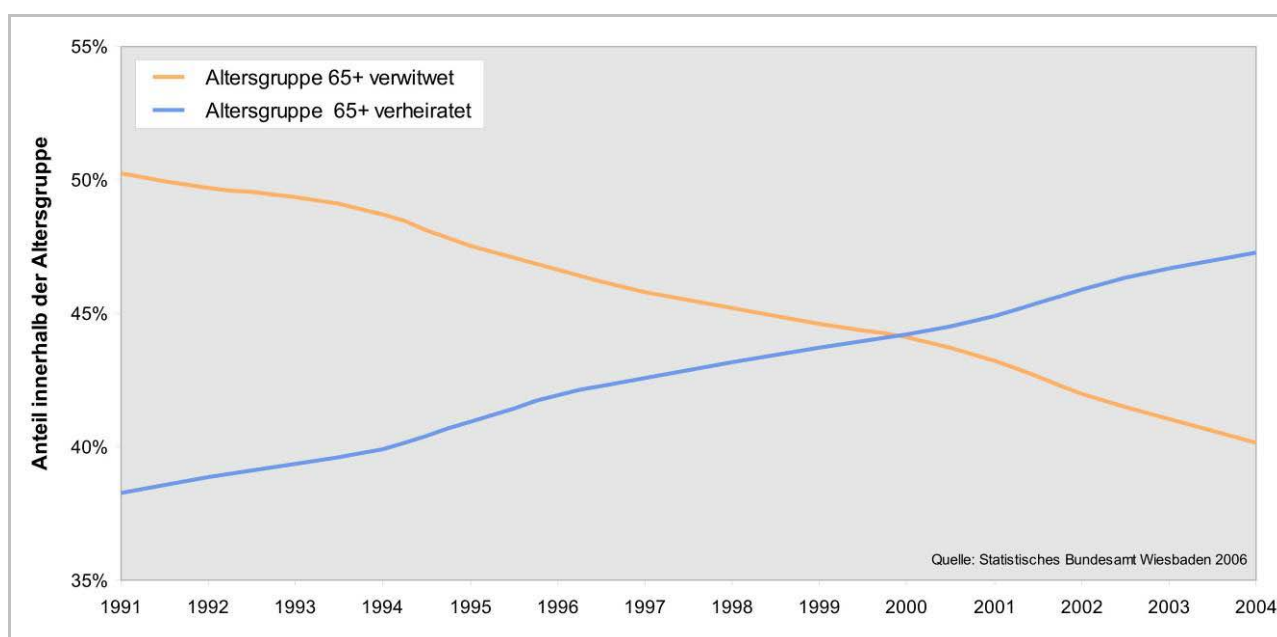


Abbildung 21: Entwicklung des Familienstands der über 65-Jährigen 1991-2004



Da in einem mittelfristigen Betrachtungszeitraum nicht von einer signifikanten Veränderung des zugrunde liegenden demographischen Faktors "Lebenszeitverlängerung" ausgegangen werden kann, ist eine weiter steigende Zahl altersgemeinschaftlicher Haushalte zu erwarten, die das typische Bild des alleinstehenden Rentners durch ein anderes, von Zweisamkeit geprägtes Bild in dieser Altersgruppe zunehmend ersetzt.

Darüber hinaus gibt es andererseits aber auch isolationsfördernde Entwicklungen, die aus der allgemeinen Demographie abgeleitet werden können. Vor allem steht zu befürchten, dass generationsübergreifende Solidarbeziehungen an Bedeutung verlieren werden, da die Kinder der sogenannten Babyboomer-Generation selbst über eine deutlich geringere Reproduktionsrate verfügen als ihre Elterngeneration.

Wenn die fallzahlstarke Babyboomer-Generation in der dritten Dekade dieses Jahrhunderts selbst in das Rentenalter eintritt, so spricht daher vieles dafür, dass zu diesem Zeitpunkt das Netzwerk jüngerer unterstützender Solidarpartner deutlich ausgedünnt sein wird (vgl. Abbildung 22). Dieser Effekt betrifft letztendlich nicht allein die geringere Anzahl eigener Kinder in dieser Generation, sondern bezieht sich auch auf die Anzahl der eigenen Geschwister und setzt sich weiter fort bis in die eigene Enkelgeneration. Auch diese beiden Gruppen zählen letztlich zur familiären Solidargemeinschaft.

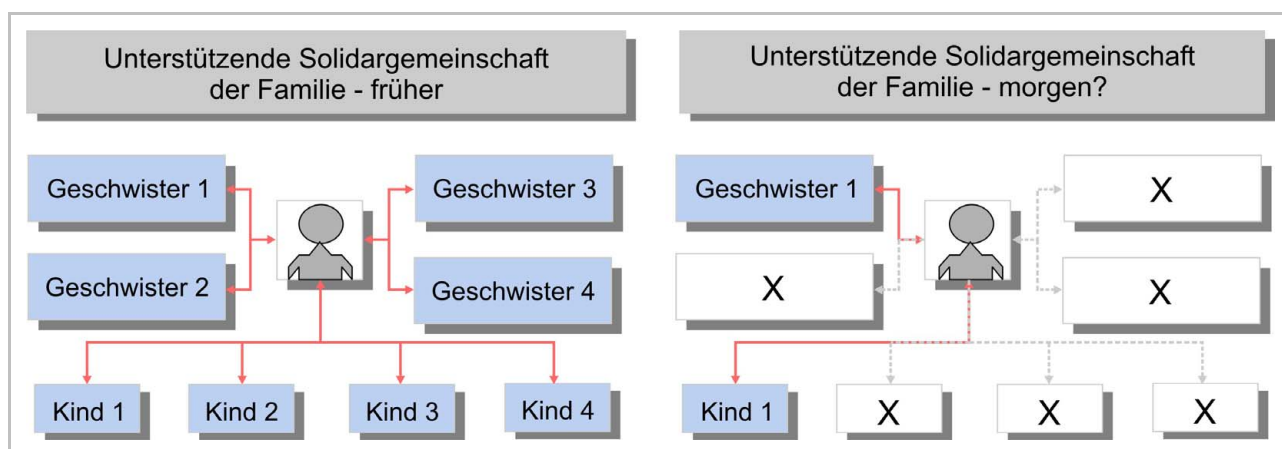


Abbildung 22: Familiäre Solidargemeinschaften früher und Szenario der Zukunft

Im Vordergrund der politischen Diskussion zu diesen Entwicklungen steht aktuell die Frage der volkswirtschaftlichen Tragfähigkeit unseres bisherigen Renten- und Sozialversicherungssystems unter einer derart gewandelten gesellschaftsdemographischen Grundlage. Doch unter den Vorzeichen einer älter werdenden Bevölkerung stellt sich neben den monetären Belastungen und ihrer sozialgerechten Verteilung ebenso die Frage nach dem sozialen Druck, dem die zukünftigen Generationengemeinschaften ausgesetzt sein werden. Dieser soziale Druck ist dabei auf beide betroffenen Generationengruppen verteilt: Die jüngere Generation muss dann nämlich eine verstärkte soziale Verantwortung für eine immer größer werdende Gruppe von älteren Mitbürgern tragen. Eine Aufgabe, die sich bis dato noch auf die relativ große Gruppe der Babyboomer-Generation verteilt.



Die zukünftig ältere Generation wird sich dagegen weniger auf familiäre Solidarstrukturen stützen können als die heutigen Rentner. Neben den finanziellen Auswirkungen dieser demographischen Schieflage wird insbesondere durch den zunehmenden Verlust der sozialen Bindungsgeflechte die Gefahr einer intergenerationellen Isolierung für künftige Altersgenerationen deutlich zunehmen.

Derartig tiefgreifende Veränderungen des sozialen Solidargerüsts innerhalb einer Gesellschaft werden möglicherweise auch deutliche Auswirkungen auf die Inzidenz psychologisch bedingter Alterserkrankungen haben. Während bei somatischen Erkrankungen des höheren Alters mit einer Verbesserung gerechnet werden kann (siehe hierzu auch Kapitel 6.1.2), ist die Situation bei den psychologischen Erkrankungsbildern möglicherweise anders zu bewerten.

In der Zusammenfassung zeigen die beiden Hauptentwicklungstendenzen daher zunächst widersprüchliche Entwicklungen auf. Während zum einen eine längere Bindungsphase von Ehepaaren in höheren Lebensabschnitten durch die für beide Geschlechter gestiegene Lebenserwartung wahrscheinlich ist, werden die eingeschränkteren Kontakte zu nachfolgenden Generationen eine soziale Isolierung möglicherweise begünstigen. Inwieweit andere Gesellschaftsmodelle diese Entwicklungen beeinflussen werden, ist nicht absehbar, im mittelfristigen Betrachtungshorizont sind sie jedoch eher als unwahrscheinlich zu bezeichnen.

Erwarteter Entwicklungstrend	
(7)	Zunahme altersgemeinschaftlicher Lebensphasen
(8)	Verkleinerung der Familienverbände
(9)	Entkopplung sozialer Bindungen zu nachfolgenden Generationen
Erwartete Trendstabilität	
(7)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
(8)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
(9)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
Prognosesicherheit	
(7)	Mittel bis hoch
(8)	Hoch
(9)	Mittel



6.1.5 Das Comeback des älteren Mitarbeiters

Die Relevanz der demographischen Alterung in unserer Gesellschaft gründet nicht allein auf einer älteren Generation, die als potenzielle Patienten einen wachsenden Gesundheitsmarkt in Anspruch nehmen; es muss gleichermaßen davon ausgegangen werden, dass auch die Arbeitnehmer wieder einen höheren Altersdurchschnitt aufweisen werden als dies in den vergangenen Jahren der Fall war.

Drei Gründe sprechen für diese Entwicklung:

- (1) Der Bedarf an Arbeitskräften wird nicht mehr wie bisher durch eine nachrückende, kopfzahlstarke jüngere Generation gedeckt werden können, die auf den Arbeitsmarkt drängt. Das aktuell bestehende Problem von Jugendarbeitslosigkeit und Ausbildungsplatzmangel wandelt sich, aus demographischer Sicht betrachtet, in einen Zustand des Arbeitskräftemangels bezogen auf die jüngere Generation.

Diese Entwicklung wird auch Krankenhäuser als Ausbildungsträger treffen. Bezogen auf die Zahl der Ausbildungsplätze im Krankenhaus im Jahr 2004 zeigt sich, dass der Bevölkerungspool der 15- bis 30-Jährigen in Deutschland schon in den 90er Jahren leicht rückläufig war. Dies bedeutet, dass für ein zur Verfügung stehendes Ausbildungspotenzial (Stand 2004) weniger Menschen im Ausbildungsalter vorhanden waren.

Diese Situation wird sich in der ersten Dekade dieses Jahrhunderts zwar kurzfristig entspannen, spätestens ab der zweiten Dekade sinkt jedoch der zur Verfügung stehende Bevölkerungspool für Ausbildungsplätze im Krankenhaus rasch und deutlich ab. Es ist zu erwarten, dass dieser Bevölkerungspool bis zum Jahr 2035 auf rund 80 % seines Ausgangswerts absinkt (vgl. Abbildung 23).

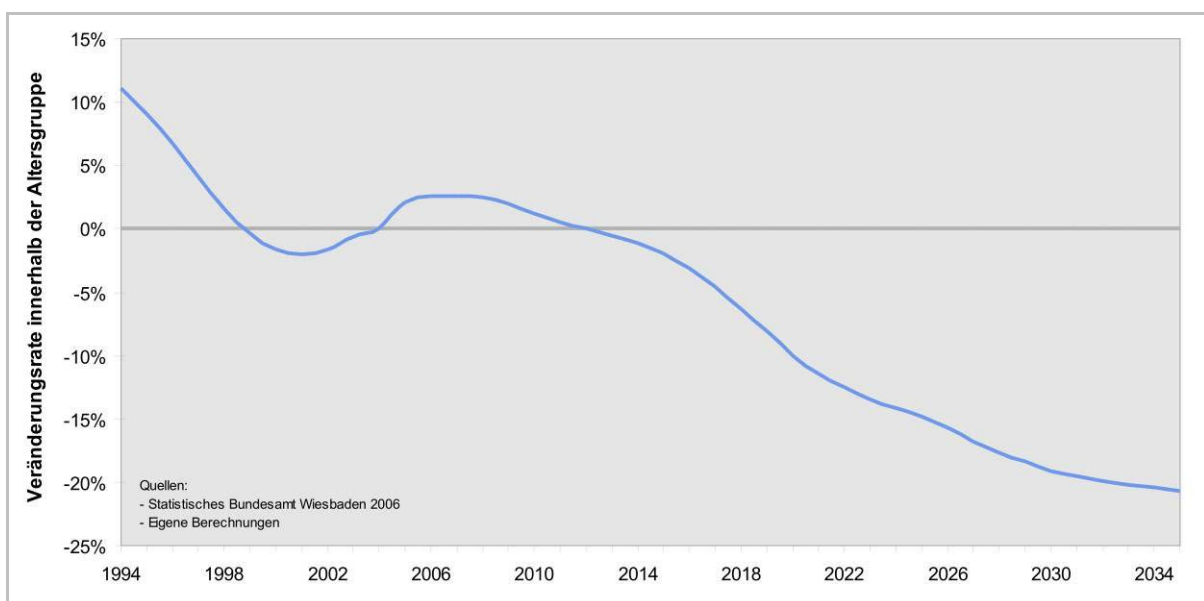


Abbildung 23: Prognose des Bevölkerungspools der 15- bis 30-Jährigen im Verhältnis zu Ausbildungsplätzen im Krankenhaus



Diese Entwicklung kann nur durch zwei Faktoren beeinflusst werden: Zum einen könnte durch eine steigende Attraktivität des Ausbildungs- und Arbeitsplatzes "Krankenhaus" der Anteil an Jugendlichen, die sich für eine entsprechende Karriere interessieren, gesteigert und somit ein teilweiser Ausgleich zum sinkenden Bevölkerungspool hergestellt werden. Ein solcher Attraktivitätsgewinn ist unter den derzeitigen Verhältnissen im Krankenhaus aber nur schwer vorstellbar - die Realität spricht eher für eine Abwanderung des klinischen Personals in andere Erwerbssparten.

Auf der anderen Seite könnte ein sinkender Personalbedarf im Krankenhauswesen den Verlust in der Generation der Auszubildenden auffangen. Der Verlust junger Arbeitskräfte würde sich im Fall eines zukünftig rückläufigen Personalbedarfs weniger deutlich auswirken, da hierbei die Zahl der Ausbildungsplätze im Krankenhaus gesenkt und somit das Verhältnis der Ausbildungsplätze zum entsprechenden Bevölkerungspool stabil bleiben könnte. Auch diese Variante muss jedoch angesichts der steigenden Patientenzahlen in deutschen Krankenhäusern als eher unwahrscheinlich betrachtet werden.

Das Krankenhaus der Zukunft wird sich daher auf den Beschäftigtenpool älterer Mitarbeiter stützen müssen, um seine Dienstleistungen in gleichem Umfang aufrechterhalten bzw. ausbauen zu können. Dies gilt in gleicher Weise auch für andere Erwerbszweige, so dass hier ähnliche Entwicklungen in den jeweiligen Ausbildungssystemen zu erwarten sind.

Den vermeintlichen Luxus eines Renteneintrittsalters von unter 60 Jahren wird sich eine Gesellschaft vor dem Hintergrund eines alternden Bevölkerungsaufbaus nicht mehr leisten können. Inwieweit Automatisierung und Rationalisierung den Verlust des Produktionsfaktors "Arbeitskraft" ersetzen können, bleibt fraglich, da mit einer weiteren Verlagerung von Arbeitsplätzen aus dem Industriesektor in den Dienstleistungsbereich gerechnet werden muss.

- (2) Der bestehende Generationenvertrag der Rentenversicherung wird bei einem zunehmenden Ungleichgewicht zwischen Beitragszahlern (sozialversicherte Beschäftigte) und Leistungsbeziehern (Rentner und Pensionäre) nicht mehr aufrecht zu erhalten sein. Vor diesem Hintergrund hat daher auch in der politischen Debatte eine Diskussion über die sukzessive Erhöhung des Rentenalters auf 67 Jahre eingesetzt.

Unter diesen Gesichtspunkten erscheint eine Erhöhung des Renteneintrittsalters unvermeidlich zu sein. Hierdurch würden zwei Jahrgänge zusätzlich als Erwerbspersonen geführt werden, welche die Rentenlast für die Gesamtheit der Erwerbstätigen senken sollen. Vor allem eine sich dem Rentenalter nähernde "Babyboomer"-Generation wird zwischen den Jahren 2015 und 2030 zu einer zusätzlichen Steigerung der Anzahl von Personen im Erwerbstätigenalter jenseits des 50. Lebensjahrs führen (vgl. Abbildung 24).



Zukunft für das Krankenhaus Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation

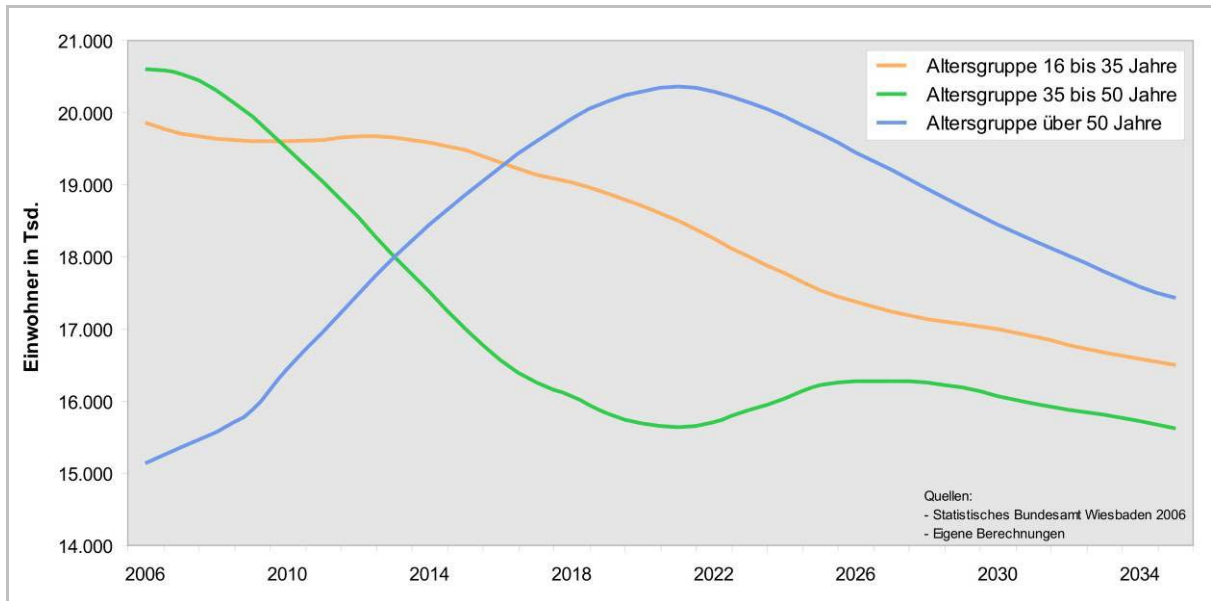


Abbildung 24: Entwicklung der Altersgruppenverteilung im Erwerbstätigenalter in Deutschland 2006-2035

Hierbei ist jedoch festzustellen, dass diese "Welle" einmalig die Altersgruppen "durchwandert". Im Jahr 2035 ist die "Babyboomer"-Generation schon gänzlich im Rentenalter angekommen (unter Annahme eines zukünftigen Renteneintrittsalters von 67 Jahren). Das Verhältnis der unterschiedlichen Altersgruppen im Erwerbstätigenalter "normalisiert" sich gleichermaßen, die Verteilung erscheint wieder homogener (vgl. Abbildung 25).

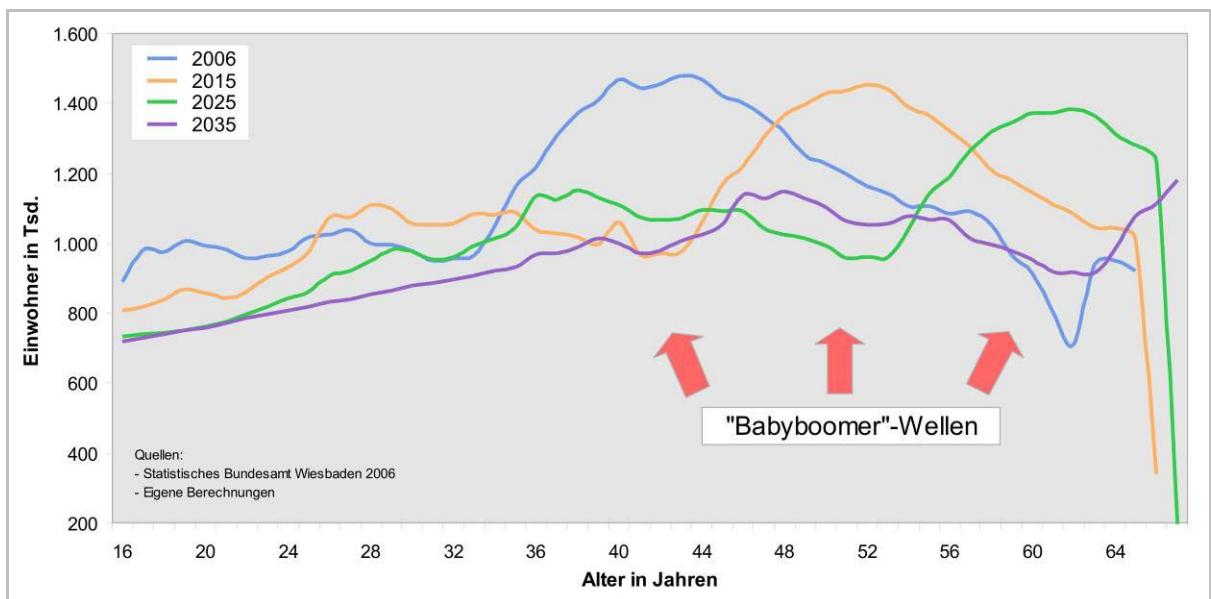


Abbildung 25: Personen im Erwerbstätigenalter 2006-2035 (bei sukzessiver Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre)



Auch für Krankenhäuser ist diese Entwicklung relevant, da hierdurch mit einem Anwachsen der Gruppe der älteren Mitarbeiter bis zum Jahr 2035 gerechnet werden kann. In diesem Zeitraum stellt die Altersgruppe der über 50-Jährigen gleichsam das "Arbeitskräftereservoir" für Krankenhäuser dar, über die sie den demographisch bedingten Rückgang der jüngeren Mitarbeitergruppen ausgleichen müssen. Ab der vierten Dekade dieses Jahrhunderts wird dann jedoch der demographische Schwund alle Erwerbstätigenaltersgruppen gleichermaßen erfasst haben, die Ressource "Personal" wird spätestens zu diesem Zeitpunkt zur kostbaren Mangelware.

- (3) Für hochspezialisierte und von Arbeitskräftemangel gefährdete Berufsgruppen im Gesundheitssystem, wie Ärzte und Krankenpflegepersonal, wird möglicherweise ein weiterer Faktor eine Trendumkehr zum älteren Mitarbeiter begünstigen. Dem Nachwuchsmangel durch die demographische Entwicklung und teilweise auch durch eine abnehmende soziale Attraktivität dieser Berufsgruppen können Gesundheitsdienstleister nur durch verstärktes eigenes Engagement in Ausbildung und Mitarbeiterförderung begegnen.

Damit wird aber der einzelne Mitarbeiter zu einer wertvollen Ressource, in die der Arbeitgeber verstärkt investieren muss. Eine möglichst lange Beschäftigungsdauer dieser Mitarbeiter wird daher anzustreben sein. Krankenhäuser, die ihre Personalpolitik unter diesem Gesichtspunkt betreiben, werden zukünftig bestrebt sein, ihre älteren und erfahrenen Mitarbeiter möglichst lange im Berufsprozess zu halten.

Erwarteter Entwicklungstrend	
(10)	Anstieg älterer Mitarbeiter im Krankenhauswesen
(11)	Personalmangel aller Altersgruppen ab der vierten Dekade
Erwartete Trendstabilität	
(10)	Tendenz zur Trendumkehr
(11)	Tendenz zur Trendumkehr
Prognosesicherheit	
(10)	Mittel bis hoch
(11)	Mittel



6.2 Gesellschaftlicher Wertewandel

6.2.1 Flexiblere Lebensabschnittsplanung

Innerhalb der westlichen Wertegemeinschaft ist ein umfassender Wertewandel eingeläutet. Der normative Arbeitsethos, der in den vergangenen Jahren das Arbeitsleben der Beschäftigten geprägt hat, divergiert zunehmend von der Lebenswirklichkeit einer Vielzahl von Beschäftigten. Entsprechend früher noch eine horizontale Entwicklung des Arbeitslebens mit einer Karriereentwicklung in einem einzigen Berufsfeld der anzustrebenden Norm, so sind in den letzten Jahren vermehrt Lebensbiographien entstanden, die nicht mehr in dieses traditionelle Schema passen.

Einschneidende Veränderungen zum Ende des 20. Jahrhunderts - wie unter anderem die rasante technologische Entwicklung, der qualitative Wandel in der Kommunikation durch das Internet oder die Globalisierung der Arbeits- und Absatzmärkte - haben in wachsendem Maße zu vertikalen Brüchen in der Beschäftigungsbiographie vieler Selbständiger und abhängig Beschäftigter geführt.

Diese Verwerfungen gehen insbesondere bei den Älteren mit sozialen Ängsten einher, die ihren Karrierebeginn noch zu Zeiten mit anderen Vorzeichen begonnen haben. Der Verlust der Lebensplanung geht dabei auf verschiedenen Ebenen einher. Diese Umwälzung umfasst häufig nicht allein den Verlust des (langjährigen) Arbeitsplatzes, sie kann darüber hinaus auch den Verlust anderer sozialer Sicherungspunkte - wie der Schwund der Beschäftigungsrelevanz der eigenen Ausbildung (durch Wandel der eingesetzten Technik) oder der sozialen Anerkennung eines Berufsbildes - bedeuten.

Die jüngere Bevölkerung, die zukünftig in das Arbeitsleben einsteigt, wird daher unter gänzlich unterschiedlichen Vorzeichen ihre Lebens- und Berufsplanung setzen müssen. Die lebenslange Flexibilität bezüglich des eingeschlagenen Lebenswegs wird ebenso selbstverständlich sein wie die Bereitschaft, auch noch im höheren Beschäftigungsalter alternative Berufswege einzuschlagen.

Die Ergebnisse des Mikrozensus 2003 zeigen, dass innerhalb eines Jahres rund 10 % der Erwerbstätigen ihren Arbeitsplatz gewechselt haben. Für rund 60 % dieser Arbeitnehmer ging der Arbeitsplatzwechsel gleichzeitig mit einem Berufswechsel einher [20]. Entwicklungen wie diese werden zwangsläufig auch dazu führen, dass sich eine langfristige berufliche Planung eher an einem "Karrieregrundsatz" orientieren wird, ohne diesen mit einem konkreten Beschäftigungsverhältnis oder einer bestimmten Beschäftigungsart zu verbinden. Die Bewertung des "Karriereerfolgs" wird nicht mehr allein unter dem Vorzeichen der konstanten Verfolgung eines einmal eingeschlagenen Berufswegs in einem horizontalen Karriereweg erfolgen, sondern sich vermehrt auf die Fähigkeit zu einer flexiblen vertikalen Berufsentwicklung konzentrieren.

Für das Krankenhaus werden diese Entwicklungen vor allem dadurch relevant, dass sich auch die Erwerbstätigkeitsstruktur seiner Patienten ändert und somit die Nachfrage nach flexibleren Dienstleistungszeiten im Krankenhaus steigt. Laut Erhebungen des Statistischen Bundesamts war 2003 nahezu die Hälfte aller Erwerbstätigen in Wochenend-, Nacht- und/oder Schichtarbeit eingebunden. Seit dem Jahr 1991 ist diese Zahl mit 6 Prozentpunkten deutlich angestiegen [20].



In dem Maße wie Arbeitszeiten außerhalb der Regelarbeitszeit für Erwerbstätige in Deutschland zur Normalität werden, steigt auch der Anspruch an das Krankenhaus, seine Dienstleistungszeiten - vor allem im ambulanten und kurzzeitstationären Sektor - an die berufliche Realität seiner Patienten anzupassen. In der Praxis bedeutet dies eine Ausweitung seiner regulären Servicezeiten auf die Abendstunden, Wochenenden und gegebenenfalls auch Feiertage.

Berufs- und Arbeitsplatzwechsel bedingen neben einer Veränderung des Beschäftigungsverhältnisses häufig auch einen Wohnsitzwechsel. Insbesondere Abwanderungen aus strukturschwachen Regionen haben für die Beschäftigten oft einen Umzug in ein anderes Bundesland zur Folge. Auch dies bleibt nicht ohne Folgen für das Krankenhaus, da mit dem Fortzug nicht nur der potenzielle Patient, sondern in der Regel auch die weiteren Personen der Haushaltsgemeinschaft (Ehepartner, Kinder) das Einzugsgebiet ihres bisherigen Krankenhauses verlassen. Die langfristige Bindung eines Patienten an "sein" Krankenhaus und die medizinische Begleitung eines Beschäftigten über lange Lebensabschnitte wird also vor allem dann schwieriger, wenn im Einzugsgebiet eine langfristige wirtschaftliche Strukturschwäche vorliegt, die zu einer höheren Emigrationsrate führt.

Möglicherweise werden die Anpassungen der Dienstleistungszeiten auch noch auf andere Weise Einfluss auf das zukünftige Leistungsspektrum von Krankenhäusern haben. Bei zunehmender Kurzlebigkeit der Beschäftigungsverhältnisse und einem höheren Anteil von Beschäftigten, deren Arbeitszeiten auch außerhalb der Regelarbeitszeiten liegen, wird auch die persönliche Belastung dieser Arbeitnehmer steigen.

Schichtdienste und die Schwierigkeiten einer erschwerten persönlichen Lebenszeitgestaltung für Mitarbeiter in einer heterogener werdenden Arbeitswelt führen damit eventuell auch zu einem Anstieg psychosomatisch bedingter Erkrankungen; diese können als eigenständige Grunderkrankung oder als Co-Morbidität im Gefolge somatischer Erkrankungen auftreten. Dies kann die Entwicklung bestärken, Diagnose und Therapie von psychosomatischen Krankheitsbildern verstärkt in das eigene Leistungsportfolio aufzunehmen.

Erwarteter Entwicklungstrend	
(12)	Anpassung der Krankenhausleistungen an Lebensrealitäten der Patienten
(13)	Zunahme psychosomatischer (Begleit-)Erkrankungen
(14)	Zunehmende Probleme im Aufbau langfristiger Kundenbeziehungen in strukturschwachen Regionen
Erwartete Trendstabilität	
(12)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
(13)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
(14)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
Prognosesicherheit	
(12)	Hoch
(13)	Mittel
(14)	Mittel



6.2.2 Balance zwischen Beruf und Privatleben – die Freizeitgesellschaft im Umbruch

Die Notwendigkeit zur beruflichen Flexibilität wird letztlich auch die private Lebensplanung nachhaltig beeinflussen. Berufliche Flexibilität bedeutet dabei nicht zwangsläufig, dass der Anteil der Erwerbsarbeit an der Gesamtzeitverwendung steigt. Vielmehr zeigt die Entwicklung seit 1991, dass der Anteil der Teilzeitbeschäftigten unter den Erwerbstätigen in Deutschland um rund 50 % zugenommen hat, während die Anzahl der Gesamtbeschäftigten und der Vollzeiterwerbstätigen im gleichen Zeitraum rückläufig war (-7 % bzw. -17 %, vgl. Abbildung 26).

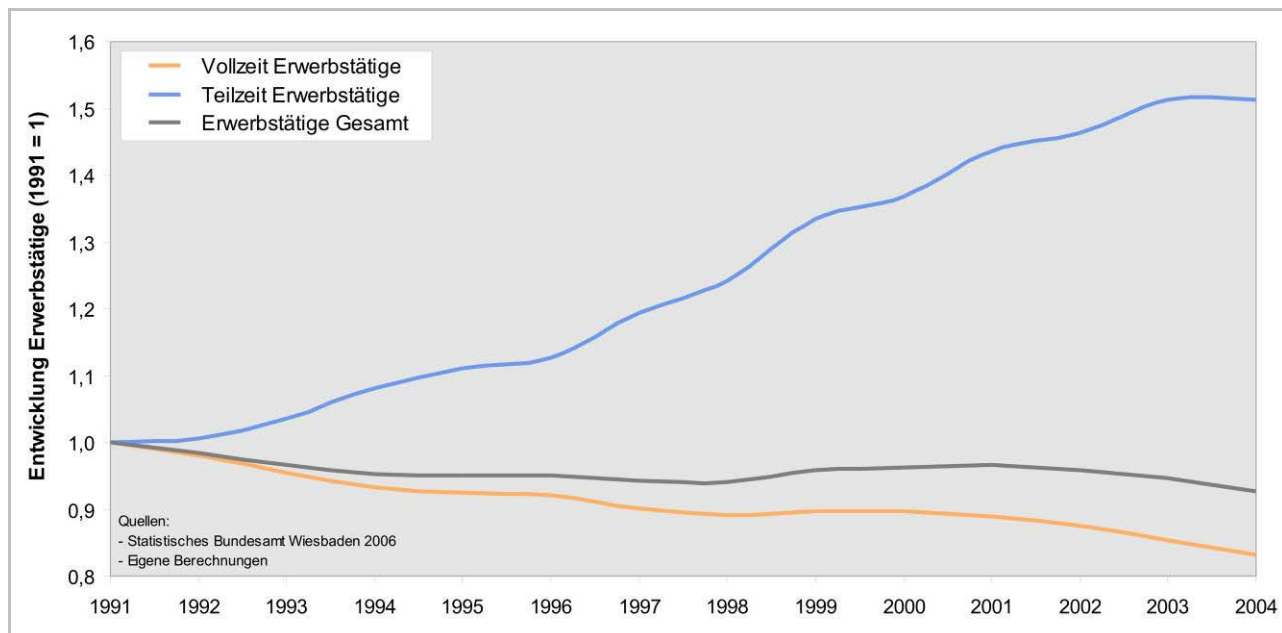


Abbildung 26: Entwicklung der Vollzeit- und Teilzeit-Erwerbstätigen sowie der Gesamtzahl an Erwerbstätigen 1991-2004

Ursächlich für diese Entwicklung ist wohl weniger ein "freiwilliger" Rückzug von Arbeitnehmern aus dem Vollerwerbsleben, sondern vielmehr ein durch Arbeitsplatzmangel und hohe Arbeitslosigkeit geprägter Beschäftigungsmarkt. Die Situation auf dem Arbeitsmarkt leistet daher einer Verlagerung von Vollzeit- in Teilzeit-Arbeitsplätzen und einer Schaffung von Altersteilzeit-Beschäftigungen Vorschub.

In diesem Fall ist jedoch möglicherweise weniger von einem fortwährend stabilen Trend auszugehen, sondern von einem Effekt, der durch die aktuelle Arbeitsmarktsituation in Deutschland geprägt ist. Dafür spricht insbesondere, dass der Übergang von Vollzeit- zu Teilzeitbeschäftigung nicht beschäftigungsneutral, sondern unter gleichzeitigem Verlust der Gesamtzahl der Erwerbstätigen vonstatten gegangen ist. Unter den Vorzeichen eines zukünftigen Arbeitskräftemangels (siehe hierzu auch Kapitel 6.1.5) ist in Zukunft daher möglicherweise auch eine Trendumkehr denkbar, die erneut zu einem höheren Anteil an Vollzeitbeschäftigten führt.



Der Übergang von einer Industrie- zu einer Dienstleistungsgesellschaft führt also nicht zwangsläufig zu einem höheren Anteil an Freizeit und Freizeitaktivitäten in der erwerbstätigen Bevölkerung. Insbesondere die Dienstleistungsarbeitsplätze im Krankenhaus werden durch das notwendige Angebot flexibler Zeiten der Leistungserbringung eine Zerstückelung der Zeitverwendung aufweisen, welche Arbeitnehmer und ihre Familien vor eine besondere Herausforderung stellt.

Der Blick auf die Gruppe der Erwerbstätigen allein ist jedoch nicht ausreichend, um die Situation in der Gesamtgesellschaft zu beschreiben. Drei andere Bevölkerungsgruppen prägen nachhaltig das Gesamterscheinungsbild; hierzu gehören

- (1) Personen in Aus- und Weiterbildung, die noch keine Haupterwerbstätigkeit ausüben,
- (2) Personen jenseits des Erwerbstätigenalters sowie
- (3) Personen, die eine nicht bezahlte Erwerbstätigkeit ausüben.

In der allgemeinen Hochschul-Diskussion stand lange Zeit die im internationalen Vergleich äußerst lange Studiendauer in Deutschland mit einem folglich hohen Altersdurchschnitt der Absolventen im Vordergrund. Im Zuge der europaweiten Angleichung der Studienfächer und -inhalte sowie durch die Verkürzung der Ausbildungszeiten im sekundären Bildungsbereich (Verkürzung der Schulzeit bis zur Erlangung der allgemeinen Hochschulreife auf 12 Jahre) kann mit einer zunehmenden Anpassung der Studienzeiten in Deutschland an das internationale Vergleichsniveau gerechnet werden.

Diese Diskussion lässt aber zunächst außer acht, dass die allgemeine Studienanfängerquote in Deutschland mit lediglich 30 % (2000) ein deutliches Schlusslicht im europäischen Vergleich einnimmt [21]. Durch eine zunehmende Akademisierung vieler Berufszweige sowie im Zuge einer Angleichung und Harmonisierung der Ausbildungswege innerhalb Europas kann daher von einer zukünftigen Steigerung der Studienanfänger- und -absolventenquote ausgegangen werden.

Somit steht einer möglichen Senkung des Durchschnittsalters von Studienabsolventen in Deutschland eine Steigerung des Anteils von Studierenden in der Altersgruppe der 20- bis 30-Jährigen gegenüber. Anteilig muss daher zukünftig mit einer höheren Zahl noch nicht erwerbstätiger Personen gerechnet werden, die sich noch in ihrer Studiausbildung befinden.

Für den Fall, dass es - wie aktuell in der politischen Diskussion erörtert - bis 2029 zu einer Anhebung des Renteneintrittsalters um zwei Jahre kommen wird, so soll dies einen Beitrag dazu leisten, das Verhältnis der Erwerbstätigen zur Gruppe der Bevölkerung jenseits des Erwerbstätigenalters in einem Gleichgewicht zu halten.

Dies kann die Auswirkungen des Alterungsprozesses unserer Gesellschaft auf die sozialen Sicherungssysteme jedoch lediglich lindern. Auch bei Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre würde der Anteil der Personen jenseits des Erwerbstätigenalters gegenüber der erwerbstätigen Bevölkerung deutlich steigen. Allein um das Verhältnis der Erwerbspersonen zu Rentnern auf dem heutigen Niveau konstant zu halten, müsste das Renteneintrittsalter im Jahre 2029 zumindest auf das 70. Lebensjahr angehoben werden (vgl. Abbildung 27).

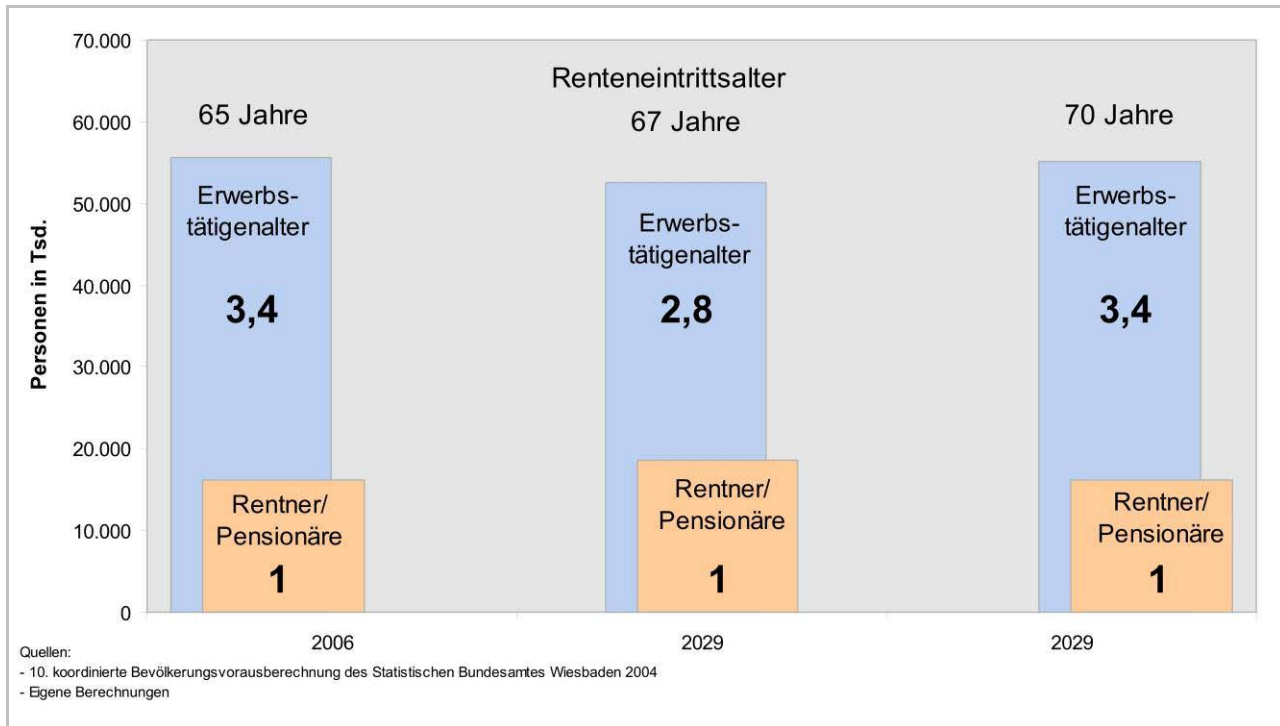


Abbildung 27: Verschiedenen Szenarien des Renteneintrittsalters - Absolute Anzahl und Verhältnis der Personen im Erwerbstätigenalter (ab 16 Jahre) zu Personen jenseits des Erwerbstätigenalters

Auch im Fall einer Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre bis zum Jahr 2029 würde der Anteil von Personen jenseits des Erwerbstätigenalters immer noch um rund 15 % auf ca. 18,6 Mio. steigen, da die allgemeine Lebenserwartung im gleichen Zeitraum überproportional ansteigt. Hieraus ergibt sich eine "Freizeitphase", die nicht parallel zur Erwerbstätigkeit entsteht, sondern ihr in einer verlängerten Rentenbezugszeit nachfolgt. Bei einer im Vergleich zu heute verbesserten gesundheitlichen Situation älterer Mitbürger (siehe hierzu auch Kapitel 6.1.2) entsteht hier für viele ein neuer Gestaltungsspielraum, den es zu füllen gilt. Die Situation eines "Unruhestandes" wird sich für die dann aus der Erwerbstätigkeit ausscheidende "Babyboomer"-Generation damit noch verschärfen.

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang natürlich auch, wie viele Personen im Erwerbstätigenalter einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen. Dieser Anteil ist seit 1991 deutlich zurückgegangen. Steigt dieser Anteil zukünftig wieder an, so entstünde daraus eine zusätzliche Entlastung des sozialen Sicherungssystems.

Das Krankenhaus rekrutiert seine Patienten nicht ausschließlich aus der Gruppe der Erwerbstätigen, die einer regulären Beschäftigung nachgehen. Neben Rentnern, Pensionären, Kindern, Jugendlichen und in der Ausbildung befindlichen Personen muss die Betrachtung auch Personen mit Beschäftigungen, die normalerweise ohne Bezahlung geleistet werden, einbeziehen. Hierzu gehören Tätigkeiten im Haushaltsbereich, Erziehungs-, Pflege- und Betreuungsleistungen innerhalb der Familie sowie ehrenamtliche Tätigkeiten.



Diese Tätigkeiten werden häufig parallel zu einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung geleistet, für viele Personen sind sie jedoch alleiniger Beschäftigungsinhalt. Das Gesamtvolumen dieser Tätigkeiten wird dabei häufig unterschätzt. Eine gemeinsame Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Statistischen Bundesamt konnte aufzeigen, dass der wöchentliche Anteil dieser Tätigkeiten den zeitlichen Aufwand für bezahlte Beschäftigung im Jahreszeitraum 2001/2002 deutlich überstieg (25 zu 17 Std.). Allein der Wert der unbezahlten Tätigkeiten wird auf ein Gesamtvolumen von rund 684 Mrd. € im Jahr 2001 geschätzt [22].

Eine Prognose des zukünftigen Volumens unbezahlter Tätigkeiten ist schwierig. Es ist jedoch davon auszugehen, dass bei gleichbleibender oder sinkender Geburtenrate der Anteil an häuslichen Erziehungstätigkeiten rückläufig oder zumindest konstant bleiben wird. Für das Krankenhaus relevant ist dabei der Anteil von Personen, die Familienangehörige in einer häuslichen Pflege betreuen. Angesichts des steigenden Anteils Hochaltriger in einer Gesellschaft mit einer sinkenden Anzahl jüngerer Personen wird deutlich, dass Pflegetätigkeiten zukünftig durch eine kleinere Anzahl von Personen dieser Altersgruppe geleistet werden müssen. Während früher mit dem Auszug der Kinder aus der häuslichen Familiengemeinschaft für die Altersgruppe der über 50-Jährigen eine Phase der neuen "Lebensfreiheit" entstanden ist, wird für künftige Generationen zu diesem Zeitpunkt möglicherweise eine länger andauernde Verpflichtung zur Pflege älterer Familienangehöriger einsetzen.

Eine derartige Entwicklung hätte für das Gesundheitssystem eine doppelte Relevanz: Zum einen müsste mit einer höheren Rate gesundheitlicher Beeinträchtigungen für pflegende Angehörige gerechnet werden (v.a. "pflegetypische" Krankheitsbilder wie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder psychische Erkrankungen). Andererseits bedeutet dies aber auch, dass die eigene Erkrankungsphase innerhalb dieser Personengruppe anders organisiert werden muss als dies heute der Fall ist, da nun in einem höheren Maße mit dem Vorhandensein abhängiger Familienangehöriger unter den Patienten dieser Altersgruppe zu rechnen ist.

Die Beispiele zeigen, dass die künftige Balance zwischen Berufs- und Privatleben eine andere als die heutige sein wird, da sich die Alterspyramide unserer Gesellschaft ändert. Teil der Betrachtung muss dabei auch unser zukünftiges Verständnis von Freizeit- und Privatleben sein.

Die Definition ist dabei durchaus generationenabhängig. Zellmann und Opaschowski sprechen in diesem Zusammenhang von dem Entstehen einer neuen Lebenszeitformel, die sich nicht nur auf das sich wandelnde Verhältnis von Arbeits-, Regenerations- und Freizeit beschränkt, sondern auch unsere unterschiedliche Auffassung, was Freizeit eigentlich bedeutet. Sie weisen darauf hin, dass der Freizeitbegriff in unserer Gesellschaft einem Wandel unterlegen ist, der über verschiedene Phasen nachweisbar ist. So hatte der Freizeitbegriff der hochindustriellen Phase noch den deutlichen Charakter der "Regeneration", während in der Nachkriegszeit der Begriff "Erholung" und im Dienstleistungszeitalter das "Erleben" im Zentrum der Freizeitdefinition stand [23].

Es stellt sich die Frage, wie sich unsere Freizeitdefinition in den nächsten zwei Dekaden entwickeln wird. Möglicherweise wird der vorherrschende Begriff der des "Empfindens" sein, der Elemente des Erlebens mit Elementen der Erholung vereint. Die rasante Entwicklung und Nachfrage nach Produkten der Wellness-Industrie ist dabei möglicherweise als ein erster Fingerzeig in diese Richtung zu werten.



Erwarteter Entwicklungstrend	
(15)	Arbeitskräftemangel in der jüngeren Erwerbstätigengruppe ab der zweiten Dekade
(16)	Höherer Anteil an Personen in Aus- und Weiterbildungszeiten
(17)	Anstieg der Morbidität unter pflegenden Familienangehörigen
(18)	Wandel des Freizeitbegriffs vom Schwerpunkt "Erleben" zu Schwerpunkt "Empfinden"
Erwartete Trendstabilität	
(15)	Tendenz zur Trendumkehr
(16)	Nicht anwendbar
(17)	Nicht anwendbar
(18)	Tendenz zur Trendumkehr
Prognosesicherheit	
(15)	Mittel
(16)	Gering bis mittel
(17)	Mittel
(18)	Mittel



6.2.3 Dienstleistungserwartung aus Sicht des Patienten

Die Dienstleistungsgesellschaft hat ihren Einzug auch in Deutschland gehalten. Während vordergründig oftmals noch über die "Servicewüste Deutschland" diskutiert wird, hat der Dienstleistungsbereich zunehmend an Bedeutung für die deutsche Wirtschaft und den Beschäftigungsmarkt gewonnen. Allein seit 1995 ist die Zahl der Beschäftigten im Wirtschaftssektor "öffentliche und private Dienstleistungen" um rund 20 % angestiegen. Mit einem Wachstum im Dienstleistungssektor ist auch einer Weiterentwicklung der "Dienstleistungskultur" in Deutschland die Tür geöffnet (vgl. Abbildung 28).

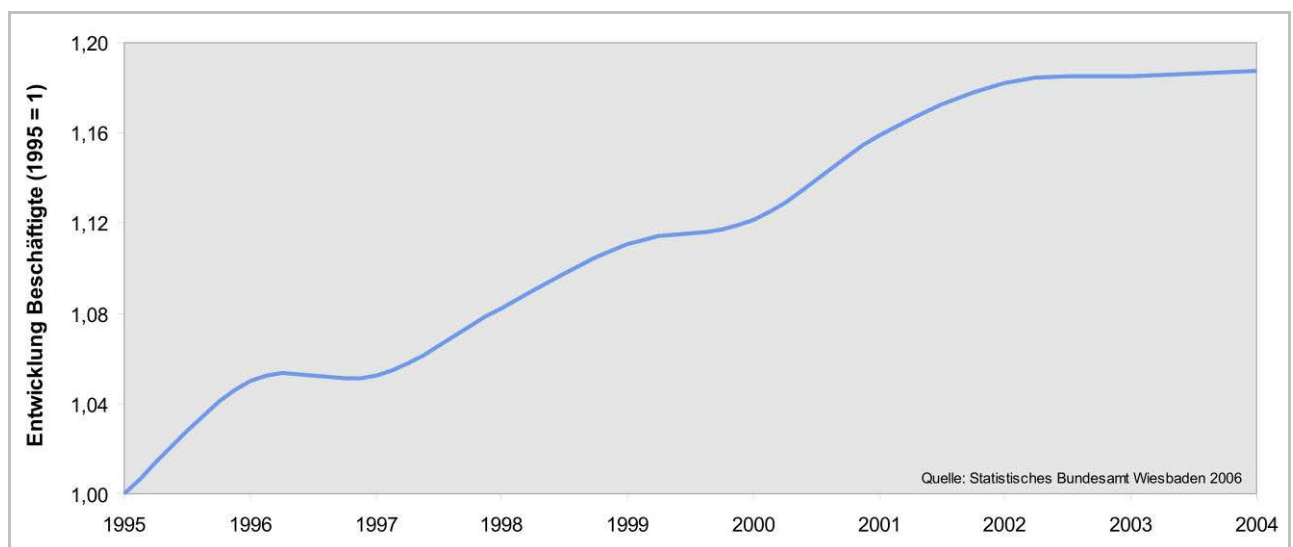


Abbildung 28: Beschäftigte im Sektor "Öffentliche und private Dienstleistungen" 1995-2004

Nicht zuletzt auch durch die Medien und die neuen webbasierten Informationsportale entwickelt sich der Begriff "Qualität" zu einer treibenden Kraft hinter vielen Veränderungen im Dienstleistungssektor "Krankenhaus". Während vor 20 oder 30 Jahren ein wettbewerblicher Vergleich zwischen deutschen Krankenhäusern noch undenkbar war, ist mit den zu veröffentlichenden standardisierten Qualitätsberichten ein erster, obgleich noch nicht fertig entwickelter Ansatz zur Transparenz in diesem Bereich unternommen worden. Die Welle der Zertifizierungsverfahren im Krankenhaussektor zeichnet hier ein ähnliches Bild.

Für viele Patienten bedeutet Qualität aber nicht allein die professionelle und handwerklich einwandfreie Erbringung der therapeutisch-medizinischen und pflegerischen Kerndienstleistung. Fast ebenso wichtig sind individuelle und personenbezogene Dienstleistungselemente - wie den Bedürfnissen des Einzelnen angepasste Öffnungszeiten, eine professionelle Empathie der Dienstleistenden gegenüber dem Patienten, eine Garantieleistung für medizinische Dienstleistungen, ein durchgehender auch für den Laien verständlicher Qualitätsnachweis sowie die Bereitstellung von Informationen in einem zeitnahen und patientengerechten Modus.



Die Dynamik dieses Entwicklungsprozesses speist sich nicht allein aus dem Auftreten neuer Dienstleistungs-offerten der Leistungsanbieter; vielmehr besteht in diesem Zusammenhang ein sich selbst verstärkendes System von Ursache und Wirkung (vgl. Abbildung 29).

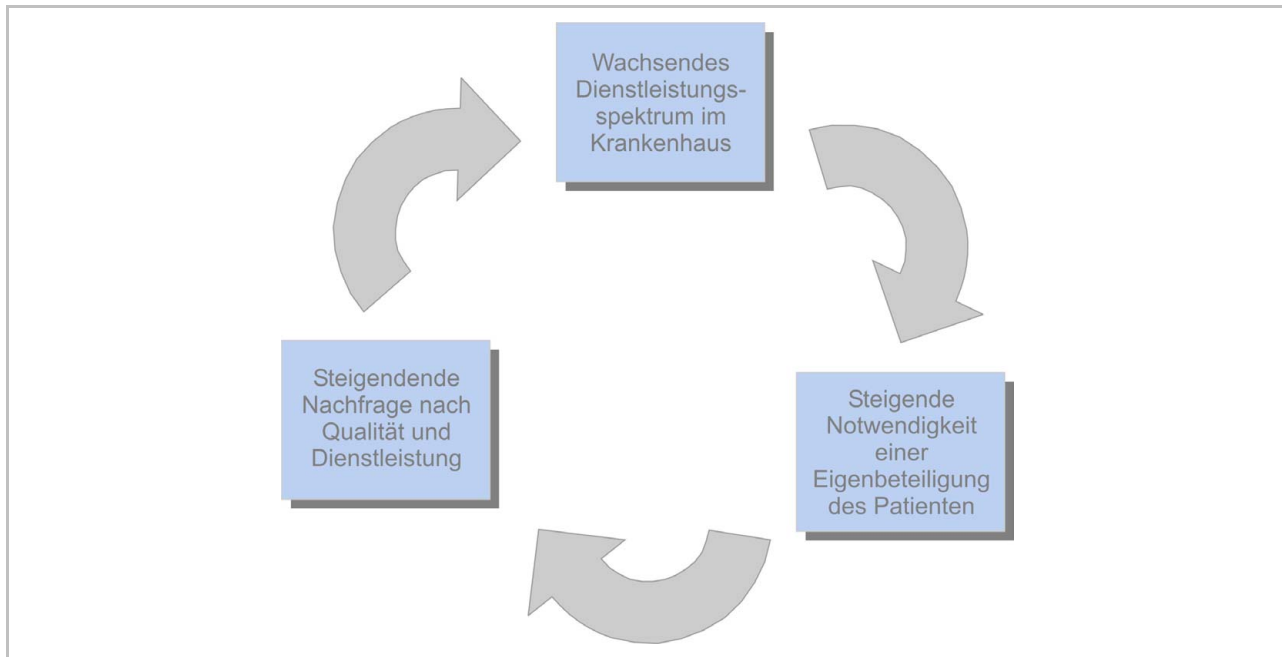


Abbildung 29: Zusammenhang zwischen Angebot, Nachfrage und Eigenbeteiligung im Dienstleistungssektor

Eine steigende Nachfrage nach höherwertigen oder erweiterten Dienstleistungen wird zu einer Anpassung des Dienstleistungsspektrums im Krankenhaus führen. Diese Dienstleistungen werden nur zum Teil von den Kostenträgern erstattet werden und machen somit die Notwendigkeit einer Eigenbeteiligung des Patienten wahrscheinlich. Nach einer Übergangsphase wird die "Eigenbeteiligungsforderung" an die Patienten für diese in eine "Eigenbeteiligungsnormalität" übergehen. Patienten, die an den erhaltenen Krankenhausdienstleistungen mit einer signifikanten Zuzahlung beteiligt sind, fragen dann wiederum auch intensiver nach Qualität und Dienstleistungscharakter der erhaltenen Leistung nach, da ein verstärktes Preisbewusstsein entsteht - der Beginn einer sich selbst verstärkenden Dienstleistungsspirale wird somit möglich.

Die Übergänge sind dabei nicht prompt und gehen häufig mit heftigen Auseinandersetzungen einher. So tun sich Krankenhäuser in der Bereitstellung zusätzlicher Dienstleistungsangebote oftmals schwer, da das professionelle Know-how, die baulich-technischen Voraussetzungen, die Bereitschaft des Personals und insbesondere eine fundierte Gegenfinanzierung für diese Dienstleistungen anfangs nur teilweise oder überhaupt nicht vorhanden sind. Auch seitens der Patienten ist der Widerstand gegen zusätzliche Eigenbeteiligungsleistungen zunächst sehr deutlich ausgeprägt, wie die Diskussionen um die Zuzahlung bei Medikamenten und die Praxisgebühr erneut verdeutlicht haben.



Die beschriebenen Vorgänge erscheinen daher als ein eher langsam rotierendes System, dessen Dynamik erst über die Betrachtung längerer Zeiträume zu bewerten ist. Dennoch dürfen die geäußerten Bedenken und Widerstände nicht darüber hinwegtäuschen, dass in Krankenhäusern und unter den dort Beschäftigten das Selbstverständnis, ein umfassender Gesundheitsdienstleister zu sein, deutlich ausgeprägt ist.

Ebenso haben die gesetzlich versicherten Patienten über die letzten Jahre Praxisgebühr, Zuzahlungen für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel, stationäre Krankenhausaufenthalte und medizinische Leistungen im Wesentlichen akzeptiert. Es ist daher zu erwarten, dass das viel diskutierte Thema Zuzahlungsbereitschaft kein unüberwindliches Hindernis für den Aufbau neuer Dienstleistungsangebote im Krankenhaus sein wird.

Letzten Endes spricht somit einiges dafür, dass - ähnlich wie in anderen Dienstleistungsbereichen - ein Ausgleich zwischen einem "vernünftigen" Maß und Tiefe im Angebot von Krankenhausedienstleistungen sowie den Dienstleistungsanforderungen der Patienten entsteht. Ein entscheidender Faktor in diesem Regelkreis von Dienstleistungsangebot und Dienstleistungsnachfrage wird dabei letztlich die Eigenbeteiligungsbereitschaft innerhalb unserer Gesellschaft sein.

Erwarteter Entwicklungstrend	
(19)	Höhere Dienstleistungserwartung an Krankenhäuser
(20)	Anstieg der Eigenbeteiligungsbereitschaft von Patienten
Erwartete Trendstabilität	
(19)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
(20)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
Prognosesicherheit	
(19)	Hoch
(20)	Mittel



6.2.4 Kommunikation in der Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft

Kommunikation ist die Basis einer jeden personenbezogenen Dienstleistung. Nicht nur bei den Mitarbeitern des Gesundheitssystems, sondern auch unter den Patienten, die Leistungen aus diesem System in Anspruch nehmen, steigt das Bewusstsein für das Dienstleistungselement in Pflege, Therapie und Diagnostik. Daher ist davon auszugehen, dass die Erwartungshaltung an eine erfolgreiche Kommunikationsstruktur im Krankenhaus in gleichem Maße steigen wird.

Das Vorherrschen eines paternalistisch geprägten Arzt-Patienten-Verhältnisses neigt sich schon seit geraumer Zeit seinem Ende zu; im Mittelpunkt steht vielmehr der an seinem eigenen Schicksal interessierte und gestalterisch eingreifende Patient, der mehr als Partner denn als Objekt eines Behandlungsprozesses verstanden werden will. Im Zuge dieser Entwicklung steigen aber auch die Erwartungshaltungen an die Qualität der Kommunikation zwischen dem Gesundheitsdienstleister und seinem Patienten.

Seitens des Patienten wird eine Kommunikationsstruktur erwartet werden, die vor allem die folgenden Merkmale beinhaltet:

(1) Individualisierung der Kommunikation

Kommunikationsinhalte müssen dem jeweiligen Patienten angepasst vermittelt werden. Dies bedeutet nicht so sehr die fachliche Vereinfachung der Information für den Laien; ganz im Gegenteil muss das Krankenhaus davon ausgehen, dass es sich auf einen zunehmend (vor)informierten Patienten einzustellen hat. Die Festlegung einer geeigneten Kommunikationsstrategie muss dabei im Zuge der personenbezogenen Dienstleistung an die individuelle Patientenforderung angeglichen werden.

(2) Zugänglichkeit der Information

Patienten stehen schon heute eine Reihe von Informationsportalen zur Verfügung, die im Wesentlichen auf webbasierten Kommunikationsplattformen angeboten werden. Der Vorteil aus Sicht des Patienten ist hierbei in zweierlei Hinsicht zu sehen: Zum einen erlaubt es dem Patienten einen schnellen Zugriff auf relevante und patientengerecht aufgearbeitete Informationen; zum anderen bedienen unabhängige Kommunikationsplattformen den Wunsch des Patienten nach einer "zweiten Meinung" bezüglich Indikation und Verlauf "ihres" Behandlungsprozesses.

Ein weiterer Ausbau und die Diversifizierung dieser oder ähnlicher Informationsangebote erscheinen daher zukünftig wahrscheinlich. Hierunter fällt auch, dass zum Spektrum der fachlichen Tätigkeit vieler Berufsgruppen im Gesundheitssystem neben der medizinischen und pflegerischen Dienstleistung zukünftig die Informationsdienstleistung als selbstverständlicher Bestandteil gewertet wird.



(3) Geschwindigkeit der Informationsvermittlung

Viele alltägliche Prozesse im Leben westlicher Gesellschaften haben durch elektronische Medien und Digitalisierung erheblich an Geschwindigkeit zugenommen. Im Rahmen der Informationsvermittlung spiegelt sich dies in der zunehmenden Erwartungshaltung einer Gleichzeitigkeit zwischen Informationsanforderung und -erhalt wider. Diese Erwartungshaltung erklärt auch den Erfolg web-basierter Suchmaschinen oder die Zunahme direkt abrufbarer Informationsinhalte auf Webseiten von Industrie und Dienstleistern. Auch Gesundheitsdienstleister werden dieser Erwartungshaltung an eine hohe Geschwindigkeit der Informationsvermittlung in ihren Kundenbeziehungen vermehrt Rechnung tragen müssen.

(4) Vergleichbarkeit der Information

Informationen eines Gesundheitsdienstleisters sollen Auskunft geben über Qualität, Umfang und Art der angebotenen medizinischen Dienstleistung. Darüber hinaus wächst aber auch sowohl seitens der Kunden/Patienten als auch der Kostenträger die Anforderung nach Informationsstrukturen, welche die erhaltenen Informationen mit denen anderer Anbieter vergleichbar machen. Dies führt letztlich zu der zwingenden Notwendigkeit, Inhalte und Bewertung von Informationen des Dienstleistungssektors "Gesundheit" zu standardisieren, um eben diese Vergleichbarkeit herstellen zu können. Als ein erster Schritt hierzu kann die Einführung strukturierter Qualitätsberichte gewertet werden. Der politische und gesellschaftliche Wille, der sich hinter dieser und ähnlicher Maßnahmen abzeichnet, lässt zukünftig weitere Anstrengungen in dieser Richtung erwarten.

(5) Kulturelle Adäquanz der Information

Deutschland ist de facto ein Einwanderungsland; rund 10 Mio. seiner Einwohner haben kulturelle Wurzeln, die außerhalb Deutschlands liegen. Die durch die demographische Entwicklung hervorgerufenen Veränderungen und das sich verstärkt abzeichnende Missverhältnis zwischen erwerbstätigen und nicht mehr erwerbstätigen Altersgruppen lässt eine Trendfortsetzung im Sinne einer weiteren Zuwanderung nicht nur als wahrscheinlich, sondern als zwingend notwendig erscheinen. Dabei steht nicht allein die außereuropäische Zuwanderung im Zentrum, sondern insbesondere auch innereuropäische Migrationsbewegungen, die weiterhin eine besondere Bedeutung für die größte Volkswirtschaft in Europa haben werden.

Für Krankenhäuser bedeutet dies, dass sie ihre Kommunikation in zunehmendem Maße an die Vielfältigkeit ihrer Patienten anpassen müssen. Dies gilt insbesondere dann, wenn bestimmte Zuwanderergruppen allein durch Anzahl und Konzentration in bestimmten Regionen oder Stadtteilen für einzelne Krankenhäuser zu den jeweils größten Patientengruppen zählen. Insbesondere für Krankenhäuser mit einem derart internationalen Spektrum kann dies zu einem entscheidenden Wettbewerbsfaktor werden.



Der Ausbau von Kommunikationsstrategien zwischen dem Krankenhaus und seinen Patienten, Einweisern, Kostenträgern sowie der Politik wird zu einer unbedingten Voraussetzung werden, um in einem Wettbewerb der personenbezogenen Dienstleistung zu bestehen. Ein fortbestehendes Defizit im Kommunikationsverhalten wird zukünftig von Patienten immer weniger akzeptiert werden.

Erwarteter Entwicklungstrend
(21) Zunahme der Professionalisierung in Patientenkommunikation/Marketing
Erwartete Trendstabilität
(21) Nicht anwendbar
Prognosesicherheit
(21) Mittel bis hoch



6.2.5 Verschwinden der Grenzen zwischen Gesundheit und Lifestyle

Die Grenzen zwischen einer Medizin, die auch Dienstleistung sein will, und dem Beginn einer Dienstleistung mit medizinischen Mitteln werden heute eingehender diskutiert als je zuvor. Unbekannt oder neu ist diese Diskussion nicht, denn schon die Einführung der hormonellen Kontrazeptiva Mitte der 60er Jahre und der In-vitro-Fertilisation in den 70er Jahren oder die seit Jahren bestehende Diskussion um die Grenzen der ästhetisch-plastischen Chirurgie zeigen auf, mit welchen Schwierigkeiten eine eindeutige Trennung zwischen einer medizinischen Indikation aus gesundheitlichen Gründen und einer Indikation aus individuellen Bedarfsgründen behaftet ist.

Von Bedeutung ist dabei auch, dass der Begriff "Gesundheit" keineswegs ein inerte Begriff ist, sondern von jeher einem Wandel unterlag. So zeigen die Definitionen von Gesundheit in der Säftelehre des Galen von Pergamon (Gesundheit = Balance der Körpersäfte) und dem 1948 von der WHO geprägten Gesundheitsbegriff (Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity [24].), welcher großer gesundheitskultureller Unterschied zwischen diesen beiden Definitionen besteht.

Weitere Versuche zu einer umfassenden Definition des Begriffs "Gesundheit" zeigen, wie abhängig diese vom kulturellen und philosophischen Hintergrund sind. Interessant ist hierbei, dass man nicht ohne weiteres zwischen "historischen" und "modernen" Ansätzen unterscheiden kann. In mancher Hinsicht entspricht die Definition Galens durchaus den Behandlungsstrategien eines holistischen Denkansatzes wie sie auch heute von einigen Protagonisten vertreten wird. Ebenso lässt die WHO-Definition durchaus eine Einbindung von Lifestyle-Faktoren in die klassische Behandlungs- und Therapiestruktur zu, da sie den Begriff "Gesundheit" auch ausdrücklich auf der Basis eines sozialen Wohlbefindens definiert.

Für die Zukunft bedeutet dies möglicherweise, dass eine Abgrenzung zwischen normativem Gesundheitsbegriff und "weicheren" Lifestyle-Faktoren zunehmend schwieriger wird und somit vermehrt gemischt-inhaltliche Ansätze von Gesundheitsdienstleistern angeboten werden. Insbesondere unter dem Bestreben, marktwirtschaftliche Elemente in das deutsche Gesundheitssystem zu integrieren, stellen Dienstleistungen des Lifestyle-Bereichs für Gesundheitsdienstleister eine Möglichkeit zur Differenzierung ihres Angebots dar. Diese Entwicklung kann daher durchaus auch als Chance für die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitssystem gewertet werden.

Erwarteter Entwicklungstrend
(22) Fließende Grenzen zwischen medizinisch begründeten und Lifestyle-Indikationen
Erwartete Trendstabilität
(22) Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
Prognosesicherheit
(22) Mittel



6.3 Personal, Bildung und Nachwuchs

6.3.1 Leistungsverdichtung in deutschen Krankenhäusern

Das Krankenhaus der Moderne basiert auf der Leistungsfähigkeit, dem Engagement und dem Bildungswillen seiner Mitarbeiter, um seine komplexen Prozesse erfolgreich durchführen zu können. Das Krankenhaus der Zukunft wird diese Ressourcen in einem noch viel größeren Maße benötigen, da sich die Behandlungsprozesse im Krankenhaus durch Technologisierung und Wissenserweiterung mit hoher Wahrscheinlichkeit weiter differenzieren werden.

Der hierzu benötigte Nachwuchs wird allerdings zunehmend schwieriger zu finden sein. Verschiedene Entwicklungen sind hierbei von Bedeutung: Die Anzahl des in deutschen Krankenhäusern beschäftigten Personals lag - nach einem Anstieg Mitte der 90er Jahre - im Jahr 2003 wieder auf seinem Ausgangswert von 1991 von rund 1,1 Mio. Beschäftigten (vgl. Abbildung 30).

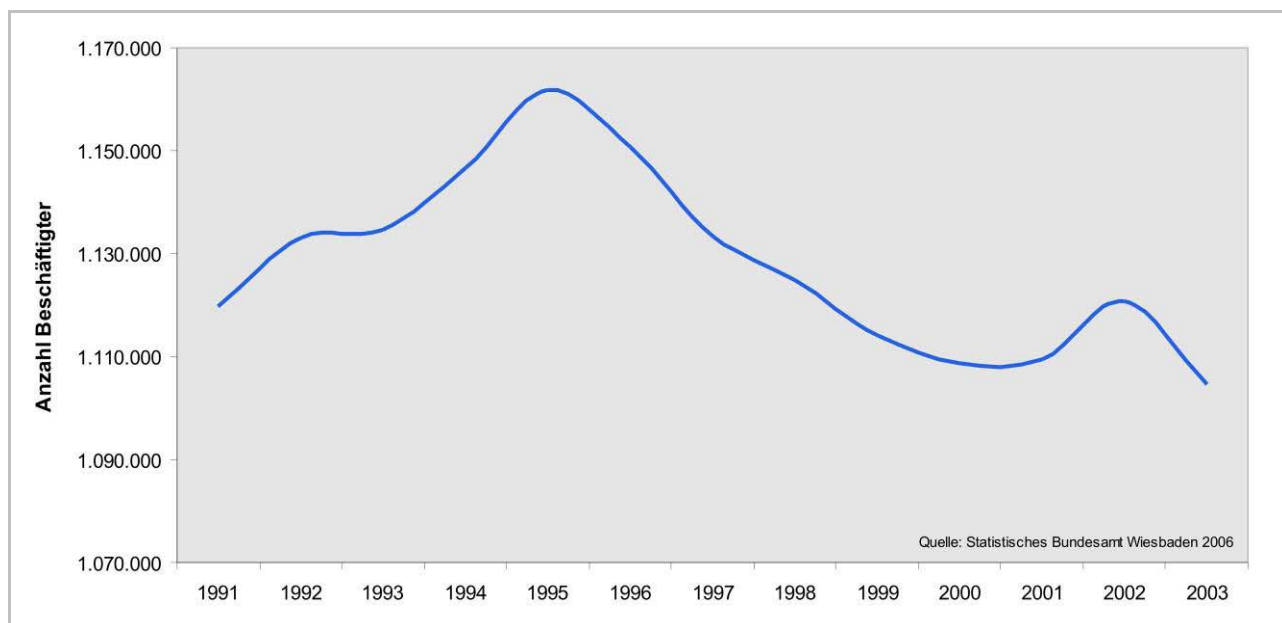


Abbildung 30: Personal in deutschen Krankenhäusern 1991-2003

Die scheinbare Konstanz der Beschäftigtenzahlen im deutschen Krankenhauswesen verbirgt dabei grundlegende strukturelle Veränderungen, die im gleichen Zeitraum vonstatten gingen. Während die Anzahl der Krankenhäuser (2.411 in 1991, 2.197 in 2003), die durchschnittliche Verweildauer (14,4 Tage in 1991, 8,9 Tage in 2003) und die Berechnungs-/Belegungstage (203.000 Tage in 1991, 154.000 Tage in 2003) deutlich abgenommen haben, ist im gleichen Zeitraum die Zahl stationärer Krankenhauspatienten um rund 25 % auf 17,3 Mio. Fälle angestiegen (vgl. Abbildung 31).

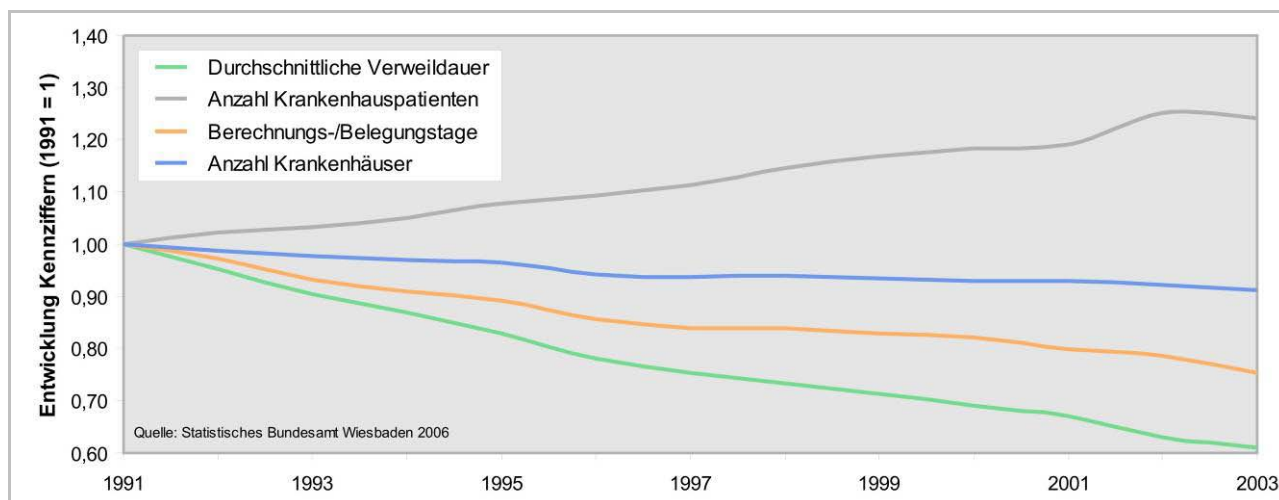


Abbildung 31: Entwicklung ausgewählter Kennziffern in deutschen Krankenhäusern 1991–2003

Die Kombination dieser Entwicklungen veranschaulicht eindrucksvoll, welche große Leistungsreserven in den vergangenen 15 Jahren im bundesdeutschen Krankensektor aktiviert werden konnten. Sie zeigt aber auch auf, dass diese Entwicklung nicht auf Basis einer Reduktion des Leistungsumfangs (= Reduktion der Anzahl behandelter Krankenhauspatienten), sondern vielmehr auf einer Konzentration innerhalb der Leistungserbringung (= Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer) beruht. Diese Konzentration ist im Wesentlichen durch Verlagerung von Krankenhausaktivitäten in den vorstationären Bereich bzw. durch eine Reduktion der Verweiltage mit geringerem Ressourcenaufwand erreicht worden (= Reduktionspotenzial). Für das Personal im Krankenhaus ist somit in den letzten Jahren eine zunehmende Leistungsverdichtung bei steigender Patientenzahl und -umschlagsrate entstanden (vgl. Abbildung 32).

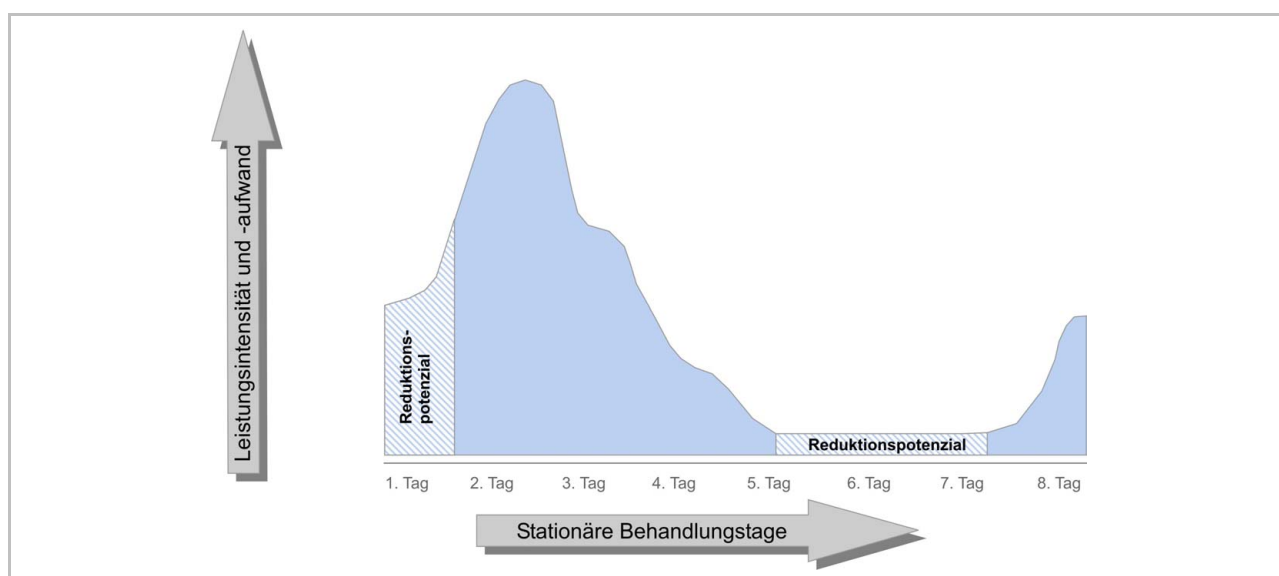


Abbildung 32: Primäre Reduktionspotenziale der Verweildauer während des stationären Krankenhausaufenthalts in Abhängigkeit zur erbrachten Leistungsintensität (eigene Darstellung)



Dabei werden die Grenzen einer derartigen Entwicklung sehr schnell offenkundig. Während 1991 ein Bett im Krankenhaus im Durchschnitt noch 25-mal innerhalb eines Jahres belegt wurde, so stieg die Belegungsrate pro Bett und Jahr auf 41 Patienten im Jahr 2004. Für das Personal im Krankenhaus bedeutet dies, dass immer schneller werdende Arbeitsabläufe entstehen. Hierdurch erhöht sich die Anforderung an eine bessere Planung des Behandlungsprozesses und eine Standardisierung seiner Abläufe.

Die Leistungsverdichtung auf die ressourcenintensiven Tage eines Krankenhausaufenthalts geht mit einer Verdichtung der medizinisch-funktionellen Aufgaben unter Reduktion des Anteils reiner "Hotelleistungs"-Tätigkeiten einher. Letztlich spiegelt sich dieses Verhältnis auch in einer Veränderung der Personalstruktur des Krankenhauses wider. Während sich die absolute Anzahl von Beschäftigten im Krankenhauswesen immer noch auf dem Stand von 1991 befindet, ist der Anteil der medizinisch-funktionellen Berufsgruppen "Medizin" und "Pflege" im selben Zeitraum stetig angestiegen (44 % in 1991; 48 % in 2003). Bezogen auf die Anzahl der Belegungstage im Krankenhaus bedeutet dies für den ärztlichen Dienst eine Steigerung von rund 60 %, für den Pflegedienst von rund 40 % (vgl. Abbildung 33).

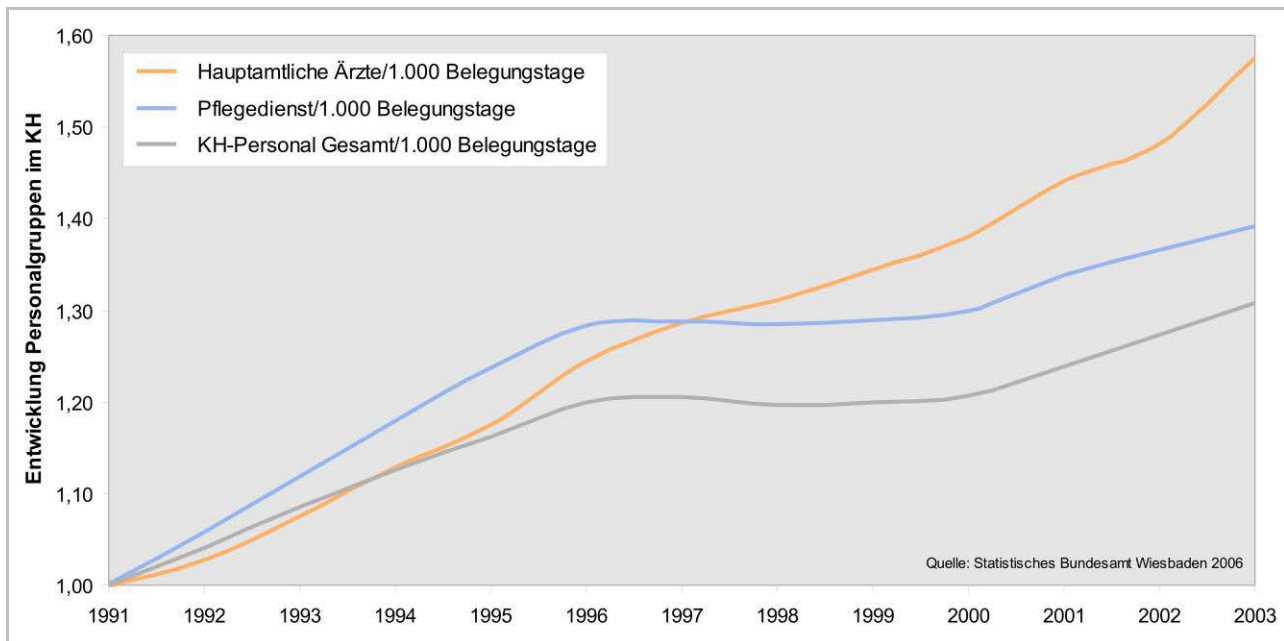


Abbildung 33: Entwicklung ausgewählter Personalgruppen im Krankenhaus 1991–2003

Die beschriebene Leistungsverdichtung im Krankenhaus ist in Deutschland über einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum realisiert worden. Insbesondere bei den durchschnittlichen stationären Verweildauern sind die deutschen Krankenhäuser wieder näher an die Verweildauern der anderen europäischen Länder herangerückt. Daher ist anzunehmen, dass sich die beschriebenen Entwicklungen in den nächsten Jahren noch weiter fortsetzen werden, die Vehemenz dieser Entwicklungen sich jedoch deutlich abschwächt.



Ein weiterer Faktor, der einer ungebremsen Verweildauerreduktion im Krankenhaus entgegensteht, ist das demographisch bedingt zunehmende Durchschnittsalter der Krankenhauspatienten. Verweildauern sind bei älteren Patienten oftmals höher, da unter anderem viele komplexe Erkrankungen ihren Häufigkeitsgipfel auch in einem höheren Alter haben. Überdies muss auch vermehrt mit einer erneut ansteigenden Verweildauer aufgrund von bestehenden Co-Morbiditäten gerechnet werden (vgl. Abbildung 34).

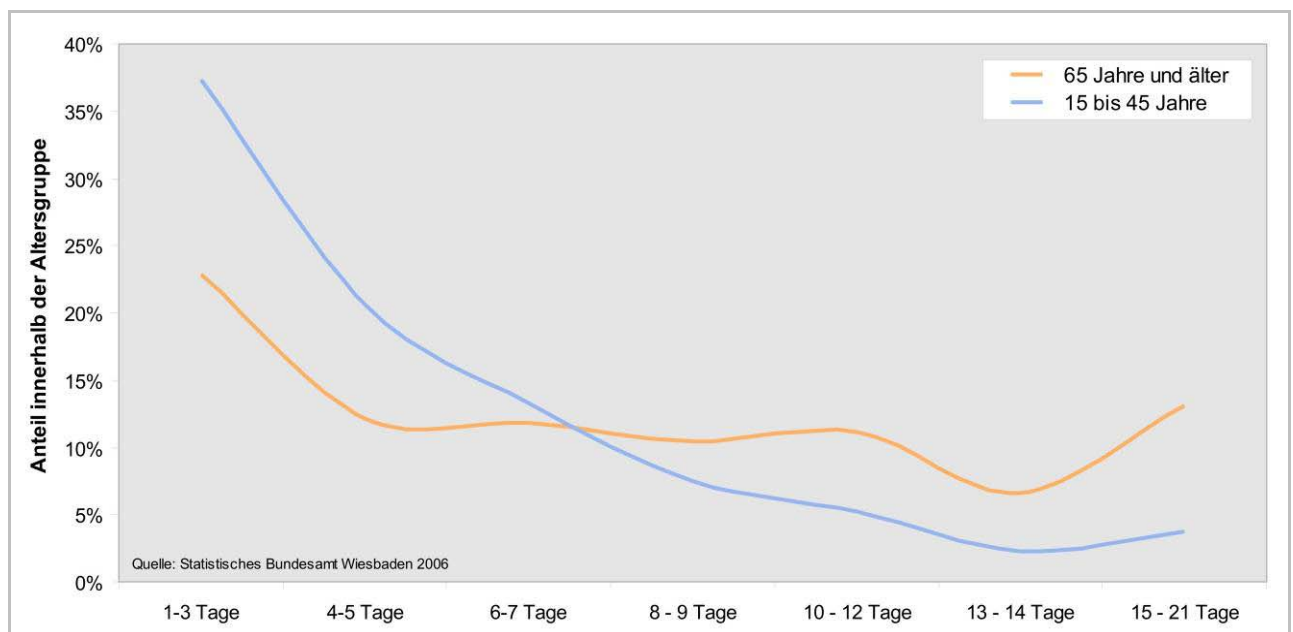


Abbildung 34: Durchschnittliche Verweildauern nach Altersgruppen in deutschen Krankenhäusern (2004)

Diese Leistungsverdichtung in deutschen Krankenhäusern hat in den Berufsgruppen ärztlicher Dienst und Pflegedienst zu einem deutlichen Anstieg der Beschäftigten in Relation zu den Behandlungstagen geführt. Bei einer im europäischen Vergleich überdurchschnittlich hohen (Fach-)Arztdichte in Deutschland und den Schwierigkeiten, ärztlichen Nachwuchs zu gewinnen (siehe hierzu auch Kapitel 6.3.2) erscheint mittelfristig ein weiterer Anstieg der Beschäftigten zumindest in diesem Bereich eher unwahrscheinlich zu sein. Die Zunahme von Mitarbeitern des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes wird sich daher aller Voraussicht nach in den nächsten Jahren abschwächen, da allein die allgemeine demographische Entwicklung den verfügbaren Arbeitskräftemarkt begrenzen wird.

Anders stellt sich die Situation möglicherweise in den Berufsgruppen dar, die nicht unmittelbar in den Behandlungsprozess des Patienten eingebunden sind (Logistik, Küche, Verwaltung, Hausdienste, technische Dienste, etc.) So ist denkbar, dass diese Personalgruppen in deutschen Krankenhäusern bei einem fortgesetzten Outsourcing von Dienstleistungen tendenziell weiter rückläufig sein werden, während sich im Gegenzug die Zahl dieser Mitarbeiter bei privaten Dienstleistern erhöht.



Zukunft für das Krankenhaus
Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung
der Krankenhausorganisation

Erwarteter Entwicklungstrend	
(23)	Rückgang des Gesamtpersonalbestands in deutschen Krankenhäusern
(24)	Nur noch begrenzter Rückgang der durchschnittlichen Krankenhausverweildauern
(25)	Überproportionaler Rückgang von patientenfernen Berufsgruppen durch Privatisierung
Erwartete Trendstabilität	
(23)	Tendenz zur Trendumkehr
(24)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung jedoch wahrscheinlich
(25)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
Prognosesicherheit	
(23)	Mittel
(24)	Hoch
(25)	Mittel



6.3.2 Fachärzte gesucht!

Die Entwicklungen der vergangenen Jahre können auch als eine Phase der Leistungsspezifizierung zu Lasten der reinen Betreuungsleistung im Krankenhaus interpretiert werden; dies kann nicht ohne eine Änderung der Berufsbilder im Krankenhauswesen einhergehen.

Im medizinischen Bereich steigt der Bedarf an Fachärzten mit einem hochspezifischen Leistungsspektrum. Eine Analyse des Deutschen Ärzteblattes bezüglich seiner veröffentlichten ärztlichen Stellenausschreibungen ergab eine Zunahme von rund 15 % im Zeitraum 2004/2005. Dabei wurden insbesondere Oberarztstellen (+ 28 %) sowie Facharztstellen mit einer Schwerpunktanerkennung ausgeschrieben [25].

Die überproportionale Nachfrage nach Fachärzten hat möglicherweise eine größere Auswirkung auf die Nachwuchsförderung. Während einerseits der zunehmende Bedarf an hochspezialisiertem ärztlichem Fachpersonal die Konzentrierung der medizinischen Leistungserbringung im Krankenhaus widerspiegelt, so lässt andererseits dieser Trend aber auch erwarten, dass die Bereitschaft zur Ausbildung am Krankentbett aus Sicht der Krankenhausträger geringer wird.

Eben dies birgt jedoch die Gefahr, dass der benötigte Bedarf an Fachärzten zukünftig nicht mehr in ausreichender Menge zur Verfügung gestellt werden kann. In einer Studie der Bundesagentur für Arbeit wird darauf hingewiesen, dass schon heute der Bedarf an Fachärzten nicht mehr zu decken ist [26]; dies trifft insbesondere auf die neuen Bundesländer zu. Ein grundsätzlicher Wandel dieses Trends innerhalb der nächsten Jahre ist dabei aktuell nicht absehbar.

Erwarteter Entwicklungstrend
(26) Zunehmender Bedarf an Fachärzten
(27) Rückgang der Anzahl an Fachärzten im deutschen Gesundheitswesen
Erwartete Trendstabilität
(26) Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
(27) Tendenz zur Trendumkehr
Prognosesicherheit
(26) Hoch
(27) Mittel



6.3.3 Abwanderung deutscher Ärzte in das Ausland

Die Folgen eines steigenden Bedarfs an Fachärzten in deutschen Krankenhäusern, wie sie in Kapitel 6.3.2 beschrieben werden, sind wahrscheinlich gravierender als die viel diskutierte Abwanderung deutscher Ärzte in das Ausland. Nach einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung [27] sind derzeit rund 12.000 deutsche Ärzte im Ausland tätig (3,7 % der ärztlich Beschäftigten im Gesundheitswesen, Stand 2004). Dieser Zahl stehen im Jahr 2003 jedoch rund 17.000 in Deutschland tätige ausländische Ärzte gegenüber [26], so dass von einem positiven Wanderungssaldo ausgegangen werden kann - das deutsche Gesundheitswesen profitiert also letztlich eher von der größeren Berufsfreizügigkeit in Europa, als dass es zu ihrem Opfer wird.

Zudem bestehen noch keine Erkenntnisse darüber, wie viele Rückwanderungen in den nächsten Jahren zu erwarten sind, da die Abwanderung größerer Ärztegruppen in das Ausland ein relativ neues Phänomen darstellt. Dabei kann berufliche Unzufriedenheit nicht als alleiniger Beweggrund diskutiert werden, da für den Einzelfall möglicherweise auch andere Aspekte (Nutzung der Möglichkeit des Auslandsaufenthalts durch Nachfrage in den Gastländern, vorübergehender Auslandsaufenthalt als Teil der wissenschaftlichen Karriere, "Abenteuer"-Entscheidung) im Vordergrund stehen können. Nicht ausreichend diskutiert werden in diesem Zusammenhang die positiven Aspekte einer Tätigkeit deutscher Ärzte im Ausland, die sich in Folge eines zunehmenden internationalen Wissenstransfers für das deutsche Gesundheitssystem eröffnen.

Für die weitere zukünftige Entwicklung stellt sich daher die Frage, ob es zu Rückwanderungsbewegungen von derzeit im Ausland beschäftigten deutschen Ärzten kommt. Die zukünftige Rate der Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland kann dabei nur schwer prognostiziert werden, da sie von unterschiedlichen Faktoren - wie ärztliche Arbeitssituation im Inland, Eröffnung von Möglichkeiten zur Abwanderung durch Angleichung der medizinischen Ausbildungsabschlüsse innerhalb Europas und der weiteren Entwicklung der Aufnahmekapazitäten in den Gastländern - abhängt.

Erwarteter Entwicklungstrend
(28) Rückwanderungstendenzen deutscher Ärzte aus Auslandstätigkeiten möglich
Erwartete Trendstabilität
(28) Tendenz zur Trendumkehr
Prognosesicherheit
(28) Gering



6.3.4 Die Ärztin – Frauen führend in der Medizin der Zukunft?

Lange Jahre war die Tätigkeit des Arztes fast selbstverständlich als männlicher Beruf in der Vorstellung von Ärzten und auch Patienten verankert. In den Vereinigten Staaten konnte Elizabeth Blackwell 1849 als erste Frau (und Klassenbeste) ihr Examen ablegen; Elizabeth Garrett folgte als erste britische Ärztin im Jahr 1865 [1]. Die Entwicklung in Deutschland lief noch etwas steiniger bis Hope Bridges Adams-Lehmann 1880 in Leipzig als erste deutsche Ärztin ihr Medizinstudium in Deutschland abschloss. Allerdings wurde ihr Abschluss bis 1904 nicht offiziell anerkannt; erst 1908 konnten sich Frauen offiziell als Medizinstudentinnen an preußischen Universitäten immatrikulieren.

In den vergangenen Jahren hat sich der Anteil der weiblichen Medizinabsolventinnen weiter erhöht. Im Jahr 1998 waren dann erstmals ebensoviel weibliche wie männliche Studenten an deutschen Hochschulen in den Studiengang Humanmedizin eingeschrieben. Dieser Trend hat sich stetig fortgesetzt, so dass 2004 schon rund 60 % aller eingeschriebenen Humanmedizinstudenten weiblichen Geschlechts waren (vgl. Abbildung 35).

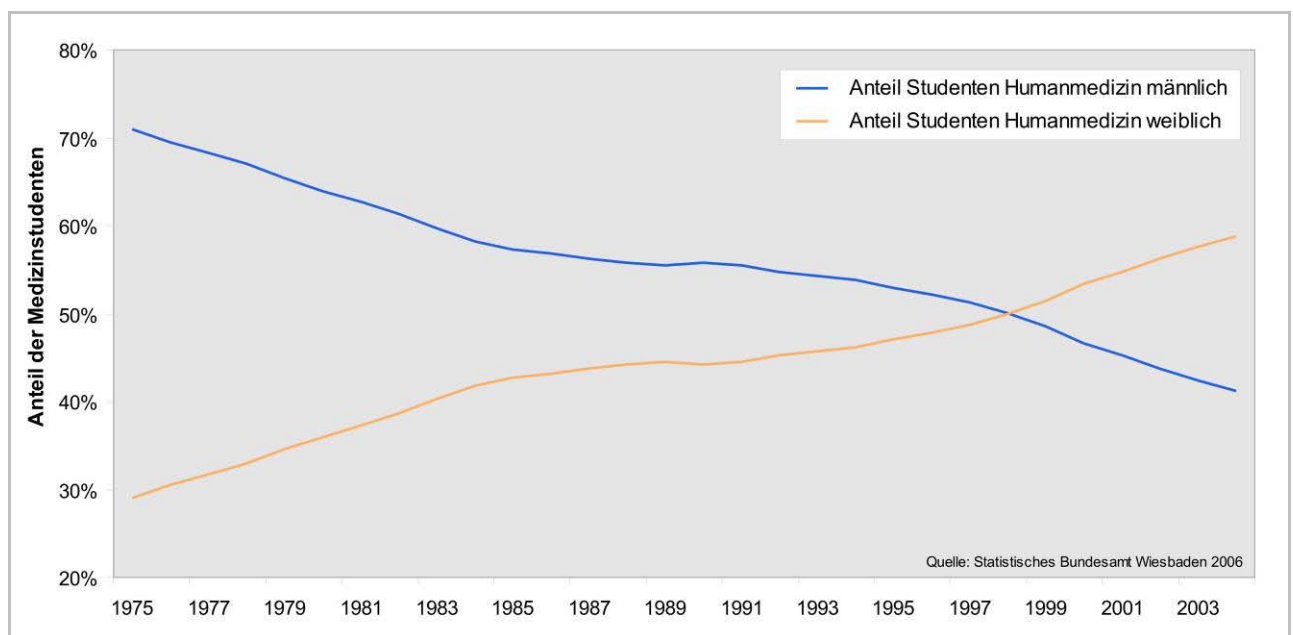


Abbildung 35: Anteil eingeschriebener Studenten der Humanmedizin nach Geschlecht in Deutschland 1975-2004

Angesichts der derzeitigen hohen Studienabbruchrate und der Abwanderung von Medizinabsolventen in nicht-klinische Berufskarrieren lässt die Darstellung der Studentenzahlen allein noch keinen Rückschluss auf die später dem klinischen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Ärzte und Ärztinnen zu. Denkbar wäre beispielsweise, dass zwar die Zahl der weiblichen Medizinstudenten ansteigt, diese sich jedoch aufgrund Studienabbruch oder Karrierewechsel später nicht im Arbeitsmarkt wiederfinden.



Doch auch die Betrachtung des aktiv tätigen ärztlichen Dienstes in Deutschland zeigt einen vergleichbaren Trend wie die Analyse der Studentenzahlen: Während sich seit 1991 die Zahl der im ärztlichen Dienst Beschäftigten um rund 25 % erhöht hat, ist die Zahl der Ärztinnen im gleichen Zeitraum überproportional um ca. 44 % angestiegen (Anteil Ärztinnen am ärztlichen Dienst gesamt: 33,6 % in 1991, 38,7 % in 2004). Die Umkehr oder Abschwächung dieser Entwicklung in der Zukunft ist nicht absehbar (vgl. Abbildung 36). Eine Fortführung dieses Trends mit einem weiter steigenden Anteil von Ärztinnen am Gesamtpersonalbestand des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus kann somit als sehr wahrscheinlich bezeichnet werden.

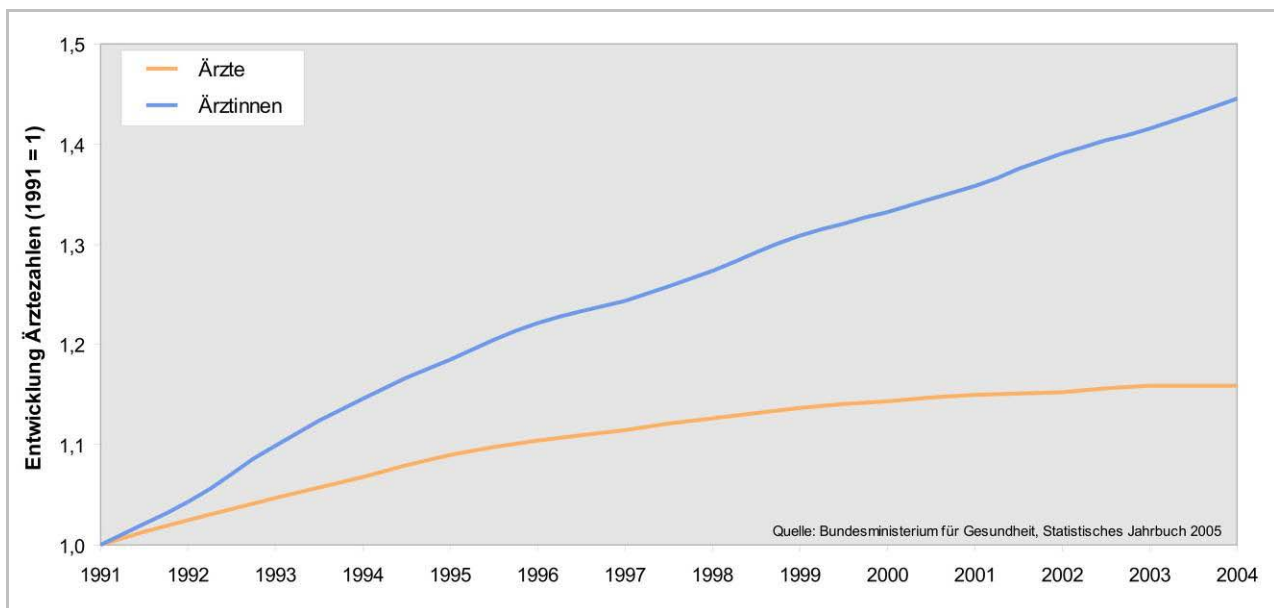


Abbildung 36: Entwicklung der in Deutschland tätigen Ärzte und Ärztinnen 1991-2004

Erwarteter Entwicklungstrend	
(29)	Anstieg der weiblichen Beschäftigten im ärztlichen Dienst
(30)	Steigendes Angebot medizinischer Berufskarrieren für Frauen
Erwartete Trendstabilität	
(29)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
(30)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
Prognosesicherheit	
(29)	Hoch
(30)	Hoch



6.3.5 Der zukünftige Pflegebedarf im Zeichen des Pflegenotstands

Die Berichterstattung der Medien hat seit rund einem halben Jahrzehnt den Ärztemangel in deutschen Krankenhäusern immer wieder in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gestellt. Dabei wird jedoch leicht übersehen, dass der Begriff "Pflegenotstand" eine weit ältere Historie aufweist und eine ebenso bedenkliche Realität in Deutschland geworden ist.

Während die Verweilzeit in deutschen Krankenhäusern und damit auch die reine "Pflegezeit" in den letzten Jahren deutlich rückläufig waren, bedeutet dies nicht, dass die Zahl der Pflegebedürftigen ebenso zurückgegangen ist. Vor allem im ambulanten häuslichen Bereich besteht weiterhin eine hohe Nachfrage nach Pflegedienstleistungen. So werden von den rund 2 Mio. Pflegebedürftigen in Deutschland ca. 30 % in Heimen stationär versorgt, 70 % werden im häuslichen Umfeld gepflegt (davon rund 1/3 durch ambulante Pflegedienste, 2/3 durch Familienangehörige) [28].

Dabei steigt die Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter deutlich an. In einer demographisch älter werdenden Bevölkerung muss zukünftig also mit einer eher steigenden Nachfrage nach Pflegedienstleistungen gerechnet werden. Erschwerend kommt hinzu, dass ein sich fortsetzender Trend zur sozialen Entkopplung älterer Mitbürger von den jüngeren Generationen auch die Unterstützung eines pflegenden Familienverbands unwahrscheinlicher macht (siehe auch Kapitel 6.1.4). Die daraus entstehende Pflegelücke bewirkt eine steigende Nachfrage nach Pflegedienstleistungen für Personen jenseits des Erwerbstätigenalters.

Auch wenn eine zunehmende Alterung der Gesellschaft und das Auftreten von Co-Morbiditäten die Pflegebedürftigkeit vor allem im hohen Alter ansteigen lässt, so bleibt sie nicht auf diese Altersgruppe beschränkt. Ebenso beinhaltet sie Pflegedienstleistungen für Personen in jüngeren Altersgruppen, die entweder aufgrund hereditärer oder erworbener Erkrankungen dieser bedürfen.

Die Entwicklung des Umfangs von Pflegedienstleistungen in der jüngeren Altersgruppe ist schwer zu beurteilen, da sie zwei zunächst gegensinnigen Entwicklungen unterliegt: Zum einen nimmt die Anzahl der Personen in den jeweiligen Altersgruppen in den nächsten Jahren weiter ab; dies ist insbesondere in den Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen zu verzeichnen. Auch kann davon ausgegangen werden, dass gesellschaftliche und technische Maßnahmen zur Populationsgesundheit (z.B. technische Sicherheitsvorkehrungen im Straßenverkehr und Automobilbau, gesetzliche Regelungen, etc.) die Pflegebedürftigkeit in diesen Altersgruppen günstig beeinflussen können.

Auf der anderen Seite können gesellschaftliche Entwicklungen und Umwelteinflüsse das Risiko für Erkrankungen, die zu einer Pflegebedürftigkeit führen, deutlich steigern (z.B. Drogenkonsumverhalten, Risikoverhalten in der Freizeit, Umwelttoxine, genetische Veränderungen).

Die Entwicklungen im gesamten Pflegebereich werden auch nachhaltig die Pflege im Krankenhaussektor beeinflussen. Dabei ist die Verweildauer in deutschen Krankenhäusern gerade durch den Entfall der "Pflegetage" innerhalb des stationären Krankenhausaufenthalts in den letzten Jahren deutlich reduziert worden (siehe auch Kapitel 6.3.1).



Dies betrifft die älteren Patientengruppen im Besonderen, da sie aufgrund komplexerer Krankheitsgeschichten eine längere durchschnittliche Aufenthaltszeit im Krankenhaus aufweisen als jüngere Patienten (vgl. Abbildung 37).

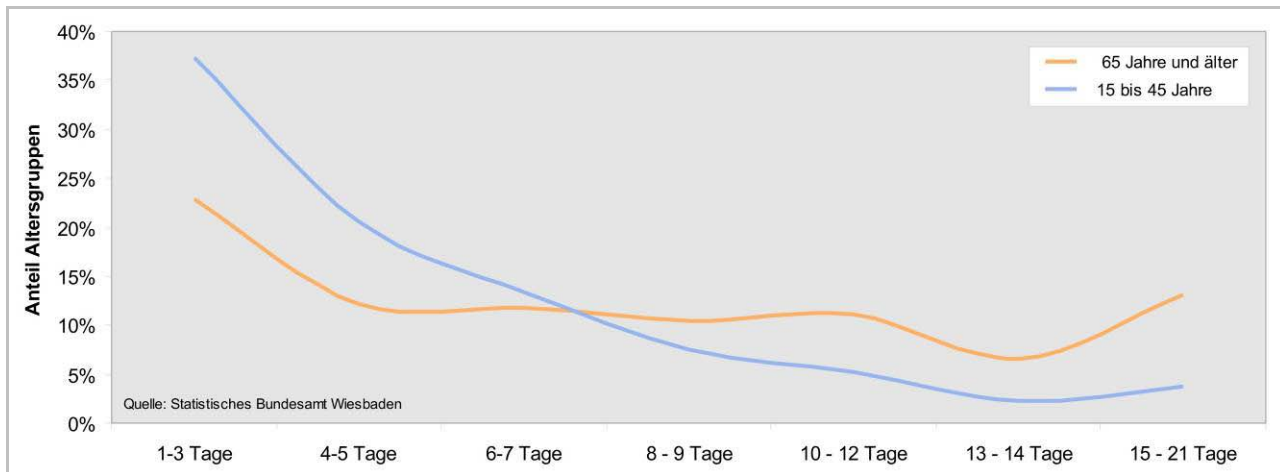


Abbildung 37: Verweildauerzeiten in deutschen Krankenhäusern nach Altersgruppen 2004

Bei weiterer Verweildauerreduktion werden sich Pflegedienstleistungen folglich lediglich in den ambulanten und häuslichen Sektor verlagern, ohne dass die Gesamtnachfrage nach derartigen Dienstleistungen in unserer Gesellschaft sinkt. Dabei verringert die sinkende Anzahl an Belegungstagen bestenfalls den Pflege-notstand in deutschen Krankenhäusern, kann diesen jedoch nicht völlig ausgleichen. Nach einer Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung wurde allein für das Jahr 2002 die Anzahl nicht besetzter Pflegestellen in deutschen Krankenhäusern auf mehr als 12.000 geschätzt. Eine ähnliche Situation wird auch für die stationäre Altenhilfe (ca. 14.000 nicht besetzte Stellen) und die ambulante Pflege (ca. 16.000 nicht besetzte Stellen) beschrieben [29].

Die Nichtbesetzung vieler dieser offenen Stellen wird in einem primären Zusammenhang mit der schwierigen finanziellen Situation vieler Krankenhäuser und Pflegedienstleister gesehen. Eine Folgestudie weist 2004 aber darauf hin, dass im Pflegebereich eine Arbeitslosenquote von nur 2 % besteht; dies entspricht einer nominalen Vollbeschäftigung [30]. Selbst bei Überwindung der finanziellen Restriktionen, denen Gesundheitsdienstleister unterliegen, wäre folglich eine Arbeitskraftreserve, die zu einem Ausgleich der unbesetzten Stellen führen könnte, für den Bereich der Pflegeberufe derzeit nicht vorhanden.

Die scheinbar einzige kurzfristige Möglichkeit, den Mangel an Pflegeressourcen zu überwinden, besteht in der Abwerbung ausländischer Pflegekräfte für den deutschen Gesundheitsmarkt. Die Auswirkungen dieses "Caredrains" für die verschiedenen Herkunftsländer sind aber profund und verstärken den dortigen Pflege-mangel.



Angesichts der Tatsache, dass in vielen Herkunftsländern die Pflege einen weit höheren Anteil auch in der medizinischen Versorgung der dortigen Bevölkerung hat, führt eine größere Abwanderung von Pflegekräften nach Deutschland oder anderen westeuropäischen Ländern auch zu einem Versorgungsmangel in den Herkunftsländern. Der ethische Aspekt einer solchen Form der Personalrekrutierung ist also unter einem besonderen Gesichtspunkt zu werten.

Neben dem Aspekt eines quantitativen Anstiegs der Nachfrage nach Pflegedienstleistungen ist auch eine qualitative Veränderung der geforderten Pflegedienstleistungen wahrscheinlich, die besondere Anforderungen an die Pflegenden stellen wird. Bei einer Zunahme der chronisch-degenerativen Krankheitsbilder und der Erkrankungen des psychiatrisch-psychosomatischen Formenkreises in Kopplung mit einer sich verlängernden Lebenszeit der Patienten ist eine deutlich höhere emotionale wie auch physische Belastung der Pflegenden zu erwarten.

Das Berufsbild "Pflege im Krankenhaus" ist demzufolge in einem schwierigen Zustand. Hohe emotionale Belastungen, die Arbeit in streng hierarchisch geordneten Strukturen, Schicht- und Nachtdienstzeiten, mangelnde Aufstiegsmöglichkeiten und fehlende interprofessionelle Anerkennung sowie die hohe körperliche Belastung – all dies sind Faktoren, die den Pflegeberuf für Berufsanfänger nicht übermäßig attraktiv erscheinen lassen.

Dies schlägt sich auch in der Zahl der Abschlussprüfungen aus Schulen des Gesundheitswesens nieder (vgl. Abbildung 38): Mit Ausnahme eines kurzen Anstiegs der bestandenen Abschlussprüfungen männlicher Krankenpflege- und Krankenpflegehelfer-Schüler in der Mitte der 90er Jahre ist die Zahl der Absolventen deutlich rückläufig (weibliche Schüler -24 %, männliche Schüler -14 %).

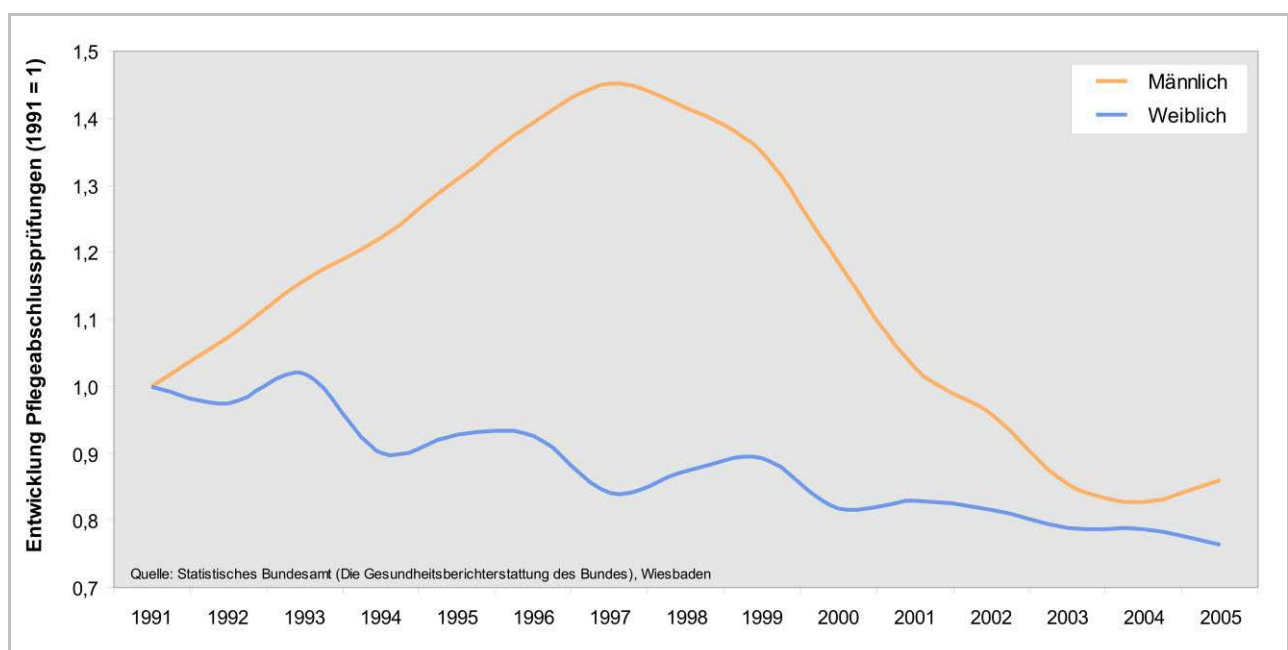


Abbildung 38: Anzahl der bestandenen Abschlussprüfungen an deutschen Krankenpfeschulen 1991-2005



Der Rückzug aus dem Berufsbild Pflege lässt sich auch unter den bereits ausgebildeten Pflegekräften nachweisen. Die europäische NEXT-Studie (Nurses early exit study) stellte 2005 fest, dass fast jeder fünfte Pflegenden in deutschen Krankenhäusern "einige Male pro Monat oder häufiger" an einen Berufsausstieg denkt [31]. Die gleiche Studie zeigte auch, dass weniger Pflegekräfte das Renteneintrittsalter als aktiv in der Pflege tätige Arbeitnehmer erreichen. Während die Altersgruppe der über 54-Jährigen in der Gesamterwerbsbevölkerung mit rund 11,1 % vertreten ist, finden sich unter den Pflegekräften in dieser Altersgruppe nur noch 6,2 % der Erwerbstätigen. Damit liegt der Anteil älterer Mitarbeiter in dieser Berufsgruppe um fast die Hälfte niedriger als in der Vergleichspopulation der Erwerbstätigen.

Eine Lösung für das wachsende Problem des Pflegenotstands ist in Deutschland bei Beibehaltung des derzeitigen Berufsbilds "Pflege" nicht absehbar, da weiterhin eine Diskrepanz zwischen dem sinkenden Anteil der jüngeren Bevölkerung einerseits und einer steigenden Nachfrage nach Pflegedienstleistungen andererseits besteht. Vor diesem Hintergrund erscheint es wahrscheinlich, dass versucht wird, diesem Problem über eine Differenzierung der Pflege Tätigkeiten in verschiedene Aufgabenfelder entgegenzu steuern.

Eine denkbare Entwicklung ist, dass reine Basispflegetätigkeiten von "Pflegeassistenten" mit einem niedrigeren Ausbildungsgrad übernommen werden, während höherwertige funktionale Pflege Tätigkeiten weiterhin durch spezialisierte Pflegefachkräfte ausgeübt werden. Wahrscheinlich ist ebenso, dass insbesondere im Krankenhaus die Nachfrage nach höher spezialisierten Pflegedienstleistungen durch den medizinischen Fortschritt ansteigen wird, während sich typische Basispflegetätigkeiten vermehrt in den ambulanten Bereich verlagern.

Erwarteter Entwicklungstrend	
(31)	Anstieg in der Nachfrage nach Pflegedienstleistungen in Deutschland
(32)	Zunehmende Verlagerung von Pflege Tätigkeiten in den ambulanten/häuslichen Sektor
(33)	Zunehmender Mangel an Pflegekräften mit hochspezialisierter Qualifikation
Erwartete Trendstabilität	
(31)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
(32)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
(33)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
Prognosesicherheit	
(31)	Hoch
(32)	Hoch
(33)	Mittel bis hoch



6.3.6 Die Pflege – ein sich wandelndes Berufsbild

Weit mehr noch als die ärztliche Profession ist die Entwicklung der Pflegeberufe mit der Entwicklungsgeschichte des Krankenhauses verknüpft. Die frühen byzantinischen und frühmittelalterlichen Hospitäler entstanden aus einer christlich geprägten Krankenpflegetradition, kurative Elemente der Behandlung standen noch nicht im Vordergrund, über einen ärztlichen Berufsstand in unserem modernen Sinne verfügten sie noch nicht.

Die Entwicklung des Krankenhauses im 19. und 20. Jahrhundert verlief parallel zu dem erreichten naturwissenschaftlichen Erkenntnisgewinn, der zum wichtigsten Indikator für die Qualität eines Krankenhauses wurde. Noch heute ist insbesondere für Universitätskrankenhäuser der wissenschaftliche Erfolg maßgeblicher Partner des erreichbaren klinischen Erfolgs. In einer naturwissenschaftlich geprägten Epoche der Krankenhausentwicklung übernahm in Folge der ärztliche Dienst zunehmend die zentrale Leitrolle. Diese Leitrolle ist in vielen das Krankenhaus betreffenden Bereichen – wie Architektur, Finanzierungsformen, Medizintechnologie und ethische Grundsätze – nachweisbar.

Seit Florence Nightingale die Einführung des Pavillonbaustils in der Krankenhausarchitektur vorantrieb, hatte die Pflege nie wieder eine derartig sichtbare zentrale Rolle. Während die Pflege in früheren Krankenhausorganisationsformen die einzige ständige Berufsgruppe darstellte, brachte die naturwissenschaftlich geprägte Entwicklung in der Aufklärung eine Diversifizierung des Beschäftigtenprofils. Ein modernes Krankenhaus verfügt daher heute über ein Mitarbeiterspektrum mit einer zweistelligen Anzahl verschiedener Berufsgruppen.

Doch durch welche Kräfte wird die Entwicklung des Personalspektrums im Krankenhaus der Zukunft geprägt werden? Waren die frühen christlichen Krankenhäuser durch die Pflege, das naturwissenschaftlich geprägte Krankenhaus der Neuzeit dagegen durch den ärztlichen Dienst dominiert, so steht das Krankenhaus der Zukunft vor gänzlich anderen Herausforderungen.

Zu einem umfassenden Dienstleistungsangebot zukünftiger Krankenhäuser gehört nicht allein die Bereitstellung von Leistungen, die sich lediglich durch medizinische Qualität und den Einsatz einer "Cutting Edge"-Technologie auszeichnet. Verstärkte Bedeutung bekommen auch Faktoren wie die Finanzierbarkeit der Leistungen für den einzelnen Patienten, professionelle Empathie, mit dem Lebensalltag der Patienten vereinbare "Gesundheitslösungen" sowie die sektorenübergreifende Versorgung des Patienten über ausgedehntere Krankheits- und Lebensabschnitte – die Dienstleistung des Krankenhauses nimmt in ihrer Komplexität in erheblicher Weise zu.

Die umfangreichen Veränderungen werden nicht mehr allein durch einzelne Berufsgruppen vertreten werden. Insbesondere der Pflege als zahlenmäßig größte Berufsgruppe im Krankenhaus kommt hierbei in Zukunft ein großes Potenzial zu. Diese Zukunft hat in einigen anderen westlichen Nationen schon längst begonnen. In einer Studie der OECD wurden hierzu die Erfahrungen von 16 Ländern bezüglich neuer Tätigkeitsfelder für die Pflege sowie für Qualität und Effizienz von Gesundheitsdienstleistungen untersucht [32].



Darunter fielen neue, für die Pflege bislang nicht typische Aufgabengebiete - wie die eingeschränkte Verschreibungserlaubnis für bestimmte Medikamentengruppen, die eigenständige Abrechnung medizinischer Dienstleistungen oder die Möglichkeit der direkten Überweisung von Patienten an andere medizinische Dienstleister. Elf dieser Länder berichteten über den Einsatz von Pflegekräften in diesen neuen Tätigkeitsfeldern bzw. deren Prüfung in Pilotprojekten.

Die Metaanalyse verschiedener Studien zu Ergebnis und ökonomischer Effizienz neuer Tätigkeitsfelder in der Pflege fiel jedoch noch deutlich uneinheitlich aus - ein Hinweis darauf, dass noch ein erheblicher Forschungsbedarf in diesem Bereich besteht. In der Diskussion nicht unumstritten sind auch die Ausbildung und der Einsatz von Pflegekräften als OP-Assistenzpersonal. Dies wird nicht nur in anglo-amerikanischen Ländern in Betracht gezogen, sondern neuerdings auch in Europa und Deutschland.

Wird die Pflege der Zukunft also neue Tätigkeitsfelder besetzen? Möglicherweise nicht jede einzelne der aufgeführten Aufgabengebiete, doch spricht vieles dafür, dass die Pflege auch Tätigkeiten aus spezialisierten Bereichen in ihr Leistungsspektrum integrieren wird.

Dabei wird nicht allein ein vermeintlich erhoffter Einspareffekt im Mittelpunkt stehen dürfen, wenn Aufgaben, die früher durch den ärztlichen Dienst erledigt wurden, zukünftig von Krankenpflegern und -schwestern übernommen werden, deren Bruttopersonalkosten gegenwärtig noch deutlich niedriger liegen. Dies mag zunächst als ökonomisches Argument durchaus seine Bedeutung haben. Doch ist davon auszugehen, dass eine zukünftig besser ausgebildete und mit mehr Kompetenzen in der diagnostischen und therapeutischen Dienstleistung ausgestattete Pflegeschicht auf eine Angleichung ihres Gehaltsniveaus an das der Ärzte hinwirken wird. Anfängliche Kostenvorteile werden sich also womöglich in der Zukunft zumindest in ihrem Umfang deutlich relativieren.

Viel entscheidender wird vermutlich sein, dass ein Krankenhaus mit einer Dienstleistungsausrichtung in verschiedenen Sektoren seine Leistungen nicht mehr allein über den ärztlichen Dienst definieren wird, sondern auch auf die selbstverantwortlich tätige und mit einem eigenen Aufgabenspektrum ausgestattete Pflegekraft setzt, um sein Leistungspotenzial gänzlich ausschöpfen zu können. Diese Überlegungen sind nicht neu, aber noch verhindern die formaljuristischen Rahmenbedingungen und eine auf Besitzstandswahrung ausgerichtete Beschäftigungspolitik vieler Berufsgruppen des Gesundheitswesens die sinnvolle Neuordnung der Aufgabengebiete im Krankenhaus. In den Zeiten budgetbedingter Verteilungskämpfe ist eine solche Entwicklung in Deutschland nicht ohne erhebliche Auseinandersetzungen denkbar, jedoch vor dem Hintergrund eines sich diversifizierenden Leistungsbilds in Krankenhäusern letztlich unvermeidbar.

Die Berufsbildentwicklung der Pflege wird sich nicht allein auf qualitative Veränderungen (Spezialisierung) beschränken, sondern möglicherweise auch quantitative Veränderungen im Sinne eines Ausbaus oder einer Renaissance pflegenaher Tätigkeiten beinhalten. Hierzu gehören Tätigkeitsfelder in der Kuration oder Prävention, die schon einmal in "prä"-medizinischen Zeiten der Hospitäler des Mittelalters und der frühen Neuzeit zum selbstverständlichen Aufgabenkreis der Pflege gehörten. Vollständig verschwunden ist dies wohl niemals, wie die eigenständige Rolle der Pflege in Versorgungsgebieten mit einer niedrigen Arztpräsenz zeigt (z.B. Rural Healthcare Units, Australien).



Ein weiteres Beispiel für eine steigende Nachfrage nach Pflegedienstleistungen zeigt sich auch im Rahmen der Palliativmedizin, die insbesondere in den letzten Jahren eine deutliche Entwicklung in Deutschland aufzeigt.

Doch wie werden eine Übernahme spezifischer Tätigkeiten sowie die steigenden Anforderungen an die Pflege in Kuration, Prävention und Palliativmedizin den Arbeitsalltag im Krankenhaus und die Pflegeausbildungen in Zukunft verändern? Unzweifelhaft ist, dass eine Pflegeschicht, die sich ihre Aufgabenfelder in vermehrt spezialisierten Tätigkeitsbereichen sucht, nicht mehr alle Bereiche einer Basispflege ausfüllen wird. Dies entspräche auch aus Sicht der Krankenhausträger nicht einem effizienzgerechten Einsatz ihres Mitarbeiterpotenzials.

Die Pflege wird darauf angewiesen sein, dass hauswirtschaftliche Pflegetätigkeiten und der Bereich der personenbezogenen Basispflege durch andere, niedriger entlohnte Personalgruppen substituiert werden. Ohne den Einsatz solcher Servicekräfte kann den Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft nicht entsprochen werden, da nicht ausreichend Personal für die Basispflege rekrutiert wird. Die Einrichtung von Pflegeassistenzen ist damit eine wichtige Voraussetzung, dass sich der Pflegedienst "nach oben" emanzipieren kann. Im Zuge eines wachsenden Dienstleistungssektors "Gesundheitswesen" eröffnen sich hierdurch möglicherweise neue Beschäftigungsfelder für den Arbeitsmarkt, die auch über kürzere Ausbildungszeiten erreicht werden können.

Dagegen wird für den spezialisierteren Pflegesektor eine Anpassung der Ausbildung zu höherwertigeren Qualifikationen und Abschlüssen unvermeidlich sein. In diesem Zusammenhang wird bereits heute über die "Akademisierung" der Pflegeausbildung heftig gestritten. Dies scheint ein eher unglücklich gewählter Begriff, da es sich höchstwahrscheinlich nicht um eine massenhafte Verlagerung von Pflegeausbildungsplätzen in universitär-theoretische Bereiche handeln wird, sondern vielmehr darum, die Ausbildung an die Herausforderungen neuer Tätigkeitsfelder in der Praxis anzupassen. Aus diesem Grund steht hierbei weniger der Begriff der Akademisierung, als vielmehr eine Form der Spezialisierung im Vordergrund. Doch ungeachtet der aktuellen Situation zeigt der internationale Vergleich, dass Pflegeausbildungen in vielen anderen europäischen Ländern schon heute zu einem weitaus höherwertigen Berufsabschluss führen als dies in Deutschland der Fall ist.

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Harmonisierung der europäischen Ausbildungswege, aber insbesondere auch durch die Übernahme neuer Tätigkeitsfelder für die Pflege erscheint eine Entwicklung zu höherwertigen Ausbildungsabschlüssen für Pflegeberufe wahrscheinlich. Diese sind im gegenwärtigen deutschen Ausbildungssystem jedoch nur im Rahmen universitärer Hochschulausbildungen möglich.

An dieser Stelle soll auch auf die umfangreichen Veröffentlichungen und Aktivitäten verwiesen werden, welche die Robert Bosch Stiftung zu den Themenbereichen "Aus- und Weiterbildung der Pflege" sowie "Zukünftiges Berufsbild der Pflege" gefördert hat. Die umfassende Darstellung der Ergebnisse an dieser Stelle würde jedoch den Rahmen dieser Studie sprengen.



Zukunft für das Krankenhaus
Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung
der Krankenhausorganisation

Erwarteter Entwicklungstrend	
(34)	Vermeehrt Tätigkeiten des Pflegedienstes in spezialisierten medizinischen Bereichen
(35)	Zunehmende Substitution von Basispflegetätigkeiten durch Servicepersonal
(36)	Pflegeausbildung zukünftig auf universitärer Ebene und/oder Hochschule (Europastandard)
Erwartete Trendstabilität	
(34)	Tendenz zur Trendumkehr
(35)	Tendenz zur Trendumkehr
(36)	Nicht anwendbar
Prognosesicherheit	
(34)	Mittel bis hoch
(35)	Mittel bis hoch
(36)	Mittel bis hoch



6.3.7 Pflege als Funktionsdienst, Funktionsdienst als medizinisches Berufsbild?

Bei einer Spezialisierung und Höherqualifizierung – sowohl von Pflegeleistungen als auch der Pflegeausbildung – stellt sich unweigerlich die Frage, inwieweit der Pflegedienst und andere Funktionsdienste (MTA, MTRA, Physiotherapie, Ergotherapie, etc.) noch weiterhin unterschiedlich bewertet werden. Durch die erwarteten Entwicklungen innerhalb der Pflegeberufe ist dabei eher von einem Trend der Gleichstellung unterschiedlicher funktioneller Berufsfelder im Gesundheitswesen auszugehen mit einem eigenständigen, als Gesundheitsberuf geprägten Selbstverständnis.

Der Begriff "Pflegedienst" ist spätestens zu diesem Zeitpunkt nicht mehr ganz adäquat, da Pflegeleistungen dann nur noch einen Teil des Berufsbilds darstellen werden. Weil jedoch eine neue Berufsbezeichnung zum heutigen Zeitpunkt nur Spekulation sein kann, wird im Verlauf dieser Studie weiterhin der Begriff "Pflegedienst" verwendet, obgleich sich Inhalte und Ausbildung dieser Berufsgruppe in den nächsten Jahren wahrscheinlich wandeln werden.

Zwei Entwicklungen sind also zukünftig zu erwarten:

- (1) Funktionelle Berufsbilder im Gesundheitswesen, zu denen dann auch die Pflege gehört, werden wie der ärztliche Berufsstand generell als Gesundheitsberufe verstanden, da sie zunehmend über ein eigenständiges therapeutisch geprägtes Berufsverständnis mit selbständigem Profil verfügen.
- (2) Im Zuge der weiteren Spezialisierung in den funktionellen Berufsbildern des Gesundheitswesens werden neue Aufstiegsmöglichkeiten für deren Mitarbeiter entstehen. Fort- und Weiterbildungen innerhalb der beruflichen Karriere führen zu Postgraduierten-Abschlüssen, die nicht nur die jeweilige Gehaltsstruktur, sondern auch die hierarchische Stellung innerhalb der Krankenhausorganisation für den Mitarbeiter günstig beeinflussen. Diese Entwicklung wird letztlich auch durch den Umstand unterstützt, dass Krankenhäuser selbst vermehrt mit den Individualqualifikationen ihrer Mitarbeiter werben müssen, um im Leistungswettbewerb zu bestehen. Die Zeiten des durch Fort- und Weiterbildung hochqualifizierten Mitarbeiters, dessen Qualifikationen nur dem internen Vorgesetzten und Mitarbeiterkreis bekannt sind, ohne dem Patienten vermittelt zu werden, sind demnach obsolet.

Erwarteter Entwicklungstrend	
(37)	Pflege als Gesundheitsberuf mit eigenständigem Leistungs- und Kompetenzprofil
(38)	Zunehmende Bedeutung postgraduierter Fort- und Weiterbildung in der Pflege
Erwartete Trendstabilität	
(37)	Nicht anwendbar
(38)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
Prognosesicherheit	
(37)	Mittel bis hoch
(38)	Hoch



6.4 Innovationen durch Medizintechnologie

6.4.1 Entwicklungen der Medizintechnologie

Medizintechnische Innovationen haben die Entwicklung der Medizin und damit auch der Behandlungsprozesse in Krankenhäusern seit jeher nachhaltig beeinflusst. Im Blickpunkt der Öffentlichkeit stehen häufig technologie-fokussierte Bereiche – wie sie beispielsweise in heute üblichen Bildgebungsverfahren (CT, MRT) oder chirurgischen Techniken (OP-Robotik, laparoskopische OP-Verfahren) – vorzufinden sind. Dabei sind es oftmals die wesentlich unspektakuläreren Entwicklungen gewesen, die nicht nur medizinische Verfahren revolutionierten, sondern dabei auch Rahmenbedingungen in unserer Gesellschaft beeinflusst haben.

Als ein prominentes Beispiel sei an dieser Stelle die Entwicklung der modernen Antiseptik genannt, durch die nicht nur moderne chirurgische Verfahren überhaupt erst möglich wurden, sondern die auch in entscheidender Weise das Bevölkerungswachstum in West- und Mitteleuropa durch die Vermeidung früher Sterblichkeitsfälle begünstigt hat. Wie auch in vielen anderen "medizintechnologischen Revolutionen" umfasste das gesamte Entwicklungsfeld mehr als nur einen medizinischen Bereich: Neben dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn durch Ärzte wie Ignaz Semmelweis (Prävention des Kindbettfiebers) oder Sir Joseph Lister (Antiseptik im Operationsfeld) wurde die Antiseptik ebenso durch industrielle Entwicklungen – wie beispielsweise die industrielle Produktion der hydrophilen Verbandwatte (Viktor von Bruns, 1871) – im klinischen Alltag gefördert.

Das Beispiel "Antiseptik" scheint ein Grundprinzip vieler erfolgreicher medizintechnologischer Entwicklungen widerzuspiegeln: Neben der Verwendbarkeit in verschiedenen medizinischen Fachgebieten (z.B. Geburtshilfe und Chirurgie) sind unterstützende technologische Innovationen aus der Industrie von wesentlicher Bedeutung. Dieses Bild lässt sich auch in der heutigen Zeit oft wiederfinden, wie etwa bei Entwicklung und Einsatz moderner interventioneller Linksherzkatheter- oder Diagnostikverfahren (Ultraschall).

Innovationen der Medizintechnologie haben dabei auch das Potenzial, die Struktur der Leistungserbringung in Krankenhäusern und deren Aufgabenfelder deutlich zu verändern. Beispiele der jüngeren Vergangenheit sind die Verweildauerreduktion in den chirurgischen Fächern, die unter anderem durch den Einsatz laparoskopischer Verfahren ermöglicht wurde, oder die Ambulantisierung von Krankenhausleistungen, die nachhaltig durch den Einsatz von Behandlungsverfahren unterstützt wurden, die einen klassischen chirurgischen Eingriff entbehrlich machten.

Derartige Innovationen, die zu einem grundlegenden Wandel der Krankenhausorganisation führen können, sind auch zukünftig zu erwarten. Inwieweit neue Verfahrensansätze – wie Tissue-Engineering, Gentechnologie oder Nanomedizin – innerhalb der nächsten 20 Jahre unsere Krankenhauswelt verändern werden, lässt sich jedoch kaum abschätzen. Der Grund hierfür liegt letzten Endes nicht nur in den Unwägbarkeiten, die ein medizintechnologisches Produkt bis zur Marktreife durchlaufen muss. Vielmehr kommen auch andere beeinflussende Faktoren zum Tragen (z.B. Kostenübernahme einer neuen Technologie) und können so deren veränderungswirksame Implementierung im Krankenhauswesen verhindern oder zumindest nachhaltig verzögern.



Neuartige medizintechnologische Innovationen sind daher auch mit einer gewissen Vorsicht zu betrachten, unterliegen sie doch auch der Gefahr, im Zuge eines begeisterten Zukunftsglaubens in ihrer medizinischen Relevanz überbewertet zu werden.

Dennoch gibt es einige Felder, die zumindest aus heutiger Sicht das Potenzial aufweisen, "Kandidaten" für solch nachhaltige Veränderungen zu sein. Eine Gemeinschaftsstudie des Aachener Kompetenzzentrums Medizintechnik und der Deutschen Gesellschaft für biomedizinische Technik im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung [33] kommt dabei zu dem Ergebnis, dass drei grundlegende Entwicklungen die Zukunft der Medizintechnologie beherrschen werden. Diese sind:

- (1) Computerisierung
- (2) Molekularisierung
- (3) Miniaturisierung

Die zugehörigen vier wichtigsten zukunftsrelevanten medizintechnischen Schlüsseltechnologien werden laut den Verfassern dieser Gemeinschaftsstudie zunächst die Zell- und Biotechnologie gefolgt von der medizintechnischen Informationstechnologie, der Mikrosystemtechnik sowie der Nanotechnologie sein. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass diese Schlüsseltechnologien nicht als separate Entwicklungseinheiten betrachtet werden dürfen, sondern dass vielmehr ein Trend zur Konvergenz verschiedener Technologien zu beobachten sein wird. Als Beispiele für Innovationen werden die Implantatentwicklung, Wirkstoff-Freisetzungssysteme oder der Organersatz durch Zell- und Gewebetechnik genannt.

Bezüglich neuer Medizintechnologien besteht für Krankenhäuser und andere Gesundheitsdienstleister die entscheidende Frage darin, zu welchem Zeitpunkt Technologien aus den Schlüsselbereichen die Marktreife erlangen und damit für den Routineeinsatz im Krankenhaus zur Verfügung stehen werden. Wie oben bereits ausgeführt, können solche Prognosen jedoch nur hochspekulativ sein; sie fördern nicht einen Erkenntnisgewinn im Sinne des Szenarioaufbaus. Dagegen kann ein protrahierter und kontinuierlicher Einfluss dieser Technologien auf das Krankenhaus, seine Organisation und seine Dienstleistungen an dieser Stelle zumindest mit einiger Sicherheit angenommen werden.

Die entscheidenden Veränderungen durch medizintechnologische Entwicklungen bleiben dabei mit ziemlicher Sicherheit nicht allein auf die Anwendung von Großgerätetechnologie im Krankenhaus beschränkt. Daneben ist es auch denkbar, dass der Stellenwert von krankenhausextern hergestellten Produkten (z.B. Organersatz durch Tissue-Engineering) deutlich größer wird.

Für Krankenhäuser hat dies durchaus eine Bedeutung für die Organisation ihrer Leistungserbringung wie der folgende Vergleich zwischen bereits implementierter Großgerätetechnologie (Beispiel MRT) und den möglichen Verhältnissen bei zukünftigen Innovationen im Krankenhausbereich (Beispiel Tissue-Engineering) zeigen soll (vgl. Abbildung 39).

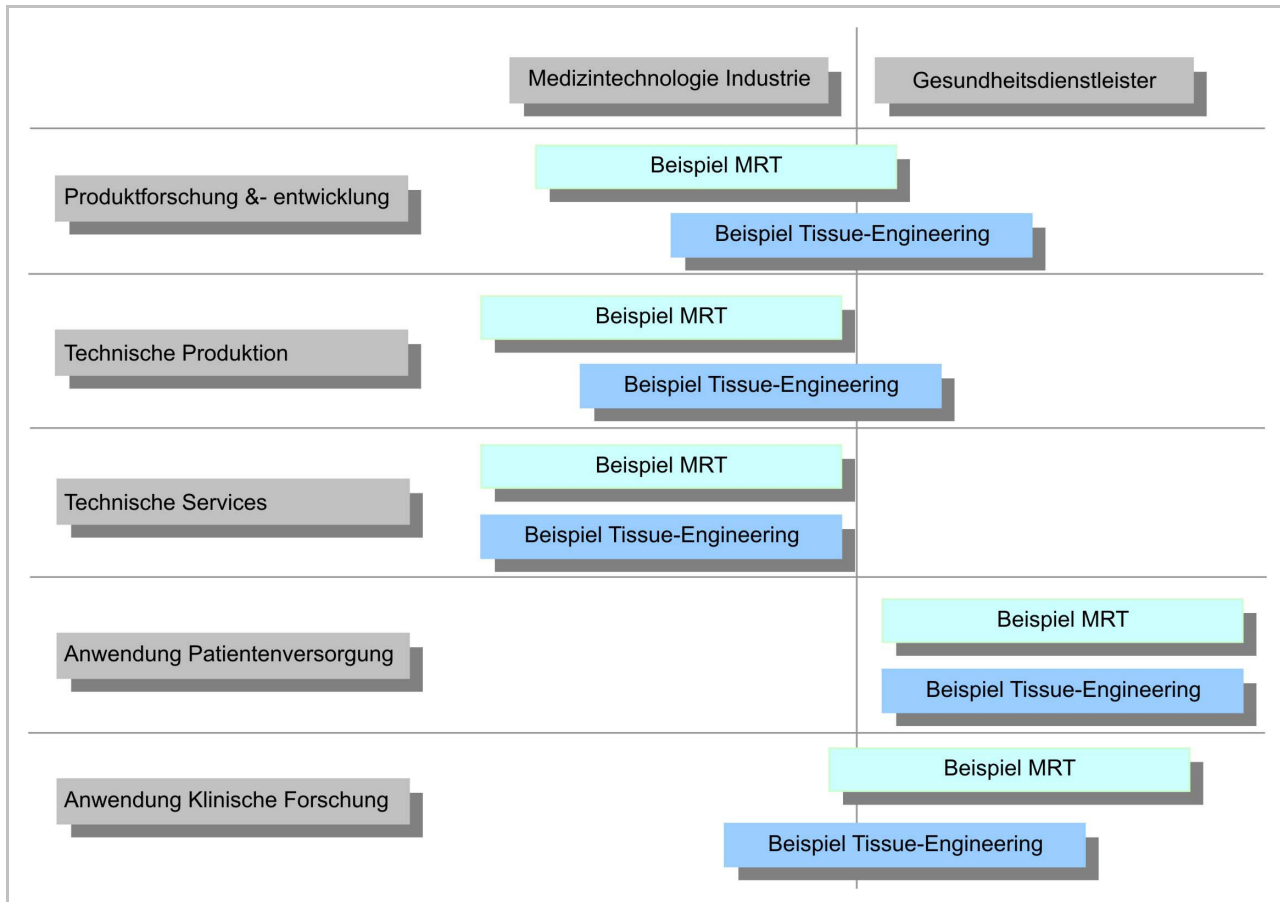


Abbildung 39: Neue und gegenwärtige medizinische Technologien - Zunehmende Verzahnung in der Zusammenarbeit zwischen Industrie und Gesundheitsdienstleister am Beispiel MRT und Tissue-Engineering

Die Produktentwicklung innerhalb der Magnetresonanztomographie ist in enger Abstimmung zwischen der Industrie und medizinischen Dienstleistern erfolgt. Neue Technologien wie das Tissue-Engineering erfordern mit hoher Wahrscheinlichkeit eine noch höhere Verzahnung zwischen Industrie und Nutzer mit einer eher steigenden Beteiligung der Krankenhäuser an der dafür benötigten Grundlagenforschung.

Ähnlich stellt sich die Situation für die technische Produktion dar. Während die Gesundheitsdienstleister im Fall der MRT-Technologie bisher vorwiegend als Nutzer auftreten, die Fertigung der benötigten Hardware aber völlig im Bereich der Industrie liegt, ist dagegen für das Tissue-Engineering eine höhere Beteiligung des Nutzers (Krankenhäuser u.a.) erforderlich (z.B. für Gewebegewinnung, Typologisierung, etc.).

Dagegen spricht einiges dafür, dass die technischen Service-Leistungen eines solchen Produkts ähnlich wie auch schon bei der MRT-Technologie weiterhin gänzlich im Bereich des industriellen Anbieters liegen werden, da hier das notwendige Know-how für eine derartige Dienstleistung liegt. Die Nutzung innerhalb der Patientenversorgung wird auch beim Tissue-Engineering weiterhin mit hoher Wahrscheinlichkeit ganz beim Krankenhaus verbleiben.



Neue Technologien kommen nicht allein im klinischen Alltag, sondern auch im Rahmen der klinischen Forschung zum Einsatz. In der klinischen Forschung beteiligt sich die medizintechnische Industrie auch schon heute direkt oder indirekt an Forschungsvorhaben. Insbesondere ist dies dort zu beobachten, wo die Fragestellungen des Forschungsauftrags einen anwendungsorientierten Bezug zur verwendeten Medizintechnologie haben (z.B. Bewertung eines bestimmten Verfahrens in Diagnostik oder Therapie). Das spezielle Know-how zukünftiger Medizintechnologien wird dabei in steigendem Maße zu einer Beteiligung und Partnerschaft der Industrie im Bereich der Forschung (auch der Grundlagenforschung) führen.

Die zu Recht angeführte Freiheit von medizinischer Forschung und Lehre ist in diesem Zusammenhang zwar zu würdigen, es bleibt jedoch die Frage, ob es vor dem Hintergrund einer zunehmenden Technologisierung der Forschung nicht zwangsläufig zu einer verstärkten Partnerschaft in diesem Bereich kommen muss. Eine derartige Zusammenarbeit erscheint zumindest in den forschungsführenden angloamerikanischen Ländern traditionell einen weit höheren Stellenwert einzunehmen.

Erwarteter Entwicklungstrend	
(39)	Zukünftige Schlüsseltechnologiebereiche: Zell-/Biotechnologie, Medizinische Informationstechnologie, Mikrosystemtechnik, Nanotechnologie
(40)	Zunehmende Bedeutung von Kooperationsmodellen zwischen Krankenhäusern und Medizintechnikindustrie
Erwartete Trendstabilität	
(39)	Nicht anwendbar
(40)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
Prognosesicherheit	
(39)	Mittel
(40)	Mittel bis hoch



6.4.2 Verfügbarkeit von Medizintechnologie

Die Verfügbarkeit einer Medizintechnologie für Nutzer und Patienten hängt letztendlich auch von dem Disseminationsgrad der jeweiligen Technologie ab. Gerade für den Bereich der Großgerätetechnologien sind Krankenhäuser ein wichtiger Faktor in der umfassenden Einführung neuer Diagnostik- und Therapieverfahren, da häufig nur sie über eine ausreichende Größe verfügen, um eine Erstinvestition wirtschaftlich betreiben zu können. Hiervon profitiert neben den Patienten vor allem auch die Medizingeräteindustrie, für die Krankenhäuser ein wichtiger Partner in der Entwicklung und der Schaffung eines Marktzugangs für ihre Produkte sind.

In den letzten Jahren haben deutsche Krankenhäuser bewiesen, dass sie in der Lage gewesen sind, auch in relativ kurzfristigen Zeiträumen marktreife Entwicklungen in ihr Leistungsportfolio aufzunehmen. So ist der Anteil von deutschen Krankenhäusern, die über mindestens ein Großgerät verfügen, seit Mitte der 90er Jahre von knapp 30 % auf fast 50 % angestiegen. Die durchschnittliche Anzahl von Großgeräten pro Krankenhaus stieg von 0,7 auf rund 1,3 Großgeräte pro Haus (vgl. Abbildung 40).

Bezogen auf die Grundgesamtheit aller Akutkrankenhäuser bedeutet dies, dass in diesem Zeitraum rund 400 Häuser den Anschluss an die Großgerätetechnologie vollzogen haben. Diese Zahlen beinhalten noch nicht diejenigen Krankenhäuser, die einen vorhandenen Großgerätepark noch weiter ausgebaut oder über Ersatzbeschaffungsmaßnahmen modernisiert haben. Sie verdeutlichen, welch großes Potenzial im deutschen Großgerätemarkt für die Industrie liegt.

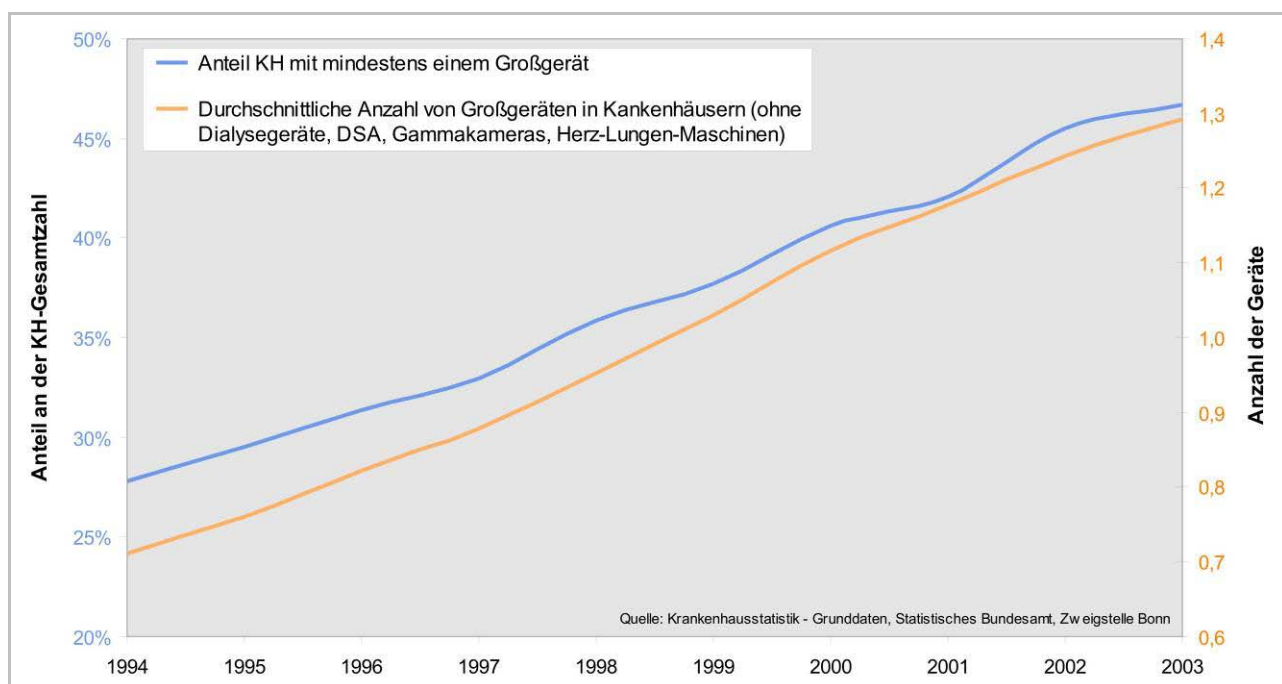


Abbildung 40: Anteil deutscher Krankenhäuser mit mindestens einem Großgerät sowie durchschnittliche Anzahl Großgeräte pro Krankenhaus 1994–2003



Sämtliche Technologien führen in der Regel zunächst zu einer hohen Investitionsbelastung für Krankenhäuser. Daher darf die bisherige Entwicklung nicht darüber hinwegtäuschen, dass im Fall eines sprunghaften Anstiegs der medizintechnologischen Innovationen im Krankenhaus ein Druck auf das deutsche Gesundheitssystem ausgeübt wird, dem einige Krankenhäuser nicht standhalten werden. Von einem unverändert weiter steigenden Disseminationsgrad teurer Medizintechnologien darf also in Zukunft nicht ohne weiteres ausgegangen werden.

Zwei grundsätzlich verschiedene Szenarien sind dabei zu diskutieren:

1) Marktaustritts-Szenario

Durch weiter steigende Kosten für medizintechnische Investitionen entsteht eine Spirale kontinuierlichen "Aufrüstens" im Wettbewerb um den Patienten; dieser Entwicklung werden kleinere Krankenhäuser mit geringerem Investitionsspielraum nicht standhalten können. In der Folge führt dies zu einer höheren Rate von kleineren Krankenhäusern, die aus dem Krankenhausmarkt ausscheiden müssen, da das verbleibende Leistungsspektrum für eine wirtschaftliche Krankenhausbetriebsführung nicht mehr ausreichend ist und die Patienten eher dem Leistungsangebot gut ausgestatteter Häuser vertrauen.

2) Marktkonstanz-Szenario

Neue Finanzierungswege zur Implementierung von medizintechnischen Innovationen werden mit Unterstützung der Industrie in das deutsche Krankenhauswesen eingeführt. Führend dabei ist die Medizintechnikindustrie, die auf diese Weise eine umfassende Gesamtgröße des Medizintechnikmarkts aufrechterhalten will. Kleinere Krankenhäuser erhalten sich über private Investitionsbeteiligung der Industrie den Zugang zu medizintechnologischen Innovationen und verbleiben auf dem Krankenhausmarkt.

Die Frage, welches der beiden Szenarien in den nächsten Jahren führend sein wird, ist gegenwärtig nicht zu beantworten; jedoch ist dem der Industrie zu unterstellenden Willen zu einem breit gefächerten Krankenhaussektor als stabiler Absatzmarkt eine gewisse Bedeutung zuzubilligen. In dieser Studie wird daher dem Marktkonstanzszenario der Vorrang eingeräumt.

In diesem Zusammenhang muss auch diskutiert werden, ob Innovationen in der Medizintechnologie sich zukünftig nicht nur allein im Bereich der relativ kostspieligen Großgerätetechnologie abspielen, die häufig auch mit umfangreichen und kostspieligen Begleitmaßnahmen einhergehen. In diesem Zusammenhang kann Innovation auch bedeuten, dass neue und kostengünstigere Medizintechnologien alte kostenintensivere Verfahren ablösen. Wie die Preisentwicklung im Bereich Computerhardware in den letzten 20 Jahren gezeigt hat, sind kostengünstigere und gleichzeitig leistungsstärkere Produktinnovationen bei einem entsprechenden Nachfrageverhalten im Prinzip möglich.



Zukunft für das Krankenhaus
Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung
der Krankenhausorganisation

Erwarteter Entwicklungstrend	
(41)	Marktkonstanz-Szenario setzt sich durch
(42)	Neue Finanzierungs- und Betreibermodelle der Medizintechnikindustrie
Erwartete Trendstabilität	
(41)	Nicht anwendbar
(42)	Nicht anwendbar
Prognosesicherheit	
(41)	Mittel
(42)	Mittel bis hoch



6.5 Politische und legislative Rahmenbedingungen

6.5.1 Der Staat in der Krankenhausplanung – Stürmer oder Schiedsrichter?

Seit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung des ausgehenden 19. Jahrhunderts hat der Staat die wohl bedeutendste Rolle in der Daseinsfürsorge seiner Bürger übernommen. Diese Rolle des Staates ist für den Staat selbst wie auch für seine Bürger zu einer inneren Selbstverständlichkeit geworden, deren Unantastbarkeit über viele Jahre gewährleistet war.

Im Krankenhauswesen sollte die Einführung einer dualistischen Krankenhausfinanzierung im Jahr 1972 den auch damals vorhandenen erheblichen Investitionsstau in deutschen Krankenhäusern ausgleichen, indem Investitionen im Krankenhausbau über die Zuweisung von Fördermitteln der öffentlichen Hand zu einer Aufgabe der Länder wurden. Daneben wurde den Ländern im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung aber auch eine entscheidende politische Verantwortung in der bedarfsgerechten medizinischen Versorgung zugewiesen. Der Staat als Garant der Krankenhausversorgung – dieses Bild ist zu einer Selbstverständlichkeit geworden, Versorgungsleistungen des Gesundheitswesens zu einem fast selbstverständlichen Anspruch.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sollte ursprünglich der Vielfältigkeit und Überlebensfähigkeit der deutschen Krankenhauslandschaft dienen und damit auch dem grundlegenden Versorgungsanspruch nach Krankendienstleistungen gerecht werden. Das KHG hat jedoch nicht sicherstellen können, dass über seine unterschiedlichen Elemente zur Investitionsfinanzierung (Einzelförderung, Pauschalförderung, Förderung nach Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz, Instandhaltungsfinanzierung, etc.) eine ausgeglichene Investitionslage in deutschen Krankenhäusern hergestellt wurde. Ganz im Gegenteil ist die Investitionsquote der Bundesländer seit Inkrafttreten des KHG in 1972 von 17 % auf 8,5 % gefallen, so dass aktuell mit einem Investitionsstau von rd. 27 Mrd. € in deutschen Krankenhäusern gerechnet wird [34].

Diese Zahl ist jedoch mit einiger Vorsicht zu betrachten. Weder die Ablauforganisation noch die Auslastung medizintechnischer Geräte in Deutschland entspricht einem Stand, der in weiten Teilen der Industrie als ausreichend bezeichnet werden würde. Investitionen in ineffiziente Strukturen sind aber Investitionen, die als "verloren" verbucht werden müssen. Der Anteil des Investitionsstaus, der allein durch eine systeminterne Ineffizienz der Strukturen im Krankenhauswesen verursacht wird, ist nicht bekannt. Man muss daher davon ausgehen, dass ein Investitionsstau zwar vorhanden ist, aber möglicherweise in einer kleineren Größenordnung vorliegt.

Ungeachtet der realen Größe des Investitionsstaus muss damit gerechnet werden, dass gegenwärtig ein gewisser Nachholbedarf bezüglich Investitionsmaßnahmen in deutschen Krankenhäusern besteht. Zukünftig ist sogar mit einer Erhöhung des Investitionsbedarfs zu rechnen, da allein die Anpassung deutscher Krankenhäuser an ein DRG-bestimmtes, wettbewerblich orientiertes System zwangsläufig die Notwendigkeit einer höheren Investitionsquote beinhaltet.



Daneben werden von einigen Autoren auch andere, den Investitionsbedarf beeinflussende Faktoren angeführt. So weist eine Studie des RWI in Zusammenarbeit mit der ADMED Unternehmensberatung darauf hin, dass allein eine durch BASEL II hervorgerufene Höherbewertung der Risikomargen im Krankenhaussektor zu einer zusätzlichen Gesamtbelastung des Krankenhauswesens von rund 2 Mrd. € führen kann [35]. Auch diese "Nebeneffekte" der Investitionsproblematik im deutschen Krankenhauswesen müssen in die Gesamtbetrachtung einbezogen werden.

Im Zuge der zurückgehenden Finanzierung durch die Länder erscheint es dabei ausgeschlossen, dass die benötigten Investitionsmittel allein aus den Krankenhäusern heraus erwirtschaftet werden können. Die gegenwärtige Situation scheint die immer noch bestehende dualistische Krankenhausfinanzierung auszuhöhlen und in Zukunft ad absurdum zu führen, so dass Bruckenberg in diesem Zusammenhang gar von einem "systemimmanenten Zwang zur monistischen Finanzierung" spricht [36].

Das derzeitige System der dualistischen Finanzierung des Krankenhausesektors ist damit inzwischen an seine Grenzen gestoßen. Auch durch die Übernahme der Investitionsfinanzierung durch die Länder im Rahmen des KHG konnte letztendlich das Investitionsproblem nicht gelöst werden, da die Länder das Versprechen einer bedarfsgerechten Deckung der Investitionsmittel nicht einlösen konnten. Angesichts der umfangreichen medizintechnischen Neuerungen, die allein in den letzten Jahren Einzug in Diagnostik und Therapie gehalten haben, erscheint eine weitere Zuspitzung der Situation unvermeidlich.

Eine Steigerung der öffentlichen Fördermittel zur Schließung dieser Investitionslücke erscheint angesichts der angespannten Lage in den öffentlichen Haushalten ausgeschlossen. Dennoch üben die demographische Alterung, die Neuerungen der medizintechnischen Industrie und die Erwartungshaltung von Patienten angesichts des teilweise erheblichen Sanierungsbedarfs in einigen Krankenhäusern einen gewaltigen Druck auf das bisherige Krankenausfinanzierungssystem aus.

Der Staat selbst steht hierbei in einer schwierigen Situation: Zum einem scheint ihm die Lust an der Bürde der Investitionsverantwortung für Krankenhäuser vergangen zu sein - einer Aufgabe, deren Erfüllung ihm nicht mehr gelingen kann. Hinzu kommt, dass Krankenhauspolitik auch oft die Politik der kommunalen Ebene ist. Für jede regierende Partei bedeutet daher Krankenhauspolitik auch häufig eine Politik der Auseinandersetzung mit der eigenen Parteibasis.

Auf der anderen Seite steht die öffentliche Hand aber vor dem Dilemma, dass eine zügige Verlagerung der Investitionskostenverantwortung auf die Kostenträger im Sinne einer monistischen Krankenhausfinanzierung zu einem sprunghaften Ansteigen der Beitragssätze für die Versicherten führen könnte - ein Ergebnis, das aus wahlpolitischen Gründen hochgefürchtet sein muss.

Ein Rückzug aus der Investitionsfinanzierung würde für den Staat letztlich auch den Rückzug aus der Versorgungsplanung bedeuten. In der Folge wäre ein massives Krankenhaussterben wohl unvermeidlich, da die politisch-sozialen durch pragmatisch-ökonomische Spielregeln abgelöst werden würden. Es ist anzunehmen, dass eine solche Entwicklung insbesondere die kommunalen Krankenhäuser in Deutschland treffen würde, da sie häufig in einen engen kommunalpolitischen Kontext eingebunden sind, welcher unternehmerische Entscheidungen oftmals erschwert.



Unter diesen Vorzeichen ist innerhalb des Betrachtungszeitraums ein grundlegender Systemwandel in der Investitionsfinanzierung kaum zu erwarten. Allein die vollständige Umsetzung der DRG-Einführung in das deutsche Gesundheitssystem wird auf absehbare Zeit einen Großteil der politischen Ressourcen verschlingen.

Wahrscheinlicher ist vielmehr, dass es zu einem schrittweisen Ausstieg aus der Krankenhausinvestitionsfinanzierung und einer politischen Unterstützung bei der Umsetzung alternativer, privatwirtschaftlich geprägter Investitionsmodelle kommt. Dies bedeutet aber letztendlich eine deutliche Stärkung der privaten Hand auch im Bereich der bisher öffentlich geführten Krankenhäuser. Der Staat wird sich zunehmend auf eine Rolle als "Schiedsrichter" im Gesundheitswesen beschränken.

Die Politik wird dabei nur Möglichkeiten eröffnen können, die Handlungsinitiative wird auf die Seite der Krankenhausträger verlagert werden. Die angespannte finanzielle Lage vieler Krankenhäuser und der zunehmende Wettbewerbsdruck innerhalb einer dicht besetzten Krankenhauslandschaft lässt für viele Krankenhausträger langfristige Übergangszeiten zur Lösung ihrer Investitionsprobleme auch gar nicht mehr zu. Ein Wettbewerb zwischen Krankenhäusern der Zukunft wird daher auch den Wettbewerb um die erfolgreiche (und baldige) Akquisition alternativer Finanzierungsquellen einschließen müssen.

Erwarteter Entwicklungstrend	
(43)	Schrittweiser Rückzug des Staates aus der Investitionsfinanzierung im Krankenhauswesen
(44)	Zunehmende Gestaltungsspielräume für Krankenhäuser bezüglich privatwirtschaftlicher Finanzierungsquellen
(45)	Zunehmender Einfluss der privaten Hand in der Gestaltung und Leitung von Krankenhäusern
Erwartete Trendstabilität	
(43)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
(44)	Nicht anwendbar
(45)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
Prognosesicherheit	
(43)	Hoch
(44)	Mittel bis hoch
(45)	Hoch



6.5.2 Normen der Qualität im Krankenhaus

Qualität scheint als Modebegriff ein integraler Bestandteil fast jeder Diskussion im Gesundheitswesen zu sein. Die Messbarkeit von Qualität, die Bezahlbarkeit von Qualität oder die Vergleichbarkeit von Qualität – kaum in einem anderen Bereich der allgemeinen Gesundheitsdiskussion wird so heftig, zugleich aber auch so hilflos gerungen.

Der Begriff der Qualität der Krankenhausdienstleistung wird aber nicht allein aufgrund der Schwierigkeiten in der Definition geeigneter Indikatoren so kontrovers diskutiert. Die Diskussion um Qualität im Krankenhaus reißt Mauern ein, da an den Grundfesten des bisherigen Verständnisses für Gesundheitsdienstleistungen gerüttelt wird. Während bisher die Definition von Qualität einen eher akademischen Aspekt aufwies, wird Qualität im Krankenhauswesen neuerdings auch in der Diskussion um die gerechte Zuteilung von Ressourcen verwendet.

Der Begriff der Qualität hat den alleinigen Nimbus des "Best Practice" schon längst verloren. Qualität im Krankenhaus umfasst heutzutage neben der medizinischen Qualität ebenso den Faktor der wirtschaftlichen Effizienz. Ob im Zuge des Health Technology Assessment (HTA) oder evidenzbasierter Metaanalysen – im Krankenhauswesen sind Kosten-Nutzen-Betrachtungen zu einem selbstverständlichen Bestandteil geworden, der inzwischen auch von vielen klinischen Vertretern akzeptiert wird.

Dabei führt der Begriff Qualität zu einem Paradigmenwechsel in der Diskussion: Bislang wurde Qualität oft auf einer rein fachlichen Ebene definiert und letztlich unter vorwiegend medizinischen Gesichtspunkten bewertet; dies förderte die Bedeutung der einzelnen Expertenmeinung. Qualität im Krankenhaus hat heute jedoch viele Aspekte, da neben der rein medizinischen Qualität (die vielfach als Grundvoraussetzung gewertet wird) unter anderem auch die Qualität der personenbezogenen Dienstleistung, die Qualität der wirtschaftlichen Effizienz, die Qualität der Kommunikationsstrukturen u.v.m. in die Gesamtbewertung einfließen.

Darüber hinaus besteht der Anspruch, Qualität als empirisch nachzuweisende Größe zu definieren. Dies führt letzten Endes dazu, dass die Bedeutung der einzelnen Expertenmeinung einer Bewertung durch interdisziplinäre "Expertenetzwerke" weicht. In kurzen Worten: Neben dem alleinigen Erreichen von Qualitätszielen wird auch die Darstellung und der Nachweis der erbrachten Qualität bedeutender und gleichzeitig jedoch auch deutlich schwieriger, da die Hürden höher gehängt werden.

Ein wichtiges Signal in der deutschen Krankenhauslandschaft ist die Einführung der standardisierten Qualitätsberichte, die alle Krankenhäuser verpflichtet, regelmäßig Indikatoren zu Qualität und Struktur des von ihnen angebotenen Leistungsspektrums zu veröffentlichen. Zugegeben – die bislang veröffentlichten Qualitätsberichte verwirren manchmal mehr, als dass sie aufdecken. Zuwenig können sie dem Patienten wirklich eine Entscheidungshilfe in der Wahl seines Krankenhauses sein.

Doch bei aller derzeit durchaus gerechtfertigten Kritik an der augenblicklichen Ausgestaltung der standardisierten Qualitätsberichte: In ihnen liegt bereits der Schlüssel zu einem umfassenden Wechsel in der zukünftigen Informationsstrategie von Krankenhäusern. Das aktive Engagement eines Krankenhauses in der progressiven Darstellung seiner Qualitätsmerkmale wird aller Voraussicht nach einer der herausragendsten zukünftigen Wettbewerbsvorteile sein.



Darüber hinaus sind auch eine Verschärfung und eine die Vergleichbarkeit fördernde Standardisierung der Nachweispflicht der Krankenhäuser im Rahmen der standardisierten Qualitätsberichte sehr wahrscheinlich, da von mehreren Seiten ein aktives Interesse hieran besteht. Das Interesse an einem Nachweis der erbrachten Qualität geht dabei nicht nur von Patientenseite aus, auch die Kostenträger und die Politik werden zukünftig wahrscheinlich ein eigenes Interesse daran haben, eine Vergleichbarkeit von Leistungen im Krankenhauswesen zu fördern, um über die wettbewerbliche Komponente Ausgabenbegrenzungen für nicht dem Standard entsprechende Krankenhäuser zu begründen.

Erwarteter Entwicklungstrend	
(46)	Zunehmende Qualitätsnachweispflichten für Krankenhausleistungen
(47)	Verschärfung und Ausbau des jüngst eingeführten standardisierten Qualitätsberichts
(48)	Zunahme der Sanktionen für Krankenhäuser mit Qualitätsnachweisdefiziten
Erwartete Trendstabilität	
(46)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
(47)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
(48)	Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
Prognosesicherheit	
(48)	Hoch
(47)	Hoch
(48)	Hoch



6.6 Bauliche Infrastruktur

6.6.1 Zentrale Anforderungsprofile an die Architektur der Zukunft

Eine Prognose über die Art und Weise, in der die Krankenhausarchitektur zukünftige Anforderungsprofile in architektonische Lösungen umsetzt, gleicht dem Versuch die Kunst von morgen schon heute erklären zu wollen – es bleibt ein schlichtweg unmögliches Unterfangen. Möglich ist es jedoch, einige der zentralen Fragestellungen und Anforderungen an zukünftige Krankenhausarchitekten im Vorfeld zu skizzieren.

Eine zentrale, das Krankenhaus betreffende Entwicklung wird die demographische Alterung aller Nutzer von Krankenhausbauten sein. Bei den Patienten wird voraussichtlich der Anteil Hochaltriger mit mehreren Begleiterkrankungen signifikant zunehmen. Die Verweildauern dieser Patientengruppe werden sich dabei möglicherweise nicht wesentlich von heutigen Patienten mit einem vergleichbaren Erkrankungsspektrum unterscheiden, da weitere Verweildauerreduktionen bei den Hochaltrigen nur sehr bedingt umsetzbar sind.

Dagegen steht die Behandlung elektiver Patienten der jüngeren Altersgruppen unter einem anderen Vorzeichen: Gerade in dieser Gruppe ist mit einer weiteren Ambulantisierung von Krankenhausleistungen oder zumindest mit ihrer Überführung in den Kurzliegerbereich zu rechnen. Vieles spricht daher für eine verstärkte Sektorierung der krankenhauses internen Leistungsbereiche. Einem auf ambulante und elektive Dienstleistungen spezialisierten Außenbereich des Krankenhauses mit einem hochfrequenten Patientendurchsatz steht ein auf komplexere Diagnosespektren spezialisierter Langliegerbereich gegenüber, der ein deutlich höheres Altersspektrum seiner Patienten aufweisen wird.

Diese Aufteilung ist keine qualitativ neue Entwicklung, sondern liegt in Ansätzen bereits in der heutigen Struktur vieler Krankenhäuser vor. Bedingt durch das weitere inhaltliche Auseinanderdriften beider Teilbereiche kommt es jedoch vermutlich zu einer deutlicheren Akzentuierung und Abgrenzung voneinander (vgl. Abbildung 41). Ein Spagat, der eine besondere Herausforderung an die Architektur stellt, wenn die organisatorische Einheit des Krankenhauses auch im Design weiter gewahrt werden soll.

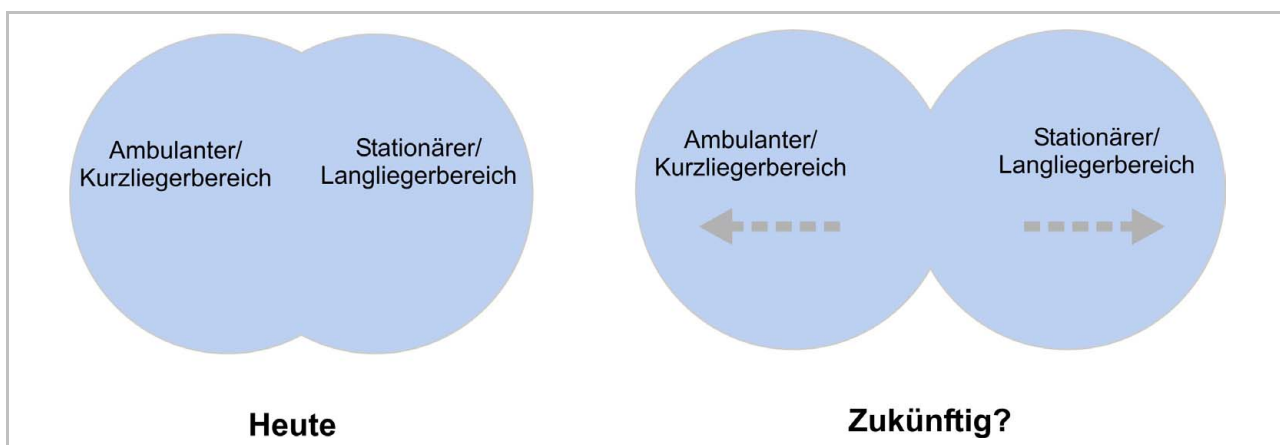


Abbildung 41: Mögliches Auseinanderdriften von verschiedenen Dienstleistungsbereichen im Krankenhaus



Die beschriebene demographische Dynamik bedingt dabei zusätzlich, dass der Anspruch an eine alters- und altengerechte Architektur zukünftig noch deutlicher ausgeprägt sein wird als dies bisher der Fall gewesen ist. Die längere verbleibende Lebenszeit in einem Alter jenseits der Erwerbstätigkeit bedeutet für Patienten die Wahrscheinlichkeit einer höheren Krankenhaushäufigkeit in dieser letzten Lebensspanne.

Krankenhausarchitektur muss dabei den Anforderungen dieser wachsenden Bevölkerungsgruppe gerecht werden. Neben den fast selbstverständlichen Merkmalen einer altengerechten Architektur – wie der Vermeidung von Treppenaufgängen, der Schaffung von rollstuhlgängigen Sanitärbereichen oder Gebäudeleitstrukturen für körperliche eingeschränkte Patienten – gehört hierzu auch die Anpassung der Architektur an die ebenso älter werdenden Besucher- und Familienstrukturen.

Die beschriebenen Veränderungen in der Altersstruktur gelten aber nicht nur für Patienten, sondern ebenso für die Mitarbeiter im deutschen Krankenhauswesen (siehe auch Kapitel 6.1.5); hier ist vor allem die aufgrund der knapper werdenden Ressource "Personal" bedingte Notwendigkeit zu einer aktiveren Personalpolitik deutscher Krankenhäuser als ein bedeutender Punkt zu sehen. Im Mittelpunkt wird dabei die Sicherung einer möglichst langen Einsatzzeit, insbesondere der fachlich höherqualifizierten Mitarbeiter, stehen.

Diese Einsatzzeit wird einerseits von der Gesamtlänge des individuellen Beschäftigungsverhältnisses eines Mitarbeiters in einem Krankenhaus bestimmt. Kurze Zeiten der Beschäftigten in einem vertraglichen Arbeitsverhältnis bergen zunehmend die Gefahr, dass getätigte Investitionen in Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter dem Krankenhaus verloren gehen bzw. Marktkonkurrenten zur Verfügung stehen.

Die Einsatzzeit der Mitarbeiter wird jedoch insbesondere auch von den krankheitsbedingten Ausfallzeiten der Mitarbeiter nachhaltig beeinflusst. Krankenhausarchitektur wird daher zukünftig, in einem viel größeren Maße als dies bisher der Fall gewesen ist, das Kernthema "gesunder Arbeitsplatz" in den Mittelpunkt seiner Designlösungen stellen. Hierzu gehören neben raumverbessernden Gestaltungselementen auch pragmatische Lösungen, um die physische Arbeitsbelastung der Mitarbeiter zu minimieren (kurze Wegebeziehungen, ergonomieunterstützende Architektur, ausreichende Beleuchtung, etc.).

Diese Themen sind keine neuen Elemente im Krankenhausbau, ihre Bedeutung wird jedoch zukünftig durch die demographisch bedingten Strukturveränderungen des Krankenhauspersonals einen ganz neuen Stellenwert erfahren.

Insbesondere in Krankenseinrichtungen, in denen lange und wirtschaftliche Auslastungszeiten von kostenintensiven technischen Einrichtungen durch eine Erweiterung der Betriebszeiten realisiert werden sollen, ist zu bedenken, dass dies für das dort beschäftigte Personal zu Einsatzzeiten führt, die im bisherigen Krankenhausroutinebetrieb nicht als Normaldienstzeiten belegt waren (z.B. Wochenende, Abendtermine für berufstätige Patienten).

Architektur hat daher bauliche Lösungen für Krankenhausorganisationen zu schaffen, die ein gleichbleibend hohes Arbeitsniveau zu den verschiedensten Zeiten der Dienstleistungserbringung unterstützen kann.



Zukunft für das Krankenhaus
Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung
der Krankenhausorganisation

Erwarteter Entwicklungstrend
(49) Ergänzung der "Mensch"-bezogenen Krankenhausarchitektur zur funktionell organisatorischen Planung
Erwartete Trendstabilität
(49) Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
Prognosesicherheit
(49) Hoch



6.6.2 Wirtschaftlichkeit und ökologisches Bauen

Während ökologische Themen das Krankenhaus früher nur gering beeinflusst haben (und hier auch eher hauptsächlich auf den Gebieten des Luft- und Gewässerschutzes), hat die Entwicklung der Energiepreise den Stellenwert eines energiefokussierten und ökologischen Krankenhausbaus vermehrt in den Mittelpunkt gestellt.

In den nächsten 15 bis 25 Jahren ist nicht davon auszugehen, dass neue Energieträger die Versorgung in der westlichen Welt wesentlich beeinflussen. Es ist daher anzunehmen, dass die derzeit wichtigsten Energieträger Gas, fossile Brennstoffe, Kohle und Atomenergie innerhalb des Betrachtungszeitraums auch weiterhin die Basis der Energieversorgung in deutschen Krankenhäusern stellen werden.

Die Entwicklung der Energiepreise zeigte in den vergangenen Jahren einen Aufwärtstrend, der unter anderem auch von der Entwicklung der Erdöl- und Erdgaspreise bestimmt wird (vgl. Abbildung 42).

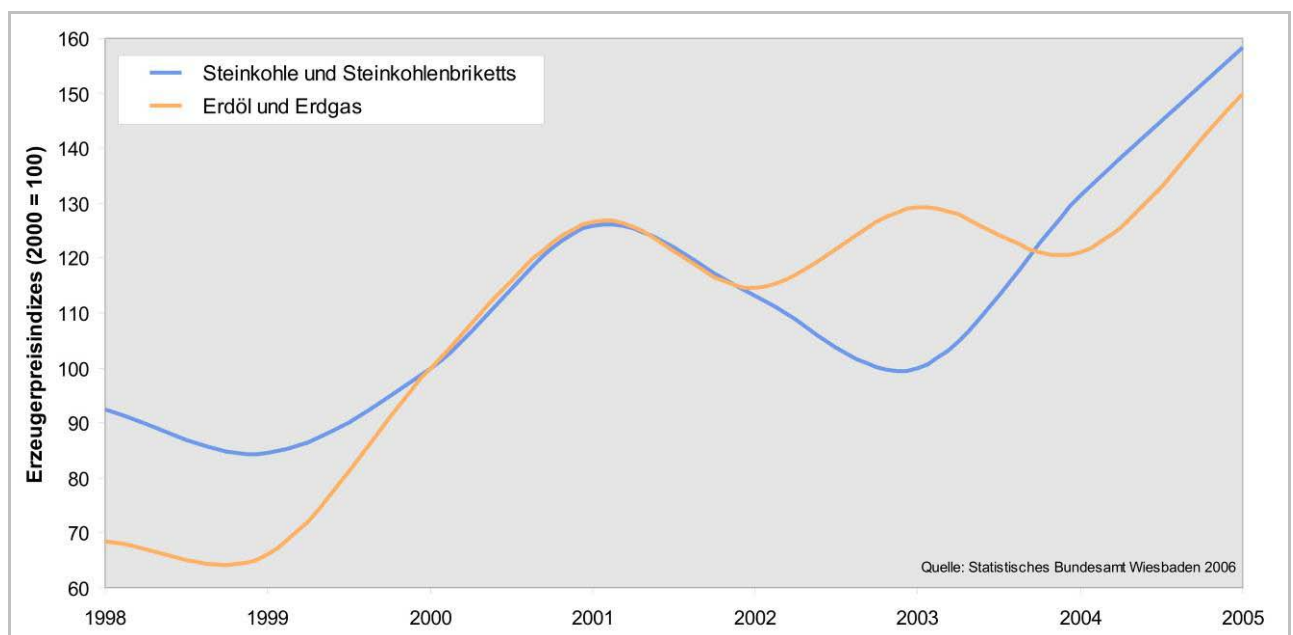


Abbildung 42: Erzeugerpreisindizes 1998-2005

Der durch die sprunghafte wirtschaftliche Entwicklung im asiatischen Raum hervorgerufene steigende Bedarf an Energieträgern lässt eine Entspannung auf dem Energiemarkt innerhalb des Betrachtungszeitraums wohl nicht erwarten.

Für die Krankenhäuser bedeutet dies letzten Endes einen vermehrten Druck auf ihren Sachkostensektor "Energie- und Brennstoffe". Vor allem für ältere und sanierungsbedürftige Krankenhausbauten kann dieser Anstieg auch noch deutlicher ins Gewicht fallen, da sie überproportional hohe Energieverluste verkraften müssen. Für den Krankenhausbau steht die Bedeutung energiefokussierten Bauens zunehmend im Mittelpunkt, um den Kostendruck auch in diesem Feld zu mindern.



Zukunft für das Krankenhaus
Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung
der Krankenhausorganisation

Erwarteter Entwicklungstrend
(50) Zunehmende Fokussierung auf energiesparende Modelle im Krankenhausbau
Erwartete Trendstabilität
(50) Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich
Prognosesicherheit
(50) Hoch



6.7 Zusammenfassung: Entwicklungstrends der Szenarioebene I

Die in Szenarioebene I beschriebenen Elemente zeichnen kein genaues Bild einer einzig möglichen Zukunft – allein schon deshalb, weil es nicht eine Zukunft gibt, die bereits heute unabänderlich festgeschrieben ist. Die Fülle der verschiedenen Themengebiete in Szenarioebene I zeigt, welchen vielfältigen Einflüssen die Krankenhausentwicklung ausgesetzt sein wird; sie demonstriert aber auch, wie viele andere, differierende Entwicklungen in den einzelnen Feldern möglich sind.

Im Einzelnen mögen diese Entwicklungen nur eine andere Nuance in den Überlegungen zu einem künftigen Krankenhausumfeld sein. So wird beispielsweise unsere Krankenhauslandschaft keine völlig andere sein, weil die Prognose einer steigenden Morbidität unter pflegenden Familienangehörigen nicht innerhalb des Betrachtungszeitraumes eintritt (siehe Entwicklungstrend Nr. 17). Zusammengenommen mag aber eine Vielzahl von einzelnen differierenden Entwicklungen ein deutlich anderes Bild des zukünftigen Krankenhausumfelds zeigen.

Hinzu kommt, dass wir Entwicklungstrends, die scheinbar unabänderlich in die Zukunft weisen, eben doch nicht als passive Zuschauer erleben, sondern dass immer auch ein Gestaltungsspielraum besteht, diese zu verändern. Betrachtet man die einzelnen Einflussfaktoren genauer, so fällt auf, dass unter ihnen kaum ein auf naturwissenschaftlicher Basis begründeter Entwicklungsparameter vorhanden ist. Vielmehr sind fast alle Einflussfaktoren bedingt durch gesellschaftliche und soziale Inhalte – und eben diese sind, wie die Kulturgeschichte zeigt, durch bewusstes Handeln veränderbar.

Zwei grundsätzliche Dilemmata, denen jede Studie zu zukünftigen Entwicklungstrends unterliegen muss, bestehen auch in der Bewertung der Ergebnisse zu Szenarioebene I:

- a) Besteht in einer Gesellschaft die Überzeugung, dass ein Entwicklungstrend vorliegt, der für diese Gesellschaft zu sehr negativen Auswirkungen in der Zukunft führt, so wird diese versuchen, diesen Entwicklungstrend in eine andere Richtung zu lenken.

Als Beispiele seien an dieser Stelle allein die demographischen Projektionen in der Bundesrepublik Deutschland genannt. Um deren dramatischste Auswirkungen zu vermeiden, werden Reformen in den verschiedensten Gesellschafts- und Politikfeldern diskutiert – sei es in der Familien- und Rentenpolitik oder in den Diskussionen zur Zukunft Deutschlands als europäisches Einwanderungsland.

Hier bleibt festzustellen, dass durch den Prozess einer kollektiven Bewusstseinsmachung bezüglich eines negativen Entwicklungstrends Vermeidungsstrategien in Politik und Gesellschaft gefördert werden. Kurz gesagt: Allein durch die Diskussion über die Zukunft verändern wir diese womöglich in eine andere Richtung.



- b) Bezüglich tendenziell positiver Entwicklungstrends in einer Gesellschaft kommt gegebenenfalls ein anderer Effekt zum Tragen: Hier ist damit zu rechnen, dass eine bestimmte Zukunftsvision gerade deshalb eintritt, weil sie gewünscht ist und alle Anstrengungen unternommen werden, dass diese Zukunft auch in dieser Weise eintritt.

Die beschriebene Stärkung des menschlichen Aspekts in einer zukünftigen Krankenhausarchitektur (siehe Entwicklungstrend 49) mag zunächst ein frommer Wunsch sein. Besteht dieser Wunsch aber unter einer Vielzahl von Protagonisten des Krankenhauses, so werden unweigerlich die Stimmen lauter, die eben dies in der Krankenhausplanung von Morgen vehement einfordern.

Daher ist nicht auszuschließen, dass in einer Art selbsterfüllender Prophezeiung die Diskussion über einen möglichen Entwicklungstrend erst dessen Umsetzung in der Zukunft bewirkt.

Beide Beispiele unterstreichen nochmals, dass sich die Überlegungen zu Szenarioebene I nicht unter den kontrollierten Bedingungen eines naturwissenschaftlichen Experiments befinden, sondern im Umfeld einer sich ständig weiterentwickelnden Gesellschaft.

Welche Aussagen sind dann - angesichts beeinflussbarer Zukunftsprognosen und einer schon heute überaus vielfältigen Krankenhausvielfalt - zu den wahrscheinlichen Krankenhausstrukturen von Morgen möglich? Welches sind die grundsätzlichen Aussagen, die auch dann noch gültig sein können, wenn Zukunftsprognosen nicht punktgenau, sondern in Bandbreiten formuliert werden müssen?

Szenarioebene II versucht, diese Felder in vier verschiedene Bereiche zu kategorisieren:

- (1) Aufbaustruktur
- (2) Behandlung und Qualität
- (3) Dienstleistung
- (4) Personal

In Anbetracht der Veränderlichkeit der Zukunft und aus der Sicht der Gegenwart versucht Szenarioebene II daher nicht ein einziges Modell der Zukunft zu beschreiben, sondern grundlegende Rahmenbedingungen zukünftiger Krankenhausorganisationen zu definieren, die auch unter verschiedenen Zukunftsszenarien Gültigkeit haben können. Daher steht nicht die Frage im Vordergrund "Wie sehen Krankenhausorganisationen der Zukunft aus?", sondern vielmehr "Unter welchen Vorzeichen werden Krankenhausorganisationen der Zukunft geplant und betrieben?"



Lfd. Nr.	Entwicklungstrend	Trendstabilität	Prognose-sicherheit
1	Anstieg der Krankenhaushäufigkeit älterer Patienten	4	
2	Kein Anstieg der Krankenhaushfälle älterer Patienten im Hochressourcenbereich	1	
3	Anstieg der Patientenzahlen in den (heute schon) fallzahlstarken Diagnosegruppen	4	
4	Keine Bedeutungszunahme "neuer" oder "exotischer" Erkrankungen im Krankenhaussektor	1	
5	Zunehmende Bedeutung der Präventionsmedizin	4	
6	Zunehmende Bedeutung des Patienten als Co-Therapeut	4	
7	Zunahme verlängerter altersgemeinschaftlicher Lebensphasen	4	
8	Verkleinerung der Familienverbände	4	
9	Entkopplung sozialer Bindungen zu nachfolgenden Generationen	4	
10	Steigende Anzahl älterer Mitarbeiter im Krankenhauswesen	2	
11	Personalmangel aller Altersgruppen ab der vierten Dekade	2	
12	Anpassung der Krankenhausdienstleistungen an Lebensrealitäten der Patienten	4	
13	Zunahme psychosomatischer (Begleit)erkrankungen	4	
14	Zunehmende Probleme im Aufbau langfristiger Kundenbeziehungen in strukturschwachen Regionen	1	
15	Arbeitskräftemangel in der jüngeren Erwerbstätigengruppe ab der zweiten Dekade	2	
16	Höherer Anteil an Personen in Aus- und Weiterbildungszeiten	1	
17	Anstieg der Morbidität unter pflegenden Familienangehörigen	1	
18	Wandel des Freizeitbegriffs vom Schwerpunkt "Erleben" zum Schwerpunkt "Empfinden"	2	
19	Höhere Dienstleistungserwartung an Krankenhäuser	4	
20	Anstieg der Eigenbeteiligungsbereitschaft von Patienten	4	
21	Zunahme der Professionalisierung in Patientenkommunikation/Marketing	1	
22	Fließende Grenzen zwischen medizinisch begründeten und Lifestyle-Indikationen	4	
23	Rückgang des Gesamtpersonalbestands in Krankenhäusern	2	
24	Nur noch begrenzter Rückgang der durchschnittlichen Krankenhausverweildauern	3	
25	Überproportionaler Rückgang von patientenfernen Berufsgruppen durch Privatisierung	4	

Trendstabilität

- 1 Nicht anwendbar
- 2 Tendenz zur Trendumkehr
- 3 Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung jedoch wahrscheinlich
- 4 Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich

Prognosesicherheit

- Gering
- Gering bis mittel
- Mittel
- Mittel bis hoch
- Hoch



Zukunft für das Krankenhaus Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation

Lfd. Nr.	Entwicklungstrend	Trendstabilität	Prognose-sicherheit
26	Zunehmender Bedarf an Fachärzten in Krankenhäusern	4	●●●
27	Rückgang der Anzahl von Fachärzten im deutschen Gesundheitswesen	2	●●○
28	Rückwanderungstendenzen deutscher Ärzte aus Auslandstätigkeiten möglich	2	●○○
29	Anstieg der weiblichen Beschäftigten im ärztlichen Dienst	4	●●●
30	Steigendes Angebot medizinischer Berufskarrieren für Frauen	4	●●●
31	Anstieg in der Nachfrage nach Pflegedienstleistungen in Deutschland	4	●●●
32	Zunehmende Verlagerung von Pflege Tätigkeiten in den ambulanten-häuslichen Sektor	4	●●●
33	Zunehmender Mangel an Pflegekräften mit hochspezialisierter Qualifikation	4	●●●
34	Ausweitung der Tätigkeitsfelder des Pflegedienstes in spezialisierte medizinische Bereiche	2	●●○
35	Zunehmende Substitution von Basispflegetätigkeiten durch Servicepersonal	2	●●○
36	Pflegeausbildung zukünftig auf universitärer Ebene und/oder Hochschule (Europastandard)	1	●●○
37	Pflege als Gesundheitsberuf mit eigenständigem Leistungs- und Kompetenzprofil	1	●●○
38	Zunehmende Bedeutung postgraduierter Fort- und Weiterbildung in der Pflege	4	●●●
39	Zukünftige Schlüsseltechnologiebereiche: Zell-/Biotechnologie, Medizinische Informationstechnologie, Mikrosystemtechnik, Nanotechnologie	1	●●○
40	Zunehmende Bedeutung von Kooperationsmodellen zwischen KHs und Medizintechnikindustrie	4	●●●
41	Marktkonstanzszenario setzt sich durch	1	●●○
42	Neue Finanzierungs- und Betreibermodelle der Medizintechnikindustrie	1	●●○
43	Schrittweiser Rückzug des Staates aus der Investitionsfinanzierung im Krankenhauswesen	4	●●●
44	Zunehmende Gestaltungsspielräume für Krankenhäuser bzgl. privatwirtschaftlicher Finanzierungsquellen	1	●●○
45	Zunehmender Einfluss der privaten Hand in Gestaltung und Leitung von Krankenhäusern	4	●●●
46	Zunehmende Qualitätsnachweispflichten für Krankenhausleistungen	4	●●●
47	Verschärfung und Ausbau des jüngst eingeführten standardisierten Qualitätsberichts	4	●●●
48	Zunahme der Sanktionen für Krankenhäuser mit Qualitätsnachweisdefiziten	4	●●●
49	Ergänzung der "Mensch"-bezogenen Architektur zur funktionell-organisatorischen Planung	4	●●●
50	Zunehmende Fokussierung auf energiesparende Modelle im Krankenhausbau	4	●●●

Trendstabilität

- 1 Nicht anwendbar
- 2 Tendenz zur Trendumkehr
- 3 Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung jedoch wahrscheinlich
- 4 Trendfortsetzung auch weiterhin erwartet; Trendabschwächung nicht wahrscheinlich

Prognosesicherheit

- Gering
- Gering bis mittel
- Mittel
- Mittel bis hoch
- Hoch



7. Szenarioebene II – Rahmenbedingungen zukünftiger Krankenhausorganisationen

7.1 Aufbaustruktur

Die Aufbaustrukturen der Krankenhausorganisationen von Morgen werden ebenso wenig einheitlich sein wie die Aufbauorganisationen heutiger Krankenhäuser. Letztendlich werden die Fragen,

- ob Krankenhäuser unter einem klassischen 3 Säulen-Modell (Ärztlicher, Pflege- und Kaufmännischer Direktor) besser florieren können als unter einem Geschäftsführermodell,
- ob Teilverantwortungen in der hierarchischen Aufbauorganisation des Krankenhauses besser über die Teilung der Zuständigkeiten nach Berufsgruppen oder doch nach Funktionsstellen gegliedert sind,
- ob Teamarztleitungen oder doppelte Führungsspitzen (z.B. Ärztlicher und Pflegedienst) wesentliche Vorteile gegenüber einsäuligen Führungsmodellen haben

zwar diskutiert, es bleibt aber zweifelhaft, ob sie wirklich entscheidend für den medizinisch-pflegerischen oder wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses sind. Es ist eben doch nicht ausschlaggebend, welches Organisationsmodell gewählt wird, sondern welche Menschen es mit Leben erfüllen können.

Dennoch gibt es Fragen, die Krankenhäuser beantworten müssen. Zu den vordringlichsten gehört die Frage, was ein Krankenhaus im Kern ausmacht und welche Komponenten unabdingbar aufrecht erhalten werden müssen, weil es ohne sie aufhören würde, ein "Krankenhaus" zu sein. Die Abgrenzung dieser Kernkompetenzen von den lediglich begleitenden Auxiliarkompetenzen ist daher ein wichtiger Schritt in der Selbstdefinition eines jeden Krankenhauses (siehe Kapitel 7.1.1).

Die Welt der Gesundheitsdienstleistungen wird komplexer, die Grenzen zwischen vormals strikt getrennten Disziplinen verschwinden in vielen Bereichen zunehmend. Schon heute führen Internisten und Radiologen Interventionen durch, die vor nicht allzu langer Zeit in das alleinige Fachgebiet der Chirurgie gehört hätten. Diese Entwicklungen werden häufig durch neue Technologien und Verfahren eingeläutet, welche die traditionellen Arbeitsteilungen in der Medizin ad absurdum führen – wie das Beispiel minimal-invasiver Interventionen zeigt. Die Krankenhausorganisation an diese Entwicklungen anzupassen und neue Strukturen der fachübergreifenden Vernetzung zu schaffen, gehört damit zu den Aufgabenstellungen, die alle Krankenhäuser zu bewältigen haben. Das Thema "Interdisziplinäre Fachabteilungsstrukturen" wird in Kapitel 7.1.2 aufgegriffen.

Die krankenhauserne Vernetzung der Fachdisziplinen hat wiederum ein Pendant in der äußeren Verzahnung mit anderen Gesundheitsdienstleistern der sektorenübergreifenden Behandlungskette. Welchen Platz das einzelne Krankenhaus einnimmt, mag sich zwischen den verschiedenen Krankenhausorganisationen – je nach Art ihres Leistungsspektrums oder der angebotenen Leistungstiefe – unterscheiden. Kapitel 7.1.3 beschäftigt sich daher mit den grundsätzlichen Aspekten dieser Verzahnung im Krankenhaus der Zukunft.



7.1.1 Kernkompetenz und Auxiliarkompetenz

Welche Elemente gehören zu den Aufgaben eines Krankenhauses der Zukunft und welche nicht? Welche Teile gehören unabdingbar zum Krankenhaus, welche können im Rahmen von Dienstleistungen quasi "zugeschafft" werden? Liegt die Lösung in einem konsequenten Outsourcing von Krankenhaus-Teilleistungen oder sollte über Insourcing möglichst viel Kompetenz im eigenen Haus gehalten werden?

All diese Fragen haben gegenwärtig einen enormen Stellenwert für die Mehrheit der bundesdeutschen Krankenhäuser. Die Antworten hierzu fallen dabei äußerst unterschiedlich aus – geprägt von der spezifischen Situation des jeweiligen Krankenhauses oder den individuellen Überzeugungen und Anschauungen des jeweiligen Betrachters. Vielfach wird argumentiert, dass Krankenhäuser in Zeiten budgetierter Patientenerlöse zusätzliche Einnahmen aus dem Angebot patientenferner Dienstleistungen für andere Gesundheitsdienstleister ziehen können (z.B. logistische Services wie Wäscherei, Küche, etc.). Dies würde dann in der Tat gegen ein Outsourcing und für eine Beibehaltung dieser Bereiche im eigenen Leistungsportfolio sprechen.

Das Beispiel verdeutlicht aber auch, dass eine einheitliche Strategie von Krankenhäusern in diesem Punkt nicht möglich sein kann, sondern dass ein Outsourcing nur dann erfolgreich sein kann, wenn ein Großteil der anderen Krankenhäuser eine völlig entgegen gesetzte Strategie verfolgt: Krankenhäuser, die patientenferne Dienstleistungen weiterhin selbst erbringen und aus Effizienzgründen auch für andere Krankenhäuser anbieten wollen, sind darauf angewiesen, dass es Krankenhäuser gibt, die diese Leistungen nicht mehr in Eigenregie vorhalten, sondern als externe Dienstleistung einkaufen möchten.

Das Krankenhaus als Anbieter von Dienstleistungen der nicht-medizinischen Ebene braucht also letztlich eine entsprechende Nachfrage anderer Krankenhäuser. Im Falle patientenferner Dienstleistungen wird deutlich, dass eine Strategie nur in einem symbiotischen Zustand mit der jeweiligen Gegenstrategie existieren kann. Beide Krankhaustypen können dabei mit ihrer jeweiligen Strategie durchaus erfolgreich sein, im Idealfall stellt sich eine "Win-Win"-Situation für beide Partner ein.

Ist aber eine einheitliche Strategielinie für Krankenhäuser bezüglich Inhalt und Umfang ihrer Leistungen nicht aufzuzeigen, wo liegen dann Gemeinsamkeiten, die einen möglichen zukünftigen Trend in der Aufbaustruktur von Krankenhäusern beschreiben könnten? Eine Antwort wird vielleicht für viele Krankenhäuser darin liegen, dass im Vorfeld der Diskussion die jeweilige "Kernkompetenz" von der "Auxiliarkompetenz" zu trennen sein wird.

Die Kernkompetenz beschreibt die Teilbereiche des Krankenhauses, ohne die es aufhören würde, in seinem Selbstverständnis und Wesen zu existieren. Die Kernkompetenz stellt sozusagen das "Tafelsilber" der Krankenhausstruktur dar, das einem Outsourcing-Prozess nicht zur Verfügung stehen kann. Dagegen umfasst die Auxiliarkompetenzebene andere Bereiche, die zwar in Eigenregie erbracht werden können, jedoch prinzipiell auch auf einen externen Dienstleister übertragbar sind.



Es fällt auf, dass bei einer puristischen Betrachtungsweise unter den Bereich "Kernkompetenz" lediglich die Tätigkeitsfelder des höherqualifizierten und -spezialisierten Fachpersonals fallen. Geringer qualifizierte Berufsgruppen tragen nicht in gleicher Weise zu Identität und Leistungsspektrum des einzelnen Krankenhauses bei. Das Fachpersonal dagegen stellt die primäre, erlöserwirtschaftende Quelle des Krankenhauses dar, ohne die eine nach außen vermittelbare Organisationseinheit nicht mehr darstellbar wäre. Dagegen können Tätigkeiten des unterstützenden und geringer qualifizierten Basispersonals im Prinzip auch über externe Dienstleister gewährleistet werden.

Ähnliches gilt auch für den Sachmitteleinsatz von Gerät und Raum: Das Krankenhaus erwirtschaftet Erlöse im Wesentlichen über den fachgerechten Einsatz dieser Ressourcen, nicht jedoch über deren Besitz. Somit könnte das Krankenhaus auch auf die Vorhaltung eigener Immobilien, Ausstattung oder Geräte verzichten, ohne dass es zwangsläufig zu einem Identitätsverlust kommt. Voraussetzung ist dabei, dass diese Ressourcen im Rahmen einer Dienstleistungsgestaltung in einer Form zur Verfügung gestellt werden, die ein wirtschaftliches Handeln ermöglicht (vgl. Abbildung 43).

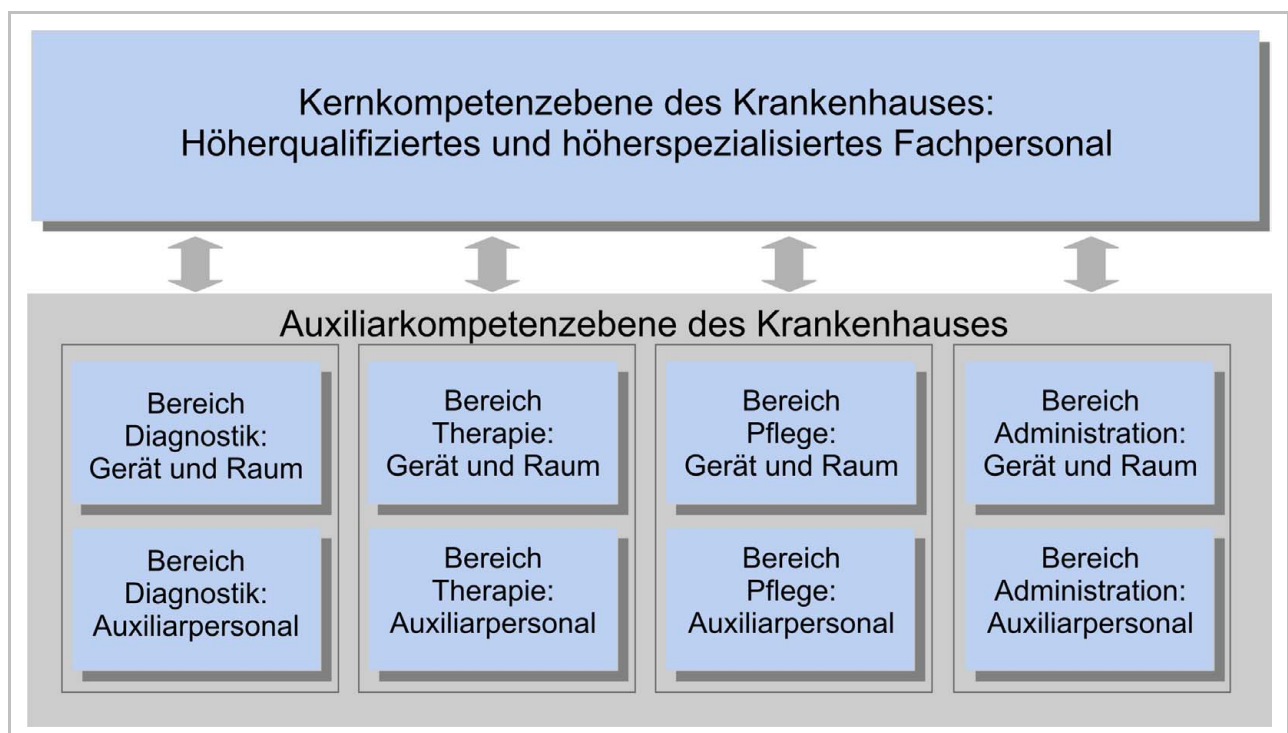


Abbildung 43: Kernkompetenz- und Auxiliarkompetenzebene im Krankenhaus

Die Kernkompetenz-Ebene ist demzufolge für jedes Krankenhaus unverzichtbar und in eigener Regie vorzuhalten, weil sie für die Krankenhausorganisation identitätsstiftend ist. Die eigene Vorhaltung von Gerät und Raum in den Bereichen Diagnostik, Therapie, Pflege und Administration ist jedoch Gegenstand einer strategischen Entscheidung eines jeden Krankenhauses.



Das Outsourcing von Gerät und Raum allein kann jedoch nicht als Dienstleistung im Sinne eines Gesamtprodukts gewertet werden; vielmehr ist davon auszugehen, dass sich ein solches Dienstleistungsprodukt nicht mehr nur auf die Gestellung der reinen Sachressource beschränken wird, sondern auch den Betrieb der Grundfunktionen einer Einheit über Auxiliarkräfte sicherstellt. Ähnliche Ansätze erreichen mittlerweile den deutschen Krankenhausmarkt über Modelle von "Public Private Partnership" (PPP), die in der Regel nicht allein die Investitionsfinanzierung von Gerät und Raum, sondern auch die Betriebsphase als einen Teil der Dienstleistung umfassen.

Im Pflegebereich wäre es also denkbar, dass Raum (Immobilie), Gerät (Ausstattung) und Auxiliarpersonal (in der Basispflege von Patienten eingesetzte Personen) dem Krankenhausträger im Rahmen eines Dienstleistungsvertrags zur Verfügung gestellt werden. Seitens des Krankenhausträgers kommen in diesem Fall lediglich die höherqualifizierten Pflegekräfte, der ärztliche Dienst und einige Funktionsdienste als eigener Personalstamm zum Einsatz. Ähnliche Modelle sind gleichermaßen für Leistungsbereiche der Diagnostik, Therapie und Administration vorstellbar.

Auch bei einer Beibehaltung der Auxiliarkompetenzebene in eigener Regie ist eine Bestandsaufnahme und Bewertung der eigenen Kern- und Auxiliarkompetenzen für jedes Krankenhaus unverzichtbar, da sie für die Balance zwischen offener Kooperation und wettbewerblicher Eigenständigkeit wesentlich ist und Ressourcen der Kernkompetenzebene den Leistungskern eines jeden Krankenhauses stellen. Über diese Ebene definiert sich das Krankenhaus und baut eine eigenständige Leistungsidentität auf, die im Wettbewerb mit anderen Gesundheitsdienstleistern das entscheidende Erfolgsmerkmal ist.

Kompetenzen, die auf dieser Ebene aufgebaut worden sind, werden aller Wahrscheinlichkeit nach von zukünftigen Krankenhausorganisationen gehütet, weiterentwickelt und für andere Mitbewerber nach Möglichkeit unzugänglich gemacht. So wäre es in der Regel völlig verfehlt, die Dienstleistungen eines eigenen herausragenden medizinischen Leistungsträgers auch für andere Krankenhäuser zugänglich zu machen und somit ein wettbewerbswirksames Alleinstellungsmerkmal aufzugeben. Ausnahmen bestehen nur dort, wo zwischen zwei Häusern - entweder durch eine vorhandene räumliche Entfernung oder ein unterschiedliches Leistungsspektrum - keine Konkurrenzsituation besteht.

Dagegen können Dienstleistungen aus der Auxiliarkompetenzebene durchaus konkurrierenden Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden, da damit im Wesentlichen keine Übertragung von Kernkompetenzen an den Mitbewerber erfolgt; vielmehr überwiegt hierbei in der Regel die Erlöswirksamkeit der angebotenen Dienstleistungen als Benefit für das eigene Krankenhaus.

Aus den Ergebnissen der Szenarioebene I ergeben sich mehrere Anhaltspunkte dafür, dass zukünftig die Trennung der verschiedenen Kompetenzebenen und das Outsourcing der Auxiliarebene für viele Krankenhäuser zukünftig zur Basis einer strategischen Grundsatzentwicklung werden.

Die jedoch durch ihren Einfluss wohl entscheidendste Entwicklung ist begründet im zunehmenden Rückgang der staatlichen Investitionsmittel und dem schon heute vorhandenen Investitionsstau. Die benötigten finanziellen Mittel, die notwendig sind, um konkurrenzfähige Dienstleistungen auch weiterhin erbringen zu können, werden für viele Krankenhäuser zukünftig aus dem privaten Finanzierungsbereich kommen müssen (siehe auch Kapitel 6.5.1).



Damit ist auch ein Anspruch der Gewinnerzielungsabsicht bei den privaten Investoren verbunden. Dies erfordert von Krankenhausträgern zum einen die klare Definition der Leistungsbereiche, die auch privaten Investoren zugänglich gemacht werden können; zum anderen müssen diese Bereiche auch "businessplan-fähig" gestaltet werden, d.h. erwartete Kosten und Erlöse der einzelnen Bereiche müssen unabhängig von den restlichen Bereichen des Krankenhauses dargestellt werden können.

Dabei ist es durchaus denkbar, dass zukünftig nicht mehr die alleinige Investition in die Krankenhausimmobilie im Vordergrund stehen wird. Durch die Möglichkeiten einer boomenden Gesundheitswirtschaft angezogen, ist ein zunehmendes Interesse privater Geldgeber an Investitionen nicht nur in die Infrastruktur, sondern in den Betrieb von Krankenhausdienstleistungen zu erwarten. Dieser Weg ist im Rahmen von PPP-Modellen in den letzten Jahren zumindest in angloamerikanischen Ländern vermehrt beschritten worden.

Um derartige Optionen für den deutschen Krankenhausmarkt sinnvoll nutzen zu können, muss das Krankenhaus abgegrenzte Dienstleistungsbereiche für einen privaten Partner definieren können. Erst dies ermöglicht es einem privaten Investor, ein finanzielles Engagement im Rahmen PPP-ähnlicher Modelle zu prüfen. Auch aus diesem Grund erscheint für Krankenhäuser, die Interesse an derartigen privaten Finanzierungsmodellen haben, eine bewusste Trennung der Kernkompetenz- von der Auxiliarkompetenzebene notwendig zu sein.

Ein durchaus ähnliches Bild ergibt sich durch eine zunehmende Kooperation zwischen medizintechnischer Industrie und Krankenhäusern (siehe auch Kapitel 6.4.1 und 6.4.2). Auch hier muss der innere Aufbau einer Krankenhausorganisation überhaupt erst die Möglichkeit schaffen, dass Investoren aus der Medizinindustrie sinnvoll und auf breiter Grundlage in die Krankenhauswirtschaft investieren und sich mit eigenen Dienstleistungen beteiligen können.

Von ebenso hoher Bedeutung sind die positiven Auswirkungen, die eine solche Krankenhausstruktur auf die zukünftigen Herausforderungen im Personalbereich hat. Die Verschärfung des allgemeinen Personalmangels im Krankenhaus bei gleichzeitigem Rückgang der erwerbstätigen Bevölkerung (siehe Kapitel 6.1 und 6.3) erhöht die Hürden, die eine erfolgreiche Personalpolitik zu bewältigen hat.

Das Outsourcing des Teilbereichs Auxiliarebene kann hierbei für Krankenhäuser zu einer verbesserten Entflechtung von dieser Problemstellung führen, während private Dienstleister durch die Möglichkeit, den Gesamtumfang ihres Dienstleistungsangebots auf mehrere Krankenhäuser auszuweiten, dagegen eher von Skaleneffekten profitieren und den Auswirkungen der oben beschriebenen Entwicklungen damit erfolgreicher begegnen können. Das Krankenhaus kann in diesem Fall seine Ressourcen gänzlich auf die Akquirierung seines hochspezialisierten Personalstamms konzentrieren.

Die Trennung der Kernkompetenz- von der Auxiliarkompetenzebene entspricht im übrigen auch den erwarteten Spezialisierungstendenzen im Pflegebereich und der damit verbundenen Übertragung eines erweiterten Leistungs- und Kompetenzprofils auf die Pflege (siehe Kapitel 6.3.6 und 6.3.7).



Zukunft für das Krankenhaus Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation

Eine solche Entwicklung kann nur dann von einem Krankenhaus nachhaltig umgesetzt werden, wenn Mitarbeiter der spezialisierten Pflege von den reinen Basispflegeleistungen entlastet werden können. Die Gestellung von unterstützenden Servicekräften durch private Dienstleister würde eine solche Entwicklung folglich nachhaltig unterstützen und die Attraktivität eines Krankenhauses für spezialisiertes Pflegepersonal durchaus steigern helfen.



7.1.2 Interdisziplinäre Fachabteilungsstrukturen

Die durch die Alterung der Bevölkerung zunehmende Konzentration auf die bereits heute dominierenden Diagnosegruppen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Neubildungen, Erkrankungen des Verdauungssystems sowie Verletzungen und Vergiftungen kann nicht ohne Folgen für die Struktur der Leistungserbringung in Krankenhäusern bleiben (siehe Kapitel 6.1.2).

Die hohe Zahl an Erkrankten in diesen Diagnosegruppen, die multiple Genese der Grunderkrankungen, das hohe Durchschnittsalter der Patienten bei gleichzeitigem Vorliegen von möglicherweise mehreren Co-Morbiditäten und die Zunahme psychosomatischer Begleiterkrankungen – all dies lässt darauf schließen, dass zukünftig nur interdisziplinäre, auf funktionelle Erkrankungssysteme und den ganzen Menschen ausgerichtete Fachstrukturen erfolgreich die Entwicklung von Therapie und Diagnostik in diesen Feldern vorantreiben können. Dies bedeutet in der Folge eine Formalisierung der Zusammenarbeit von chirurgischen, internistischen und gegebenenfalls auch weiteren Disziplinen innerhalb gemeinsamer Fachgebiete, die anhand funktioneller Erkrankungssysteme definiert werden. In Frage hierfür kommen insbesondere die oben genannten Diagnosegruppen.

Ein Trend zur vollständigen Interdisziplinarität aller Fachbereiche eines Krankenhauses ist dabei jedoch nicht wahrscheinlich, da fallzahlschwächere Diagnosegruppen häufig nicht den gleichen Bedarf eines ständigen interdisziplinären Austauschs aufweisen (z.B. Fachbereiche wie Geburtshilfe, Zahn- oder HNO-Heilkunde). Eine Form der Fachabteilungsstruktur in einem zukünftigen Krankenhaus, die ein gleichzeitiges Nebeneinander von interdisziplinären wie auch unidisziplinären Komponenten ermöglicht, ist für die Aufbauorganisation des Krankenhauses der Zukunft somit wahrscheinlich (vgl. Abbildung 44).

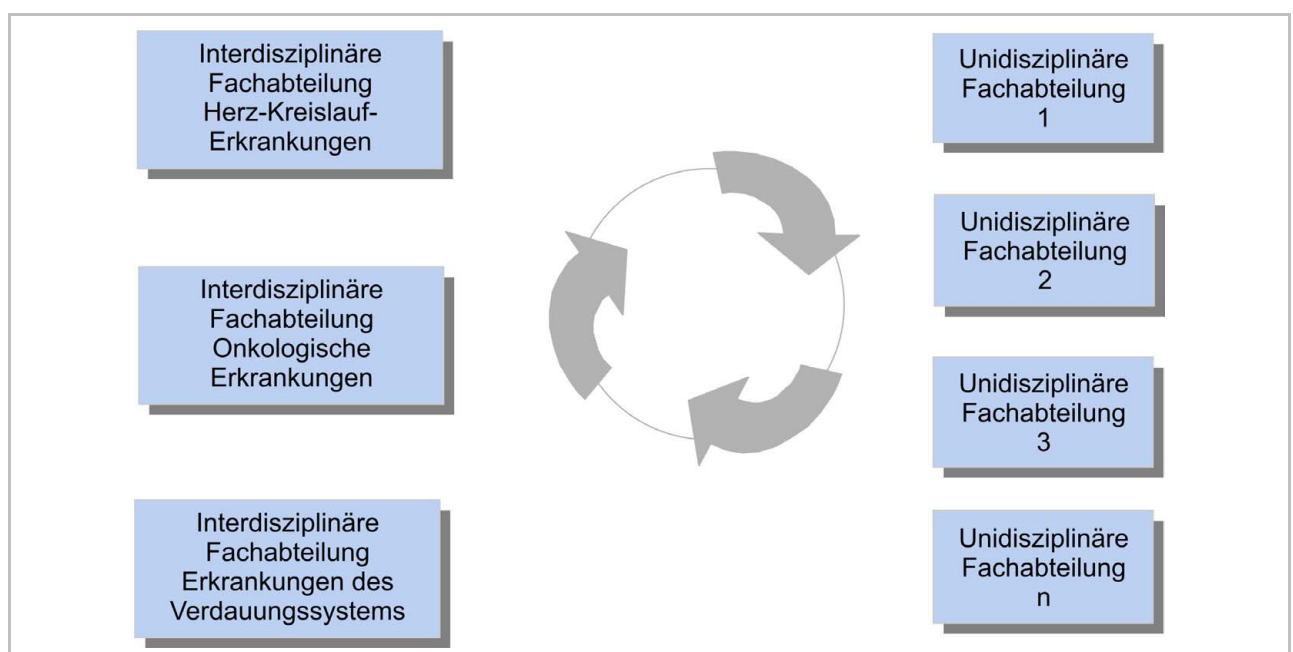


Abbildung 44: Fachabteilungsstruktur mit teilweiser interdisziplinärer Ausrichtung



Fachabteilungsstrukturen, welche die großen Diagnosegruppen in einen interdisziplinären Zusammenhang stellen, können für den Krankenträger auch eine positive Auswirkung der erwarteten weiteren Verschärfung der geforderten Qualitätsstandards von Krankenhausdienstleistungen haben (siehe Kapitel 6.5.2). Insbesondere in den großen Diagnosegruppen wird Interdisziplinarität als Qualitätsmerkmal eine hohe Bedeutung haben, da davon auszugehen ist, dass hier bereits heute nicht eine Fachabteilung allein das gesamte Diagnostik- und Therapiespektrum abdecken kann.

Als Beispiel seien an dieser Stelle die invasiven kardiovaskulären Therapien genannt, die sowohl eine Domäne der Gefäßchirurgie aber zunehmend auch der Inneren Medizin geworden sind. Ähnliche bidisziplinäre Felder findet man in der invasiven gastrointestinalen Diagnostik und Therapie oder in der onkologischen Therapie; auch hier erfordern optimale Behandlungsstrategien immer mehr die Zusammenarbeit zwischen chirurgischen und internistischen Fachgebieten. Dies wird sich zukünftig auch in der Definition von Qualitätsstandards niederschlagen.

Im Personalbereich geben fachübergreifende Abteilungsstrukturen insbesondere einer sich weiter spezialisierenden Pflege die Möglichkeit, neue Aufgabenfelder zu erschließen (siehe Kapitel 6.3.6 und 6.3.7), da vor allem in interdisziplinären Abteilungen die Bündelung der verschiedenen eingesetzten Ressourcen über ein effektives Patientenmanagement notwendig sein wird. Die Besetzung dieses Tätigkeitsfelds durch die Pflege ist dabei sehr wahrscheinlich, da keine andere Berufsgruppe über die notwendige Größe im Gesamtpersonalbestand verfügt, um solche organisationsübergreifenden Aufgaben zu erfüllen.

Daneben haben interdisziplinäre Abteilungsstrukturen auch das Potenzial, die technologische Weiterentwicklung in den angeschlossenen medizinischen Fachabteilungen vorantreiben zu können. Insbesondere ist davon auszugehen, dass die Medizinindustrie auch in Zukunft ein großes Interesse an Entwicklungen und technischen Lösungen in den fallzahlstarken Diagnosegruppen haben wird, da die hohe Zahl an Patienten eine größere Nachfrage nach derartigen Produkten aufrechterhalten kann (siehe Kapitel 6.4.2).

Lösungen und Produkte der medizintechnischen Industrie werden sich aber nicht ausschließlich an den klassischen Abteilungsgrenzen orientieren können. Die Medizintechnikindustrie braucht vielmehr klinische Partner, die ihrerseits eine heterogene Mitarbeiterstruktur aufweisen und einen Erkenntnisgewinn auch aus verschiedenen fachlichen Blickwinkeln ziehen können. Nicht allein die Medizintechnikindustrie wird ein Interesse daran haben, mit Krankenhäusern zusammenzuarbeiten, auch die Krankenhäuser selbst werden sich als geeigneter Partner in dieser Zusammenarbeit darstellen müssen.

Vor dem Hintergrund, dass nicht alle Krankenhäuser für diese Form der intensiven Zusammenarbeit mit der Medizintechnikindustrie geeignet sind, ist zu erwarten, dass in Folge auch ein gewisser Wettbewerb der Krankenhäuser um lukrative Kooperationsverträge mit der Industrie entstehen wird. Dies ist vor allem für Produktbereiche der neuen Schlüsseltechnologien von hoher Bedeutung, die eine eindeutige und alleinige Zuordnung zu den klassischen Fachabteilungen nicht mehr erlauben, sondern vom Krankenhaus als klinischer Partner eine große organisatorische Beweglichkeit abverlangen werden (siehe Kapitel 6.4.1 und 6.4.2).



7.1.3 Die Verzahnung krankenhauserinterner und externer Gesundheitsdienstleistungen

Die Überwindung der Sektorengrenzen in der Behandlung von Patienten ist ein gesetztes Ziel – sowohl seitens der Politik als auch der Kostenträger. Eine verbesserte Verzahnung aller am Behandlungsprozess beteiligten Leistungserbringer soll dabei für den Patienten zu einer verbesserten Behandlungsqualität führen und für die Kostenträger langfristig eine Ausgabenreduktion bewirken. Die Einführung von Verträgen zur integrierten Versorgung ist als erster Schritt in der Umsetzung dieses Ziels zu werten.

In erster Linie verlangt die Teilnahme eines Krankenhauses an integrierten Modellen eine Anpassung und Verzahnung seiner Behandlungsprozesse in Koordination mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern. Mittelfristig werden integrative Modelle jedoch nicht allein die Prozessebene, sondern auch die Struktur eines Krankenhauses verändern. Dazu gehört, dass die klassischen nach außen gerichteten Grenzen des Krankenhauses schrittweise durchlässiger werden und das Krankenhaus zunehmend zu einem Gesundheitsdienstleister ohne fest definierte und eingrenzende Mauern wird.

Mit der Einführung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben, neben ihrem bislang klassischen Tätigkeitsfeld der stationären Versorgung auch im ambulanten Sektor tätig zu werden. Allein durch die Einführung der MVZs in das deutsche Gesundheitswesen bewegt sich also der deutsche Krankenhaussektor zunehmend auf eine Struktur zu, die nicht mehr durch sektorenabgrenzende Mauern der klassischen Krankenhausorganisation definiert wird.

Dabei stehen Medizinische Versorgungszentren lediglich im Rampenlicht der derzeitigen Diskussion. Denkbar sind auch weitere Modelle der Öffnung des Krankenhaussektors nach außen, wie beispielsweise Expertenambulanzen oder Gastsprechstunden von Krankenhauspersonal in niedergelassenen Praxen. Die Öffnung des Krankenhaussektors nach außen kann insbesondere folgende Chancen bieten:

- (1) Verstärkte Nutzbarmachung der technischen Ressourcen des Krankenhaussektors für den ambulanten Sektor
- (2) Verbesserte Auslastung von Ressourcen mit hohen Investitions- und Betriebskosten
- (3) Vermehrter Einsatz von hochspezialisiertem Krankenhauspersonal auch im ambulanten Sektor
- (4) Vermeidung unnötiger stationärer Krankenhausaufenthalte
- (5) Förderung einer Konstanz in der Patientenbetreuung auch nach der Entlassung aus dem stationären Sektor

Modelle einer Öffnung des Krankenhauses nach außen können nur der Beginn eines Verzahnungsprozesses zwischen krankenhauserinternen und -externen Bereichen sein. Diese Entwicklung wird jedoch nicht allein als Einbahnstrasse auftreten, in der nur das Krankenhaus in den ambulanten Sektor eindringt, ohne dass auch eine Integrationsbewegung in der Gegenrichtung erfolgt.



Der Rückgang der erwerbstätigen Bevölkerung mit dem Trend eines zunehmenden Personalmangels im Krankenhauswesen (siehe Kapitel 6.1.5) bei steigendem Bedarf an Fachärzten und hochspezialisierten Pflegekräften (siehe Kapitel 6.3.2 und 6.3.5) wird dazu führen, dass das Krankenhaus der Zukunft auch externe Leistungserbringer verstärkt in sein eigenes Dienstleistungsportfolio integrieren muss. Der niedergelassene Facharzt von morgen wird als Ressource zu wertvoll sein, um seine Dienste für das Krankenhaus nicht zu nutzen.

Niedergelassene Fachärzte sind in der Regel erfahrene Leistungsträger, die das Krankenhaus verlassen und eine Lücke im Leistungsportfolio reißen; diese zu schließen wird zunehmend schwieriger sein. Dabei steht nicht allein der Know-how-Verlust für das Krankenhaus im Vordergrund; die Niederlassung eines ehemaligen Leistungsträgers bedeutet in Zeiten einer zunehmenden Ambulantisierung von Behandlungsprozessen letztlich auch das Neuauftreten eines Mitbewerbers. Dieser kann auf Basis seiner erworbenen Fachkompetenz und ausgestattet mit der hohen Motivation des Selbständigen für das Krankenhaus zu einem ernstzunehmenden Konkurrenten in der Leistungserbringung werden. Allein die derzeit noch hohe Anzahl an niedergelassenen Fachärzten und ihre Kontrahierungsfähigkeit lassen aus Sicht des Krankenhauses die Entstehung von "Nischenkonkurrenten" befürchten. Die Einbindung des Facharztes in das Leistungsportfolio eines Krankenhauses auch nach seiner Ausbildungszeit erscheint daher sehr sinnvoll.

Neben den niedergelassenen Fachärzten besteht das Rückgrat der ambulanten ärztlichen Versorgung vor allem aus den niedergelassenen Hausärzten. Sie weisen nicht die fachliche Spezialisierung auf wie die niedergelassenen Fachärzte, jedoch verfügen sie in der Regel über einen sehr unmittelbaren Zugang zum Patienten und seinem häuslichen Umfeld. Daneben haben sie als Generalisten in der ambulanten ärztlichen Versorgung die Möglichkeit, eine integrierende Rolle vor allem bei Patienten mit multiplen Morbiditäten zu spielen. Aus diesen Gründen ist auch die Integration des Hausarztes in die krankenhauserne Prozesskette nicht nur denkbar, sondern wünschenswert.

In der Krankenpflege gibt es nicht in gleichem Maße Niederlassungsbewegungen des hochqualifizierten Personals, da die Niederlassung bislang nicht dieselbe berufliche Bedeutung hatte wie für den ärztlichen Dienst. Eine zunehmende Spezialisierung des Pflegedienstes (siehe Kapitel 6.3.6 und 6.3.7) lässt aber genau dies künftig in ähnlicher Weise erwarten. Im Fall einer solchen Entwicklung wären vergleichbare Modelle der integrativen Zusammenarbeit auch für niedergelassene "Pflegespezialisten" wahrscheinlich.

Bezüglich der Anforderungen an Raum und Gerät gibt es ebenso Gründe, die für eine Krankenhausstruktur sprechen, welche über eine stärkere Verzahnung die Integration zwischen krankenhausernen und -externen Bereichen fördert. Die zunehmende Technologisierung von Diagnostik und Therapie und ein damit verbundenes verstärktes Engagement der Medizintechnikindustrie im Betrieb von Diagnostik- und Therapieeinheiten (siehe Kapitel 6.4.2) wird gleichfalls zu einem "Eindringen" krankenhausexterner Leistungspartner in die Krankenhausstruktur führen.

Daneben fördert auch der Rückgang der staatlichen Investitionsförderung und die vermehrte Gewinnung von Investitionsmitteln von der privaten Hand diese Entwicklung: Bereitstellung und Betrieb von Krankenhaus-Teilleistungen durch die private Hand im Rahmen von PPP-Modellen führen ebenso zu einer Durchdringung des Krankenhauses von außen.



Es steht somit zu erwarten, dass die Überwindung der Sektorengrenzen zur Verbesserung der Qualität von Behandlungsprozessen einen erheblichen Einfluss auf die innere Struktur des Krankenhauses haben wird und zu einer Auflösung der klassischen Organisationsgrenzen bei zunehmender Verzahnung mit krankenhausexternen Bereichen führt. Dieser Integrationsprozess kann aber nicht eingleisig seitens des Krankenhauses umgesetzt werden, sondern erfordert in gleicher Weise auch die Einbindung krankenhausexterner Elemente in die Organisationsstruktur des Krankenhauses (vgl. Abbildung 45).

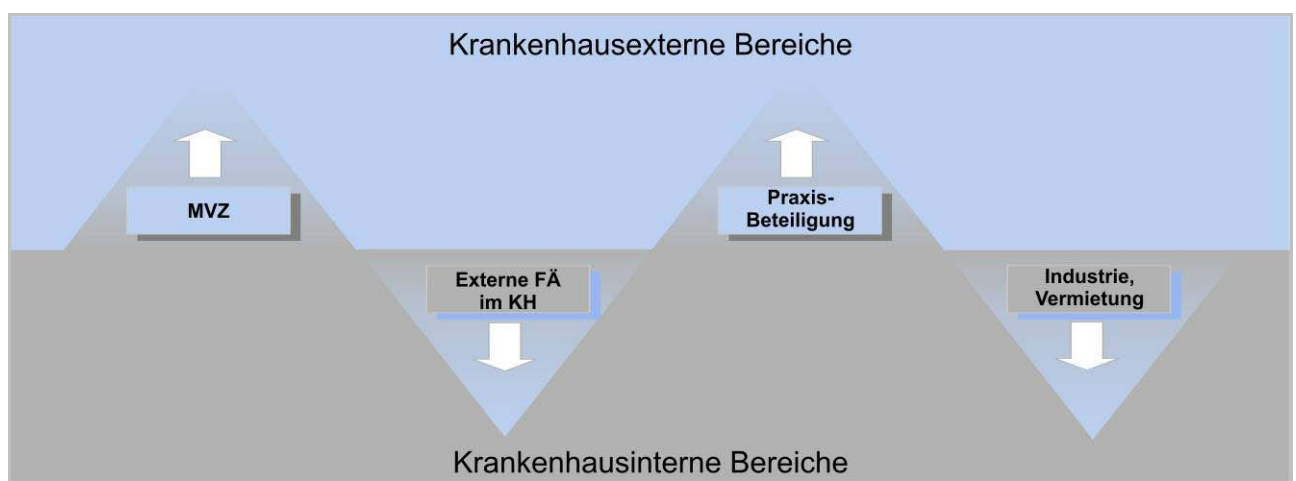


Abbildung 45: Beidseitige Verzahnung krankenhausexterner und -interner Bereiche in die Krankenhausorganisation



7.2 Behandlung und Qualität

Neben den zuvor betrachteten Strukturen zukünftiger Krankenhausorganisationen kommt insbesondere den Prozessen eine zentrale Rolle im Krankenhaus der Zukunft zu. Dabei ist weniger von Bedeutung, wie diese Prozesse im Detail aufgebaut sind, da Prozessketten im Gesundheitssystem etwas sehr Flüchtliges sind. Wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn und medizintechnologische Innovationen bewirken, dass sich die Prozessabläufe im Gesundheitswesen schnell verändern; was wir heute tun wird sich schon 2015 deutlich gewandelt haben, die Prozesse der Krankenhausorganisation im Jahre 2030 werden wiederum deutliche Unterschiede zu denen des Jahres 2015 aufweisen.

Diese schnelle Wandlung von Krankenhausprozessen zeigt sich auch in der unmittelbaren Krankenhausgeschichte der letzten Jahre. So stellt allein der heutige Computerisierungsgrad klinischer Prozesse einen Zustand dar, der noch Mitte der 90er Jahre nicht in dieser Weise hätte vorausgesagt werden können, da grundlegende technologische Entwicklungen und deren rasche Implementierung innerhalb unserer Gesellschaft zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht bekannt sein konnten.

Vorherrschende Prozesse in der Krankenhausorganisation von Morgen exakt vorherzusagen zu wollen, ist also aus zweierlei Gründen ein wenig sinnvolles Unterfangen: Zum einen sind diese Prozesse von Entwicklungen abhängig, die heute noch nicht in ausreichendem Maße abgeschätzt werden können; zum anderen verändern sich Prozesse im Krankenhaus zu schnell, als dass ein inerner Zustand in der Zukunft beschrieben werden könnte.

Ähnlich wie die Strukturen zukünftiger Krankenhausorganisationen unterliegen aber auch deren Prozesse grundlegenden Rahmenbedingungen, die mit größerer Prognosewahrscheinlichkeit beschrieben werden können. Dazu gehören Art und der Umfang der eingesetzten "Prozesshüllen": Für das Krankenhaus von Morgen ist es sehr wahrscheinlich, dass der bereits eingeschlagene Weg des Einsatzes von Pfadstrukturen weiterhin kontinuierlich verfolgt wird. Ebenso wahrscheinlich ist es aber auch, dass deren Ursprünge als klinische Behandlungspfade sich deutlich ausweiten und andere Prozesskomponenten im Krankenhaus umfassen werden. Dieses Zukunftsszenario wird in Kapitel 7.2.1 - Die Pathway-Familie - beschrieben.

Zwei weitere Felder werden für die Entwicklung der Prozessstruktur im Krankenhaus von Bedeutung sein:

- Zum einen sind viele derzeitige Entwicklungen durch den Begriff der Vernetzung bestimmt; dies betrifft auch die Prozesse des Krankenhauses. Dabei beschränkt sich der Begriff der Vernetzung nicht allein auf den Austausch von Daten zwischen verschiedenen, sektorenübergreifenden Akteuren in der Prozesskette; er schließt letztlich auch den Patienten als Objekt der Dienstleistungserbringung mit ein. Vernetzung braucht jedoch Integrationspunkte. Diese Studie argumentiert, dass eine in ihrer Funktion erweiterte elektronische Patientenakte das zentrale Bindeglied in vernetzten Krankenhausprozessen von Morgen darstellen kann (Kapitel 7.2.2).
- Zum anderen führen vernetzte Prozessketten innerhalb des Krankenhauses zu einem deutlich erhöhten internen Koordinationsbedarf, um überhaupt Vorteile aus dieser Vernetzung ziehen zu können. Die Koordination dieser inneren Vernetzung behandelt Kapitel 7.2.3.



7.2.1 Die Pathway-Familie

Klinische Behandlungspfade (Clinical Pathways) haben in Deutschland ihren Einzug gehalten. Zunächst in vielen Häusern aufgrund zunehmenden Drucks zu wirtschaftlichem Handeln eingeführt, zeigen sie jedoch auch Chancen und Möglichkeiten zu Verbesserungen im Bereich Qualitätsmanagement, interne Fort- und Weiterbildung, Personaleinsatzplanung sowie leistungsgerechte Budgetverteilung.

Klinische Behandlungspfade beschreiben dabei den prozessartigen Behandlungsablauf des Patienten in Zuordnung zu seiner jeweiligen Diagnose. Entscheidend ist, dass dabei der Patient im Mittelpunkt steht und nicht mehr die Struktur der Krankenhausorganisation. Dies bedeutet, dass Behandlungspfade berufsgruppen- und abteilungsübergreifend gestaltet werden.

Klinische Behandlungspfade sind keine "Wunderwaffen" im Zuge künftiger Krankenhausentwicklungen. Sie konzentrieren sich im Wesentlichen auf die elektiven Behandlungsprozesse, die auch schon vorher in vielen Krankenhäusern einer zumindest informellen Standardisierung folgten. Den für das Krankenhaus teuren Einzelfall können sie dagegen kaum beeinflussen; dies gilt ebenso für die so wichtige interne Verteilung von elektiven und nicht-elektiven Patienten innerhalb des Behandlungsspektrums eines Krankenhauses.

Klinische Behandlungspfade haben in der deutschen Krankenhauslandschaft jedoch noch einmal verdeutlicht, dass Planbares auch wirklich geplant werden kann, um das Unplanbare besser ausgleichen zu können. Sie haben auch eine formalisierte Transparenz in vielen Behandlungsabläufen eines Krankenhauses geschaffen und den Schwerpunkt von abteilungsinternen Einzellösungen auf Behandlungsstrategien verlagert, die das Potenzial haben, Ressourcen eines Krankenhauses auf Ebene der Gesamtorganisation zu koordinieren. Damit haben klinische Behandlungspfade einen Beitrag zu einem grundlegenden Gesinnungswandel im Krankenhaus geleistet.

Der Umfang einer Standardisierung im Rahmen von klinischen Behandlungspfaden ist dabei eng mit externen Anforderungen an das Krankenhaus verknüpft – der zunehmende Druck zur Wirtschaftlichkeit in der Krankenhausbetriebsführung ist maßgeblich durch den externen Einfluss einer restriktiven Finanzierung von Krankenhausleistungen sowie den Rückzug des Staates aus der Investitionsfinanzierung ausgelöst worden.

Auf der Suche nach noch nicht genutzten Effizienzreserven im Krankenhaus standen zunächst die klinischen Prozesse im Zentrum der Aufmerksamkeit, da hier die größten Kostensenkungspotenziale im Behandlungsverlauf erwartet wurden. Aus diesem Grund tauchten die klinischen Behandlungspfade als erste pfadgestützte Standardisierung im Krankenhaus auf. Ihre Einführungsphase ist bei weitem noch nicht abgeschlossen: Viele Krankenhäuser befinden sich derzeit noch in einem Zustand der internen Bestandsaufnahme, welche ihrer Prozesse in geeigneter Weise einem Standardisierungsprozess im Rahmen eines klinischen Behandlungspfades zugeführt werden können.

Ihre Einführung wird höchstwahrscheinlich kein zügiger Prozess sein, da allein die Entwicklung eines einzigen Behandlungspfades die Koordination und Bereitschaft zur Zusammenarbeit vieler fach- und berufsgruppenübergreifender Beteiligter im Behandlungsprozess notwendig macht.



Ungeachtet aller Anfangsschwierigkeiten lassen die Vorteile, welche klinische Behandlungspfade für die Krankenhausorganisation bieten, durchaus einen zunehmenden Durchdringungsgrad innerhalb der nächsten Jahre vermuten.

Darüber hinausgehend stellt sich die Frage, ob das Beispiel koordinierter Behandlungsabläufe nicht Vorbild sein wird für die Bildung weiterer Pathway-Gruppen, die im Zuge wachsender externer Anforderungen Einzug in das deutsche Krankenhauswesen halten werden. Die folgenden Ausführungen sollen daher Bereiche im Krankenhaus aufzeigen, die für eine Erweiterung der Pathway-Familie besonders in Betracht kommen.

Im Mittelpunkt einer Ausweitung der Pathway-Familie stehen vor allem Prozesse des Wissenstransfers im Krankenhauswesen; dies war auch schon bei der Implementierung von klinischen Behandlungspfaden der Fall. Hierbei bestehen die Herausforderungen darin, Wissen zu gewinnen, zu bewerten und das neu gewonnene Wissen über standardisierte Abläufe in die Behandlungsprozesse der Patienten einzubinden und diese damit in qualitativer wie auch wirtschaftlicher Hinsicht zu verbessern. Die Bedeutung einer Einbindung des Terminus "Wissen" in die Entwicklung von klinischen Behandlungspfaden zeigt, wie eng diese mit den Begriffen "evidenzbasierte Medizin" und "evidenzbasierte Pflege" verknüpft sind, die zeitlich parallel mit den Behandlungspfaden in Deutschland an Bedeutung gewonnen haben.

"Wissen" ist das zentrale Element, welches das gesamte Wirken eines Krankenhauses netzartig durchzieht; ohne ein erfolgreiches Wissensmanagement sind qualitätsgestützte Prozesse im Krankenhaus kaum denkbar. Die besondere Herausforderung im Zuge der Einbindung von "Wissen" in den Behandlungsprozess basiert auf einem System des zweigleisigen Wissensaustausches: Das eine Gleis verläuft von externen Wissensbereichen über das systeminherente Wissen bis zum Individualwissen des einzelnen Mitarbeiters (Knowledge Transfer Pathway). Das andere Gleis verläuft den umgekehrten Weg vom Individualwissen über das systeminherente Wissen zu den externen Wissensbereichen (Evaluation Pathway). Die Beziehungen untereinander sind im nachfolgenden Schema dargestellt (vgl. Abbildung 46).

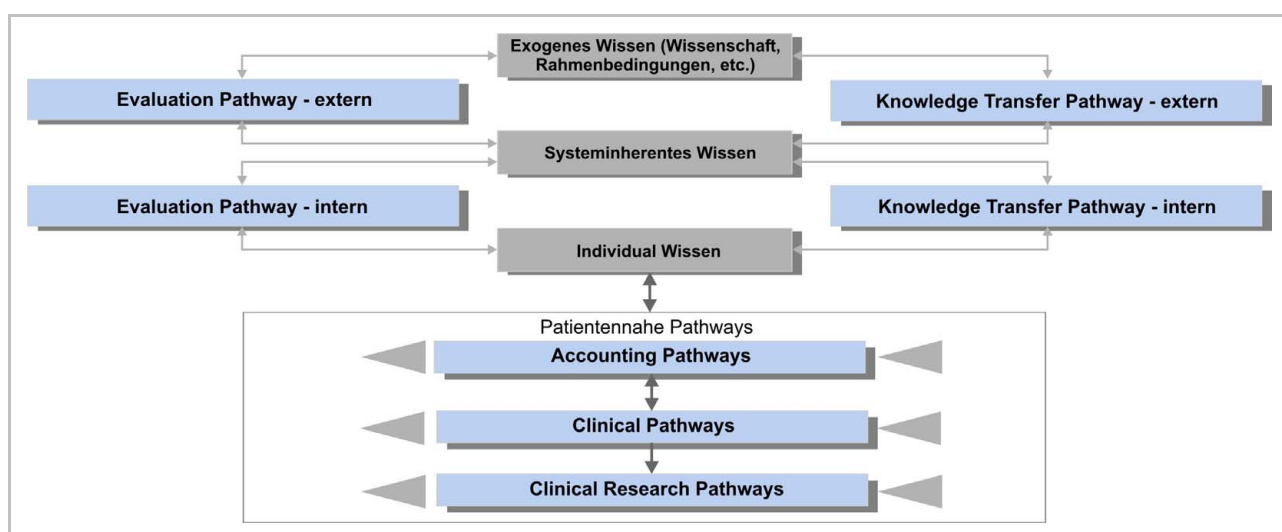


Abbildung 46: Mögliche Strukturen der Pathway-Familie im Krankenhaus



Das Krankenhaus hat ein großes Interesse daran, dass zukünftig dieser Wissensaustausch zeitnah und möglichst vollständig erfolgt. Aus diesem Grund ist an den entscheidenden Knotenpunkten die Einführung standardisierter Abläufe wünschenswert, die ähnlich wie die klinischen Behandlungspfade standardisierbare Abläufe für das Krankenhaus definieren. Zusammen mit den schon bekannten klinischen Behandlungspfaden bilden sie eine Pathway-Familie, die in einem gegenseitigen Austausch steht. Folgende Pathway-Entwicklungen sind dabei in Zukunft denkbar:

Administration (Accounting) Pathways

Abrechnungswege sind bereits heute selbstverständlicher Bestandteil in allen Krankenhäusern, jedoch sind sie mit den klinischen Behandlungspfaden nicht direkt verbunden, sondern häufig noch von diesen getrennt. Dies führt zu dem wenig zufriedenstellenden Zustand, dass sich zwar die klinischen Bereiche des Krankenhauses vermehrt auf den Behandlungsprozess als zentrale Leitungsstruktur ausrichten, die Administration indessen nur bedingt an diesem strukturellen Wandel teilnimmt. Sie begleitet den Behandlungsprozess in der Regel nicht, sondern ist ihm zeitlich nachgestellt. Aus diesem Grund wird die Administration seitens der Kliniker auch nicht als integraler und selbstverständlicher Bestandteil in der Dienstleistungskette gesehen; häufig versteht sich die Administration selbst auch nicht als solcher.

Abläufe der Administration sind oft bereichsinterne Prozesse. Sie reihen sich häufig noch nicht ausreichend in die Bemühungen anderer Bereiche ein, fach- und berufsgruppenübergreifende Prozesse zu gestalten. Um diesem Umstand zu begegnen, ist die Einbindung administrativer Abläufe in die klinischen Behandlungspfade anhand von "Administration Pathways" durchaus denkbar. Unter den verschiedenen Aufgabenbereichen wird vor allem das Rechnungswesen im Vordergrund stehen, so dass man diese eventuell auch als "Accounting Pathways" bezeichnen könnte. Daneben bestehen aber durchaus noch andere Schnittstellen zwischen den klinischen Behandlungsprozessen und der Administration. Hierunter fällt beispielsweise der Bereich des Personalwesens und der Mitarbeiterführung, deren Elemente innerhalb eines behandlungsnahen Administration Pathway sinnvoll mit den klinischen Behandlungspfaden verknüpft werden können.

Zentrale Inhalte einer Erstellung von Administration oder Accounting Pathways können sein:

- I. Direkte Vernetzung der Administration Pathways mit den klinischen Behandlungspfaden
- II. Vorgabe standardisierter administrativer Verfahren
- III. Vorhandensein von Entscheidungspunkten, die an die klinischen Behandlungsverläufe angelehnt sind
- IV. Zeitnahe (d.h. während der Behandlungsepisode erfolgende) Anpassung der administrativen Abläufe an die aktuelle klinische Situation des Patienten
- V. Zeitnahe Bereitstellung von Informationen aus dem administrativen Bereich, die gegebenenfalls noch während des Krankenhausaufenthalts in den klinischen Behandlungsablauf einfließen und diesen mitgestalten können



Clinical Research Pathways

Klinische Forschung wird künftig weniger eine an einzelne Mitarbeiter gebundene und an deren Individualinteressen ausgerichtete Nebentätigkeit des Krankenhauses sein. Zunehmende Qualitätsanforderungen sowie die Einbindung der Industrie in Forschung und Entwicklung machen es im Krankenhaus der Zukunft notwendig, klinische Forschung vermehrt an den Gesamtzielen der Organisation auszurichten.

Dies ist auch insofern von Bedeutung, als dass eine verstärkt interdisziplinär ausgerichtete Forschung eine entsprechende Forschungsstrategie benötigt. Einzelne Forscher bzw. kleine autonome Forschungsgruppen werden es immer schwerer haben, veröffentlichungsrelevante Studien im Alleingang zu erstellen. Clinical Research Pathways könnten durch ihre Anlehnung an interdisziplinäre klinische Behandlungspfade einen Beitrag zu einer solchen interdisziplinären Entwicklung in der klinischen Forschung leisten.

Die Erstellung von forschungsrelevanten Fragestellungen und die Erhebung relevanter Forschungsdaten werden zunehmend davon beeinflusst werden, dass ein höchstwahrscheinlich größerer Teil zukünftiger Behandlungsprozesse des Krankenhauses in klinische Behandlungspfade eingebunden sein werden. Die in klinische Behandlungspfade eingebundenen Behandlungsprozesse sind eine wichtige Basis der klinischen Forschung.

Die Implementierung einer begleitenden Pathway-Strategie für die klinische Forschung könnte daher für Krankenhäuser künftig eine Möglichkeit bieten, ihre klinischen Forschungsaktivitäten sinnvoll an dieser Basis auszurichten. Klinische Forschung darf in diesem Zusammenhang nicht ausschließlich in dem Kontext biomedizinischer Forschung verstanden werden. Insbesondere Forschungsfelder, wie die Organisations- und Versorgungsforschung, haben ebenfalls sehr direkte Auswirkungen auf die Gestaltung der klinischen Behandlungsabläufe.

Clinical Research Pathways werden nicht allein den ärztlichen Dienst und seine Forschungsaktivitäten betreffen. Es steht zu erwarten, dass die Spezialisierungstendenzen innerhalb der Pflege (siehe Kapitel 6.3.6 und 6.3.7) nicht nur zu neuen Aufgabengebieten innerhalb des klinischen Behandlungsbereichs führen, sondern dass auch die im Krankenhaus erbrachte klinische Pflegeforschung eine neue, eigenständige Rolle erhalten wird. So werden Clinical Research Pathways auch die Forschungsaktivitäten nicht nur fachgebiets-, sondern auch berufsgruppenübergreifend koordinieren müssen.

Evaluation Pathways

Interne Evaluation im Sinne von Planung, Erhebung, Dokumentation und Interpretation von krankenhauses internen Daten ist für das Krankenhaus von überragender Bedeutung. Klinische, administrative und forschungsbezogene Abläufe im Krankenhaus unterliegen einem ständigen Wandel, da sie auf einen kontinuierlichen Optimierungsprozess ausgerichtet sind.



Nicht allein die Implementierung der bereits beschriebenen patientennahen Behandlungspfade ist daher für die Qualität und Standardisierung klinischer Tätigkeiten ausreichend (Klinische Behandlungspfade, Administration Pathways, Clinical Research Pathways). Von ebenso hoher Bedeutung ist es, dass das Krankenhaus eine kontinuierliche Evaluation seiner patientennahen Behandlungspfade durchführt, damit ihre Ausführung und ihr Ergebnis einer ständigen Überprüfung unterzogen sind.

Dies ist aus mehreren Gründen wichtig:

- I. Steigende Qualitätsanforderungen (siehe Kapitel 6.5.2) werden ein Monitoring der klinischen Abläufe notwendig machen.
- II. Die steigende Erwartungshaltung von Krankenhauspatienten bei zunehmender Eigenbeteiligung (siehe Kapitel 6.2.3) verlangt eine transparente Informationspolitik, die einen Nachweis über die Qualität der erbrachten Dienstleistung erfordert.
- III. Die Zusammenarbeit mit der Medizintechnikindustrie im klinischen Bereich (siehe Kapitel 6.4.1 und 6.4.2) erfordert die Erstellung einer umfassenden gemeinsamen Datengrundlage.
- IV. Die Anforderungen an eine wirtschaftliche Betriebsführung bei sinkender Verweildauer der Patienten (siehe Kapitel 6.3.1) setzt die Kontrolle der Behandlungspfade hinsichtlich ihrer Aktualität voraus.
- V. Latent vorhandener Personalmangel im Krankenhaus der Zukunft (siehe Kapitel 6.3) erfordert die ständige Überprüfung der klinischen Pfade auf sinnvollen und effizienten Einsatz des Personals in den Behandlungsabläufen.

Erfolgreiche klinische Aktivitäten basieren neben der internen Erhebung von Prozessen (interne Evaluation) auch auf einer ständigen Evaluation krankenhausexterner Einflussfaktoren (externe Evaluation). Zu diesen exogenen Einflussfaktoren gehören neben neuen Erkenntnissen aus der biomedizinischen Forschung auch normative Einflüsse, wie beispielsweise gesetzliche Regelungen oder auch Anforderungen seitens der Kostenträger.

Alle diese exogenen Einflussfaktoren unterliegen einem steten Wandel und müssen daher ständig evaluiert und auf ihre Relevanz für das Krankenhaus geprüft werden. Krankenhäuser, die dies nicht erfolgreich ausführen, werden vermehrt Schwierigkeiten haben, ihre Qualitätsstandards aufrechtzuerhalten.

Knowledge Transfer Pathways

Aufbau und Pflege von systeminherentem Wissen ist Basis und Zentrum aller Prozesse der Wissensweitergabe. Dabei sind zwei Herausforderungen für das Krankenhaus der Zukunft von Bedeutung:



Zum einen muss es dem Krankenhaus gelingen, Inhalte des systeminherenten Wissens in einem möglichst umfangreichen Maße in das Individualwissen möglichst vieler Mitarbeiter zu "verpflanzen".

Systeminherentes Wissen, das nicht individualisiert wird, kann auch nicht in die Verbesserung von Behandlungsabläufen, Forschungsaktivitäten oder administrativen Vorgänge einfließen – dieses Wissen ist also für das Krankenhaus nur potenziell vorhanden, ohne dass es das Krankenhaus und seine Dienstleistungen unterstützen kann. Ohne die Überführung systeminherenten Wissens in das Individualwissen der Mitarbeiter bleibt es für den Krankenhausträger im Wesentlichen wertlos.

Die hohe Bedeutung, welche eine Wissensübertragung auf den einzelnen Mitarbeiter hat, macht auch deutlich, dass dies nicht dem Zufall und dem Engagement einzelner Mitarbeiter überlassen bleiben sollte. Diese Form der internen Wissensübertragung sollte daher im Rahmen eines standardisierten, internen "Knowledge Transfer Pathway" zu einem selbstverständlichen Bestandteil der Unternehmenskultur werden.

Auf der anderen Seite spielt im Gesundheitswesen nicht allein die erfolgreiche interne Überführung systeminherenten Wissens auf den einzelnen Mitarbeiter eine Rolle, sondern auch die Übermittlung von krankenhausesinternem Wissen und Erkenntnissen in die (Fach-)Öffentlichkeit. Hierzu gehören beispielsweise wissenschaftliche Publikationen eines Krankenhauses oder auch Berichte über adverse Arzneimittelreaktionen. Die Gesamtheit aller aus dem Krankenhauswesen bereitgestellten Informationen ist eine der wichtigsten Grundlagen der forschenden Gesundheitsberufe, ohne die eine Entwicklung evidenzbasierter Behandlungsstrukturen nicht denkbar wäre.

Zur besseren Koordinierung aller dieser nach "außen" gehenden Informationen können externe "Knowledge Transfer Pathways" dienen, welche die Publikationswege und die Informationsstrategie des Krankenhauses im Sinne der Gesamtorganisation bündeln. Auch um eine koordinierte Informationspolitik seitens des Krankenhauses betreiben zu können, wird es in der Zukunft vorteilhaft sein, die öffentliche Darstellung des klinischen und wissenschaftlichen Dienstleistungsangebots eines Krankenhauses von der Publikationstrategie individueller Mitarbeiter zu lösen und in den Gesamtkontext der Organisation zu stellen.

Qualitätsermittlung in Pfadstrukturen

Pfadstrukturen im Krankenhaus dürfen kein bloßes Instrument der Standardisierung sein. Sinnvoll werden sie für zukünftige Krankenhausorganisationen nur dann sein können, wenn sie die Qualität der Krankenhausprozesse verbessern und diese Qualitätsverbesserung auch transparent an Patienten, Personal und Kostenträger vermitteln.

Struktur- und Prozessqualität werden dabei auch in Zukunft dem Gesamtziel "Ergebnisqualität" im Krankenhaus dienen. Hierzu müssten valide "Outcome"-Indikatoren zur Beurteilung des Behandlungsergebnisses entwickelt, gemessen und kontrolliert werden.



Für Krankenhäuser werden aber vor allem folgende Aspekte problematisch sein:

- I. Die Bestimmung valider Outcome-Indikatoren ist höchst komplex, da allein in einer Behandlungs-episode eine Reihe von Indikatoren zu erfassen sein wird; diese können patientenorientiert sein (Morbiditäts-/Mortalitätsindikatoren, Zufriedenheit, Lebensqualität, Leistungstransparenz, Familienintegration, etc.) oder sich eher auf die Krankenhausorganisation konzentrieren (Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung). In jedem Fall wird die Anzahl der zu bestimmenden Qualitätsindikatoren enorm sein, da sich diese wiederum in verschiedene sekundäre Indikatoren unterteilen können. Dies gilt vor allem für komplexe Outcome-Gruppen wie Morbidität und Lebensqualität: Für eine Bestimmung des Indikators "Lebensqualität" müssen Messpunkte aus den Bereichen persönliche Erwartungshaltung, Familienverhältnisse, soziales Netz, individuelle Bewertungen von gesundheitlichen Einschränkungen, finanzielle Ressourcen u.v.m. in die Gesamtbewertung einbezogen werden. Allgemein verbindliche und anerkannte Indikatoren für diese Vielzahl an Elementen der Ergebnisqualität liegen aber derzeit noch nicht vor. Die Komplexität dieser Thematik lässt auch Zweifel daran aufkommen, dass diese innerhalb des Betrachtungsraums dieser Studie vorliegen werden.
- II. Indikatoren wandeln sich im Zeitverlauf, da sich die Bewertungsgrundlagen der ihnen zugrunde liegenden Gesellschaft über längere Zeiträume weiterentwickeln. So ist beispielsweise davon auszugehen, dass ein Outcome-Indikator "Leistungstransparenz" vor 20 Jahren von Patienten noch gänzlich anders bewertet worden wäre als dies heute der Fall ist. Ebenso wenig können wir aber voraussehen, welchen Stellenwert eine zukünftige Gesellschaft in 20 Jahren diesem Outcome-Indikator beimessen wird. Für Krankenhäuser bedeutet dies jedoch, dass sie in Bezug auf die Outcome-Indikatoren-messung innerhalb ihres Behandlungsspektrums einer steten Fluktuation der Bewertungsgrundlagen ausgesetzt sein werden.
- III. Die Vielzahl der unterschiedlichen Erkrankungen und ihrer begleitenden Co-Morbiditäten kompliziert auch die Bewertung der Ergebnisqualität in hohem Maße, da sie eine fast unübersichtliche Anzahl von möglichen Konstellationen von Morbiditäten und Co-Morbiditäten zulässt. Diese wiederum beeinflussen aber in erheblichem Maße die Interpretation der Ergebnisqualität.
- IV. Ergebnisindikatoren zur Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistung verlangen ein dezidiertes Wissen darüber, welche Einzelkomponenten zur Leistungserbringung notwendig waren und wie diese monetär zu bewerten sind. Dies erfordert aber das Vorhandensein einer umfassenden Kostenträgerrechnung im Krankenhaus. Die Realität zeigt jedoch, dass dies gegenwärtig für die meisten der bestehenden Krankenhäuser noch in ferner Zukunft liegt.
- V. Messungen der Ergebnisqualität werden auch künftig ein zeitaufwendiger Prozess sein; Erkenntnisse zur Ergebnisqualität eines Behandlungsprozesses müssen nach Möglichkeit jedoch unmittelbar vorliegen, da sie ansonsten den Fortgang der Behandlung nicht mehr beeinflussen können. Völlig ungeklärt ist dabei aber, wie dies auf der Ebene des Krankenhauses finanziert werden kann. Auch besteht hier die Gefahr, dass das klinisch tätige Personal gezwungen ist, vermehrt patientenferne Dokumentationstätigkeiten zu erledigen. Dies würde wiederum einer patientenorientierten Prozessgestaltung entgegenstehen.



Innerhalb des Betrachtungszeitraums in dieser Studie bedeuten die aufgeführten Schwierigkeiten der Qualitätsermittlung im Krankenhaus, dass aller Wahrscheinlichkeit nach die Messung der Ergebnisqualität im Behandlungsprozess zunächst auf die Bestimmung und Bewertung einiger stellvertretender Outcome-Indikatoren beschränkt bleiben wird. Erst die langjährige intensive wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der Qualitätsermittlung und die Entwicklung von Technologien, die eine reibungslose Integration in den klinischen Alltag ermöglichen, werden den umfassenden Einsatz im Krankenhaus der Zukunft ermöglichen.



7.2.2 Vernetzte Welt – Das Krankenhaus in seinem Umfeld

Vor allem die Einführung integrierter Versorgungsmodelle hat die Diskussion um die interne und externe Vernetzung des Krankenhauses beflügelt. Diese Diskussion hat insbesondere deshalb eine gewisse Brisanz, als dass es dabei nicht allein um Fragen der technischen Vernetzung geht, sondern darum, welche Grenzen das Krankenhaus hat, welche Aufgaben auch außerhalb des Krankenhauses erledigt werden können und möglicherweise auch, ob finanzielle Ressourcen in den ambulanten Sektor umgeleitet und damit dem Krankenhaussektor nicht mehr zur Verfügung stehen werden. Ähnlich wie bei der Entwicklung der Globalisierung teilen auch Modelle der integrierten Versorgung die Welt der Gesundheitsdienstleister in eine Welt der Verlierer und Gewinner auf.

Gewinner werden aber zukünftig nicht Krankenhäuser sein, die eine Strategie des Protektionismus anwenden und versuchen, die Gesamtheit ihrer bestehenden Dienstleistungen vor äußeren Einflüssen zu schützen und aufrechtzuerhalten. Gewinner werden wahrscheinlich vor allem Krankenhäuser sein, die im Rahmen ihres strategischen Gesamtkonzepts Dienstleistungsbereiche bewusst im Hause aufbauen, andere Dienstleistungsbereiche aber ebenso bewusst zugunsten einer Kooperation mit Dritten aufgeben. Dies braucht vor allen Dingen Vertrauen zu diesen Kooperationspartnern sowie Strukturen der externen Vernetzung.

Die Schaffung wettbewerbsfähiger Strukturen der externen und internen Vernetzung kann viele unterschiedliche Ausprägungen haben. So mag beispielsweise ein urbaner, überregional tätiger Spezialversorger eine andere Vernetzungsstruktur benötigen als der ländliche Grund- und Regelversorger. Doch allen Vernetzungsstrategien ist gemein, dass sie ohne den Einsatz einer "intelligenten" Form der elektronischen Patientenakte nicht ausgebaut werden können.

Die hier propagierte "Intelligenz" der Patientenakte sagt aus, dass sie nicht allein auf eine elektronische Form der Speicherung relevanter Patientendaten reduziert werden kann; vielmehr wird sie eine dynamische Kommunikationsform aller am Behandlungsprozess Beteiligten darstellen müssen, die unterschiedliche Sektoren innerhalb des integrierten Behandlungsprozesses miteinander verknüpfen kann.

Wenn generell von "sektorenübergreifenden, vernetzten Strukturen" die Rede ist, so ist dies zunächst ein nicht direkt fassbarer, auf die Struktur der integrierten Leistungserbringung ausgerichteter Begriff. Die intelligente Patientenakte dagegen stellt das physisch fassbare Korrelat dieser Vernetzungsstruktur dar. Sie ist weder dem Krankenhaus, noch dem niedergelassenen Arzt oder anderen Dienstleistern direkt zuzuordnen, sondern dem Patienten und seinem Behandlungsprozess. Hierunter verbirgt sich das eigentliche innovative und systemgestaltende Potenzial einer solchen Plattform (vgl. Abbildung 47).

Die intelligente elektronische Patientenakte ist dabei die integrierende Kommunikationsplattform zwischen der Diagnostik- und Therapieebene auf der einen Seite sowie dem Patienten und den Kostenträgern auf der anderen Seite. Die Kommunikation zwischen diesen beiden Ebenen (blau) ist dabei nicht der einzige Kommunikationsweg. Auch die Kommunikation zwischen dem Krankenhaus und allen anderen Beteiligten im Behandlungsprozess wird möglicherweise über diese Kommunikationsplattform erfolgen (rot).

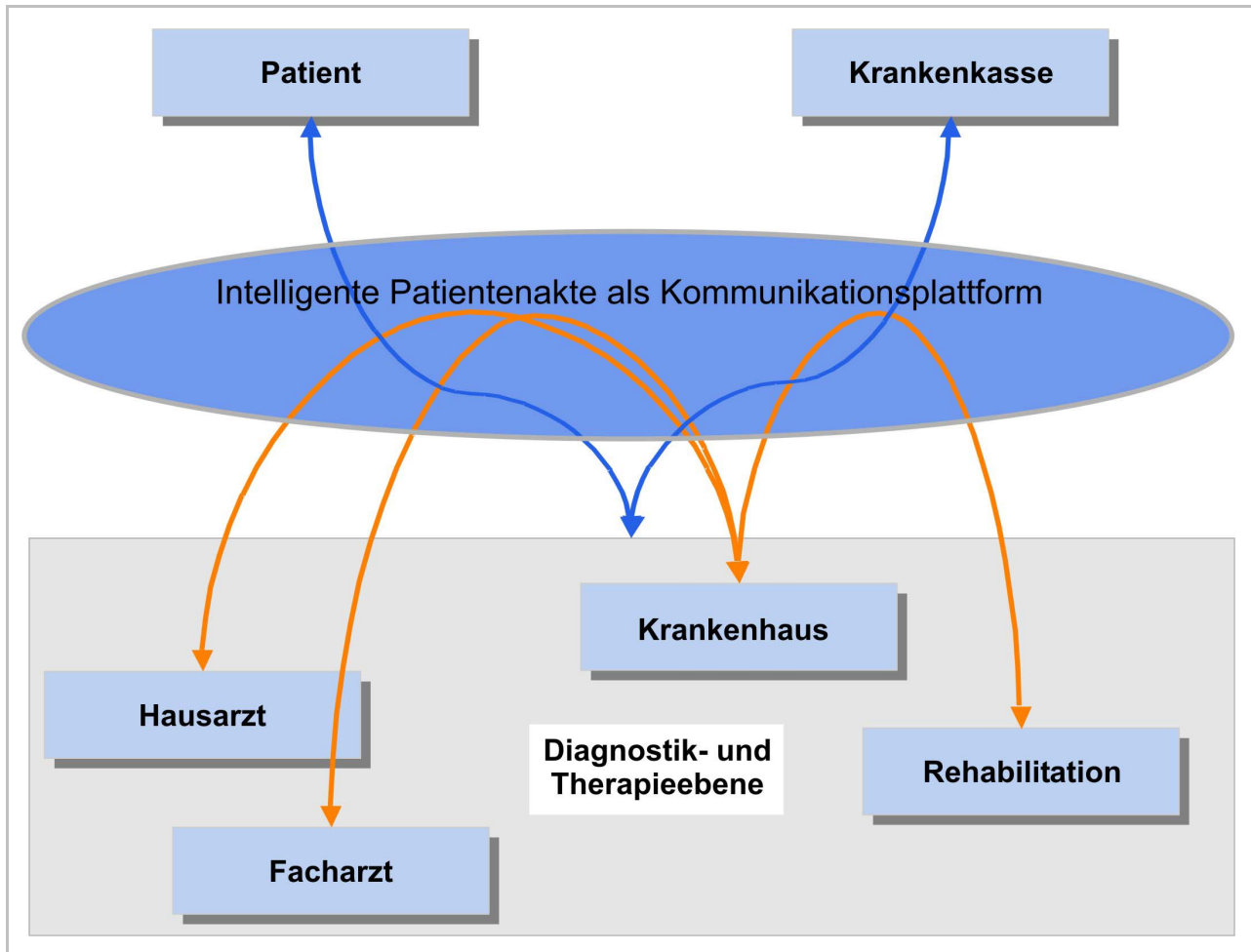


Abbildung 47: Die elektronische Patientenakte - Kommunikationsplattform zwischen Patient, Krankenkasse und Diagnostik-/Therapieebene

Doch welche Möglichkeiten bietet die Nutzung einer intelligenten Form der elektronischen Patientenakte als gemeinsame Kommunikationsplattform für Krankenhaus, Patienten und alle anderen Beteiligten des Behandlungsprozesses? Insbesondere in den folgenden Bereichen sind Chancen für zukünftige Krankenhausorganisationen denkbar:

Dienstleistungsqualität

Die allgemein zunehmende Erwartungshaltung von Patienten bezüglich der erhaltenen Krankenhausdienstleistungen, die steigenden Zuzahlungspflichten bei wachsender Eigenbeteiligungsbereitschaft und die Professionalisierung in der Kommunikation mit dem Patienten (siehe Kapitel 6.2.3 und 6.2.4) lassen erwarten, dass auch neue Wege in der Dienstleistungsdarbietung beschritten werden.



Über einen webbasierten Zugang des Patienten zu seiner Patientenakte können so Dienstleistungen angeboten werden, wie zum Beispiel:

- I. Online-Prüfung der Verfügbarkeit von Aufnahmetermeninen und anderen Dienstleistungen durch den Patienten selbst
- II. Übermittlung relevanter prästationärer Informationsinhalte an den Patienten
- III. Prästationäre Terminierung der geplanten Diagnostik- und Therapieinhalte durch Verknüpfung an existierende Behandlungspfade des Krankenhauses
- IV. Angebot eines virtuellen Rundgangs der aufnehmenden Abteilung in Vorbereitung des Aufnahmetags
- V. Frühzeitige Vorstellung des betreuenden klinischen Personals inklusive bildlicher Darstellung, klinischer Lebenslauf, Qualifikationen und Aufgaben im Behandlungsprozess gegenüber dem Patienten (prästationär)

Alle diese Dienstleistungen können so für den Patienten aufbereitet und frühzeitig übermittelt werden. Ein derart umfangreiches Angebot ist in anderen Dienstleistungsfeldern durchaus üblich (siehe Reisedienstleistungen, Transportdienstleistungen, o.ä.). Sie erfordern nicht nur das Vorhandensein einer webbasierten elektronischen Patientenakte, sondern setzen zumindest für den elektiven Behandlungsbereich die Nutzung möglicher Standardisierungsformen in der Dienstleistungskette zwingend voraus (siehe Kapitel 7.2.1).

Sektorenübergreifende Schnittstellen

Das sektorenübergreifende Zusammenwirken von Krankenhäusern, niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den poststationären Rehabilitationseinrichtungen innerhalb eines Behandlungsprozesses ist eine Neuerung, auf welche die traditionellen Strukturen der Zusammenarbeit nicht ausgerichtet sind.

Die einzelnen Behandlungsphasen entsprachen bislang eher einer Reihe hintereinander geschalteter, autonomer Behandlungssegmente. Der Informationsaustausch nach Abschluss eines Segments entsprach damit eher einer "Übergabe", d.h. einer Informationsübermittlung vom behandelnden Segment zu dem jeweils nachfolgenden Segment im Sinne eines Informationsmonologs (Einbahnstraßen-Charakter der Informationsübertragung). Gerade dieser Informationsmonolog ist über viele Jahre seitens der niedergelassenen Haus- und Fachärzte heftig kritisiert worden.

Die neuen Modelle der integrierten Versorgung verlangen dagegen die Verzahnung der beteiligten Akteure. Damit dieser Verzahnung jedoch nicht nur im Wort, sondern auch im Wesen entsprochen werden kann, gilt es, die Strukturen des Informationsmonologs in eine Struktur des Informationsdialogs zu überführen. Dies kann nur gelingen, wenn insbesondere an den Hauptschnittstellen (Aufnahme- und Entlassungsprozess) auch ein methodischer Wandel in der Kommunikation stattfindet.



Eine intelligente, elektronische Patientenakte bietet die Möglichkeit, diese als Plattform der Schnittstellenkommunikation zu nutzen. Von Bedeutung ist, dass diese Plattform allen Beteiligten des Behandlungsprozesses zugänglich ist, so dass beispielsweise der Informationsaustausch zwischen Hausarzt und Krankenhaus auch der nachfolgenden Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung steht. Eine solche Plattform im Informationsdialog zu nutzen, setzt voraus, dass traditionelle Formen der Informationsübermittlung durch dialogkonzentrierte Formen ersetzt werden.

Der klassische Arztbrief enthält beispielsweise gleich mehrere Merkmale, die den Anforderungen an eine moderne Kommunikationsstruktur nicht gerecht werden. So zeichnet er sich dadurch aus, dass er

- I. in einer Form des Monologs über eine Behandlungshistorie berichtet, ohne den sektorenübergreifenden Dialog zu ermöglichen,
- II. direkte Fragestellungen zum Verständnis des Behandlungswegs nicht ermöglicht (Fachkundigkeit bei spezielleren Diagnosen ist in der Regel nicht bei allen am Behandlungsprozess Beteiligten vorauszusetzen),
- III. wichtige Befunde bildgebender Diagnostik nicht in einer adäquaten technischen Form präsentiert und diese auch nicht von den befunderhebenden Spezialisten erläutert werden können,
- IV. bei hoher Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte häufig verspätet zugestellt wird (nachgeschaltete Rehabilitationseinrichtung oder niedergelassener Hausarzt müssen in die Lage versetzt werden, den weiteren Behandlungsprozess lückenlos fortzusetzen; Patient erwartet schon beim ersten poststationären Hausarztbesuch, dass dieser umfassend über den Behandlungsverlauf informiert ist; Änderung des Medikationsschemas, etc.),
- V. aus Sicht des ärztlichen Dienstes eine relativ ungünstige Aufwand-Nutzen-Relation aufweist (hoher zeitlicher Aufwand durch Diktat, Sekretariat, Lesekontrolle, Umlauf Unterschriften),
- VI. in der Regel von den sich in der Weiterbildung befindlichen jüngeren Ärzten verfasst wird, nicht jedoch von den Ärzten, die den Behandlungsprozess gestaltet haben (Entlassungsbrief ist ein wichtiges Werbefenster nach außen!),
- VII. als Verfasser nur den ärztlichen Dienst, nicht jedoch die Pflege beinhaltet (Verlust pflegerelevanter Teilinformationen, was in Zukunft nicht mehr den Anforderungen eines gewandelten Berufsverständnisses der Pflege entspricht),
- VIII. die krankenhauserne interdisziplinäre Zusammenarbeit und Meinungsfindung innerhalb des Behandlungsprozesses nicht darstellt (Zusammenarbeit der Fachabteilungen wird nur durch Zitat der Konsilberichte dokumentiert; kein direkter Kontakt zwischen krankenhausernem Spezialisten sowie Haus- und Facharzt/Rehabilitationseinrichtungen; keine werbewirksame Darstellung einer interdisziplinären Behandlungsgemeinschaft) sowie
- IX. eine direkte persönlich-fachliche Bindung zwischen den Mitarbeitern des Krankenhauses und den Behandlungsbeteiligten anderer Sektoren nicht fördert (Anonymisierung der Behandlungspartner im jeweils anderen Sektor durch Beschränkung auf schriftliche Kommunikation).



Die technischen Entwicklungen der letzten Jahre und die Nutzung einer elektronischen Patientenakte als zentrale Kommunikationsplattform geben hier durchaus die Möglichkeit, neue Prozesse im sektorenübergreifenden Kommunikationsverfahren bei Aufnahme und Entlassung zu schaffen. So ist es beispielsweise denkbar, dass bei der Entlassung eines Patienten mit einem umfangreichen Behandlungsverlauf die Kommunikation auch über Videokonferenzverfahren gestaltet wird. Dies eröffnet die Möglichkeit eines Dialogverfahrens, das Lösungsmöglichkeiten für viele der oben beschriebenen Restriktionen eines herkömmlichen, papiergebundenen Entlassungsbriefes bieten kann. Ein solches Verfahren ist sicherlich nicht für jede Entlassungssituation sinnvoll, insbesondere aber bei komplexeren Behandlungsverläufen kann es verschiedene Vorteile bieten.

Die Dialogfähigkeit eines videokonferenzgestützten Verfahrens eröffnet die Möglichkeit zu direkten Fragestellungen an die behandelnden Therapeuten. Die Einbindung des Kommunikationsforums in die elektronische Patientenakte erlaubt den Zugriff und die erläuternde Befundung relevanter diagnostischer Daten. Der Entlassungsdialog kann gespeichert und damit als Teil der Gesamtdokumentation in die elektronische Patientenakte eingefügt werden. Ein Entlassungsdialog über Videokonferenzverfahren kann zeitnah bei Entlassung terminiert werden, so dass keine zeitlichen Lücken in der Informationsübermittlung auftreten.

Von entscheidender Bedeutung ist letzten Endes aber, dass ein solches Verfahren die Einbindung verschiedener Mitarbeiter (d.h. auch Pflege- oder andere Fachkräfte) in den Entlassungsdialog erlaubt und durch den visuell gestützten Gesprächscharakter die Bindung zwischen den Mitarbeitern der verschiedenen Sektoren verbessert.

Sektorenübergreifendes Informationsportal

Eine intelligente Form der elektronischen Patientenakte wird nicht nur allein der fachlichen Diskussion zwischen Therapeuten der verschiedenen Sektoren in der Behandlungskette dienen. Ebenso wichtig ist, dass diese Plattform auch als Informationsportal für Patienten genutzt wird. Dies kann zum Teil individualisierte Inhalte (passwort-geschützter Zugriff des Patienten auf ein für ihn abgestimmtes Informationsspektrum), aber auch generelle Informationen über das Haus und die Dienstleistungsangebote umfassen.

Eine solche Form der Informationsdienstleistung entspricht nicht nur dem Wunsch des Patienten, auch in diesem Bereich ein verbessertes Dienstleistungsangebot zu erhalten, es ermöglicht auch die Einbindung anderer Beteiligter (niedergelassener Haus- und Facharzt, etc.) in eine einheitliche Darstellung im Rahmen integrierter Behandlungsangebote. Werbewirksam ist hier letztlich nicht nur der gemeinsam abgestimmte Auftritt im Informationsportal, sondern auch die Einbeziehung von Vertrauenspersonen des Patienten (v.a. des Hausarztes) in die Informationsvermittlung. Hier besteht ein großes Potenzial, den Patienten bereits vor der Aufnahme in einen besser informierten Wissenszustand zu versetzen als dies heute der Fall ist.



Wiedergewinnung der Informationshoheit

Informationen über Therapieinhalte und Diagnostikverfahren, Indikationen und alternative Behandlungsverfahren werden dem Patienten heute über viele Informationskanäle angeboten. Diese sind im Wesentlichen webbasiert und erlauben es, dem Anliegen des Patienten nach einer zweiten Meinung gerecht zu werden. Sie entsprechen auch dem Wunsch des Patienten, Informationen zu gewinnen, die ihn in die Lage versetzen, seine eigenen Therapieentscheidungen informierter treffen zu können.

Die Organisation der Informationsvermittlung wird zukünftig an Bedeutung zunehmen, da die Technologisierung der medizinischen Therapie und Diagnostik (siehe Kapitel 6.4.1) die Vielfalt der Therapiemöglichkeiten und damit auch die Notwendigkeit bewusster Entscheidungsprozesse für oder gegen ein bestimmtes Behandlungsverfahren steigert. In diesem Zusammenhang wird auch das zunehmende Verschwinden der Grenzen zwischen medizinisch- und lifestyle-induzierten Behandlungsverfahren eine zusätzliche Anforderung an die Informationsdienstleistung von Krankenhäusern stellen (siehe Kapitel 6.2.5).

Für Krankenhäuser ist es angesichts dieser Entwicklungen wichtig, einen Teil der verloren gegangenen "Informationshoheit" zurückzugewinnen; dies kann nicht innerhalb einer restriktiven Informationspolitik geschehen, sondern muss wie bereits ausgeführt sämtliche Beteiligte am Behandlungsprozess einbinden.

Ohne die Verbesserung der eigenen Informationsdienstleistung werden Patienten zunehmend mit extern erworbenen Informationen an das Krankenhaus herantreten. Der einzelne Mitarbeiter im Krankenhaus kann der Vielfalt der verschiedenen Informationsquellen nicht mehr mit Eigenrecherche entgegenreten. Es tritt zuweilen ein Zustand ein, in welchem der Patient über die unterschiedlichen Möglichkeiten zur Behandlung seiner Erkrankung besser informiert ist als der ihn behandelnde Arzt, der im Wesentlichen der Spezialist der im eigenen Hause angewandten Verfahren ist.

Auch wenn viele dieser unterschiedlichen Behandlungsansätze nicht unbedingt reale Alternativen für den Patienten darstellen, so erwartet der Patient im Rahmen einer Vertrauensbildung zu seinem behandelnden Therapeuten jedoch die abgewogene Einschätzung und Kommentierung. Eine in diesem Punkt mangelnde Informationslage des behandelnden Krankenhausarztes hat eine verheerende Wirkung für die Außendarstellung des Hauses und den Prozess einer Vertrauensbindung an das Krankenhaus und seine Mitarbeiter.



7.2.3 Die Koordination der inneren Vernetzung

Externe Vernetzungsstrukturen in der oben beschriebenen Form werden in zukünftigen Krankenhausorganisationen nicht erfolgreich umgesetzt werden können, wenn nicht ein entsprechendes Korrelat in der inneren Vernetzung ebenfalls vorhanden ist.

Im Krankenhaus ist die Koordination der Patientenaufnahme, des Behandlungsprozesses und aller daran beteiligten Mitarbeiter normalerweise ein multifaktorieller Vorgang. Aufnahme durch den Stationsarzt, Pflegeplanung durch die Stationspflege, OP-Anmeldung, Anmeldungen zu den unterschiedlichsten Einrichtungen der Funktionsdiagnostik, Planung der Entlassung – all diese Aktivitäten werden in der Regel dadurch koordiniert, dass die ärztliche Indikation in eine schriftliche Anmeldung übersetzt und durch das Pflege- oder Assistenzpersonal koordiniert wird.

In vielen Krankenhäusern führt das dazu, dass Funktionseinrichtungen Terminpläne innerbetrieblich koordinieren; diese sind dann jedoch nicht auf die Koordination des individuellen Behandlungsprozesses eines Patienten ausgerichtet. Für viele Krankenhäuser waren durchaus Situationen nicht unüblich, in denen ein Patient zeitgleich zu zwei verschiedenen Untersuchungen "abgerufen" wurde oder dass Patienten gebeten wurden, auf Station zu bleiben, weil "irgendwann heute" eine bestimmte Untersuchung durchgeführt werde.

Eine Reihe von Krankenhäusern hat diesen Misstand erkannt und begegnet ihm mit entsprechenden Maßnahmen. Dabei ist die erfolgreiche Koordination der internen, vernetzten Prozesse eine der zentralsten Herausforderungen für das Krankenhaus. Viele der in Szenarioebene I aufgeführten Entwicklungen verdeutlichen diese hohe Bedeutung für das Krankenhaus der Zukunft, die dabei sowohl aus Patientensicht als auch aus Sicht des Krankenhauses verständlich wird:

(1) Patienten

Auf Patientenseite ist eine Zunahme der Krankenhaushäufigkeit älterer Patienten bei gleichzeitig ansteigender Anzahl von Personen in dieser Altersgruppe zu erwarten (siehe Kapitel 6.1.1). Diese Patienten werden vermehrt Co-Morbiditäten, vor allem auch in Form psychosomatischer Begleiterkrankungen, aufweisen (siehe Kapitel 6.2.1). Ferner werden die Verweildauern zumindest in begrenztem Umfang weiter rückläufig sein (siehe Kapitel 6.3.1). Die Kombination eines co-morbiden älteren Patienten bei tendenziell sinkenden Verweildauern macht deutlich, dass die Koordinierung dieser Patienten zu einer anspruchsvollen Aufgabe wird.

Daneben werden die zur finanziellen Eigenleistung herangezogenen Patienten eine höhere Dienstleistungserwartung an das Krankenhaus und die Professionalität seiner Kommunikationswege haben (siehe Kapitel 6.2.3 und 6.2.4). Dies erfordert einen höheren Koordinationsaufwand, um vermeidbare Wartezeiten, Doppeluntersuchungen oder gar den Entfall vereinbarter Untersuchungs- und Behandlungstermine auf ein Minimum zu beschränken. Zu einer optimalen Dienstleistungsgestellung gehört in diesem Zusammenhang auch, dass ein Patientenmanagement nicht allein die Prozesse standardisiert, sondern in seiner Struktur auch Raum für eine Individualisierung des Dienstleistungsangebots geben kann.



(2) Krankenhaus

Auf Seite des Krankenhauses steht zunächst im Vordergrund, dass der Gesamtpersonalbestand im Krankenhauswesen aller Wahrscheinlichkeit nach rückläufig sein wird; dies schließt insbesondere höherqualifizierte Personalgruppen, wie Fachärzte oder spezialisierte Pflegekräfte, ein (siehe Kapitel 6.3). Der effektive Einsatz dieser Ressourcen wird damit zu einem entscheidenden Faktor in der wirtschaftlichen Betriebsführung im Krankenhaus der Zukunft werden, da diese Personalgruppen nicht nur höhere Bruttopersonalkosten aufweisen, sondern auch erschwert rekrutierbar sind. Der durch mangelnde interne Koordination hervorgerufene ineffiziente Einsatz dieser hochqualifizierten Personalressourcen wird im Krankenhaus der Zukunft vermieden werden.

Darüber hinaus bergen Entwicklungen, wie der intensiviertere Einbezug von Dienstleistungen der Prävention (siehe Kapitel 6.1.3) oder die zunehmende Verlagerung von Pfl egetätigkeiten aus dem Krankenhaus in den ambulanten Sektor (siehe Kapitel 6.3.5), die Herausforderung eines zunehmend heterogener werdenden Leistungsspektrums des Krankenhauses, welches auch sektorenübergreifende Elemente beinhaltet. Auch dies wird einen verstärkten Koordinationsaufwand erfordern.

Die zunehmende Bedeutung von Kooperationsmodellen zwischen Krankenhäusern und der medizintechnischen Industrie, die nicht nur zu neuen Finanzierungs-, sondern auch Betreibermodellen führen können (siehe Kapitel 6.4.2), bedeutet, dass externe Mitarbeiter aus der Industrie in die internen Behandlungsprozesse des Krankenhauses eingebunden werden müssen. Die Koordinationsaufgabe wird dabei nicht nur allein die technische oder organisatorische Koordination zum Gegenstand haben können, sondern auch die Zusammenarbeit von Mitarbeitern verschiedenster Organisationskulturen.

Nicht zuletzt werden sich steigende Qualitätsanforderungen und -nachweispflichten (siehe Kapitel 6.5.2) mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr allein auf die medizinische Qualität beschränken, sondern auch die erfolgreiche Koordination der Patientenprozesse als Qualitätsindikator bewerten.

Sowohl seitens des Patienten wie auch des Krankenhauses sprechen also einige Gründe dafür, dass die Koordination der inneren Vernetzungsstrukturen nicht nur bedeutsamer wird, sondern die erwarteten Entwicklungstrends auch bewirken, dass sich der zu leistende Aufwand hierfür erhöht. Darüber hinaus wird diese Koordinationstätigkeit auch im Zuge des Dienstleistungsgedankens Elemente eines individuellen Patientenmanagements integrieren, die dieses Aufgabenfeld noch komplexer werden lassen.

An die Aufgaben eines solchen individualisierten Patientenmanagements sind im Wesentlichen zweierlei Anforderungen zu stellen: Zum einen muss der im Patientenmanagement tätige Mitarbeiter einen fachlichen Einblick in eine breite Palette medizinischer Vorgänge haben. Er muss diese verstehen, sie dem Patienten vermitteln und auch ihre Bedeutung im Behandlungsprozess einordnen können. Zum anderen bedeutet das Angebot eines individualisierten Patientenmanagements, dass dies von einer Berufsgruppe erbracht werden muss, die in einer ausreichend großen Zahl in Krankenhausprozesse eingebunden ist, klinische Prozesse aufgrund ihrer Ausbildung erfassen und bewerten kann sowie darüber hinaus nicht durch funktionelle Aufgabenstellungen vom patientennahen Prozess getrennt ist. Ansonsten sind nicht individualisierte Formen des Patientenmanagements, sondern lediglich zentralisierte Formen möglich.



Die genannten Voraussetzungen treffen gegenwärtig nur auf den Pflegedienst zu. Auch zukünftig ist nicht zu erwarten, dass eine andere Berufsgruppe diese Voraussetzungen in ähnlicher Weise erfüllen kann. Es erscheint daher wahrscheinlich, dass vor allem der Pflegedienst im Rahmen seines Aufgabenwandels die Verantwortung im Patientenmanagement sowie die Koordination der Therapie- und Diagnostikleistungen des Krankenhauses übernimmt.

Denkbar ist hierbei auch, dass ein individualisiertes Patientenmanagement zu einer deutlicheren Trennung der drei maßgeblichen Ebenen im Behandlungsprozess führt (vgl. Abbildung 48):

(1) Indikationsebene

Diese repräsentiert die fachliche Ebene, welche im Wesentlichen alle Diagnostik- und Therapieleistungen anfordert; hierzu zählen klassischerweise der ärztliche Dienst und die konsiliarisch tätigen Fachärzte eines Krankenhauses. Daneben ist aber aufgrund der zu erwartenden stärkeren Verzahnung mit dem ambulanten Sektor auch eine Zunahme der Anforderungen aus dem Bereich der niedergelassenen Haus- und Fachärzte durchaus denkbar.

Darüber hinaus lässt eine Höherqualifizierung der Pflege und die Ausbildung eines eigenständigen Leistungs- und Kompetenzprofils die Entwicklung von eigenen Feldern der Indikationsstellung für diese Berufsgruppe erwarten. Unter diesen Bedingungen ist es daher als durchaus wahrscheinlich anzusehen, dass der Pflegedienst zukünftig ein Teil der Indikationsebene sein wird.

(2) Koordinationsebene

Diese Ebene koordiniert, überwacht und evaluiert die sinnvolle und für die Organisation mögliche Sequenzierung aller notwendigen Untersuchungen und Funktionsdienstleistungen auf Grundlage der gestellten Indikation. Dabei beschränkt sich der Aufgabenbereich nicht allein auf eine reine Terminkoordination, sondern umfasst vor allem auch die Plausibilitätsprüfung der gestellten Indikationen, die Vereinbarkeit verschiedener Untersuchungen am selben Tag (notwendige Vorbereitungen, die andere Untersuchungen behindern) und die Beteiligung an der strategischen Leistungsplanung.

Von besonderer Bedeutung ist auch die Rolle, die eine Koordinationsebene im Rahmen der Dienstleistung am Patienten spielt. Sie ist der Begleiter des Patienten, erläutert ihm die terminlichen und inhaltlichen Abläufe seines Krankenhausaufenthalts, ist ständiger Ansprechpartner und Bezugsperson und ist auch wesentlich für die Koordination mit den vor- und nachgeschalteten Leistungserbringern in der Behandlungskette verantwortlich.

Durch diese enge Bindung an den Patienten und seinen Behandlungsprozess eröffnet sie Möglichkeiten, den Behandlungsaufenthalt für den Patienten auch individuell zu gestalten. Daher entspricht ein zentrales Patientenmanagement, welches eine Vielzahl von Patienten gleichzeitig betreut nicht dem zukünftig erwarteten Dienstleistungsanspruch. Das Patientenmanagement wird auch keine rein administrative Koordinationsaufgabe sein, sondern immer auch die fachliche Begleitung des Patienten beinhalten müssen.



(3) Funktionsdienstleistungsebene

Diese Ebene wird sich zunehmend in die Ziele und Aufgaben der Gesamtorganisation integrieren. Bisherige Ansätze, die diese Bereiche lediglich voneinander segregieren und als separate Profitcenter ausweisen, schaffen zwar eine Grundlage für die interne Budgetierung im Krankenhaus, weisen aber noch keinen Weg auf, wie die Gesamtorganisation im Zuge einer koordinierten interdisziplinären Leistungserbringung gestaltet werden kann.

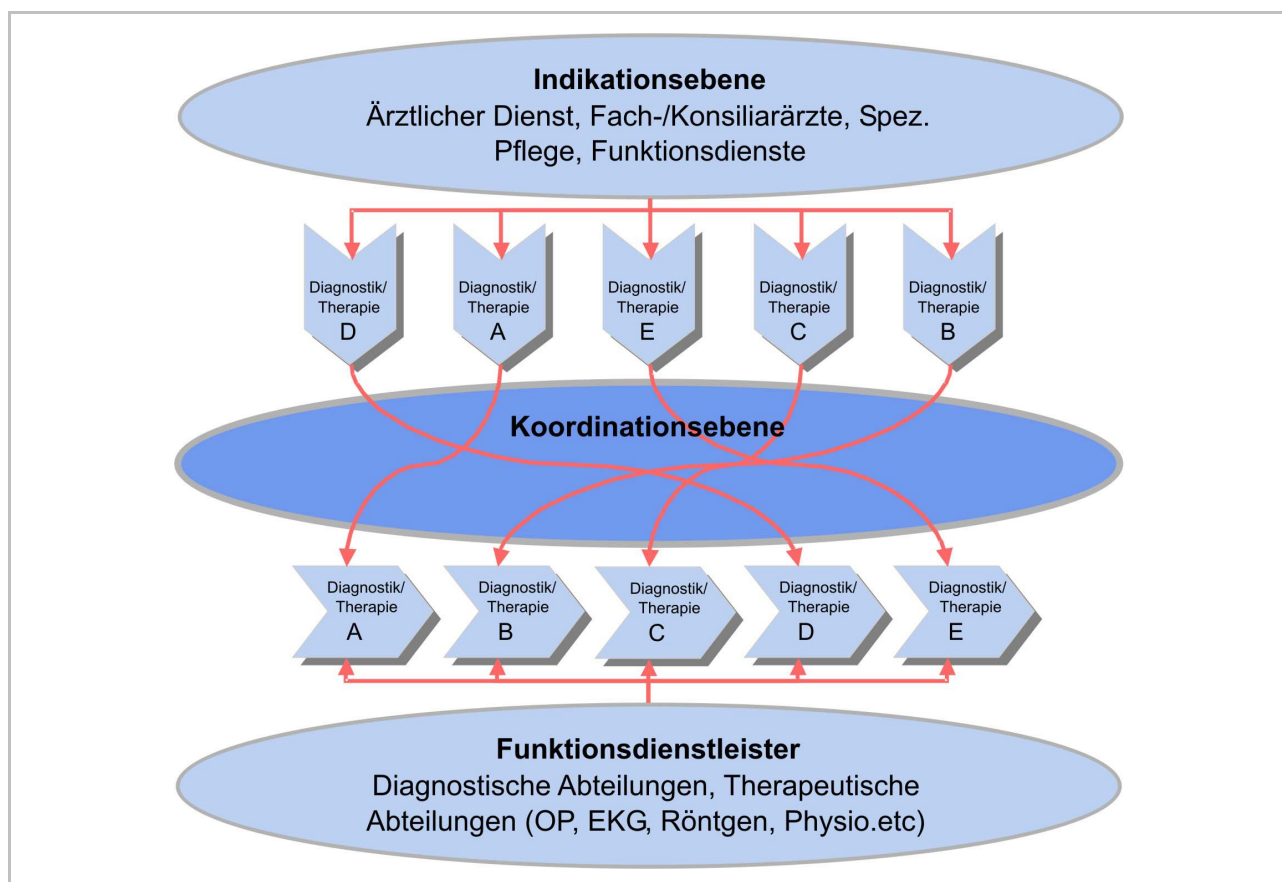


Abbildung 48: Indikations-, Koordinations- und Funktionsdienstleistungsebene im durch die Pflege koordinierten Patientenmanagement

Voraussetzung für eine steuerbare Dienstleistungserbringung des Krankenhauses ist also, dass die bislang häufig eigenständige Terminkoordination der Funktionsleistungsebenen zugunsten eines am Behandlungsprozess ausgerichteten Patientenmanagements weicht.

Denkbar sind in diesem Zusammenhang Modelle, in denen "Terminslots" angeboten werden, die eine verbindliche Anmeldung des Patienten und das Terminmanagement mit Hilfe eines EDV-gestützten Portals erlauben. Diese Modelle werden im Wesentlichen die Koordinierung der elektiven Patienten beinhalten, während für nicht geplante oder Notfallpatienten flexibel verfügbare Ressourcen vorgehalten werden müssen.



Ein wichtiger Punkt in einem koordinierten und am Behandlungsprozess ausgerichteten Patientenmanagement durch einen den Patienten während seines Aufenthalts individuell begleitenden Patientenmanager besteht in einem frühzeitigen Beginn der Koordinationsstätigkeiten. Entsprechende Koordinationsleistungen können beispielsweise sein:

- I. Koordinierung und Terminierung von funktionellen Untersuchungen
- II. Teilnahme, Vorbereitung und Nachbereitung von Aufklärungsgesprächen
- III. Kommunikationsaufgaben im sozialen Umfeld des Patienten
- IV. Koordination der prästationären Diagnostik
- V. Koordination der nachstationären Versorgung
- VI. Koordination von Leistungen der primären, sekundären und tertiären Prävention
- VII. Unterstützung der medizinischen und pflegerischen Berufsgruppen in der Durchführung ihrer klinischen Tätigkeiten
- VIII. Evaluation der Ergebnisqualität
- IX. Koordinationsleistungen in den Bereichen interner Administration (Aufnahme-, Entlassungsmanagement)
- X. Koordinationsleistungen mit Kostenträgern
- XI. Koordinationsleistungen mit Hausärzten

Neben prästationären Koordinationsstätigkeiten wird aber die frühzeitige Behandlungsplanung des Patienten innerhalb seines klinischen Aufenthalts das zentrale Aufgabenfeld bleiben. Der Begriff der "Frühzeitigkeit" wird dabei für die Qualität des Behandlungsablaufs eine besondere Rolle haben; dies bezieht sich nicht allein auf die schnelle Terminvergabe, sondern vor allem auch auf die frühe Bereitstellung von Behandlungsinformationen für den Patienten. So ist denkbar, dass im Zusammenhang mit einer webgestützten Anmeldung unter Online-Prüfung der Terminverfügbarkeit die Patienten schon vor ihrem Aufnahmetermin Informationen über Ablauf und Untersuchungen während ihres geplanten Krankenhausaufenthalts erhalten.

Diese Frühzeitigkeit der Koordination ist nicht nur dienstleistungsfreundlich, sie gibt dem Patienten auch die Möglichkeit, sich rechtzeitig mit seinem Behandlungsprozess vertraut zu machen und gegebenenfalls eine Rücksprache mit dem behandelnden Krankenhausarzt oder seinem Hausarzt zu halten. Dies fördert letztlich auch die für einen reibungslosen elektiven Behandlungsverlauf benötigte "Compliance" des Patienten.



7.3 Dienstleistung

Dem Begriff der "Dienstleistung" ist ein eigenes Kapitel in der Betrachtung zukünftiger Krankenhausorganisationen gewidmet. Dabei ist weniger von Bedeutung, dass das Krankenhaus Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft erbringt; dies ist heute schon der Fall. Entscheidend ist jedoch, dass das Krankenhaus der Zukunft mit hoher Wahrscheinlichkeit einer weit höheren Dienstleistungserwartung seitens der Patienten und der Kostenträger ausgesetzt sein wird. Der zukünftig von Krankenhäusern angebotene Umfang an Dienstleistungsangeboten wird damit um ein Vielfaches größer sein.

Hinzu kommt, dass der grundlegende Dienstleistungsgedanke in der Leistungserbringung in den Mittelpunkt des Selbstverständnisses eines Krankenhauses rückt, während der Aspekt des "Versorgungsauftrages", d.h. das einzelne Krankenhaus als Teil eines komplexen gesundheitspolitischen Steuerungsapparats, an Bedeutung verliert. In diesem Sinne bedeutet die vermehrte Hinwendung auf die Rolle des Dienstleistungserbringers letztendlich auch, dass Krankenhäuser zunehmend eigenständigere Positionen und Rollen anstreben werden.

Leistungen, die von allen Krankenhäusern erbracht werden, verlieren schnell ihren Dienstleistungscharakter und werden zum allgemeingültigen Standard. Innovative Dienstleistung in ihrem originären Sinne trägt immer den Aspekt der Individualität, des sich vom Durchschnitt Abgrenzenden. Dienstleistungsinhalte allgemeingültig für das Gros der deutschen Krankenhäuser vorhersagen zu wollen, führt zwangsläufig dazu, dass man über zukünftige Standards der Leistungserbringung und nicht mehr über ein vermehrtes Dienstleistungsengagement spricht. Dennoch sind für das Krankenhaus der Zukunft Strukturen wahrscheinlich, die aufzeigen in welchem Rahmen Dienstleistungen künftig erbracht werden könnten.

Dienstleistungen werden aller Voraussicht nach individualisierter, d.h. auf den einzelnen Patienten zugeschnitten, angeboten. Um diese Flexibilität in der Dienstleistungserbringung leisten zu können, wird das Krankenhaus der Zukunft diese in identifizierbaren Komponenten anbieten, die individuell zusammengestellt werden können. Die Grundzüge einer möglichen modularen Dienstleistungsstruktur behandelt Kapitel 7.3.1.

Die Hinwendung auf klinische Pfade, die den Patienten und seinen Prozess in den Mittelpunkt des Behandlungsgeschehens setzen, hat direkte Auswirkungen auf den Charakter der Dienstleistungserbringung. Sie wird in höherem Maße als personenbezogene Dienstleistung gewertet (Kapitel 7.3.2).

Die demographische Entwicklung in Deutschland beeinflusst ebenso Art und Inhalt angebotener Dienstleistungen. Dabei ist nicht nur der Patient allein zu betrachten, sondern auch sein soziales Umfeld, das gleichfalls potenzieller Dienstleistungsempfänger sein kann. Diese Aspekte werden in Kapitel 7.3.3 - Dienstleistungen für den alten Patienten und sein soziales Umfeld - gewertet.

Dienstleistungen des Krankenhauses werden sich nicht allein auf interne Leistungsbereiche des Krankenhauses beschränken. Die Öffnung des Krankenhauses nach außen, die mit seiner zunehmenden Teilnahme am ambulanten Sektor bereits begonnen hat, wird sich in Zukunft noch deutlich ausweiten. Eine herausragende Rolle wird dabei den Dienstleistungen im Bereich der Präventionsmedizin und -pflege zukommen (Kapitel 7.3.4).



7.3.1 Modulare Dienstleistungsstruktur

Das Leistungsportfolio des Krankenhauses wird sich nicht mehr allein an rein therapeutischen Elementen, sondern auch an begleitenden adjunktiven Dienstleistungen ausrichten. Dazu gehört, dass Dienstleistungen, die neben der medizinischen Behandlung sowohl den Behandlungsprozess als auch die Bindung des Patienten an das jeweilige Krankenhaus unterstützen, eine wachsende Bedeutung in der Werbung um den Patienten erhalten. Diese können beispielsweise an Hotelservice angelehnte Leistungen oder auch andere klassische personenbezogene Dienstleistungen sein, die den Krankenhausaufenthalt des Patienten begleiten.

Der entscheidende Grund für die wachsende Bedeutung solcher nicht-medizinischer Dienstleistungen liegt auch darin begründet, dass im Bereich rein medizinischer Dienstleistungen die Erlangung qualitativer Alleinstellungsmerkmale gegenüber Mitkonkurrenten nur sehr schwer erreichbar ist. Dies hängt letztlich auch damit zusammen, dass die zunehmende Verschärfung der standardisierten Qualitätsanforderungen (siehe Kapitel 6.5.2) verhindern wird, dass Mitbewerber über einen deutlich geringeren medizinischen Qualitätsstandard verfügen können. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die steigende Bedeutung und Verschärfung von Qualitätsstandards im deutschen Krankenhauswesen zu einer vermehrten Vereinheitlichung der angebotenen medizinischen Dienstleistungsstandards führt.

Hinzu kommt, dass die Qualität medizinischer Krankenhausdienstleistungen im Wesentlichen über eine hohe Qualifikation des im Krankenhaus beschäftigten Personals erreicht wird. Große Unterschiede im durchschnittlichen Qualifikationsniveau zwischen dem Personal verschiedener Häuser sind jedoch nicht zu erwarten, da in der Regel ähnliche Aus- und Weiterbildungswege vorliegen und darüber hinaus auch ein gewisser allgemeiner Wissenstransfer durch eine Personalfluktuierung zwischen verschiedenen Häusern vorliegt. Allein über "besseres" Personal als der jeweilige Mitbewerber zu verfügen, wird für Krankenhäuser folglich kaum zu realisieren sein.

Ausnahmen hiervon bilden lediglich die hochspezialisierten Leistungsbereiche, deren medizinische Tätigkeiten sehr stark an die Kompetenz einiger weniger Mitarbeiter gebunden sind (Nischenkompetenzen). Im Gegensatz zur breiten Basis des Personalstamms kann in diesen Bereichen die Gewinnung einzelner Mitarbeiter durchaus zum marktbeherrschenden Alleinstellungsmerkmal werden. In der Regel verfügen diese Bereiche jedoch nicht über die hohen Fallzahlen, die in den anderen "normalen" oder elektiven Leistungsbereichen vorliegen. Sie sind daher für die Gesamterlösstruktur eines Krankenhauses von zumeist nur untergeordneter Bedeutung.

Dies alles macht die Bedeutung von zusätzlichen, den medizinischen Prozess begleitenden Dienstleistungen deutlich, da nur hier größere Alleinstellungsmerkmale gegenüber Mitbewerbern erreicht werden können. Die Finanzierung derartiger Dienstleistungen wird aber mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht von den Kostenträgern übernommen werden. Sie setzt daher die Bereitschaft von Patienten, für zusätzliche Dienstleistungen eine Eigenbeteiligung zu leisten, zwingend voraus. Davon kann aber im Rahmen einer zunehmenden allgemeinen Dienstleistungserwartung in Zukunft durchaus ausgegangen werden (siehe Kapitel 6.2.3).



Zum erfolgreichen Angebot begleitender Dienstleistungen gehört ebenso deren nachvollziehbare und transparente Darstellung für den potenziellen Dienstleistungsempfänger (z.B. Patienten, aber auch andere Gruppen wie Angehörige). Deswegen werden Krankenhäuser bestrebt sein, ihr Dienstleistungsspektrum nach modularen Gesichtspunkten aufzubauen, so dass den Grunddienstleistungen der reinen medizinischen Therapie und Pflege (für die im Wesentlichen weiterhin die Kostenträger über Versicherungsleistungen aufkommen werden) kombinierbare zusätzliche Dienstleistungspakete gegenüber stehen. Auf diese Weise können begleitende Dienstleistungen für den Dienstleistungsempfänger transparent dargestellt werden (vgl. Abbildung 49).

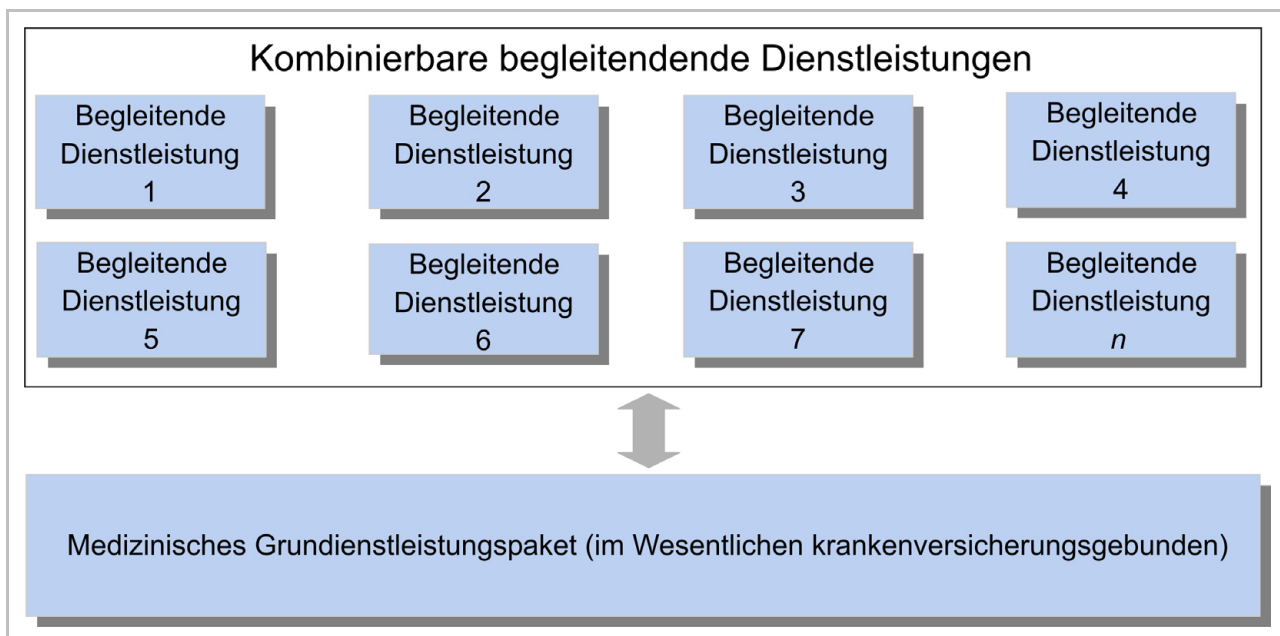


Abbildung 49: Modulare Dienstleistungsstruktur

Eine modulare Dienstleistungsstruktur kann dabei vielen der in Szenarioebene I beschriebenen Entwicklungen und Herausforderungen entsprechen: Die zunehmende Rolle des Patienten als Co-Therapeut in seinem eigenen Behandlungsprozess macht es sinnvoll, dem Patienten eine Wahlmöglichkeit hinsichtlich begleitender Dienstleistungen anzubieten, da Patienten im Gegensatz zu den sie behandelnden medizinischen Fachkräften häufig ein deutliches Gewicht nicht allein auf den medizinischen Inhalt, sondern zusätzlich auch auf persönliche Umstände ihres Behandlungsprozesses legen (siehe Kapitel 6.2.3).

Dienstleistung in diesem Sinne bedeutet dabei nicht nur ein alleiniges Angebot von vorab definierten Leistungsinhalten, sondern auch, dass eine gewisse Flexibilität hinsichtlich der Zeiten, in denen diese Leistungen dem Patienten angeboten werden, ebenfalls Teil der Dienstleistungsangebote ist. Servicezeiten werden sich daher vermehrt an die Lebensrealitäten und Erwartungen des Patienten anpassen (siehe Kapitel 6.2.3). Da die Lebensumstände von Patienten nicht einheitlich sind, sondern eine große Vielfalt aufweisen, wird das Krankenhaus dieser Vielfalt in geeigneter Weise Rechnung tragen. Flexibilität ist somit selbstverständlicher Teil einer progressiven Dienstleistungspolitik im Krankenhaus der Zukunft.



Im Rahmen der allgemein steigenden Dienstleistungserwartungen an das Krankenhaus kann eine modulare Struktur auch spezifische Angebote beinhalten, die Entwicklungen wie die steigende Morbidität pflegender Familienangehöriger (z.B. integrierte Familienleistungspakete) oder durch den Wandel des Freizeitverhaltens bedingte Erwartungen (z.B. "sensorische" Dienstleistungspakete) erfolgreich bedienen können (siehe Kapitel 6.2.2).

Darüber hinaus wird ein Verschwimmen der Grenzen zwischen medizin- und lifestyle-induzierten Krankenhausleistungen (siehe Kapitel 6.2.5) es notwendig machen, entsprechende und beide Indikationsfelder umfassende Angebote als zusätzliche Dienstleistung zu schaffen. Gerade bei den lifestyle-induzierten Krankenhausdienstleistungen (z.B. kosmetische Chirurgie, Diagnostikurlaube) wird der Anteil der nicht-medizinischen Komponenten eine deutlich höhere Bedeutung haben als bei den vornehmlich medizinisch induzierten Krankenhausleistungen.

Letztendlich wird auch der wahrscheinliche Rückgang staatlicher Investitionsleistungen im Krankenhaussektor (siehe Kapitel 6.5.1) und die Notwendigkeit der Finanzierung einer "Mensch"-bezogenen Krankenhausarchitektur (siehe Kapitel 6.6.1) das Angebot zusätzlicher Dienstleistungen unter dem Gesichtspunkt neuer Einnahmequellen attraktiv werden lassen. Neben der demographisch bedingten Alterung unserer Gesellschaft kann die sich entwickelnde Dienstleistungsgesellschaft daher zu einem der entscheidenden beschäftigungswirksamen Motoren im Gesundheitswesen werden.



7.3.2 Personenbezogene Dienstleistungsstruktur

Krankenhausedienstleistungen sind auch schon in heutigen Krankenhausorganisationen im Wesentlichen personenbezogene Dienstleistungen. Dem "Uno actu"-Prinzip folgend können sie weder bevorratet noch im Nachhinein geändert werden. Eine einmal unzureichend erbrachte Dienstleistung bleibt auch weiterhin unzureichend; nachträglich eingeschobene Maßnahmen können bestenfalls die schlimmsten Auswirkungen einer fehlerhaft erbrachten Dienstleistung auffangen, ein einmal verlorenes Vertrauen des Patienten können sie aber in aller Regel nicht wieder zurückgewinnen. Der Dienstleistungssektor im Gesundheitswesen ist damit durchaus auch ein risikobehaftetes Feld für Krankenhausträger, da unzureichende Leistungen nicht nur forensisch bedeutsam sein können, sondern weil sie vor allem kaum mehr korrigierbar sind und über die den Krankenhäusern entgegengebrachte große öffentliche Aufmerksamkeit häufig auch ein sofortiges Medienecho zur Folge haben.

Als unzureichende Dienstleistungen im Krankenhaus sind dabei aber nicht allein qualitativ unzureichende medizinische und pflegerische Dienstleistungen zu werten. Eine Dienstleistung wird von vielen Patienten häufig auch dann als unzureichend empfunden, wenn sie zwar therapeutisch korrekt erbracht ist, die sie begleitende Kommunikation zwischen Patient und therapeutischem Team jedoch nicht erfolgreich verlaufen ist. Hierin zeigt sich eines der wichtigsten Merkmale einer personenbezogenen Dienstleistung im Krankenhaus, indem die erfolgreiche Kommunikation mit dem Patienten unabdingbarer Teil dieser Dienstleistung ist.

Ein wesentlicher Grund für die herausragende Bedeutung der Kommunikation in Gesundheitsdienstleistungen liegt vor allem in der Tatsache begründet, dass die Qualität medizinischer Dienstleistungen nicht in gleichem Maße wie beispielsweise Industrieprodukte allein über feste und messbare Indikatoren bestimmt und objektiv nachgewiesen werden kann, sondern dass sie auch über das Gespräch mit dem Dienstleistungsempfänger vermittelt werden muss. Auch im Zeitalter der Technologisierung und Standardisierung des Krankensektors wird die Dienstleistungserbringung im Krankenhaus eine sehr deutlich auf den Humanfaktor ausgerichtete Tätigkeit bleiben.

Diese Ausgangssituation stellt Krankenhausträger daher vor eine sehr große Herausforderung, da die intensive Kommunikation mit dem Patienten auch immer die Gefahr beinhaltet, dass hierfür umfangreiche Personalressourcen eingesetzt werden müssen. Dies wird jedoch angesichts des Rückgangs der erwerbstätigen Bevölkerung und des schrumpfenden Gesamtpersonalbestands schwieriger zu realisieren sein (siehe Kapitel 6.1 bis 6.3). Eine hohe Kommunikationsqualität wird daher zukünftig im Rahmen eines gestiegenen Dienstleistungsanspruchs von Krankenhäusern erwartet werden (siehe Kapitel 6.2.4).

Als ein die Situation verschärfendes Element kommt hinzu, dass die zunehmende Komplexität vieler Krankenhausedienstleistungen die Einbindung einer Vielzahl verschiedener Mitarbeiter in die Behandlungsprozesse notwendig machen wird. Eine heterogene Vielfalt beteiligter Therapeuten beinhaltet immer die Herausforderung, dass allein durch den notwendigen Prozess des Informationsaustauschs Reibungsverluste entstehen, die den Personalbedarf zusätzlich ansteigen lassen.



Behandlungsprozesse, die wegen ihrer einfachen Struktur durchgehend von einem Mitarbeiter durchgeführt werden, bieten dagegen den Vorteil, dass sie mit einem relativ geringen (Personal-)Aufwand geleistet werden können, da keine umfangreichen Koordinationsaufgaben anfallen. Dagegen steht der Patient bei komplexen Erkrankungen zunehmend in einem Behandlungsprozess, dessen Vielfalt und beteiligte Akteure er letztendlich immer weniger überblicken kann. Verschärft wird diese Situation zukünftig durch die Zunahme älterer Patientengruppen im Krankenhaus (Frequenz und Anteil, siehe Kapitel 6.1.1 und 6.1.2), für die eine hohe Behandlungskomplexität schwieriger zu bewältigen sein wird als für jüngere Patientengruppen.

Die beschriebenen Entwicklungen lassen die Notwendigkeit einer personenbezogenen Dienstleistungsstruktur für den Patienten erkennen, die ihm als Leitstruktur während seines Krankenhausaufenthalts die Bedrohlichkeit komplexer Krankenhausstrukturen nehmen kann. Als Gegengewicht zu der notwendigen Ausweitung der Gesamtzahl aller am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiter wird sich deshalb die Bildung kleinerer Kernteams durchsetzen, welche die Patienten während des gesamten stationären Behandlungsprozesses begleiten und als primärer Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Der bereits beschriebene Patientenmanager wird dann in diesem Kernteam eine wichtige Schlüsselrolle einnehmen. Während er jedoch hauptsächlich im Bereich der Prozesskoordination tätig ist, umfasst das gesamte therapeutische Kernteam aber auch die medizinischen Therapeuten, die maßgeblich für die Leistungserbringung verantwortlich sind ("Leit-Therapeuten"). Hierunter fallen die unmittelbar mit dem Patienten agierenden Mitarbeiter, wie z.B. der behandelnde Arzt, die betreuende Spezialpflegekraft oder der den Patienten direkt betreuende Physiotherapeut. Diese stehen dem Patienten als identifizierbare und "menschliche" Ansprechpartner zur Verfügung - das Krankenhaus behält damit sein humanes Gesicht für den Patienten und verliert sich nicht in der Vielfalt seiner Mitarbeiter.

Die für den Patienten wesentliche Kommunikation wird über dieses Kernteam gebündelt und vermittelt. Die erfolgreiche Kommunikation mit den Patienten gehört dann zu den wichtigsten Aufgaben eines solchen Kernteams, indem es die entscheidenden Informationsinhalte bündelt und in geeigneter Form dem Patienten vermittelt. Dies wird vor allem sicherstellen, dass

- (1) sämtliche Informationen, die für den Patienten wesentlich sind, dem Patienten und seiner spezifischen Lebenssituation (Alter, Erkrankung, Bildungsstand, etc.) angepasst vermittelt werden und
- (2) die Kommunikation über die Mitarbeiter gebündelt wird, zu denen der Patient ein persönliches Vertrauensverhältnis aufbauen konnte.

Dies ist auch deshalb von hoher Bedeutung, da sich die allgemeine Verweildauer im Krankenhaus zumindest zu einem bestimmten Grad noch weiter reduzieren wird (siehe Kapitel 6.3.1). Damit wird nicht allein der therapeutische Prozess kompakter; gleichzeitig wird durch die verkürzte Verweildauer des Patienten im Krankenhaus auch der Aufbau eines natürlichen Vertrauensverhältnisses zu einem Therapeuten behindert, so dass auch dies für die Einrichtung koordinierter Strukturen der Patientenkommunikation im Krankenhaus der Zukunft spricht (vgl. Abbildung 50).

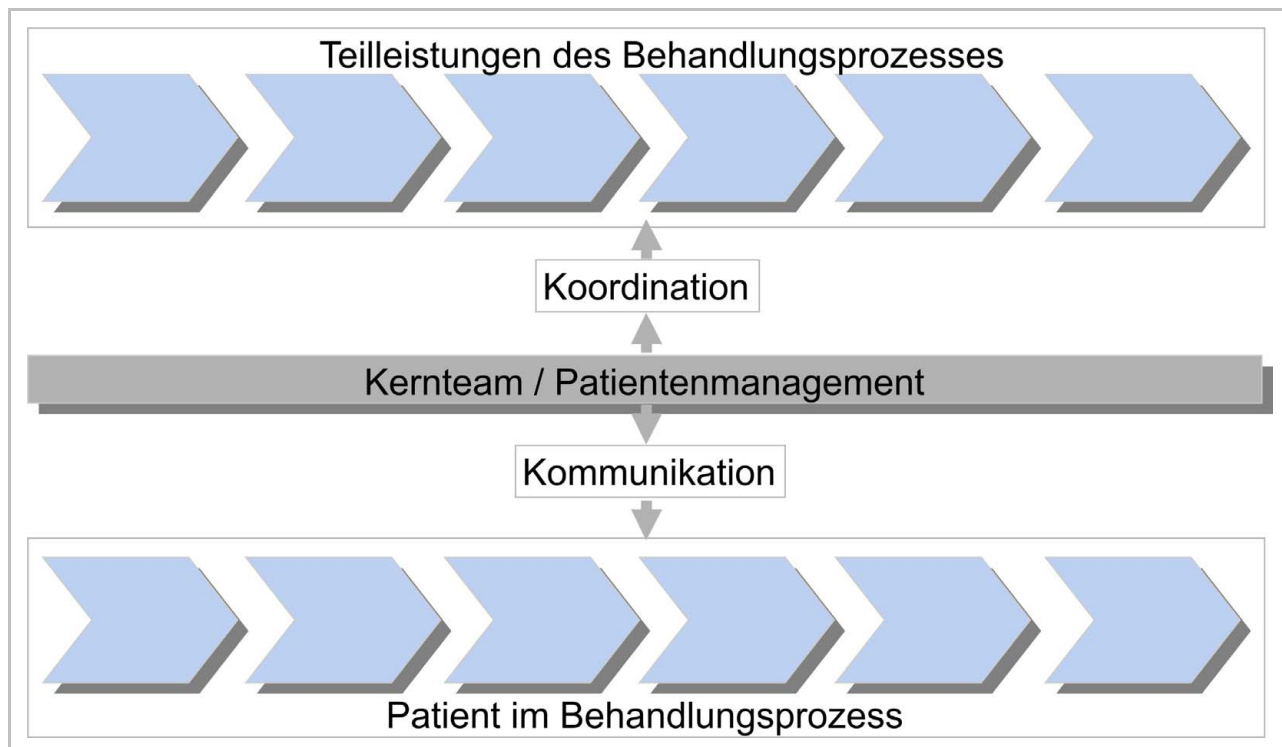


Abbildung 50: Patientenkoordination und Patientenkommunikation durch Kernteam

Für die Mitarbeiter im Krankenhaus bedeutet dies, ein hohes Maß einer durchgehenden Disziplin in der Kommunikation mit dem Patienten zu halten – Freiheiten eines nur am Rande des Behandlungsprozesses beteiligten Mitarbeiters in der Kommunikation mit den Patienten werden hierdurch bewusst zugunsten einer koordinierten Kommunikationsstrategie eingeschränkt. Kommunikationsstrukturen, die den Einsatz patientennaher Kernteams beinhalten, würden die Arbeit aller Berufsgruppen im Krankenhaus betreffen. Eine solche Struktur eröffnet insbesondere für eine sich weiter spezialisierende Pflege neue Möglichkeiten (siehe Kapitel 6.3.6 und 6.3.7). Neben der bereits beschriebenen Rolle in der Patientenkoordination als Teil des Kernteams, wird der Pflegedienst über seine zunehmend eigenständige Spezialisierung als Gesundheitsdienstleister dann auch wahrscheinlich eine bedeutendere Funktion innerhalb des Kernteams einnehmen.

Inwieweit die Struktur einer personenbezogenen Dienstleistung auch anderen Entwicklungen der Szenarioebene I entsprechen kann, ist zunächst noch unklar. Eventuell besteht ein günstiger Nebeneffekt in Bezug auf die Herausforderungen eines demographiebedingt zu erwartenden allgemeinen Personalmangels im Krankensektor (siehe Kapitel 6.1.5), da der besser informierte und sich in einem Vertrauensverhältnis mit seinem Therapeuten befindliche Patient in der Regel eine erhöhte Compliance aufweist und damit die effiziente Durchführung des Behandlungsprozesses unterstützt. Darüber eröffnet sich möglicherweise auch ein gewisses Effizienzpotenzial bezüglich des benötigten Personalressourceneinsatzes der Gesamtorganisation. Ein solcher Effekt kann jedoch zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht als schlüssig angenommen werden.



7.3.3 Dienstleistung für den alten Patienten und sein soziales Umfeld

Die Notwendigkeit personenbezogener Dienstleistungen, wie in Kapitel 7.3.2 beschrieben, konzentriert sich auf die Individualisierung des klinischen Behandlungsprozesses, da der Patient in seiner Rolle als Individuum vermehrt in den Mittelpunkt des klinischen Prozesses rückt. Diese Individualisierung wird sich aber nicht als Reduktion auf die einzelne Person ausdrücken; der Individualisierung gegenüber steht in diesem Zusammenhang die gesamtheitliche Betrachtung des Patienten einschließlich seines sozialen Umfelds.

Mehrere Gründe sprechen für die Entwicklung eines erweiterten Patientenbegriffs im Krankenhaus: Einer zunehmenden Verkleinerung der Familienverbände steht eine Verlängerung der altersgemeinschaftlichen Lebensphasen entgegen (siehe Kapitel 6.1.4). Die gleichzeitige Entkopplung der sozialen Bindungen zu nachfolgenden Generationen bedeutet, dass insbesondere bei älteren Patienten dem Partner eine bedeutendere, aber auch vermehrt belastete Rolle zugewiesen wird. Das soziale Netzwerk des Patienten dünnt zunehmend aus, Belastungen werden auf weniger Schultern verteilt. Eine Individualisierung der Dienstleistung für den Patienten ist also nicht gleichbedeutend mit einer "Reduktion" auf den einzelnen Patienten, sondern mit einer spezifischen Betrachtung des Patienten als Teil eines erweiterten, ihn unterstützenden sozialen Umfelds.

Aus diesen Gründen wird sich aller Voraussicht nach das Dienstleistungsspektrum dahingehend weiterentwickeln, dass Dienstleistungsmodule für Patienten die Integration des Partners einschließen, wenn dieser von der Erkrankung deutlich mit betroffen ist oder dies den Behandlungsprozess unterstützt. Ein solcher Integrationsprozess ist in zwei verschiedenen Formen denkbar:

- (1) "Organisationsintegration": Einbindung des sozialen Umfelds/Partners in alle organisatorischen Belange, die das Krankheitsbild des Patienten umfassen (z.B. Organisation Kinderbetreuung)
- (2) "Behandlungsintegration": Mit-Behandlung des Partners, da mit einer begleitenden Morbidität gerechnet werden muss (z.B. psychische Sekundärerkrankungen durch Primärerkrankung des Patienten, orthopädische Begleiterkrankung des Partners bei Pflege des Patienten, etc. (siehe Kapitel 6.2.2))

Hierbei ist davon auszugehen, dass sowohl die Dauer einer Erkrankung ("Chronizität") als auch das Alter des Patienten und des Partners einen wichtigen Einfluss auf die Notwendigkeit von Integrationsdienstleistungen haben (vgl. Abbildung 51). Während bei jüngeren Patienten mit einer kurzen Erkrankungsbzw. Behandlungsdauer eine Organisations- und Behandlungsintegration nur in begrenztem Maße relevant ist, so nimmt durch zunehmendes Alter des Patienten und/oder Chronizität der Erkrankung sehr schnell die Notwendigkeit zu einer umfassenden Einbindung des Familiennetzwerkes zu.

In heutigen Krankenhausstrukturen sind umfassende Dienstleistungspakete zur Organisations- und Behandlungsintegration nicht flächendeckender Teil des Leistungsbilds. Da aber durch die demographischen Entwicklungen das Lebensalter der Patienten sich weiter nach oben verschiebt (siehe Kapitel 6.1.1), wird der Druck auf Krankenhäuser zukünftig zunehmen, entsprechende Angebote an Patient und Familie zu machen.

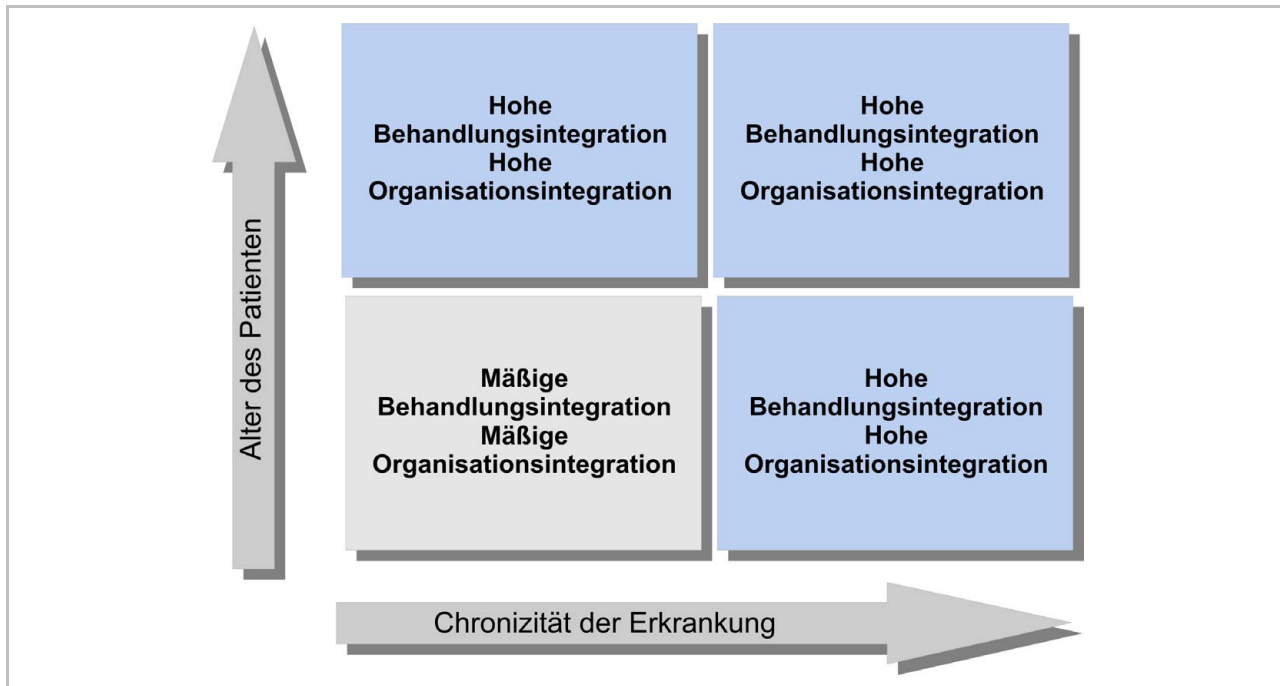


Abbildung 51: Notwendigkeit von Familienintegrationsmodellen in Abhängigkeit von Patientenalter und Chronizität der Erkrankung

Diese Aufgabe wird Krankenhäuser vor eine besondere Herausforderung stellen, da sich das Krankenhaus deutlich nach "außen" öffnen und insbesondere im Bereich der tertiären Prävention Dienstleistungen für größere Patientengruppen anbieten muss. Derartige Dienstleistungen können von Krankenhaus zu Krankenhaus verschieden sein, da dies in hohem Maße von dem individuellen Patientenspektrum abhängig ist. Konkrete Überlegungen können sein:

- (1) Einrichtung von geriatrischen Kurzzeit-/Low care-Stationen für die kurzzeitige Akutintervention
- (2) Intensivierung ambulanter Dienstleistungen im häuslichen Umfeld des Patienten
- (3) Entwicklung von Monitorsystemen zur Früherkennung von sekundären Erkrankungen bei pflegenden Angehörigen
- (4) Integration des Hausarztes in klinische Visiten und gemeinsame Modelle für das Patientenmanagement im häuslichen Bereich
- (5) Einrichtung eigener ambulanter Pflegedienste oder Integration eines einheitlichen Patientenmanagements mit externen häuslichen Krankenpflegediensten
- (6) Angebot des Trainings bei chronisch kranken Patienten auch als Familientraining



7.3.4 Präventionsdienstleistung

Eine Vielzahl von erwarteten Entwicklungen der Szenarioebene I sprechen für eine hohe Bedeutung von Präventionsdienstleistungen als Teil des Leistungsspektrums im Krankenhaus der Zukunft. Die durch die demographische Entwicklung bedingte steigende Anzahl von Krankenhauspatienten, die Zunahme von Patientenzahlen in den heute schon fallzahlstarken Diagnosegruppen, die wachsende Bedeutung des Patienten als Co-Therapeut im Behandlungsprozess sowie das zunehmende Interesse des Patienten selbst an Präventionsangeboten im Krankenhaus (siehe Kapitel 6.1.3) – alle diese Entwicklungen sprechen für einen deutlichen Nachfragedruck seitens der Patienten für ein adäquates Dienstleistungsangebot im Präventionsbereich. Eine zunehmende Eigenbeteiligungsbereitschaft von Patienten (siehe Kapitel 6.2.3) und ein "Wellness"-geprägtes Gesundheitsbewusstsein (siehe Kapitel 6.2.5) unterstützen diese Entwicklung.

Daneben gibt es aber noch zwei weitere wahrscheinliche Entwicklungstrends, die eine Nachfrage nach Präventionsdienstleistungen des Krankenhauses steigern werden: Zum einen entsteht durch die Verkleinerung unterstützender Familienverbände bei gleichzeitiger Zunahme der allgemeinen Lebenserwartung eine Situation, in der immer weniger häuslich Pflegende Pflegetätigkeiten für eine immer größere Anzahl Hochaltriger erbringen (siehe Kapitel 6.2.2). Dies gilt insbesondere auch für pflegende Ehepartner, da die Dauer der gemeinsamen Lebenszeit im Alter ansteigt (siehe Kapitel 6.1.4).

Versteht man nun Dienstleistungen des Krankenhauses nicht nur in einem streng auf den Patienten bezogenen Kontext, sondern erweitert diese auch um die Möglichkeit von integrierten Familiendienstleistungen, so endet die Betreuung durch den Gesundheitsdienstleister nicht beim Primärpatienten, sondern umfasst ebenso auch die Gruppe der häuslich pflegenden Familienangehörigen (siehe Kapitel 7.3.3). Diese wiederum sind nicht zuletzt auch durch ihre Pflegetätigkeit einer erhöhten Morbiditätsgefahr ausgesetzt (siehe Kapitel 6.2.2). Da ein langfristiger Präventionsansatz in sehr hohem Maße auch vom Gesamtgesundheitsverhalten des Familienverbands abhängig ist, wird es sinnvoll sein, Präventionsmaßnahmen für den pflegenden Familienverband in das Dienstleistungsangebot des Krankenhauses zu integrieren.

Andererseits wird auch eine Verschärfung der Qualitätsstandards von Gesundheitsdienstleistern in Deutschland (siehe Kapitel 6.5.2) die Aufnahme von Präventionsdienstleistungen in das eigene Leistungsportfolio erzwingen. Prävention ist ein politisch gewolltes und von den Kostenträgern nachhaltig unterstütztes Feld, das nicht zuletzt auch eine positive Auswirkung auf die Eingrenzung der Gesamtgesundheitsausgaben haben soll. Von daher ist anzunehmen, dass die Qualitätsbeurteilung von Krankenhäusern immer mehr von der Frage geprägt sein wird, inwieweit auch Aufgaben der Präventionsmedizin in die Dienstleistungsstruktur eines Krankenhauses integriert sind. Ohne einen ausreichenden Nachweis dieser Integration ist zukünftig durchaus mit direkten oder indirekten Sanktionen seitens der Politik und der Kostenträger zu rechnen.

Krankenhausträger werden also zukünftig nicht ohne das Angebot von Präventionsdienstleistungen am Markt bestehen können. Maßnahmen der tertiären Prävention sind bereits heute vergleichsweise gut in das Leistungsportfolio integriert; dagegen bestehen bei der primären und teilweise auch bei der sekundären Prävention noch größere Entwicklungschancen.



Diese Felder sind bisher in weiten Teilen hauptsächlich eine Domäne der niedergelassenen Gesundheitsdienstleister gewesen – möglicherweise weil eine hohe Erlöswirksamkeit für das Krankenhaus in diesen Bereichen nicht gesehen wurde. Zudem waren bislang die Zugangsmöglichkeiten des Krankenhauses zum primären und sekundären Präventionsbereich nur sehr eingeschränkt vorhanden, weil derartige Präventionsdienstleistungen in der Regel vor dem Erstkontakt mit dem Krankenhaus begonnen werden (z.B. im Tätigkeitsbereich der niedergelassenen Ärzte).

An dieser Ausgangssituation wird sich vermutlich einiges ändern, da es über die zunehmende Verzahnung zwischen krankenhausexternen und -internen Bereichen zu einer direkteren Beteiligung der Krankenhäuser im ambulanten und vorstationären Sektor kommt, in dem hauptsächlich Leistungen der primären und sekundären Prävention nachgefragt werden.

Das grundsätzliche Verständnis der Krankenhäuser zum Thema "Präventionsmedizin" im Rahmen ihrer Dienstleistungsstruktur wird sich dementsprechend wandeln. Während bislang der Fokus auf der Durchführung stationärer Krankenhausdienstleistungen lag, so wird es in Zukunft notwendig sein, dass das Krankenhaus sich angesichts sektorenübergreifender Behandlungsmodelle und Strategien zur Patientenbindung vermehrt als Partner des Patienten über längere Lebensabschnitte versteht.

Fokus der Dienstleistung wird in diesem Fall nicht mehr die kurzzeitige stationäre Betreuung des Patienten allein sein, sondern auch seine Begleitung während Phasen der Gesundheit. Vor allem in diesen Phasen können Krankenhäuser Dienstleistungen der Prävention erbringen und somit ein durchgehendes Betreuungsverhältnis zum Patienten und seiner Familie aufbauen (vgl. Abbildung 52).

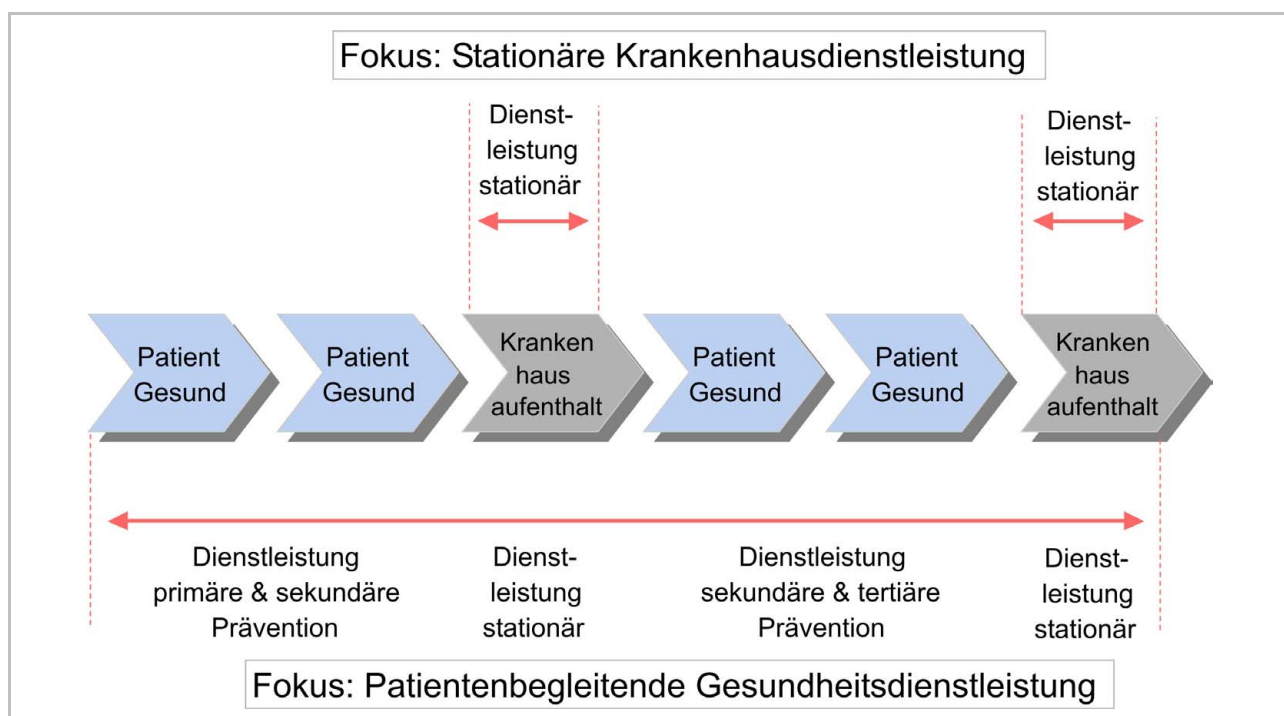


Abbildung 52: Vergleich des Leistungsspektrums - Stationäre Krankenhausdienstleistung versus patientenbegleitende Dienstleistung



Der "Krankenhaus"-Dienstleister, der einen Patienten während seines Krankheitsfalls begleitet (Fokus: stationäre Krankenhausdienstleistung), wandelt sich zum "Gesundheits"-Dienstleister (Fokus: patientenbegleitende Gesundheitsdienstleistung), der einem Kunden über längere Abschnitte des Lebens beiseite steht.

Zwingende Voraussetzung für einen Wandel des Dienstleistungscharakters ist aber der schon beschriebene Wandel in der Aufbau- und Behandlungsstruktur des Krankenhauses. Er erfordert vor allem die engere Verzahnung mit und das Engagement im ambulanten Sektor, um überhaupt eine Plattform im präventionsrelevanten Bereich zu haben. Noch bedeutender ist dabei die Hinwendung zu Themen der Präventionsmedizin durch das Krankenhaus und seine Mitarbeiter.



7.4 Personal

Das Krankenhaus ist zu einer technisch hochgerüsteten Institution geworden. Technologie und Gesundheitswesen sind mittlerweile so eng miteinander verzahnt, dass es durchaus denkbar ist, dass seine Einrichtungen zukünftig vom reinen Empfänger technischer Innovationen zu einer Quelle für technologische Weiterentwicklungen werden können, die auch außerhalb des Gesundheitssektors zum Einsatz kommen. Die Rolle der Technologie für die Entwicklung des Krankenhauses steht daher häufig im Vordergrund.

Doch dieses Bild verzerrt die Wirklichkeit, da die enge Symbiose zwischen Gesundheit und Technik allein nicht die tragende Säule des Krankenhauses beschreibt; vielmehr werden Krankenhäuser auch in Zukunft sehr deutlich durch ihre vorhandenen Personalressourcen geprägt sein. Dies liegt vor allem auch daran, dass im Gesundheitswesen erbrachte Dienstleistungen zwar in hohem Maße durch Technologie unterstützt, aber nicht durch diese ersetzt werden können; das unterscheidet Gesundheitsdienstleistungen von anderen öffentlichen Dienstleistungen. So ist es heute für uns selbstverständlich, dass Fahrplanauskunft oder Fahrkartenkauf bei Bahn- und Luftverkehr mittels Automaten oder Internet weitestgehend ohne eine direkte personenbezogene Dienstleistung erfolgen. Die personenbezogene Dienstleistung ist hier nicht mehr die Regel, sondern zur Ausnahme geworden.

Für das Gesundheitswesen sind derartige Formen der Dienstleistung weniger wahrscheinlich, da Krankenhäuser Leistungen erbringen, die viel tiefgreifender unsere Lebensumstände beeinflussen. Für Dienstleistungen im Gesundheitswesen werden daher nicht die gleichen Regeln gelten können wie in anderen Dienstleistungsbereichen. Während in einigen Dienstleistungssektoren die personenbezogene Dienstleistung durchaus ihre Rolle verloren hat, gelten für weite Teile des Gesundheitssystems umgekehrte Vorzeichen: In ihnen gewinnt die Ressource "Personal" zunehmend an Bedeutung.

Im Hinblick auf die grundlegende Personalpolitik einer zukünftigen Krankenhausorganisation stehen vor allem zwei Aspekte im Vordergrund: Zum einen die zunehmende Umgestaltung des Krankenhauses, welche sich um den klinischen Prozess gruppiert, sowie zum anderen die Verknappung der Ressource "Personal". Die sich aus diesen Entwicklungen ableitbaren Folgen für die interne Organisationsstruktur behandelt Kapitel 7.4.1.

Eine weitere wahrscheinliche Folge wird die Neuordnung der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen im Krankenhaus sein; dies wird auch die Tätigkeitsbeschreibungen innerhalb der einzelnen Berufsgruppen verändern. Die daraus resultierende Notwendigkeit zur Horizontalisierung der Zusammenarbeit wird in Kapitel 7.4.2 thematisiert.

Fragen der internen Organisationsstruktur sind keine "innerbetriebliche" Angelegenheit des Krankenhauses. Wie andere Strukturen im Hause, so muss auch die Personalorganisation für den Patienten erkennbar sein. Das Thema "Transparenz von Personal- und Organisationsstrukturen" wird in Kapitel 7.4.3 aufgegriffen.

Unter den Vorzeichen eines gravierender werdenden Personalmangels werden Krankenhäuser bestrebt sein, ihre Mitarbeiter über möglichst lange Zeiträume an ihr Haus zu binden. Um dies zu erreichen, werden sie zunehmend Perspektiven bieten müssen, die das bisherige Beschäftigungsverhältnis durch ein Entwicklungsverhältnis ersetzen (Kapitel 7.4.4).



7.4.1 Hierarchien zur Eigenständigkeit

Personalstrukturen im Krankenhaus sind in engem Zusammenhang mit den Dienstleistungserwartungen der Patienten zu sehen. Zwar steigt die Bereitschaft von Patienten, sich an Dienstleistungen im Krankenhaus zu beteiligen, dies geht aber auch mit einer erhöhten Erwartungshaltung an Struktur, Inhalt und Qualität dieser Dienstleistungen sowie mit Erwartungen an eine Professionalisierung der Patientenkommunikation einher (siehe Kapitel 6.2.4). Zur Dienstleistung gehört auch, dass die Personalstrukturen des Krankenhauses optimal auf ihre Erbringung ausgerichtet sind; dies ist in der Regel jedoch nicht der Fall.

Traditionelle Hierarchien im Krankenhaus sind in erster Linie auf die Aufrechterhaltung der Organisationsstruktur ausgerichtet und nicht nach den Bedürfnissen einer patientenorientierten Prozesskette. Dies ist auch verständlich, da die prozessorientierte Betrachtungsweise zwar einen hohen Stellenwert im Krankenhaus der Zukunft haben wird, die zugrunde liegenden Organisationsstrukturen jedoch schon eine weit ältere Historie aufweisen.

Mit einigen Einschränkungen kann für das deutsche Gesundheitssystem gesagt werden, dass die Aufbauorganisation im modernen Krankenhaus sehr deutlich durch den ärztlichen Dienst geprägt ist, da dieser in einer naturwissenschaftlich ausgerichteten Krankenhauskultur über eine gewisse Vormachtstellung gegenüber allen anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen verfügt.

Hierarchien sind dabei in der klassischen Krankenhausorganisation in erster Linie mit Weisungsbefugnis und Richtlinienkompetenz verbunden. Für den ärztlichen Dienst ist vor allem im universitären Bereich die ursprünglich rein akademische Qualifikation (in der Regel die Habilitation) als Voraussetzung für leitende Positionen im klinischen Bereich gewertet worden.

Abgesehen von diesen akademischen Qualifikationen gab es neben der Ausbildung zum Facharzt lange Zeit keine anderen formalisierten klinischen Qualifikationen, die den jungen Facharzt vom älteren und erfahrenen Chefarzt unterschieden haben. Lediglich die Zeiten der Berufsjahre und die individuelle Erfahrung stellte ein informelles Unterscheidungsmerkmal dar; weitere normierte Qualifikationen zur Erlangung einer leitenden ärztlichen Position bestanden dagegen lange Zeit nicht.

Ähnliches kann auch für den Pflegedienst im Krankenhaus gesagt werden, jedoch setzte in diesem Bereich etwas früher ein Trend ein, über formalisierte postgraduierte Qualifikationen (z.B. Pflegemanagement) die Voraussetzung für Leitungspositionen im Krankenhaus zu erlangen.

Welche Entwicklungen sind nun für das Krankenhaus der Zukunft zu erwarten? Es ist anzunehmen, dass der bereits eingesetzte Wandel zu einer stärkeren Gewichtung von Postgraduierten-Abschlüssen in Management, Ökonomie und Personalorganisation zu einer Voraussetzung der Erlangung von Leitungspositionen im Krankenhaus wird.



Im ärztlichen Dienst hat schon heute neben der Habilitation eine MBA-Qualifikation Bedeutung in der Ausschreibung neuer Chefarztstellen erlangt. Auch im Pflegedienst sind entsprechende Qualifikationen zu einer Standardvoraussetzung im Besetzungsverfahren geworden.

Dies kann als ein Zeichen gewertet werden, dass in vielen Häusern (gegebenenfalls mit Ausnahme der Universitätskrankenhäuser) ein Wandel hinsichtlich der Leitungsaufgabe des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes angestrebt wird, bei dem die akademische Tätigkeit zugunsten einer vermehrt organisatorischen Leitungsfunktion an Bedeutung verliert.

Die Personal- und Organisationsstrukturen im Krankenhaus der Zukunft werden vor allem auch neue Wege der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen unterstützen. Die weitere Spezialisierung und Erweiterungen der Aufgabenbereiche für Gesundheitsberufe, wie beispielsweise der Pflege oder auch medizinisch-technischer Berufsgruppen, wird den hauptsächlich durch den ärztlichen Dienst geprägten Organisationscharakter des Krankenhauses auf eine breitere, von verschiedenen Gesundheitsberufen geprägte Basis stellen.

Dabei zeigt insbesondere der Blick auf die gewachsenen Personal- und Organisationsstrukturen im Krankenhaus, in welcher Weise sich Krankenhausorganisationen auch in der Vergangenheit immer wieder an die Anforderungen ihres Umfelds angepasst haben:

Die straffe Organisation der komplexen Tätigkeitsfelder des Krankenhauses war über lange Zeit die vorherrschende Daseinsstrategie im Krankenhaus, prozessbasierte und interdisziplinäre Überlegungen standen noch nicht wie heute im Zentrum der Diskussion. Während heute der wissenschaftliche und klinische Erfahrungsaustausch durch eine Vielzahl von elektronischen und Printmedien über Landesgrenzen hinweg und in Echtzeit gewährleistet ist, bestanden diese Möglichkeiten zum Zeitpunkt der Entstehung der ärztlich geprägten Hierarchieebenen kaum.

In Zeiten eines deutlich langsameren Wissenstransfers zwischen medizinischen Leistungserbringern waren Krankenhäuser erkenntnisisolierter und daher gezwungen, eigenständigere und "hierarchischere" Entscheidungsstrukturen vorzuhalten als dies heute der Fall ist. Strukturen, die auf den Organisationserhalt und nicht auf die ständige Überprüfung ihrer Leistungen ausgerichtet sind, waren daher zu diesen Zeiten sinnvoll und notwendig. Die maßgebliche Prägung der Organisationsstrukturen im Krankenhaus und die hohe Bedeutung der wissenschaftlichen Qualifikationen des leitenden Führungspersonals in früheren Krankenhausorganisationen werden vor ihrem historischen Hintergrund damit verständlich.

Im Zentrum der Diskussion bezüglich notwendiger neuer Hierarchieformen im Krankenhaus der Zukunft sollte daher vor allem die Frage stehen, inwieweit sich die Anforderungen an diese Strukturen geändert haben. Aus den oben genannten Ausführungen ergeben sich dabei einige mögliche Ansätze zu einer Strukturveränderung, die zukünftige Hierarchieformen von den heutigen unterscheiden werden (vgl. Abbildung 53).

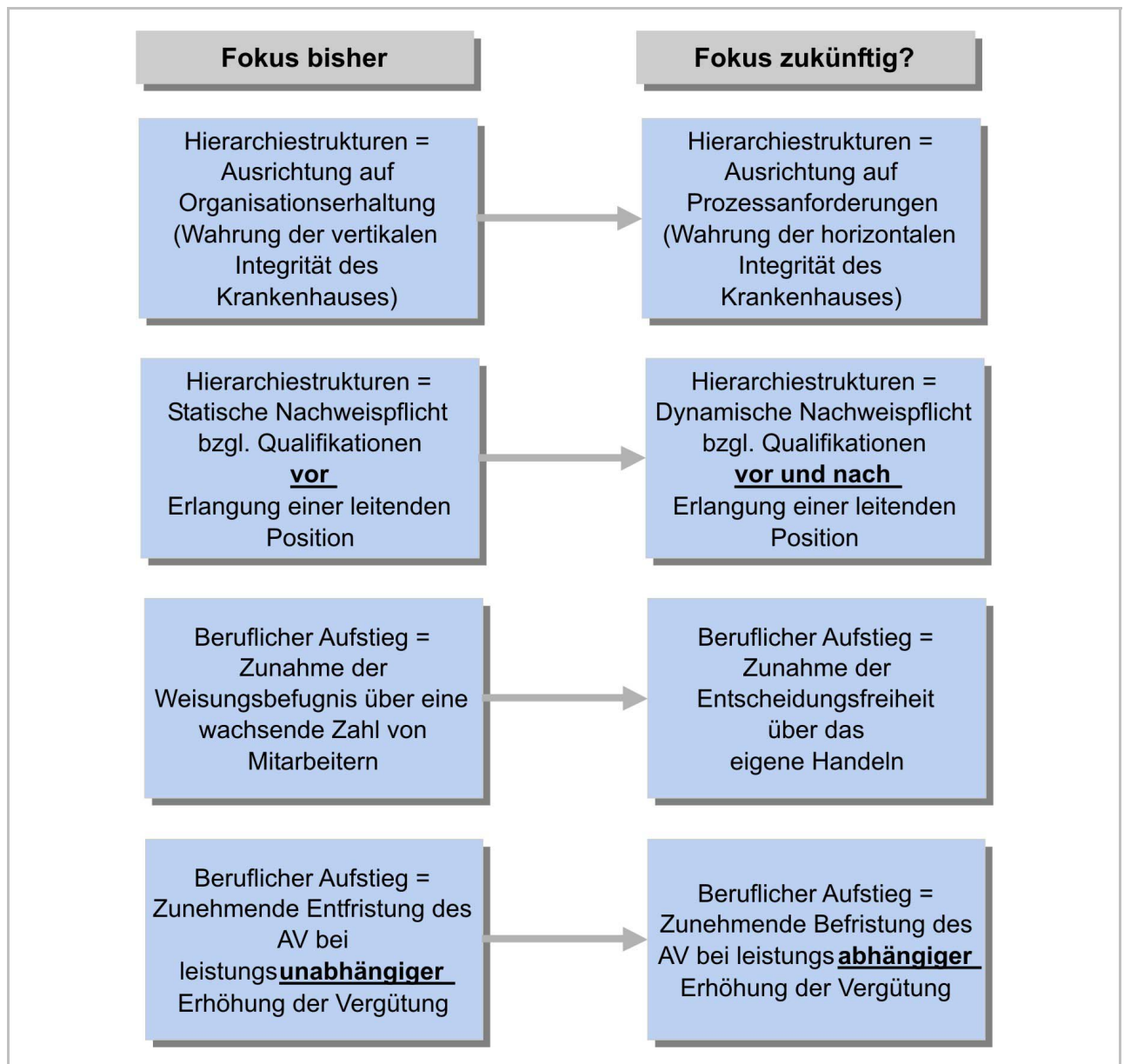


Abbildung 53: Zukünftig erwartete Verlagerung der Schwerpunkte in der Organisationsstruktur des Krankenhauses

Folgende Schwerpunktverlagerungen sind demnach zu erwarten:

- (1) Die bisherige Fokussierung der Organisationsstruktur im Sinne einer bewahrenden vertikalen Ausrichtung wird sich im Zuge einer verstärkten Ausrichtung auf Prozesse eher horizontal gestalten. Praktisch bedeutet dies, dass Leitungsfunktionen vermehrt dem Personenkreis übertragen werden, der die gesamten Patientenprozesse von Aufnahme bis Entlassung koordinieren kann. In der bisherigen Hierarchietradition findet sich eine fast gegenteilige Ausrichtung: Je höher eine Person in einer solchen Hierarchie steht, umso spezialisierter und prozessferner ist ihr Aufgabenfeld.



- (2) Eine effektive Nachweispflicht der Leitungsfunktion bezüglich Qualität, Führungsbefähigung und Wirtschaftlichkeit besteht nach Erlangung einer Position häufig nur noch bedingt. Dies gilt vor allem für den Nachweis der eigenen Fort- und Weiterbildung auf allen Gebieten, welche für die jeweilige Führungsposition relevant sind. Die Anforderungen an die eigene Weiterbildung bis zur Erlangung einer Führungsposition sind dagegen oftmals viel höher gesetzt.

Ziel im Krankenhaus der Zukunft wird es sein, die Nachweispflicht zu dynamisieren und zu einem festen Bestandteil der Organisationsstruktur zu machen. Die bisherige Struktur einer abnehmenden Nachweispflicht in der Leistungserbringung im Rahmen des Karrierefortschritts wird dabei durch Strukturen ersetzt werden, die einen zunehmenden Karriereaufstieg auch mit einer ebenso zunehmenden Nachweispflicht verbinden.

- (3) Entscheidende Bedeutung hat ebenso die Frage, mit welcher Art von Verantwortungsumfang der Aufstieg in der internen Hierarchie verbunden ist. Bisher ist die Erlangung einer höheren Position mit einer umfangreicheren Weisungsbefugnis über eine steigende Zahl an unterstellten Mitarbeitern verbunden. Dabei reduziert sich aber häufig auch die Freiheit, über die eigenen Zeitressourcen zu verfügen, da Leitungspositionen in der Regel mit einer Reihe von Organisationsverpflichtungen behaftet sind.

Für Krankenhausorganisationen kann dies zu sehr nachteiligen Auswirkungen führen: Der aufgrund seiner fachlichen Eignung in bestimmten Tätigkeitsfeldern beförderte Mitarbeiter kann gerade diese Tätigkeiten nicht mehr effektiv ausfüllen und weiterentwickeln, da er in die Bearbeitung umfangreicher Organisationsaufgaben eingebunden ist. Gerade im medizinischen Bereich ist dieser Effekt häufig bei leitenden Oberärzten und Chefärzten festzustellen, die ihre eigentliche Grundkompetenz (Medizin) wegen wachsender Sekundärverpflichtungen (Administration und Managementaufgaben) immer weniger ausüben können. Aus Sicht des Krankenhauses kommt dies quasi einer Selbstbeschneidung seiner medizinischen Leistungsträger gleich.

Das Krankenhaus der Zukunft wird daher ein besonderes Augenmerk darauf legen, dass Mitarbeiter in Führungspositionen die Möglichkeit erhalten, über die berufliche Zeitverwendung selbstbestimmend zu entscheiden. Eine solche Organisationsstruktur bietet für den Krankenhausträger gleich zwei Vorteile: Zum einen wird dadurch gewährleistet, dass Mitarbeiter - auch wenn sie sich in höheren Hierarchiepositionen befinden - auch dort wirken können, wo sie für das Krankenhaus den größten Nutzen darstellen. Dies unterstützt ebenso die fachliche Innovationskraft der leitenden Mitarbeiter, die für die Weiterentwicklung des Krankenhauses von hoher Bedeutung ist. Zum anderen wirkt eine Struktur der zunehmenden "Befreiung" in Folge des Karriereaufstiegs motivationsfördernd für Mitarbeiter aller Hierarchieebenen des Krankenhauses.

- (4) Eine zunehmende Entfristung von Arbeitsverträgen bei fortschreitendem Karriereaufstieg allein kann keine hohe Motivationslage unter den betroffenen Mitarbeiter schaffen. Für Mitarbeiter, die sowohl über den Willen als auch die Fähigkeiten verfügen, überdurchschnittliche Leistungen für ihren Arbeitgeber zu erbringen, stehen Freiheit in der Gestaltung der Arbeit, leistungsgerechte Vergütung und Übertragung von Organisationsverantwortung häufig weit mehr im Mittelpunkt als eine langfristige vertragliche Sicherung des Arbeitsplatzes.



Hinzu kommt, dass - ähnlich wie in der Industrie - die Gewinnung hervorragender Mitarbeiter für Leitungspositionen im Krankenhaus zukünftig vermehrt das Angebot einer leistungsangepassten und damit übertariflichen Bezahlung voraussetzt. Kein Krankenhausträger wird sich jedoch in Zeiten großer wirtschaftlicher Zwänge im Gesundheitswesen auf eine übertarifliche Leistungshonorierung ohne gleichzeitige Befristung der Vertragslaufzeiten einlassen können. Es ist daher davon auszugehen, dass im Krankenhaus der Zukunft befristete Vertragsformen für Führungspersonlichkeiten bei gleichzeitiger Einbindung außertariflicher Formen der Leistungshonorierung zum Standard werden.



7.4.2 Horizontale Teamkultur im Krankenhaus

Organisationsstrukturen sind für die Leitungsebenen aller Gesundheitsberufe im Krankenhaus von hoher Bedeutung und werden die Formen berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit zukünftig entscheidend prägen. Im Bereich der Pflege wird ein inhaltlicher Wandel des Berufsbilds zu erwarten sein, in dem der Pflegedienst zunehmend als Gesundheitsberuf mit eigenständigem Leistungs- und Kompetenzspektrum aufgefasst werden wird (siehe Kapitel 6.3.6 und 6.3.7). Ähnliches gilt aller Wahrscheinlichkeit nach für die funktionellen Berufsgruppen im Krankenhaus (MTA, MTRA, MTLA, Physiotherapie, Funktionspflege, etc.).

Diese Entwicklung bedeutet mit hoher Wahrscheinlichkeit auch, dass es zu einer eigenständigeren Rolle des Pflegedienstes innerhalb der Organisationsstrukturen des Krankenhauses kommen wird. Allein auf Basis dieser Veränderung wird sich das Zusammenspiel der Kräfte im Zusammenleben der Berufsgruppen neu ordnen müssen. Daneben wandelt sich die strukturelle Ausrichtung des Krankenhauses insoweit, als dass der Behandlungsprozess im Mittelpunkt des Geschehens steht und sämtliche Teilstrukturen sich an diesem ausrichten; auch dies wird die interprofessionelle Zusammenarbeit nachhaltig verändern

Diese Veränderungen können darin bestehen, dass sich die innere Grundstruktur der Zusammenarbeit in Richtung einer berufsgruppenübergreifenden Teamkultur entwickelt, die eine verstärkt horizontale Ausrichtung aufweist. Die zu treffenden Behandlungsentscheidungen werden sich dabei vermehrt dezentralisieren, d.h. auf diejenige Mitarbeitergruppe verlagern, die für die Steuerung des Behandlungsprozesses letztendlich die operative Verantwortung trägt.

Die Notwendigkeit, eigenständig agierende Behandlungsteams zu fördern, die berufsgruppenübergreifende Fachinformationen schnell und konsequent in den Behandlungsprozess umsetzen können, wird nicht zuletzt auch durch den Druck auf die Verweildauerzeiten gefördert (siehe Kapitel 6.3.1). Die therapeutische Effizienz, die eine konkurrenzfähige Verweildauerstruktur voraussetzt, ist dabei nicht mehr länger über eine zentral gesteuerte, berufsgruppenseparierende Organisationsstruktur zu gewährleisten.

Der Pflegedienst wird unzweifelhaft von diesen Entwicklungen profitieren, da seine Bedeutung und Entscheidungsbeteiligung im gesamten Behandlungsprozess steigt. Doch insbesondere der ärztliche Dienst wird auf neue Formen berufsgruppenübergreifender Teamkulturen angewiesen sein, da auch er neue Herausforderungen zu bewältigen hat. Hierzu gehören:

- (1) Der Rückgang der erwerbstätigen Bevölkerung wird spätestens ab der vierten Dekade spürbar werden (siehe Kapitel 6.1.5). Früher und deutlicher wird sich dieser Effekt bei der Gruppe der jüngeren Berufsanfänger bemerkbar machen und den Nachwuchsmangel für den ärztlichen Dienst verschärfen.
- (2) Dem steigenden Facharztbedarf wird eine geringere Anzahl von ausgebildeten Fachärzten gegenüberstehen - ein latenter Facharztmangel in Deutschland wird die Folge sein (siehe Kapitel 6.3.2).
- (3) Alle Personalgruppen betrifft der Alterungsprozess in der Personalstruktur deutscher Krankenhäuser, der in seinen gravierenden Auswirkungen nicht unterschätzt werden darf: Ältere Mitarbeiter werden sich bei eigener langjähriger Berufserfahrung immer weniger strikten Organisationsstrukturen unterwerfen wollen, sondern eigene Kompetenzbereiche einfordern (siehe Kapitel 6.1.5)



Unter diesen Vorzeichen wird es für das deutsche Gesundheitswesen wichtig sein, die in Szenarioebene I beschriebenen möglichen Rückwanderungstendenzen im Ausland tätiger Ärzte zu unterstützen (siehe Kapitel 6.3.3), um den bevorstehenden Facharztmangel wenigstens teilweise kompensieren zu können. Dies allein über eine bessere monetäre Honorierung erreichen zu wollen, kann bei der angespannten wirtschaftlichen Lage der deutschen Krankenhäuser als ausgeschlossen angesehen werden. Daher wird die notwendige Attraktivitätssteigerung deutscher Krankenhausarbeitsplätze nur gelingen können, wenn für diese Ärzte Strukturen mit eigenständigem Verantwortungsprofil geschaffen werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Neuordnung der bestehenden Organisationsstrukturen in deutschen Krankenhäusern gerade auch für den ärztlichen Dienst eine wichtige und wahrscheinliche Entwicklungstendenz.

Ungeachtet dessen ist zu bezweifeln, dass die Rückwanderung deutscher Ärzte aus dem Ausland mehr als nur eine Linderung des Symptoms "Facharztmangel" sein kann, da zumindest die Anzahl derzeit im Ausland tätiger Ärzte im Vergleich zur Gesamtzahl der in Deutschland beschäftigten Ärzte nicht allzu hoch ist. Daher wird es notwendig sein, die kostbarer werdende Ressource "Arzt" sinnvoll und effizient im Krankenhausbetrieb einzusetzen.

Horizontale Teamstrukturen werden den Arzt hierbei von nicht-medizinischen und Tätigkeiten mit geringeren medizinischen Qualifikationsanforderungen entlasten, indem Teile des Patientenmanagements und der therapeutischen Tätigkeiten von anderen Berufsgruppen übernommen werden. Für den Krankenhausträger wird wiederum wichtig sein, dass die Behandlungsprozesse in seinem Haus mit einem höheren Grad berufsgruppenübergreifender Redundanz ausgestattet sind, da medizinische Teilprozesse auch von anderen Berufsgruppen übernommen werden können. Dies ist ein Sicherungsfaktor in der hausinternen Behandlungskette.

Neben den Formen berufsübergreifenden Arbeitens im Krankenhaus der Zukunft wird sich auch das Geschlechterverhältnis innerhalb des ärztlichen Dienstes ändern, das zukünftig zu einem überwiegenden Teil aus weiblichen Mitarbeitern bestehen wird (siehe Kapitel 6.3.4). Die Aufgabe, eine berufliche Karriere mit Zeiten der Kinderbetreuung sinnvoll kombinieren zu können, wird auch in Zukunft eine große individuelle Herausforderung für Ärztinnen und ihre Familien darstellen und an Bedeutung für das Krankenhaus zunehmen.

Dabei ist davon auszugehen, dass gerade in einer Struktur der horizontalen Teamkultur eine bessere Vereinbarkeit von Kind und Karriere gegeben sein wird, da durch die bisherige dominierende Bedeutung des ärztlichen Dienstes eine durch Erziehungszeiten unterbrochene Karriere nahezu unmöglich war. Die Ressource "Ärztin" in das Krankenhaus zu integrieren und Arbeitsplätze den speziellen Anforderungen weiblicher Mitarbeiter entsprechend zu gestalten, wird insbesondere vor dem Hintergrund des bereits beschriebenen Ärztemangels eine der größten Herausforderungen zukünftiger Krankenhausorganisationen sein.

Die oben beschriebenen Entwicklungstrends, die eine Ausbildung horizontaler Teamkulturen notwendig machen, konzentrierten sich im Wesentlichen auf die bereits heute im Krankenhaus vertretenen Berufsgruppen ärztlicher Dienst, Pflegedienst und Funktionsdienste.



Im Rahmen einer zukunftsweisenden Betrachtung sollte aber durchaus auch der Betrachtungshorizont auf andere, künftig verstärkt in die Behandlungsprozesse eingebundene Kräfte ausgeweitet werden:

- I. Durch die verstärkte Technologisierung und die daraus folgernde Notwendigkeit, auch Mitarbeiter der Medizintechnikindustrie verstärkt in den eigentlichen patientennahen Behandlungsprozess innerhalb des Krankenhauses zu integrieren (siehe Kapitel 6.4.1 und 6.4.2), erschließt sich eine gänzlich neuartige Herausforderung für die Teamstrukturen des Krankenhauses. Eine Integration dieser externen Mitarbeiter im Rahmen traditioneller Organisationsstrukturen erscheint fast unmöglich, da diese der schon heute in fast allen anderen Berufszweigen üblichen Standards in der beruflichen Zusammenarbeit nicht mehr entsprechen.
- II. Ähnlich gelagert ist die Situation bei der Integration externer ärztlicher Mitarbeiter (niedergelassene Ärzte), wie sie im Rahmen der zunehmenden sektorenübergreifenden Verzahnung der Behandlungsprozesse erfolgen wird. Auch hier besteht die Notwendigkeit, Teamstrukturen zu schaffen, die Raum für diesen Integrationsprozess lassen.



7.4.3 Transparenz von Personal- und Organisationsstrukturen

Die horizontale Ausrichtung der Organisationsstrukturen entlang der Behandlungskette, die berufsgruppenübergreifende Promotion der Teamkultur, die Karriereförderung von Mitarbeitern auf der Basis einer "Wissenshierarchie" - all dies bedeutet letztendlich nicht eine Enthierarchisierung des Krankenhauses. Im Gegenteil, das Krankenhaus der Zukunft benötigt nach wie vor eine klare Führungs- und Verantwortungsstruktur für die Erledigung seiner Aufgaben. Nur dadurch kann sichergestellt werden, dass strategische Entscheidungen der Gesamtorganisation durchgehend in die operativen Abläufe integriert werden. Darüber hinaus werden Strukturen einer Hierarchie auch benötigt, um Mitarbeitern die Möglichkeit zu einem formalen beruflichen Aufstieg zu geben; auch dies ist ein Teil der Attraktivität eines Arbeitsverhältnisses.

Neben dem Personal profitiert vor allem auch der Patient von einer Neuordnung der Organisationsstrukturen, da eine damit verbundene Qualitätsverbesserung des Behandlungsprozesses ihm direkt zugute kommt. Die Dienstleistungserwartung, die zukünftig an das Krankenhaus gestellt wird (siehe Kapitel 6.2.3), umfasst jedoch nicht allein die Qualität der Gesamtdienstleistung; der Patient will darüber hinaus auch eindeutig wissen, mit wem er es während seiner Behandlung zu tun hat.

Patienten müssen bei einem Trend zu kurzen allgemeinen Verweildauern innerhalb einer zunehmend befristeten Aufenthaltszeit im Krankenhaus eine große Menge an Informationen aufnehmen und verarbeiten, die wiederum durch verschiedene Mitarbeiter des Krankenhauses übermittelt wird. In der Regel handelt es sich dabei um Informationen, die für den Patienten neu sind, nicht seinen Erfahrungsinhalten entsprechen und die überdies in Zeiten eines reduzierten gesundheitlichen Allgemeinzustands aufgenommen werden müssen.

Die Vielzahl der im Krankenhaus beschäftigten Mitarbeiter, die diese Informationsinhalte vermitteln, erschwert erheblich die Kommunikation zum Patienten (Stationsarzt, Oberarzt, Stationsleitung Pflege, Bereichspflege, Stationsassistenten, Anästhesie, Radiologie, etc.). Gegenwärtig ist es anhand des äußerlichen Erscheinungsbilds nahezu unmöglich, allein leitendes Personal des ärztlichen Dienstes oder der Pflege von nachgeordneten Mitarbeitern zu unterscheiden - der Patient muss sich häufig auf indirekte Hinweise wie das vermutete Alter oder das Führungsverhalten verlassen. Selbst Berufsgruppen voneinander zu unterscheiden, ist kaum möglich, da insbesondere in Funktionsdienstbereichen sich über Jahre hinweg eine Vereinheitlichung des äußeren Erscheinungsbilds entwickelt hat.

Es erscheint daher für das Krankenhaus der Zukunft sinnvoll zu sein, seine Organisationsstrukturen auch für Patienten und ihre Besucher/Angehörigen deutlich und transparent darzustellen. Dies wird am ehesten durch eine Uniformierung der Mitarbeiter erfolgen. Auch wenn eine Uniformierung häufig im Kontrast zur Sozialisierung von Berufsgruppen im Krankenhaus steht, der in der Regel eher ablehnend begegnet wird, werden letztendlich ihre Vorteile in der Dienstleistung für den Patienten ausschlaggebend sein.

Daneben besteht ein Vorteil auch darin, dass durch Kenntlichmachung der Individualqualifikation der Mitarbeiter Investitionen in Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nicht nur krankenhausesintern bekannt werden, sondern zusätzliche Qualifikationen durch die öffentliche Darstellung auch im Zuge des Krankenhausmarketings von Patienten und Besuchern wahrgenommen werden können.



7.4.4 Beschäftigungsverhältnis = Entwicklungsverhältnis

Das Beschäftigungsverhältnis, das normalerweise in Arbeitsverträgen von Krankenhäusern definiert wird, ist zumeist eine statische Beschreibung der Arbeitskonditionen und der zugrunde liegenden Vergütung. Es definiert im Wesentlichen wöchentliche Arbeitszeiten, Honorierung, Überstundenregelungen, Rechte und Pflichten des Arbeitnehmers innerhalb der Organisation, Vertragslaufzeiten sowie gegebenenfalls bestehende Sozialleistungen des Arbeitgebers.

Zukünftige Elemente von Beschäftigungsverhältnissen im Krankenhaus

Bei aller Bedeutung für Arbeitnehmer und Arbeitgeber, diese Punkte auch vertragssicher zu definieren, spiegelt sich hier jedoch keine Antwort auf die vielfältigen zukünftigen Herausforderungen an Krankenhäuser wider. Im Wesentlichen beschränkt sich der Großteil der Arbeitsverträge auf eine statische Sichtweise bezüglich des Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisses; relevante Vertragspunkte werden regelrecht "festgeschrieben".

Doch derart gestaltete Arbeitsstrukturen können die wirklich signifikanten Elemente eines erfolgreichen Beschäftigungsverhältnisses nicht aufzeigen. Die Herausforderungen für zukünftige Krankenhäuser liegen darin, dynamische und flexible Strukturen aufzubauen, Flexibilität Teil der Unternehmenskultur werden zu lassen und sich gegebenenfalls auch immer wieder selbst neu zu erfinden.

Solche Anforderungen kann ein Krankenhaus aber nur erfüllen, wenn diese Herausforderungen durch seine Mitarbeiter getragen werden und die vereinbarten Beschäftigungsverhältnisse diesem Grundtenor entsprechen. Dies bedeutet letztlich, dass die Beschäftigungsverhältnisse dynamische Komponenten beinhalten müssen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass das Krankenhaus der Zukunft diese Herausforderung annehmen wird und flexiblere Elemente in die Beschäftigungsverhältnisse seiner Mitarbeiter integriert.

Eine notwendige Dynamisierung von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen kann zu folgenden Entwicklungstendenzen führen (vgl. Abbildung 54):

- (1) Arbeitsverträge dienen gegenwärtig auch einer Standardisierung von Beschäftigungsverhältnissen, indem sie diese miteinander vergleichbar machen. Dies vereinfacht selbstverständlich vor allem die Personaladministration von Arbeitsplätzen mit einem hohen gewerkschaftlichen Organisationsgrad, da hierfür flächendeckende Tarifverhandlungen geführt werden können. Ferner erleichtert diese Standardisierung auch die Arbeitsplatzbeschreibungen und damit die Bewerberverfahren.

Andererseits unterliegen die Beschäftigungsverhältnisse von zentralen Leistungsträgern des Krankenhauses einer großen Vielfalt mit Blick auf Anforderungen, Arbeitszeiten und Tätigkeitsbeschreibung. Eine Individualisierung und Flexibilisierung erhöht die Chance für den Krankenhausträger, diese Mitarbeiter als Personalressource möglichst effektiv nutzen zu können.

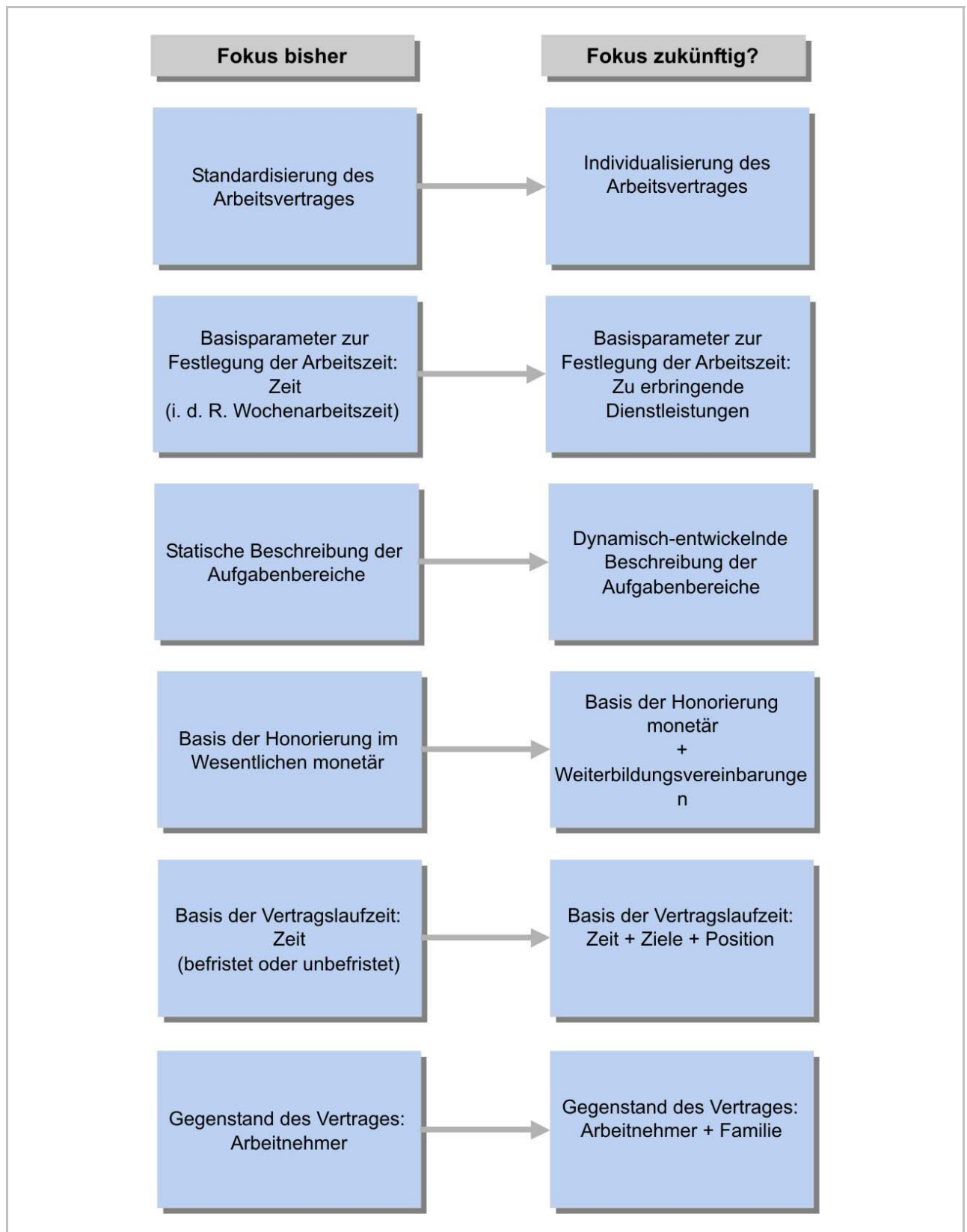


Abbildung 54: Zukünftig erwartete Verlagerung der inhaltlichen Schwerpunkte in Arbeitsverträgen



- (2) Basisparameter der Arbeitszeit im Krankenhaus ist im Wesentlichen die Gesamtwochenarbeitszeit. Zahlreiche Funktionen im Krankenhaus sind jedoch weniger über die am Arbeitsplatz verbrachte Gesamtzeit, sondern vielmehr über Anzahl und Zeiten erbrachter Dienstleistungen im Rahmen der Prozessketten definierbar. Dies schafft eine Betrachtungsweise, welche der individuellen Leistung des Mitarbeiters angepasst ist und eine (leistungs)gerechtere Honorierung der jeweiligen Tätigkeit ermöglicht. Dies ist insbesondere für Mitarbeiter bedeutsam, die als zentrale Leistungsträger gewertet werden, da hierdurch die Motivationslage dieser Gruppe im Krankenhaus gefördert werden kann.
- (3) Die Aufgabenbereiche, die ein Mitarbeiter im Verlauf seiner Beschäftigungszeit ausfüllt, unterliegen - nicht zuletzt aufgrund zunehmender Technologisierung und Wandel der Schlüsseltechnologiebereiche - einem stetigen Anpassungsdruck (siehe Kapitel 6.4.1). Zum einen ist dies dadurch begründet, dass sich bei einem sehr langen Beschäftigungszeitraum gleichzeitig die zwischenzeitlich eingesetzten Behandlungsstrategien entlang dem medizinischen Fortschritt weiterentwickeln. Diese Art der Veränderung ist jedoch kaum vorhersehbar und kann damit auch im Wesentlichen keinen Einfluss auf die Definition des initialen Beschäftigungsverhältnisses haben.

Dagegen vollzieht sich der Wandel, der allein durch die zunehmende berufliche Erfahrung des Mitarbeiters entsteht, in deutlichen kürzeren Zeiträumen. Mit zunehmender beruflicher Erfahrung werden dem Mitarbeiter in der Regel sehr schnell weiterführende Aufgaben in der Organisation zugewiesen. Dies gilt vor allem für Beschäftigungsverhältnisse, die eine hohe Bandbreite und sehr lange Aus- und Weiterbildungszeiten aufweisen (z.B. ärztlicher Dienst); bei Beschäftigungsverhältnissen mit nur geringem Qualifikationsniveau als Voraussetzung ist dieser Aufgabenwandel dagegen nur sehr eingeschränkt nachzuweisen (z.B. Transportdienste).

Die Erwartungen des Arbeitgebers sind ebenso wie die beruflichen Ziele des Arbeitnehmers also Ausdruck eines dynamischen Beschäftigungsverhältnisses, in dem sich das Tätigkeitsprofil des einzelnen Mitarbeiters durch den Zugewinn individueller Erfahrung und Technologisierung deutlich wandelt - diese Wandlung im Tätigkeitsprofil sollte daher ihren Niederschlag auch in der Definition des Beschäftigungsverhältnisses finden. Kernpunkt dabei ist, dass der Mitarbeiter seinen jeweils zu einem bestimmten Zeitpunkt zu erwartenden Fähigkeiten entsprechend eingesetzt wird, da nur so die für den Krankenhausträger wichtige Beschäftigungswirksamkeit seiner Mitarbeiter gesichert werden kann. Die statische Beschreibung der Aufgabenbereiche im Beschäftigungsverhältnis verschwindet somit zugunsten einer dynamischen und nur für bestimmte Zeitstufen vorgegebenen Arbeitsplatzbeschreibung.

Ein bereits existierendes Beispiel hierzu ist die Struktur amerikanischer Facharztweiterbildungen, in denen nicht allein wie in Deutschland üblich die Vertragslaufzeit bestimmt wird, sondern für jedes Ausbildungsjahr Leistungsziele definiert werden. Für die Einhaltung dieser Leistungsziele sind einerseits die Arbeitnehmer verantwortlich, auf der anderen Seite verpflichtet sich der Arbeitgeber zur Bereitstellung aller benötigten Ressourcen zur Erlangung dieser Leistungsziele.



Vorab definierte, dynamische Entwicklungsstufen im Beschäftigungsverhältnis erleichtern für den Arbeitgeber zum einen die Leistungsplanung, da die individuelle Qualifikationsstufe und Einsatzfähigkeit eines jeden Mitarbeiters bekannt ist; andererseits ermöglichen sie auch eine vereinfachte Kontrolle der Entwicklung des Mitarbeiters und gegebenenfalls seiner Defizite.

Aus Sicht des Mitarbeiter kann eine derartige Form des Beschäftigungsverhältnisses vor allem auch deshalb attraktiv sein, weil sein Arbeitgeber sich quasi zu einer verbindlichen "Weiterentwicklungsgarantie" verpflichtet. Derartige dynamische Beschäftigungsvereinbarungen sind dabei insbesondere für die Pflege der Zukunft von hohem Interesse, da durch die zunehmende Spezialisierung ihres Berufsbilds (siehe Kapitel 6.3.6 und 6.3.7) auch für die Pflege eine Reihe von definierbaren Zwischenzielen in Qualifikation und beruflichem Werdegang ermöglicht wird.

- (4) Die Honorierung eines Beschäftigungsverhältnisses erfolgt in der Regel monetär; Ausnahmen bilden zuweilen Regelungen zum Freizeitausgleich bei Nachtdienst- und Überstunden. Insbesondere bei höherqualifizierten Mitarbeitern ist jedoch die allein monetäre Honorierung weder ausreichend für die individuelle Motivation des Mitarbeiters, noch steht sie aus Sicht des Krankenhausträgers immer in einem günstigen Aufwand-Nutzen-Verhältnis.

Es ist daher in zukünftigen Krankenhausorganisationen durchaus denkbar, einen Teil der Honorierung vermehrt über nicht-monetäre Vergütungsanteile zu gestalten; hierunter können insbesondere Vergütungsleistungen wie eine Zugangsmöglichkeit zu Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen fallen. Ein entwicklungsabhängiger Zusatz zur Vergütungsstruktur eröffnet einerseits dem Mitarbeiter die Möglichkeit, Wissensvorsprünge im Rahmen seiner beruflichen Karriere zu erlangen, die auch für seine individuelle Karriere vorteilhaft sein können. Auf der anderen Seite profitiert auch der Arbeitgeber von dieser immateriellen Zuwendung, da er direkter Nutznießer eines Qualifizierungsprozesses seiner Mitarbeiter ist. Selbstverständlich gibt es auch heutzutage Krankenhausträger, die ihren Mitarbeitern einen offenen Zugang zu Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen gewähren. Entscheidend ist dabei aber, dass sich - ähnlich wie bei der oben beschriebenen Definition der Leistungsziele - Arbeitnehmer und Arbeitgeber in beiderseitigem Einvernehmen auf ein individuelles Entwicklungskonzept einigen.

Die Einbindung in ein gesamtheitliches Entwicklungskonzept kann die individuellen Weiterentwicklungswünsche des Mitarbeiters berücksichtigen, setzt sie aber in einen Kontext mit den Zielen der Gesamtorganisation. Für beide Seiten wird damit der Entwicklungsprozess planbar und trägt somit seinen Teil dazu bei, kompetentes Personal auch längerfristig an das eigene Haus binden zu können. Der Arbeitsvertrag wandelt sich hierdurch zu einem "Wissens- und Entwicklungsvertrag", der die Anforderungen hochspezialisierter Organisationen besser erfüllen kann.

- (5) In der Regel stellt der Faktor "Zeit" die Basis heutiger Vertragslaufzeiten im Krankenhaus dar; dabei sind Verträge entweder zeitlich befristet oder unbefristet. Eine gewisse Ausnahme stellen bereits heute manche Facharztverträge dar, die sich in der Regel über ein definiertes Ausbildungsziel (Facharzt) definieren.



Zukünftig wird es wichtig sein, dass die Vertragslaufzeiten für qualifiziertes Krankenhauspersonal flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten bieten. Der Faktor "Zeit" wird auch weiterhin eine grundlegende Bedeutung haben müssen, doch ist es darüber hinaus sinnvoll, die Faktoren "Ziel" und "Position" in das Vertragsverhältnis integrieren zu können. Die Einbindung des Faktors "Ziel" bedeutet dabei, dass die Erreichung eines im Vorfeld definierten Leistungsziels die Laufzeit der Beschäftigung beeinflusst. Nach Erreichung des Ziels ist eine neue Beschäftigungsvereinbarung mit dem Mitarbeiter zu schließen, welche die neu zu besetzenden Tätigkeitsfelder und die daran angeschlossenen neuen Leistungsziele definiert. Gleiches gilt für den Faktor "Position": Durch die Kopplung der Beschäftigungslaufzeit an eine jeweilige Position soll erreicht werden, dass bei der Übernahme einer neuen Position eine entsprechende Anpassung der Beschäftigungsgrundlage erfolgt.

Nachteilig dürfte sich auswirken, dass das allgemeine Vertragsmanagement dadurch kompliziert wird, da die Vertragslaufzeiten der Mitarbeiterschaft grundsätzlich heterogener und schnelllebiger werden. Andererseits werden die Vorteile für den Krankenhausträger darin bestehen, dass durch die in regelmäßigen Abständen erfolgende Neudefinition des Tätigkeitsbereichs des einzelnen Mitarbeiters gewährleistet ist, diesen seinen aktuellen Fähigkeiten entsprechend für das Krankenhaus einsetzen zu können. Außerdem wird auch verhindert werden, dass es zu einer "Erstarrung" der Beschäftigungsverhältnisse kommt, während das Gesamtkrankenhaus zu einer dynamischen Entwicklung seines Dienstleistungsportfolios gezwungen ist. Daher bietet das auf Zeit, Ziel und Position begrenzte Beschäftigungsverhältnis dem Krankenhaus die Möglichkeit, in regelmäßigen Abständen korrigierend in seine Personalvertragsstrukturen einzugreifen.

Aus Sicht des einzelnen Mitarbeiters bestehen gleichermaßen Vorteile: So gibt die Kopplung des Beschäftigungsverhältnisses an die jeweilige Entwicklungsposition dem Mitarbeiter die Möglichkeit, seine Vertragskonditionen in regelmäßigen Abständen an seine sich weiterentwickelnde berufliche Kompetenz bzw. auch an seine privaten Lebensumstände anzupassen. Die Einbeziehung der Faktoren "Ziel" und "Position" in das Beschäftigungsverhältnis ist natürlich vor allem für höherqualifizierte Mitarbeiter sinnvoll. Insbesondere weil sich die Struktur des Krankenhauses in Zukunft vermehrt auf die Vorhaltung gerade dieser Mitarbeitergruppe stützt, so wird deutlich, dass gerade diese Thematik Bedeutung für zukünftige Krankenhausorganisationen erlangt.

- (6) Derzeitiger Partner in der Beschäftigungsvereinbarung ist neben dem Arbeitgeber in der Regel allein der Arbeitnehmer. Die Lebenswirklichkeit zeigt jedoch, dass nicht nur der Arbeitnehmer, sondern sein gesamter Familienverbund durch das Arbeitsverhältnis betroffen ist und dass die Rekrutierung von Mitarbeitern in der Regel damit ebenso die Gewinnung des Ehepartners (und der Kinder) bedeutet. Berufliche Entscheidungen seitens des Mitarbeiters werden in einem hohen Maße auch aus der Familienstruktur des Mitarbeiters und den damit verbundenen Bedürfnissen abgeleitet. Monetäre Anreize allein werden in Zeiten des zukünftigen Personalmangels Unvereinbarkeiten zwischen Familie und Beruf nicht ausgleichen können.



Eine belastete familiäre Situation bedeutet für den Krankenhausträger auch den Verlust der maximalen Leistungsfähigkeit seiner Personalressourcen. Das Krankenhaus als Arbeitgeber muss daher zukünftig jedwedes Interesse daran haben, dass zumindest die von ihm beeinflussbaren Faktoren zur harmonischen Vereinbarkeit von Familie und Arbeitsplatz optimal gestaltet werden. Es ist darum davon auszugehen, dass Beschäftigungsverhältnisse im Krankenhaus zukünftig den Fokus von einer individuellen Einzelvereinbarung auf ein Gesamtpaket verschieben, das Elemente einer Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu einem wichtigen Grundsatz macht. Solche Elemente können beispielsweise die flexible Arbeitszeitgestaltung, Kinderbetreuungsmodelle, Hilfestellung bei Wohnungssuche und Arbeitsplatzsuche des Ehepartners oder Modelle familienfreundlicher Überstundenregelungen sein. Die Bedeutung des Faktors "Familie" darf bei aller Diskussion über den Rückgang der Kinderzahl in deutschen Familien nicht unterschätzt werden. Die Gewinnung hochspezialisierten Krankenhauspersonals erfolgt häufig in einer Lebensabschnittsphase, in der die private Familienplanung beginnt, so dass dieser Faktor eine wichtige Rolle gerade in dieser Lebensspanne spielt.

Darüber hinaus zeigt die Entwicklung, dass der Anteil der Ärztinnen schon bald eine Majorität im ärztlichen Dienst übernehmen wird (siehe Kapitel 6.3.4). Über lange Jahre hat das Krankenhaus gerade in dieser Berufsgruppe auf das Vorhandensein einer traditionell geprägten Familienstruktur bauen können. So war es lange Zeit durchaus üblich, dass ein (zumeist männlicher) ärztlicher Mitarbeiter seine Arbeitskraft uneingeschränkt und weit über die Regelarbeitszeiten hinaus dem Krankenhaus zur Verfügung stellen konnte, weil dies durch einen nicht berufstätigen Ehepartner ermöglicht wurde. Diese Situation gehört mehr und mehr der Vergangenheit an. Die Entwicklung der Geschlechterverteilung im ärztlichen Dienst deutet vielmehr an, dass derartige Familienverbände schon bald zu den selteneren Ausnahmen gehören werden. Ein Umdenken des Arbeitgebers "Krankenhaus" ist im Zuge eines verschärften Wettbewerbs um qualifizierte Mitarbeiter daher wohl dringend erforderlich.

Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Beschäftigungsverhältnissen im Krankenhaus

Welche der in Szenarioebene I aufgeführten Entwicklungen bestimmen hauptsächlich die Weiterentwicklung der Beschäftigungsverhältnisse? Wahrscheinlich ist, dass mehrere Entwicklungen aus den Bereichen "Patient", "Personal" sowie "Gerät und Raum" entscheidend sein werden.

Seitens der Patienten bedeuten die Forderungen nach Präventionsdienstleistungen im Krankenhaus und das wachsende Selbstverständnis des Patienten als Co-Therapeut (siehe Kapitel 6.1.3), dass die Rolle des einzelnen Krankenhausmitarbeiters als Informationsdienstleister zunimmt. Eine stetige Weiterqualifizierung und die daraus abgeleitete Notwendigkeit eines "Entwicklungsvertrags" werden dabei sehr schnell deutlich. Unterstützt wird dies auch durch einen Trend zur Multimorbidität der im Krankenhaus behandelten Patienten, welcher insbesondere auch psychosomatische Begleiterkrankungen umfasst (siehe Kapitel 6.2.2). Den wachsenden allgemeinen Erwartungen an Dienstleistungsfähigkeit und professionelle Patientenkommunikation vor dem Hintergrund einer steigenden Eigenbeteiligungsbereitschaft (und -pflicht) wird ohne eine strategisch koordinierte Weiterentwicklung des Krankenhauspersonals nicht zu entsprechen sein.



Auch die erwartete Verschärfung der Qualitätsstandards für Krankenhäuser (siehe Kapitel 6.5.2) wird dazu führen, dass nicht nur die Gesamtqualität der Dienstleistungen eines Krankenhauses, sondern auch die individuelle Qualifikation des am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiters zu einem Gegenstand der Nachweispflichten gehören wird. Eine die individuelle Qualifikation des Mitarbeiters einbeziehende Qualitätsnachweispflicht macht die Steuerung der beruflichen Weiterbildung zu einem wichtigen Element strategischen Handelns für das Krankenhaus.

Aus dem Blickwinkel des Krankenhauspersonals betrachtet gibt es ebenfalls eine Reihe von Entwicklungen, die eine Anpassung zukünftiger Strukturen in den Beschäftigungsverhältnissen dringend notwendig macht. Neben der bereits beschriebenen Erhöhung des Anteils an Ärztinnen im Krankenhaus wird der allgemeine Rückgang der erwerbstätigen Bevölkerung nicht allein zu einer Verschärfung des Personalmangels in deutschen Krankenhäusern, sondern auch zu einem höheren Altersspektrum der dort beschäftigten Mitarbeiter führen (siehe Kapitel 6.1.5).

Die Ressource "qualifiziertes Personal" wird damit nicht nur seltener, Krankenhaussträger werden auch eine längere Verweilzeit ihres Personals in einem Beschäftigungsverhältnis anstreben, um ihren Personalbestand stabil halten zu können. Eine möglichst hohe Attraktivität des angebotenen Arbeitsplatzes und die ständige Weiterentwicklung der Mitarbeiter sind daher erforderlich. Insbesondere beim Eintreten von Rückwanderungstendenzen deutscher Ärzte aus dem Ausland (siehe Kapitel 6.3.3) wird es wichtig sein, diesen Trend durch das Angebot interessanter, entwicklungsfähiger und familienfreundlicher Arbeitsplätze zu unterstützen.

Änderungen der Arbeitsplatz- und Beschäftigungsstruktur werden in hohem Maße den ärztlichen Dienst beeinflussen, sind jedoch bei weitem nicht auf diese Berufsgruppe beschränkt. Die Höherqualifizierung des Pflegepersonals bei steigender Nachfrage nach Pflegedienstleistungen (siehe Kapitel 6.3.5) lässt vergleichbare Entwicklungen sowohl für den Pflegedienst als auch den Funktionsdienst vermuten.

Nicht zuletzt werden aber auch der Einzug neuer Schlüsseltechnologien in das Krankenhaus sowie die Entstehung neuer Kooperationsmodelle zwischen Krankenhaus und Industrie (siehe Kapitel 6.4.2) Einfluss auf die Beschäftigungsverhältnisse haben. Die hierzu notwendige Einbindung externer Mitarbeiter in die Krankenhausabläufe wird sich nicht allein auf deren Gestellung durch private Partner beschränken können. Das Krankenhaus wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Mitarbeiter gewinnen müssen, die früher in der privaten, nicht-klinischen Industrie tätig waren. Krankenhausarbeitsplätze werden insbesondere für diese Mitarbeitergruppe besonders attraktiv gestaltet werden müssen. Bislang besteht gerade in diesem Sektor eine Einbahnstraße des Personalabflusses aus dem klinischen in den nicht-klinischen Bereich. Diesen "Braindrain" umzukehren, wird für das Krankenhaus eine besondere Herausforderung darstellen.

Die Vergütungsstruktur im Krankenhaus der Zukunft

Die Vergütungsstruktur des Krankenhauses ist eng mit seiner Arbeitsplatzstruktur verbunden. Da ihr eine besondere Bedeutung zukommt, ist eine gesonderte Darstellung sinnvoll.



Die Vergütungsstruktur dient nicht allein der Ausstattung des Mitarbeiters mit finanziellen Ressourcen; sie spielt auch eine entscheidende Rolle in der Gestellung von allgemeinen Leistungsanreizen, der Honorierung überdurchschnittlicher Leistungsträger, der konkurrenzfähigen Mitabteilergewinnung und in der Demotivationsprophylaxe. Für das Krankenhauswesen ist vor allem die Demotivationsprophylaxe von Bedeutung, da in diesem Sektor oft nicht die mangelnde Fähigkeit zur Motivation ein Manko von Krankenhausträgern ist, sondern die zunehmende Demotivation der Mitarbeiter durch ein empfundenes Ungleichgewicht zwischen Attraktivität und Herausforderung des klinischen Arbeitsplatzes. Die Abwanderungsbewegungen deutscher Krankenhausbeschäftigter in andere Berufssparten geben hierüber ein beredtes Zeichen.

Um Demotivationstendenzen im Krankenhaus der Zukunft zu verhindern, müssen Vergütungsstrukturen Mitarbeiter gleichzeitig fördern und fordern können, so dass für Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Idealfall eine beiderseits empfundene "Win-Win"-Situation erreicht werden kann. Zusätzliche Elemente für eine derart erweiterte Vergütungsstruktur können dabei vielfältig sein (vgl. Abbildung 55) und werden sich an der Position des Mitarbeiters und dem Leistungsspektrum des Krankenhauses orientieren. Allen gemein kann jedoch sein

- (1) die Individualisierung der Vergütungsstruktur nach Leistungsbewertung,
- (2) die Notwendigkeit, messbare Indikatoren als Bemessungsgrundlage zu implementieren,
- (3) das Vorhandensein eines Basisgehalts zur finanziellen Absicherung sowie
- (4) ein proportionales Verhältnis zwischen Gehaltshöhe und Anzahl unterschiedlicher Vergütungselemente (d.h. je höher das Basisgehalt, umso mehr variable Vergütungselemente können eingeführt werden und umgekehrt)

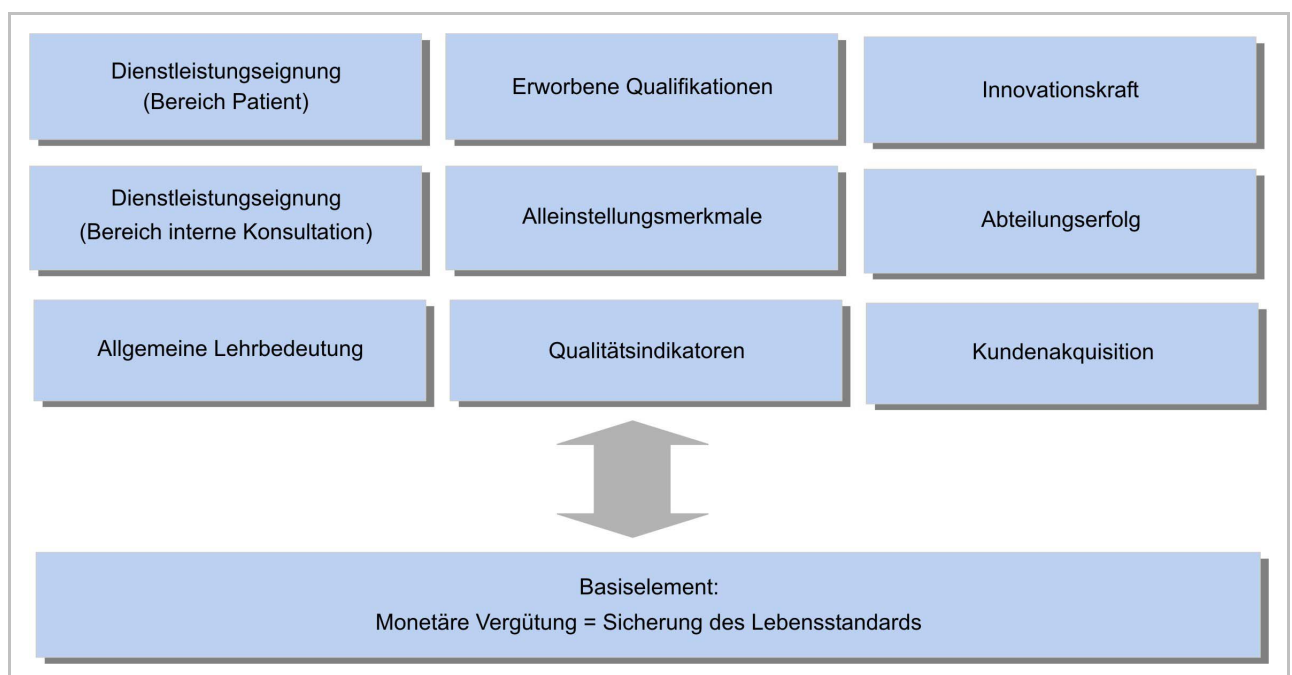


Abbildung 55: Vergütungsstruktur - Basiselement und zusätzliche Vergütungselemente



Bei der Bemessung zusätzlicher Vergütungselemente können im Krankenhaus der Zukunft die folgenden Indikatoren zum Einsatz kommen:

- (1) Dienstleistungseignung in der Patientenbetreuung:
Qualität und Einsatz der individuellen Dienstleistung für den Patienten im Krankenhaus
- (2) Dienstleistungseignung in der internen Konsultation:
Bedeutung des Mitarbeiters in der internen konsiliarischen Dienstleistungserbringung für andere Mitarbeiter und Abteilungen
- (3) Allgemeine Lehrbedeutung:
Bedeutung des Mitarbeiters für die interne, informelle Weiterbildung anderer Mitarbeiter und Einsatz in der Organisation von Aktivitäten, die das allgemeine Wissensniveau des Krankenhauses verbessern
- (4) Erworbene Qualifikationen:
Anzahl und Umfang während des Beschäftigungsverhältnisses erworbener fachlicher Qualifikationen (vor dem Beschäftigungsverhältnis erworbene Qualifikationen = Teil der Basisvergütung)
- (5) Fachliche Alleinstellungsmerkmale:
Anzahl und Umfang von fachlichen Alleinstellungsmerkmalen, die für das Krankenhaus und seine Leistungserbringung relevant sind
- (6) Qualitätsindikatoren:
Ergebnis messbarer Indikatoren in der Qualität der erbrachten Fachleistungen (Cave: schwierig zu bestimmen!)
- (7) Innovationskraft:
Anteil der vom Mitarbeiter entwickelten und initiierten innovativen Maßnahmen, die zu einem relevanten Teil des Leistungsspektrums geworden sind
- (8) Abteilungserfolg:
Beteiligung des Mitarbeiters am allgemeinen wirtschaftlichen Erfolg der Abteilung, des Kernteams, etc.
- (9) Kundenakquisition:
Relevante Beteiligung des Mitarbeiters bei der Gewinnung von Kunden/Patienten für das Krankenhaus

Die verschiedenen Vergütungselemente werden nur eine motivierende Wirkung bei Personalgruppen haben, die über ein gewisses Maß an Grundspezialisierung verfügen. Personalgruppen ohne wesentliche Anforderungen in der fachlichen Qualifikation werden auch aufgrund ihrer niedrigen Grundgehaltsstruktur nicht von solchen Elementen profitieren können. Bedenkt man jedoch, dass das eigentliche Kernpersonal wegen seines höheren Spezialisierungsgrads über diese Anforderungen verfügt (siehe oben), dann ist eine hohe Relevanz derart erweiterter Vergütungsstrukturen für die Beschäftigten im Krankenhaus der Zukunft zu erwarten.



Wichtig für die Implementierung einer solchen vielschichtigen Vergütungsstruktur ist vor allem auch, dass sie möglichst viele Mitarbeiter umfassen kann (nicht nur die leitenden Angestellten), transparent aufgebaut ist und Teil der Vereinbarungen des Beschäftigungsverhältnisses ist. Zusätzliche Boni, die "im Stillen" und nach undurchsichtigen Bemessungsgrundlagen verteilt werden, können keine motivationsfördernde Wirkung auf die gesamte Mitarbeiterschaft haben.

Grundsätzlich entscheidend für die Einführung von Modellen erweiterter Vergütungsstrukturen ist jedoch auch, dass für die einzelnen Vergütungselemente messbare Indikatoren entwickelt und auch regelmäßig bestimmt werden. Dies ist für einige der Vergütungselemente einfacher (z.B. erworbene Qualifikationen) als für andere (z.B. Qualität der klinischen Arbeit). Dennoch wird diese Herausforderung anzunehmen sein, da die erhobenen Daten nicht allein zur Festlegung der Vergütungshöhe herangezogen werden, sondern ebenso für den Nachweis der erbrachten Dienstleistungsqualität im Zuge einer Verschärfung der geforderten Qualitätsstandards (siehe Kapitel 6.5.2).

Positiv kann eine derartige Vergütungsstruktur vor allem auch deshalb wirken, da ein zunehmender Personalmangel (siehe Kapitel 6.3) die Einführung attraktiver Arbeitsplatzmerkmale im Zuge der Personalgewinnung notwendig macht. Insbesondere führen diese Vergütungsmodelle letztendlich auch zu einer größeren Vergütungsgerechtigkeit für die sich entwickelnden Berufsgruppen (Pflege-, Funktionsdienst; siehe Kapitel 6.3.6 und 6.3.7).



7.5 Zusammenfassung – Matrixverbindungen zwischen Szenarioebene I und II

Abbildung 56 gibt einen Überblick über die Zusammenhänge, die zwischen den Szenarioebenen I und II bestehen. Szenarioebene I erörtert, welche krankenhausexternen Einflüsse der kommenden Jahre die Organisation des Krankenhauses der Zukunft beeinflussen können. Szenarioebene II beschreibt dagegen, in welcher Weise Strukturen und Prozesse der Krankenhausorganisation sich diesen Anforderungen stellen können.

Die gemeinsame Verbindung kann dabei in zweierlei Hinsicht analysiert werden:

- I. Auf welche der in Szenarioebene I aufgeführten Entwicklungstrends reagiert eine bestimmte Struktur- und Prozessmaßnahme?

Diese Verbindung kann zeilenweise identifiziert werden, wobei die Zahlen 1 bis 50 die beschriebenen Entwicklungstrends der Szenarioebene I kodieren. (Beispiel: Die Prozess- und Strukturmaßnahme "Kernkompetenz- und Auxiliarkompetenzebene" reagiert auf die erwarteten Entwicklungstrends 11, 15, 23, 25, 34, 35, 36, 40, 41, 42, 43, 44 und 45 (=13 Entwicklungstrends). Sie ist deshalb sehr wahrscheinlich intensiv in das Anforderungsprofil zukünftiger Krankenhäuser eingebunden.

- II. Durch welche Struktur- und Prozessmaßnahme wird einem erwarteten Entwicklungstrend entsprochen?

Diese Information kann spaltenweise identifiziert werden. (Beispiel: Der erwartete Entwicklungstrend 1 (= Anstieg der Krankenhaushäufigkeit älterer Patienten) findet seinen Niederschlag in den Prozess- und Strukturmaßnahmen "Interdisziplinäre Fachstrukturen", "Die interne Vernetzung", "Personenbezogene Dienstleistungsstruktur" sowie "Präventionsdienstleistung". Der erwartete Entwicklungstrend wird damit in insgesamt in vier Prozess- und Strukturmaßnahmen aufgegriffen und ist daher ein recht wichtiger und häufiger Entwicklungstrend für die Szenarioebene II.



8. Szenarioebene III – Relevanz der Rahmenbedingungen für unterschiedliche Krankenhausarten

Die Ergebnisse der Szenarioebene II zeigen mögliche Entwicklungen auf, die unter dem Einfluss externer Faktoren in den nächsten Jahren für das Krankenhaus zu Rahmenbedingungen in der Gestaltung ihrer Organisation werden können. Gemeinsame Rahmenbedingungen bedeuten jedoch nicht, dass es hierdurch zwangsläufig zu einer Vereinheitlichung der Krankenhauslandschaft kommt. Auch zukünftig werden sich Krankenhäuser nicht völlig gleichen, sondern durch Spezialisierung oder durch das Vorhandensein eines besonderen Umfelds und Patientenspektrums eigenständige Merkmale ausbilden, die sie in die Waagschale des Wettbewerbs mit anderen Krankenhäusern werfen.

Während also zunächst Standardisierungstrends das Krankenhauswesen scheinbar zu einer Vereinheitlichung ihrer Struktur und Prozesse drängen, sind es gerade die zunehmende Hinwendung auf eine personenbezogene Dienstleistung und die steigende Erwartung an die Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern, welche die bestehende Vielfalt in der Krankenhauslandschaft aller Voraussicht nach auch in Zukunft erhalten werden.

Nicht alle möglichen und denkbaren Vertreter künftiger Krankenhaustypen können im Rahmen dieser Studie beschrieben werden. Allein die reine Anzahl wäre zu groß, da auch Mischformen der Organisationsformen bestehen (beispielsweise Hybridkrankenhäuser mit einem Basis- und einem Spezialversorgungsanteil). Dennoch ist es von hoher Bedeutung die Ergebnisse der Szenarioebene II nicht als verallgemeinernde Sicht stehen zu lassen, sondern sie in ihrer unterschiedlichen Relevanz und Ausprägung für verschiedene Arten des Krankenhauses zu werten.

Diese Wertung konzentriert sich dabei auf vier verschiedene Formen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit auch in Zukunft Teil des deutschen Krankenhauswesens sein werden und damit stellvertretend für einen bedeutenden Teil unserer Krankenhauslandschaft stehen, ohne dass die gesamte Bandbreite der Krankenhauslandschaft erschöpfend beschrieben werden kann. Diese Krankenhausformen sind:

- (1) Das überregional tätige Allroundversorgungs-Krankenhaus
- (2) Das überregional tätige Spezialversorgungs-Krankenhaus
- (3) Das regional tätige Basisversorgungs-Krankenhaus
- (4) Das regional tätige Fachversorgungs-Krankenhaus

Die in Szenarioebene II aufgeführten Rahmenbedingungen zukünftiger Krankenhäuser werden exemplarisch für diese Krankenhausformen auf ihre Relevanz geprüft. Es wird aufgezeigt, welche Bedeutung Struktur- und Prozessmaßnahmen der Szenarioebene II auf die zukünftige Entwicklung verschiedener Krankenhaustypen haben können. Hierbei wird zwischen hoher, mittlerer und niedriger Bedeutung unterschieden.



8.1 Aufbaustruktur

8.1.1 Kernkompetenz und Auxiliarkompetenz

Die Trennung der Kernkompetenz- von der Auxiliarkompetenzebene (mit Gestellung von Dienstleistungen der Auxiliarkompetenzebene für andere Krankenhäuser oder der Beziehung von Auxiliardienstleistungen durch externe Dienstleister) entwickelt sich zu einer wichtigen strategischen Fragestellung für zukünftige Krankenhäuser.

Für Spezial- und Fachversorger hat diese Frage insbesondere in den Bereichen "Gerät" und "Raum" eine besondere Relevanz, da bei ihnen diese Bereiche einem Spezialisierungsgrad unterliegen, der sich von dem der Allround- und Basisversorger in der Regel deutlich unterscheidet. Die Dienstleistungen, die hochspezialisierte Krankenhäuser anbieten, sind in weit höherem Maße auf das Vorhandensein teurer Großgerätetechnologie angewiesen als dies bei weniger spezialisierten Krankenhäusern der Fall ist.

Der Unterschied zwischen einem überregional tätigen Spezialversorger und einem vorwiegend regional tätigen Fachversorger besteht dabei lediglich im Umfang der spezialisierten Dienstleistungsangebote; der Fachversorger weist gegenüber dem Spezialversorger eine Konzentrierung auf eine kleinere Anzahl spezialisierter Behandlungsverfahren auf, so dass der Gesamtumfang seiner Leistungen beschränkt ist. Beide sind jedoch in besonderem Maße von der Leistungsfähigkeit der Faktoren "Gerät" und "Raum" abhängig.

Dies wirkt sich insbesondere auch dahingehend aus, als dass das regelmäßige "Update" - d.h. die Notwendigkeit, "Cutting Edge"-Technologie anbieten zu können - in ihrem Wettbewerbsumfeld weit bedeutender ist, als dies für Allround- und Basisversorger der Fall ist. Daher sind zukünftig Spezial- und Fachversorger gegebenenfalls darauf angewiesen, dass sie über Partnerschaften mit der privaten Hand die notwendigen Investitionsleistungen für "Gerät" und "Raum" sicherstellen können. Das Outsourcing von Auxiliarbereichen und die Profilierung über die eigenen Kernkompetenzen haben für diese Häuser daher eine besondere Bedeutung.

Krankenhäuser der Allround- und Basisversorgungsebene besitzen andere Merkmale, die eine Trennung zwischen Kernkompetenz- und Auxiliarkompetenzebene interessant machen können: Bei ihnen liegen die Herausforderungen weniger im Bereich der Hochtechnologie. Dagegen haben sie gegenüber den Spezial- und Fachversorgern einen höheren Anteil in den Tätigkeitsfeldern des Basisbereichs, so dass auch ein weitaus größerer Anteil an Personaldienstleistungen für entsprechende externe Dienstleister geöffnet werden kann.

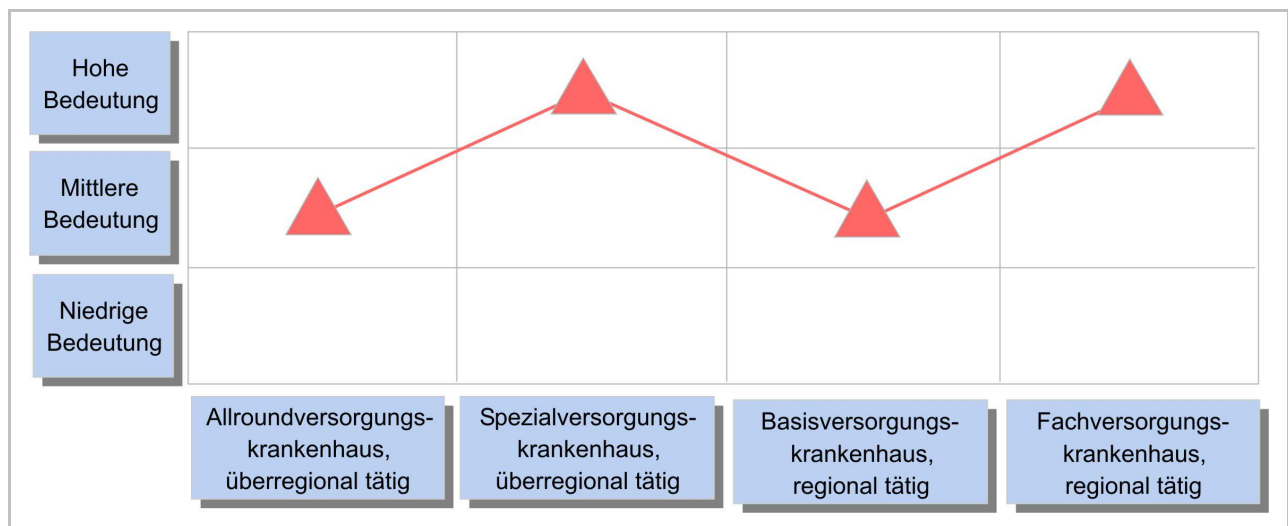
Insbesondere die hohe Zahl der Allround- und Basisversorger könnte es für externe Dienstleister interessant machen, ein gerade auf sie abgestimmtes Dienstleistungsangebot zu schaffen, da hierbei Skaleneffekte realisierbar sind, die für die geringere Anzahl an Spezial- und Fachversorgern möglicherweise nicht erreicht werden können.



Während Inhalte eines Outsourcing bei Spezial- und Fachversorgern eher einen hohen Anspruch an die Spezialisierung des privaten Partners stellen, wird sich ein Outsourcing der Allround- und Basisversorger eher auf Dienstleistungen konzentrieren, die auch für unspezialisierte Dienstleister zugänglich sind (z.B. Hoteldienstleistungen, Ver- und Entsorgung, Logistikdienstleistungen, Reinigungsdienstleistungen, etc.).

Dies gilt gleichermaßen auch für ein Dienstleistungsangebot an andere Krankenhäuser: Spezial- und Fachversorger werden sich als Dienstleister wohl eher mit dem Angebot von Spezialdienstleistungen des medizinischen und technischen Bereichs profilieren, die für sie zu ihrer jeweiligen Kernkompetenz-Ebene gehören. Dagegen wird das Dienstleistungsangebot von Allround- und Basisversorgern eher die allgemeinen Dienstleistungen umfassen, die auch heute schon teilweise auf dem Dienstleistungsmarkt angeboten werden.

Abschließend betrachtet erscheint die Trennung der Kernkompetenz- von der Auxiliarkompetenzebene für Spezial- und Fachversorger eine besondere Bedeutung zu haben, da sie in hohem Maße auf die technologische Zusammenarbeit mit der privaten Industrie angewiesen sind. Auch für Allround- und Basisversorger ergeben sich interessante Alternativen - entweder im Outsourcing von Auxiliarkompetenzen oder als Dienstleistungsangebot für andere Krankenhäuser. Die Bedeutung scheint jedoch etwas geringer zu sein als für die Spezial- und Fachversorger.





8.1.2 Interdisziplinäre Fachabteilungsstrukturen

Interdisziplinäre Fachabteilungsstrukturen werden insbesondere dort eine hohe Bedeutung haben, wo die großen Diagnosegruppen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems einen hohen Fallzahlanteil im Patientenspektrum stellen und wo sich das Dienstleistungsangebot nicht allein auf die Behandlung einzelner Diagnoseuntergruppen beschränkt.

Bei einer breiten fachlichen Aufstellung in diesen Diagnosegruppen ist daher von einem relativ hohen Potenzial auszugehen, dass interdisziplinäre Behandlungsstrukturen breitgefächert zum Einsatz kommen können. Dies trifft vor allem auf die Basisversorger zu, da ein Großteil ihres Patientenspektrums gerade auch in diesen Diagnosegruppen liegt.

Für den Allroundversorger kann diese Bedeutung aus den gleichen Gründen ebenfalls vorausgesetzt werden, jedoch ist zu erwarten, dass er einige weitere Schwerpunktfelder im Sinne einer moderaten Spezialisierung seines Leistungsspektrums aufweist. Daher ist die Bedeutung letztlich vielleicht nicht ganz so hoch anzusetzen wie beim Basisversorger.

Für den Spezialversorger dagegen ist die breitgefächerte Aufstellung in den Diagnosegruppen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems nicht in gleichem Maß zu erwarten. Er wird eher punktuelle Schwerpunkte in diesen Diagnosegruppen setzen, die Teil seines spezialisierteren Leistungsportfolios sind. Dabei liegt sein Schwerpunkt weniger auf der breiten horizontalen Aufstellung seines Leistungsspektrums, sondern eher auf einer vertikalen Ausrichtung, die eine höhere Leistungstiefe sowie eine höhere mittlere Erkrankungsschwere seiner Patienten aufweist.

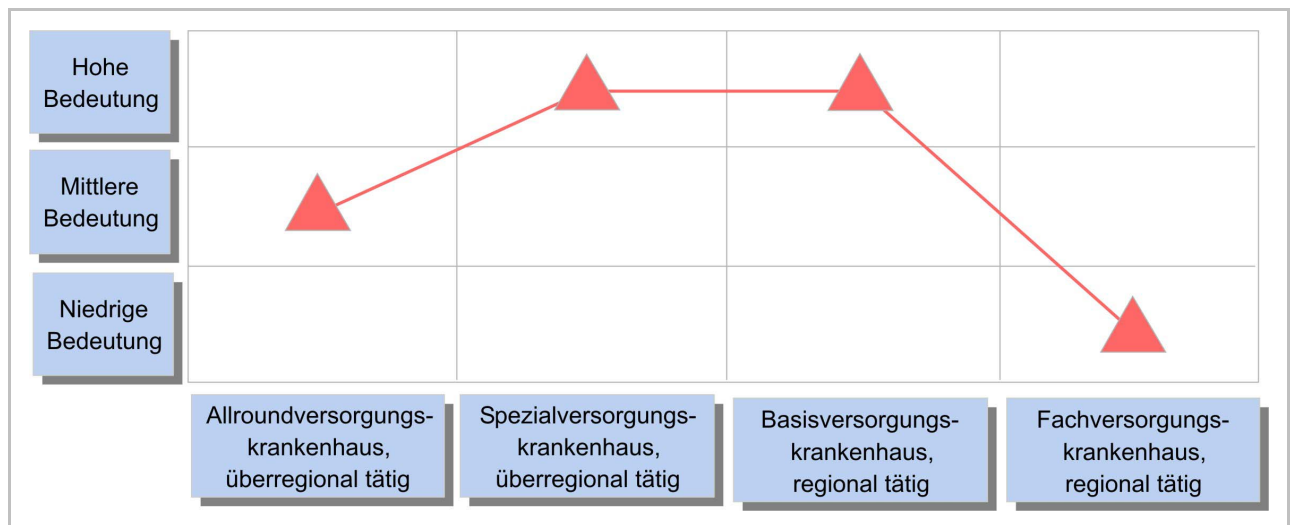
Allerdings ist für den Spezialversorger aus anderen Gründen eine interdisziplinäre Fachabteilungsstruktur fast ebenso wichtig wie für den Basisversorger: Zum einen werden bei Patienten mit einer hohen Erkrankungsschwere komplexere Diagnosen mit dem vermehrten Auftreten relevanter Co-Morbiditäten zu erwarten sein. Diese erfordern die umfassende Betrachtung des Patienten im Gesamtkontext seines Gesundheitszustands, für die wiederum interdisziplinäre Strukturen notwendig sind.

Auf der anderen Seite sind Spezialversorger vermehrt auf eine hausübergreifende Zusammenarbeit mit anderen einweisenden Krankenhäusern und insbesondere der Medizintechnikindustrie angewiesen. Wie bereits dargestellt erfordern aber gerade diese Formen der Zusammenarbeit eine interdisziplinäre Aufstellung der Krankenhausorganisation. Daher kommt in der Gesamtbetrachtung den interdisziplinären Fachabteilungsstrukturen auch im Falle der Spezialversorger eine hohe Bedeutung zu.

Etwas anders stellt sich die Situation für die überwiegend regional tätigen Fachversorger dar: Sie weisen eher eine Monokultur innerhalb ihres Behandlungsspektrums auf. In den oben aufgeführten relevanten Diagnosegruppen sind sie also nicht auf einer breitgefächerten Basis vertreten. Es ist auch davon auszugehen, dass Fachversorger einen höheren Anteil elektiver Patienten aufweisen als andere Krankenhausformen und damit nicht in gleichem Maße komplexe Diagnosegruppen behandeln.



Ähnlich wie beim Spezialversorger ist ihr Leistungsspektrum vermehrt auf Einzeldiagnosen ausgerichtet, ohne dass sie jedoch damit über Patienten mit derselben Erkrankungsschwere wie dieser verfügen. Dies alles reduziert die Notwendigkeit zur Vorhaltung interdisziplinärer Strukturen für Fachversorger deutlich. Daher ist bei ihnen von einer geringeren Bedeutung interdisziplinärer Fachabteilungsstrukturen auszugehen als bei den anderen Krankenhausformen.





8.1.3 Die Verzahnung krankenhauser interner und externer Gesundheitsdienstleistungen

Verzahnte Krankenhausstrukturen haben insbesondere für den regional tätigen Basisversorger eine sehr hohe Bedeutung. Dieser weist mit seinem Umfeld eine enge Verbindung auf - er ist häufig ein direkter Partner der niedergelassenen Ärzteschaft und fester Bestandteil seiner ihn umgebenden Kommune. Von einer Abwanderung seiner Fachärzte in die Niederlassung ist er in besonderer Weise betroffen, da diese zu einer ernstzunehmenden Konkurrenz für das Krankenhaus werden können.

Viele der im Rahmen einer Basisversorgung geleisteten Behandlungen eines Krankenhauses sind prinzipiell auch von der niedergelassenen Ärzteschaft im Rahmen ambulanter oder kurzzeitstationärer Behandlungen leistbar. Besonders prekär wird die Situation dadurch, dass es im Zeitalter der Fallpauschalen (DRG) gerade diese Leistungen sind, die durch ihre hohe Fallzahl und ihren meist unkomplizierten Behandlungsverlauf auch aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus für das Krankenhaus sehr attraktiv sind und für den Ausgleich ihres Case-Mix eine enorme Bedeutung haben.

Andererseits bietet sich der Basisversorger als Partner für eine sektorenübergreifende Verzahnung auch gerade deshalb an, weil kein übermäßig großes Leistungsgefälle zwischen ihm und dem ihn umgebenden ambulanten Sektor besteht. Verzahnte Behandlungsmodelle sind deshalb gerade hier besonders sinnvoll und weisen keine hohen Einstiegshürden auf.

Teilweise weist auch der Allroundversorger ein ähnliches Verhältnis mit dem ihn räumlich unmittelbar umgebenden ambulanten Sektor auf, jedoch ist die Zahl der ambulanten Partner durch sein überregionales Einzugsgebiet deutlich größer und differenzierter. Damit bekommt die Schaffung integrativer Strukturen zwar nicht die gleiche hohe Bedeutung wie für den Basisversorger, dennoch muss auch er im Zuge einer durchlaufenden sektorenübergreifenden Behandlungskette diesen Verzahnungsprozess fördern.

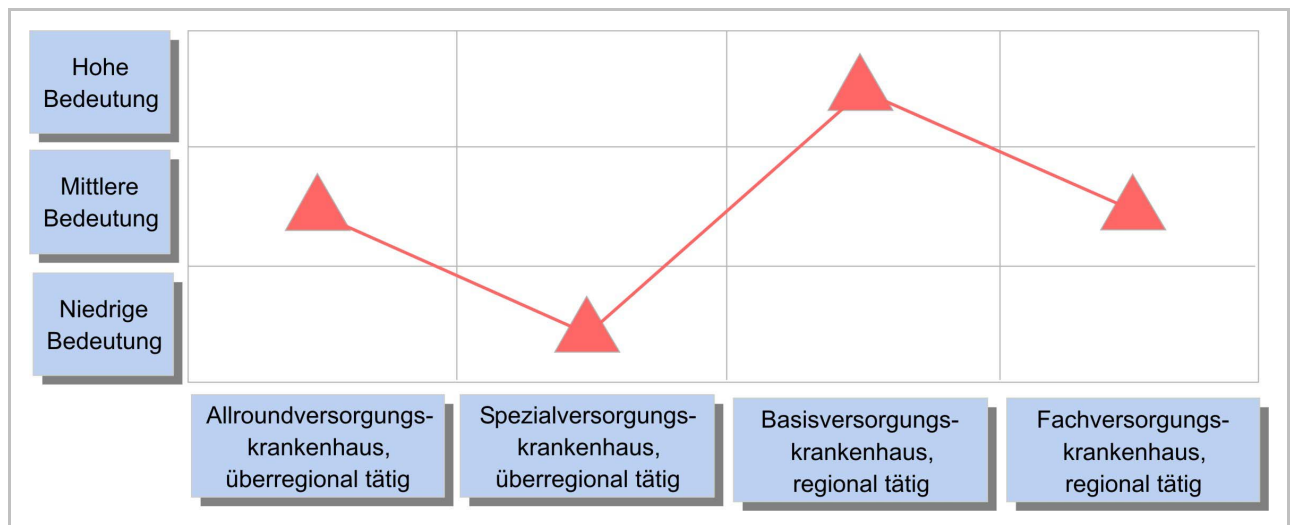
Durch die Ausbildung eigenständiger Schwerpunkte, die nicht unbedingt in "Reichweite" des ambulanten Sektors liegen, besteht für einige Leistungsteile des Allroundversorgers eine klarere Abgrenzung zum ambulanten Sektor als im Falle des Basisversorgers. Gerade diese eindeutigeren Abgrenzung kann aber möglicherweise dem Beginn einer sektorenübergreifenden Leistungsgemeinschaft durchaus förderlich sein, da eine Konkurrenzsituation mit dem ambulanten Sektor nicht im selben Maße auftritt wie bei den Basisversorgern.

Ein direktes Handeln des ambulanten Sektors in den krankenhauser internen Prozessen, wie dies bei den Basisversorgern durchaus denkbar ist, wird in der Zusammenarbeit mit den Allroundversorgern damit nicht ohne weiteres möglich sein, da in vielen internen Leistungsbereichen des Allroundversorgers schon eine Spezialisierung vorliegt, die nicht ohne weiteres durch den ambulanten Sektor abgedeckt werden kann. Die Modelle der integrativen Zusammenarbeit zwischen dem Allroundversorger und seinem ambulanten Umfeld werden sich also hauptsächlich durch Leistungsaufteilung und partnerschaftliche Kooperation innerhalb der Behandlungskette auszeichnen.



Der Spezialversorger wird nur vergleichsweise wenig von integrierten Krankenhausstrukturen profitieren können. Sein Einzugsgebiet ist zu weit und deutlich überregional ausgerichtet, als dass ein ambulanter Sektor als Partner definiert werden könnte. Darüber hinaus ist sein Leistungsangebot zu sehr spezialisiert, um ambulante Dienstleister in sein Leistungsspektrum integrieren zu können. Die Bedeutung integrativer, sektorenübergreifender Strukturen ist für ihn daher als eher gering einzustufen.

Etwas unterschiedlich ist die Situation dagegen für den Fachversorger zu bewerten: Zum einen weist auch er einen hohen Spezialisierungsgrad auf, der einer integrativen Struktur entgegensteht; andererseits ist er in seiner Tätigkeit überwiegend regional verwurzelt und erhält den Großteil seiner Patienten direkt aus dem ihn umgebenden ambulanten Sektor. Damit ist er gleichermaßen Teil der "Gesundheitsdienstleister-Gemeinde" vor Ort, auch wenn er nur einen sehr kleinen, spezialisierten Teil des regionalen Gesamtleistungsspektrums abdeckt. Ähnlich wie der Allroundversorger kann er zwar nicht den ambulanten Sektor direkt in seine internen Behandlungsprozesse integrieren, er braucht aber integrierende Elemente der Verzahnung mit seinem ambulanten Umfeld, da er von diesem in einem hohen Maße abhängig ist.





8.2 Behandlung und Qualität

8.2.1 Die Pathway-Familie

Neben den schon bekannten klinischen Behandlungspfaden sind vor allem vier weitere Pathway-Gruppen als Ergänzung im Krankenhaus der Zukunft denkbar - Administration Pathways, Clinical Research Pathways, Evaluation Pathways und Knowledge Transfer Pathways.

Eine Unterscheidung ihrer Relevanz für verschiedene Formen des Krankenhauses ist dabei kaum möglich, da die Unterschiede nur gering sind und keine qualitative Differenzierung erlauben. Für die einzelnen Pathway-Gruppen bedeutet dies:

(1) Administration Pathways

Den Behandlungsablauf begleitende administrative Behandlungspfade sind sowohl für spezialisierte oder fachlich breiter aufgestellte Häuser als auch für regional oder überregional tätige Häuser sinnvoll. Alle vier stellvertretend untersuchten Krankenhausformen (Spezialversorger, Allroundversorger, Basisversorger, Fachversorger) haben gemein, dass sie Wirtschaftlichkeit und Qualität miteinander vereinen müssen. Dies zu unterstützen, ist Aufgabe der Administration Pathways.

(2) Clinical Research Pathways

Spezialversorger werden möglicherweise in einem größeren Umfang klinische Forschung betreiben als Vertreter der anderen drei Krankenhausformen. Dieser Unterschied ist aber lediglich ein quantitativer; selbst Basisversorger werden beispielsweise Teilnehmer an multizentrischen Studien sein können. Daneben ist die klinische Forschung nicht allein mit "großer" Forschung gleichzusetzen. Auch kleinere Forschungsaktivitäten sind Teil eines ethischen Aspekts, der Forschung bezüglich der Verbesserung von Behandlungsinhalten und -abläufen zu einer Pflicht für alle Krankenhäuser macht.

(3) Evaluation Pathways

Auch die Notwendigkeit einer internen und externen Evaluation unterscheidet nicht zwischen den verschiedenen Krankenhausformen. Die Inhalte mögen andere sein, die Aufgabe besteht aber für alle Krankenhäuser.

(4) Knowledge Transfer Pathways

Die interne wie auch externe Wissensdisseminierung gehört ebenfalls zu den die gesamte Krankenhauswelt umfassenden Aufgaben.



Unterschiede in der Bedeutung von Pathway-Strategien zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sind also zwischen den einzelnen Krankenhausformen nicht darstellbar. Für alle Krankenhausformen ist ihre Bedeutung als hoch einzuschätzen.

Hohe Bedeutung	▲	▲	▲	▲
Mittlere Bedeutung				
Niedrige Bedeutung				
	Allroundversorgungs- krankenhaus, überregional tätig	Spezialversorgungs- krankenhaus, überregional tätig	Basisversorgungs- krankenhaus, regional tätig	Fachversorgungs- krankenhaus, regional tätig



8.2.2 Vernetzte Welt – Das Krankenhaus in seinem Umfeld

Die Nutzung einer "intelligenten" elektronischen Patientenakte als dynamische Kommunikationsplattform wird vor allem für die Krankenhäuser wichtig sein, die entweder über eine Vielzahl von integrierten Behandlungsprozessen verfügen oder deren Spezialisierungsgrad einen intensiven Austausch mit anderen Bereichen erfordert. Zumindest eine dieser Voraussetzungen ist im Prinzip bei allen vier betrachteten Krankenhausformen gegeben. Allerdings gibt es einige Unterschiede in dem Nutzen, den die verschiedenen Krankenhäuser hieraus im Einzelnen ziehen können:

(1) Dienstleistungsqualität

Die in Szenarioebene II beschriebene Bedeutung der Dienstleistungsqualität gegenüber dem Patienten ist für den Spezialversorger, den Allroundversorger, den Basisversorger und auch den Fachversorger gegeben. Alle diese Krankenhäuser müssen auf ihre Weise dem Patienten zukünftig derartige Dienstleistungsangebote anbieten. Dabei ist die Frage nach der Art der einzelnen Krankenhausform weniger entscheidend; viel bedeutender ist es, dass der Patient diese Dienstleistungsangebote zunehmend als Selbstverständlichkeit auffassen wird, die er in allen seinen Krankenhauskontakten erwartet. Signifikante Bedeutungsunterschiede für die vier Krankenhausformen bestehen somit nicht.

(2) Sektorenübergreifende Schnittstellen

Vor allem der Spezialversorger profitiert von der besseren Ausgestaltung der Schnittstellen zu anderen Gesundheitsdienstleistern: Zum einen ist seine Tätigkeit auf spezialisierte Behandlungsverfahren konzentriert; aus diesem Grund ist ein Informationsdialog über eine entsprechende Kommunikationsplattform für ihn durchaus sinnvoll. Andererseits ist der Spezialversorger überregional tätig; seine Einweiser und andere Partner in der sektorenübergreifenden Behandlung sind also häufig räumlich weit von ihm entfernt. Auch dies spricht für eine solche Kommunikationsplattform als Mittel zur intensiveren Bindung dieser Partner an das eigene Krankenhaus.

Ähnliches kann auch für den Allroundversorger angeführt werden, obgleich seine Spezialisierung lediglich auf einige wenige Schwerpunkte beschränkt bleibt. Dagegen verfügt er aber über eine höhere Anzahl integrierter Behandlungsverfahren, da sein Spektrum breitgefächert ist.

Der Basisversorger verfügt selbstverständlich auch über sektorenübergreifende Schnittstellen. Allerdings lassen der hohe Anteil an elektiven Patienten mit einer geringen Erkrankungsschwere, die geringere Anzahl möglicher Partner und Einweiser, der geringe Spezialisierungsgrad und die Tatsache, dass er meist sehr gut in die informellen kommunalen Strukturen eingebunden ist, für ihn die Bedeutung einer elektronischen Kommunikationsplattform deutlich geringer erscheinen.

Auch das Fachkrankenhaus wird einer Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Schnittstellen über elektronische Kommunikationsplattformen weniger Bedeutung zuschreiben. Zwar verfügt es einerseits über einen hohen Spezialisierungsgrad, doch ist andererseits sein Patientenspektrum von elektiven Erkrankungen geprägt. Darüber hinaus ist es ähnlich wie der Basisversorger relativ ortsnah zu seinen Behandlungspartnern anzutreffen.



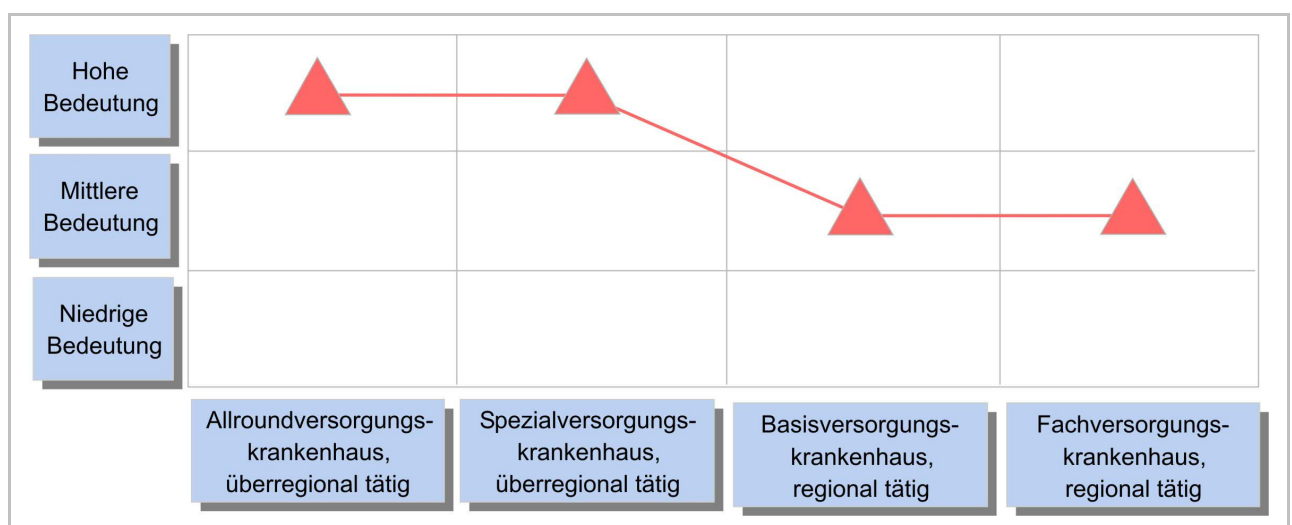
(3) Sektorenübergreifendes Informationsportal

Diese Nutzung einer Kommunikationsplattform ist für alle vier Krankenhausformen als wichtig zu bezeichnen, da sie unabhängig von Patientenspektrum, Einzugsgebieten und Erkrankungsschwere der Patienten vor allem der allgemeinen Kundenbindung dient. Eine große Bedeutung liegt hier also für alle vier Krankenhäuser vor.

(4) Wiedergewinnung der Informationshoheit

Dieser Punkt betrifft vor allem Krankenhäuser, die unter anderem auch spezialisiertere Behandlungsverfahren ausüben oder zumindest klinische Schwerpunkte haben, weil in beiden Fällen komplexere Behandlungsentscheidungen Teil der täglichen Routine sind. Hierunter fallen vor allem der Spezialversorger und der Allroundversorger. Zwar verfügt auch der Fachversorger über ein spezialisiertes Leistungsportfolio, jedoch handelt es sich dabei in erster Linie um einen hohen Anteil spezialisierter und elektiver Verfahren, in denen der Fachversorger auch Teil der prästationären Informationsvermittlung vor Ort ist, so dass die Bedeutung möglicherweise etwas geringer anzusetzen ist. Ähnliches gilt für den Basisversorger, der zwar sein Leistungsportfolio breiter fächert als der Fachversorger, der aber ebenfalls vor Ort vertreten ist und somit eine engere und unmittelbare Verbindung zu seinen Patienten aufbauen kann, als dies für überregional tätige Häuser der Fall ist.

Die Zusammenfassung zeigt, dass die umfassende Nutzung einer elektronischen Patientenakte für den Spezialversorger und den Allroundversorger eine hohe Bedeutung hat. Eine signifikante Bedeutung ist auch für den Basisversorger und den Fachversorger durchaus vorhanden, doch fällt diese im Vergleich etwas geringer aus.



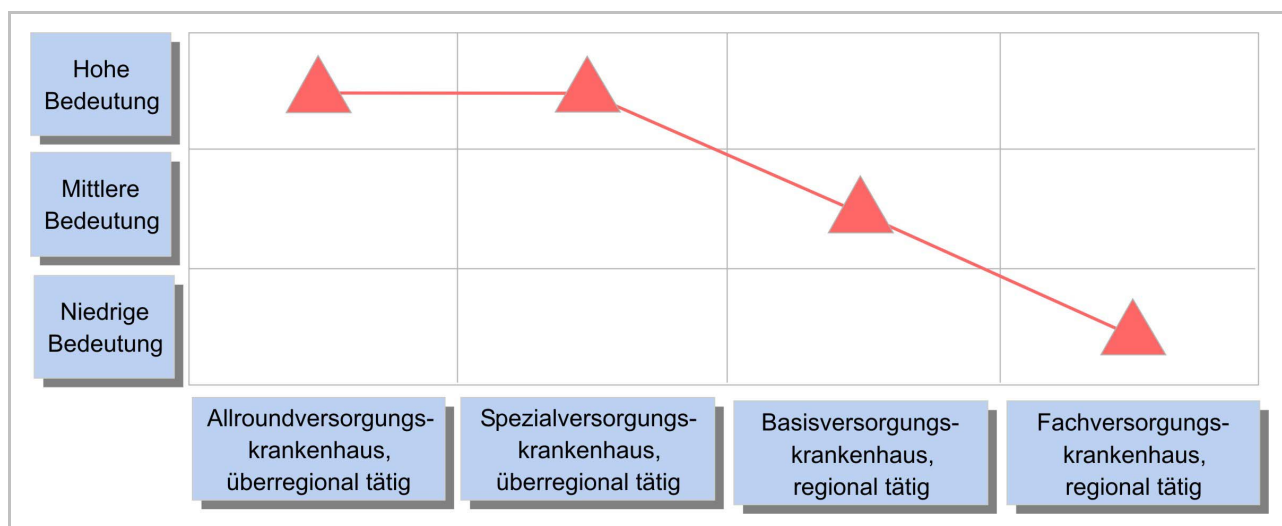


8.2.3 Die Koordination der inneren Vernetzung

Die Einführung eines individualisierten Patientenmanagements, das als strukturelle Koordinationsebene die Patientenführung im Krankenhaus koordiniert, ist prinzipiell für alle Krankenhausformen denkbar, da es Teil einer umfassenden Dienstleistung für den Patienten ist. Es macht aber vor allem dort Sinn, wo die Behandlungsprozesse deutlich komplexere Strukturen aufweisen. Dies ist insbesondere für Spezialversorger oder auch für große Allroundversorger der Fall; Basisversorger haben in der Regel deutlich weniger komplexe Behandlungsprozesse, so dass dies die Bedeutung etwas abschwächt.

Der Fachversorger dagegen verfügt in der Regel über hochelektiv gestaltete Prozesse, denen meist schon eine umfangreiche Diagnostik im ambulanten Sektor vorausgegangen ist. Die Indikationsstellung ist oft bereits im Vorfeld geklärt, so dass umfangreichere Koordinationsmaßnahmen während des stationären Krankenhausaufenthalts weniger zu erwarten sind.

Darüber hinaus bedingt die hohe Elektivität und Spezialisierung des Leistungsspektrums, dass das direkte Arzt-Patienten-Verhältnis auch weiterhin die zentrale Kommunikations- und Koordinationsachse für einen Fachversorger bleiben wird. Für diesen Krankhaustypus ist folglich von einer geringeren Notwendigkeit einer Koordinationsebene und eines individualisierten Patientenmanagements auszugehen.





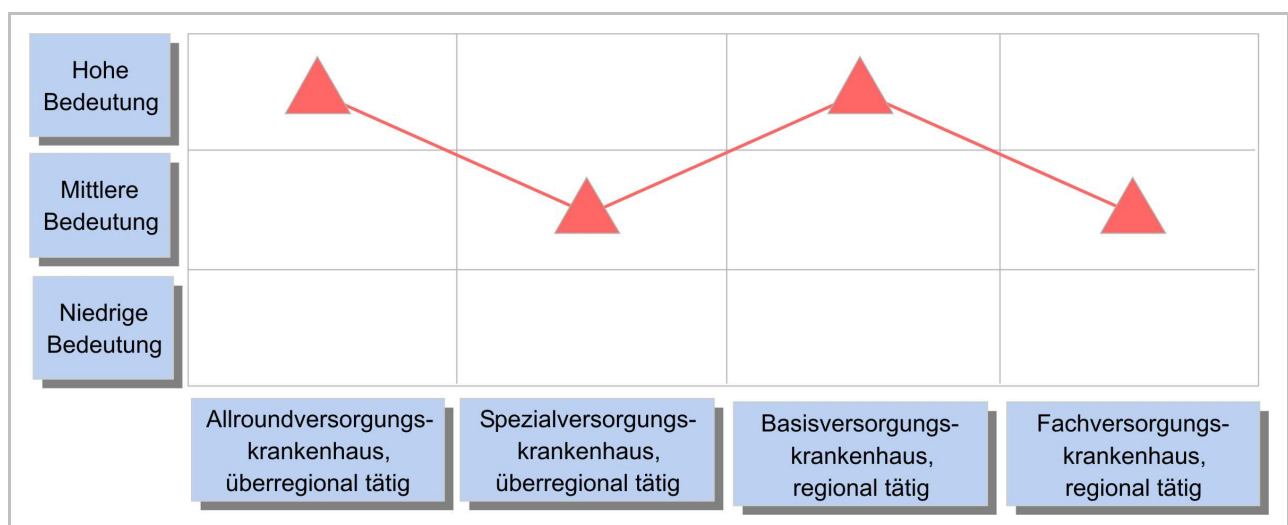
8.3 Dienstleistung

8.3.1 Modulare Dienstleistungsstruktur

Die treibende Kraft hinter dem Aufbau einer modularen Dienstleistungsstruktur ist die Notwendigkeit, dem Patienten zukünftig Dienstleistungen anzubieten, die den medizinischen Behandlungsprozess begleiten. Das Angebot muss dem Patienten transparent dargestellt werden und ihm auch individuelle Wahlmöglichkeiten einräumen; dies lässt sich am ehesten über ein Dienstleistungsspektrum, das in kombinierbare Module aufgeteilt ist, realisieren.

Die angebotenen Module können dabei eine große Vielfalt aufweisen und an das jeweilige Patientenspektrum des Krankenhauses angepasst sein. Diese Vielfalt möglicher Dienstleistungsmodule besagt aber auch, dass sie für alle betrachteten Krankenhausarten eine signifikante Bedeutung entwickeln können. Die Gründe, die zu einer verstärkten Nachfrage seitens der Patienten nach begleitenden Dienstleistungen führen, gelten im Prinzip auch für alle Krankenhäuser.

Insbesondere aber Krankenhäuser wie der Allround- und der Basisversorger, bei denen nur ein geringerer oder überhaupt kein Anteil des Patientenspektrums höherspezialisierte Leistungen bezieht, werden gehalten sein, zusätzliche Dienstleistungen in ihr Leistungsportfolio aufzunehmen. Im Gegensatz zu den Krankenhäusern mit einem vornehmlich spezialisierten Leistungsspektrum (Spezialversorger, Fachversorger) haben sie weniger die Möglichkeit, sich allein über ihr rein medizinisches Dienstleistungsspektrum von anderen Mitbewerbern abzusetzen. Für sie wird die Schaffung eines modularen Dienstleistungsangebots daher eine besondere Bedeutung haben.



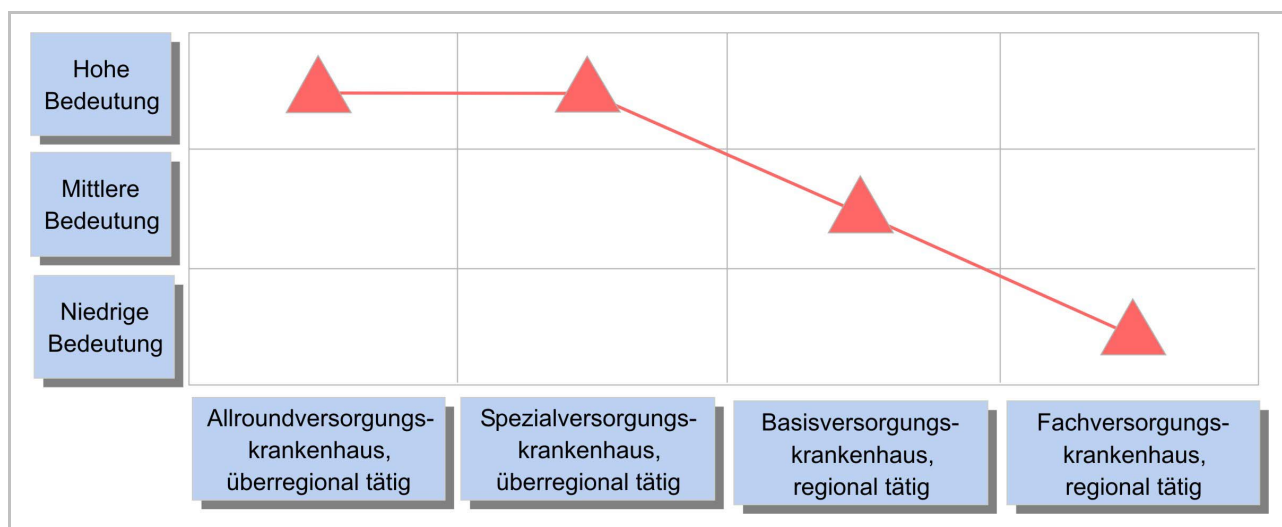


8.3.2 Personenbezogene Dienstleistungsstruktur

Die personenbezogene Dienstleistung ist zunächst eine Grundhaltung, welche den Patienten und seinen Behandlungsprozess in den Mittelpunkt des Krankenhausgeschehens stellt. Diese Grundhaltung wird gleichermaßen für alle Krankenhäuser mehr und mehr zu einer Richtschnur ihres Handelns werden. Die im Rahmen der Szenarioebene II beschriebene Struktur eines therapeutischen Kernteams als strukturelles Korrelat dieser personenbezogenen Dienstleistung ist dagegen für die verschiedenen Krankenhausarten unterschiedlich zu bewerten.

Kernteams haben vor allem dann eine hohe Bedeutung, wenn die zugrunde liegenden Behandlungsprozesse komplex sind und eine Vielzahl unterschiedlicher Mitarbeiter in einen berufsgruppenübergreifenden Prozess einbinden. In diesen Situationen ist der Aufbau einer Beziehung zu einer Vertrauensperson für den Patienten wichtig, da die Komplexität des Behandlungsablaufs und die Vielzahl der Mitarbeiter für ihn nicht mehr überschaubar sind.

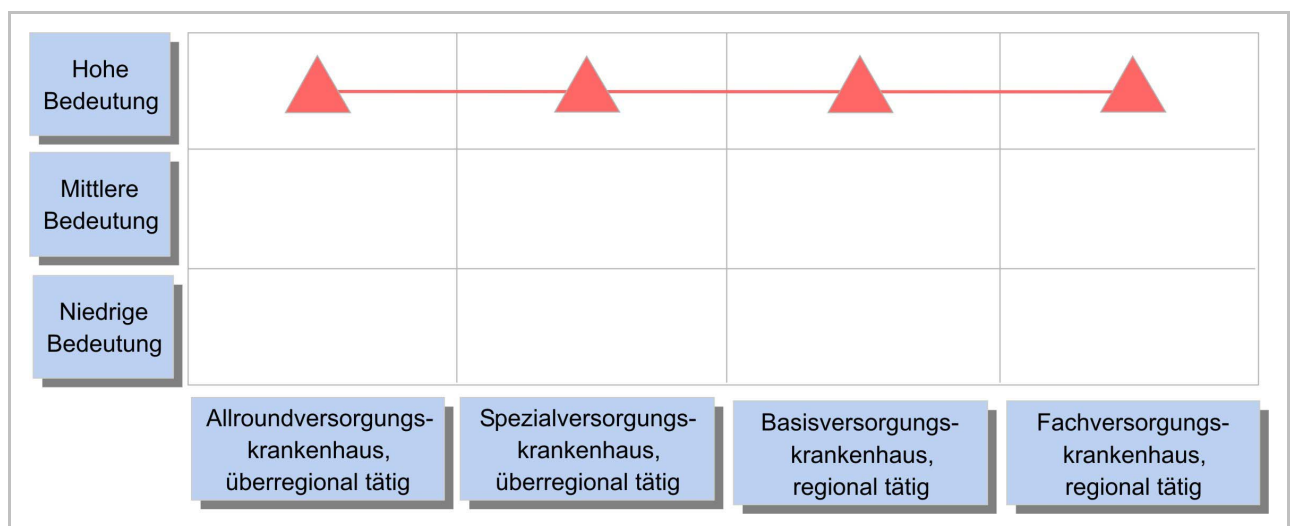
Derartige Behandlungssituationen sind insbesondere bei den Spezialversorgern und den großen Allroundversorgern zu finden, für die diese Kernteams eine besondere Bedeutung haben können. In etwas geringerem Maße trifft dies auch für Basisversorger zu, da auch sie in ihrem breitgefächerten Patientenspektrum ähnliche Strukturen aufweisen können. Dagegen werden Fachversorger mit ihrem elektiven Spektrum und aufgrund des ihnen eigenen hohen Stellenwerts der Arzt-Patient-Beziehung sehr wahrscheinlich einen deutlich geringeren Bedarf an derartigen Kernteamstrukturen haben.





8.3.3 Dienstleistung für den alten Patienten und sein soziales Umfeld

Dienstleistungen für den alten Menschen werden für alle Krankenhaustypen von Bedeutung sein, jedoch insbesondere für Krankenhäuser, welche die Langzeitversorgung chronisch kranker Patienten übernehmen, im Vordergrund stehen. Während eher allgemeintätige Krankenhaustypen wie der Allroundversorger oder das Basisversorgungskrankenhaus eine höhere Zahl an Langzeitpatienten mit Co-Morbiditäten aufweisen können, werden die eher spezifisch ausgerichteten Krankenhäuser (Spezialversorger und Fachversorgungskrankenhaus) bestimmte einzelne Krankheitsepisoden betreuen. An der hohen Bedeutung der Dienstleistung für den älteren Patienten und seine Familie für alle Krankenhaustypen wird aber diese unterschiedliche Ausrichtung des Leistungsbilds wohl eher keine Auswirkung haben. Letzten Endes werden die Begriffe "Chronizität" und "Alter" vor keinem der Krankenhaustypen Halt machen.





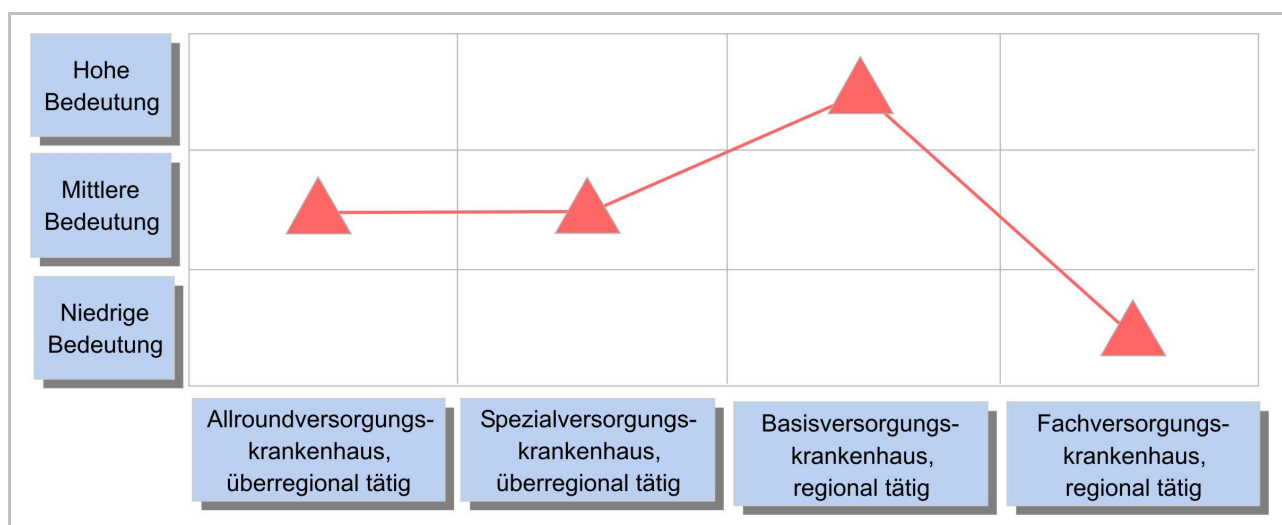
8.3.4 Präventionsdienstleistung

Die wachsende Bedeutung von Präventionsdienstleistungen als Teil des Leistungsspektrums von Krankenhäusern wird vor allem die Basisversorger betreffen. Hierfür sprechen vor allem zwei Gründe: Zum einen werden die sich am stärksten entwickelnden Bereiche die primäre und die sekundäre Prävention sein, da hier aktuell der größte Nachholbedarf im Krankenhaussektor besteht. Dies setzt aber die intensive Verzahnung mit dem ambulanten Sektor sowie eine Vor-Ort-Präsenz voraus, was insbesondere beim regional tätigen Basisversorger gegeben ist.

Auf der anderen Seite wird ein starkes Engagement in der Präventionsmedizin auch dadurch verstärkt, dass das Krankenhaus sein Leistungsverständnis von einem reinen "Krankenhaus"-Dienstleister zu einem umfassenden "Gesundheits"-Dienstleister wandelt, der seine Patienten über lange Phasen ihres Lebens begleitet. Auch hierfür ist der Basisversorger durch seine lokale Präsenz prädestiniert. Präventionsmedizin mit begleitenden Angeboten ist also gerade für diesen Krankhaustyp ein Dienstleistungszweig mit einem enormen Wachstumspotenzial.

Spezialversorger und Allroundversorger dagegen sind entweder zu spezialisiert, um dem Patienten Lebensabschnittsbegleitungen sinnvoll anbieten zu können, oder ihr Einzugsgebiet ist durch die Überregionalität zu groß, um diese zu koordinieren. Ihre Rolle in der Präventionsmedizin wird wohl weiterhin vornehmlich in der tertiären Prävention und mit einigen Abstrichen eventuell auch noch in der sekundären Prävention zu suchen sein.

Fachversorger wiederum werden auch zukünftig in einem nur sehr begrenzten Maße Präventionsdienstleistungen anbieten, da ihr Spektrum zu spezialisiert ist, um diesen Bereich umfassend abdecken zu können. Auch sind sie nicht dafür eingerichtet, eine langjährige Begleitung des Patienten sicherstellen zu können.



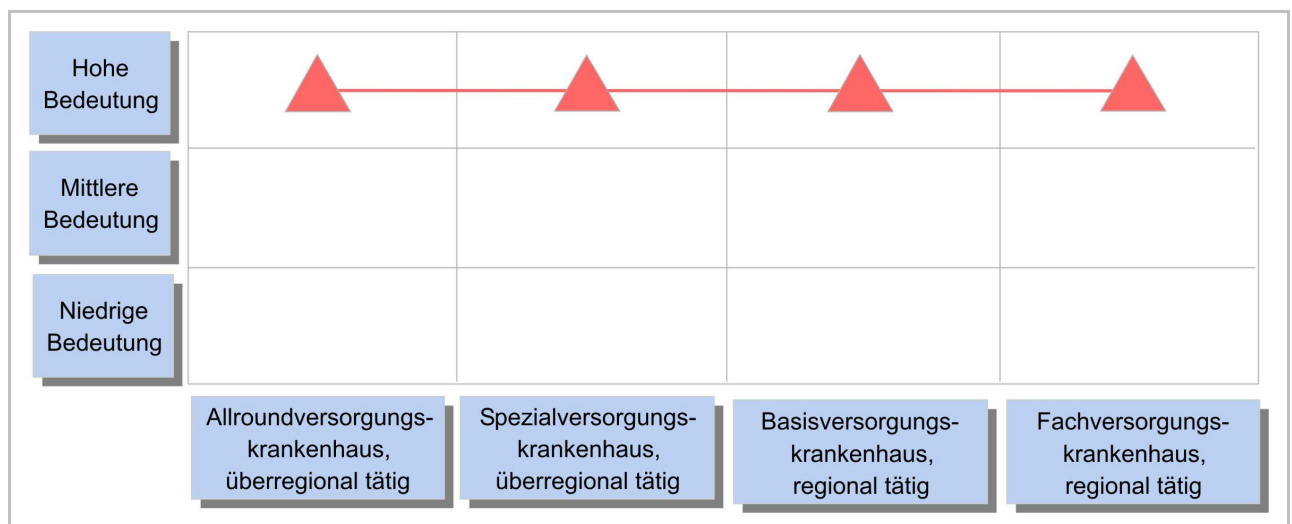


8.4 Personal

8.4.1 Hierarchien zur Eigenständigkeit

Die Ausrichtung der Hierarchien im Krankenhaus entlang der Prozessketten, die Nachweispflichten der Qualifikation auch in leitenden Positionen, die zunehmende Entscheidungsfreiheit über das eigene Handeln im Rahmen des Karriereaufstiegs sowie die zunehmende Befristung der Beschäftigungsverhältnisse der leitenden Mitarbeiter - all diese Entwicklungen werden für alle Krankenhäuser an Bedeutung gewinnen.

Der spezielle Typus des Krankenhauses wird dabei weniger eine Rolle spielen, da die zugrunde liegenden Einflussfaktoren für alle Krankenhäuser im Prinzip die Gleichen sind. Demzufolge muss die abschließende Bewertung bei allen in dieser Studie untersuchten Krankenhaustypen von einer zukünftig ähnlich hohen Bedeutung ausgehen.





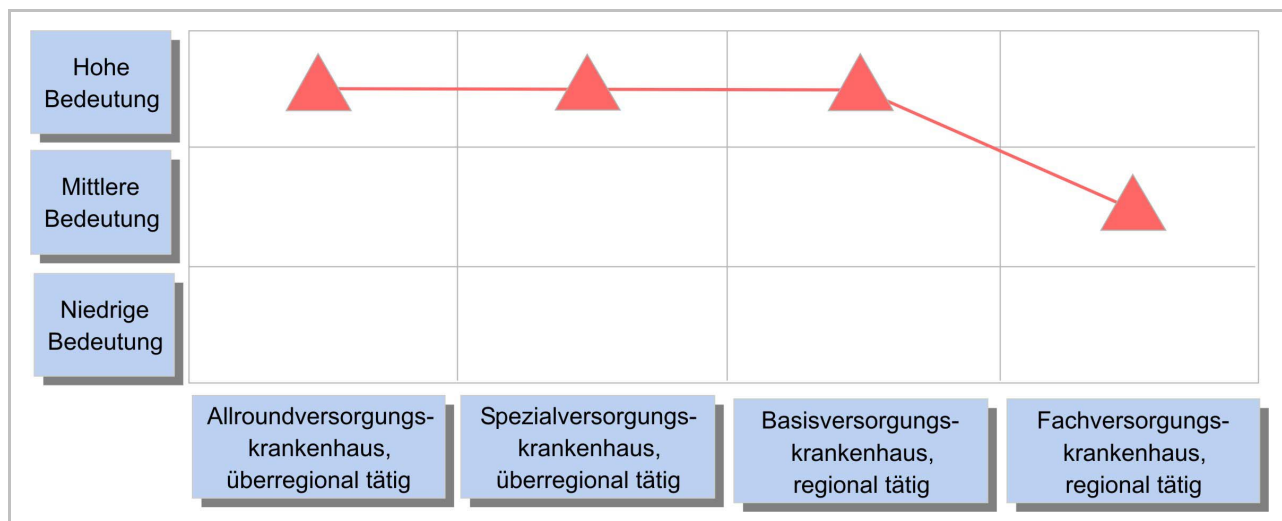
8.4.2 Horizontale Teamkultur im Krankenhaus

Die Entwicklung von horizontalen Teamkulturen wird insbesondere durch eine Veränderung der zugrunde liegenden Personalstrukturen gefördert. Die drei wichtigsten Entwicklungen sind dabei:

- (1) Entwicklung von auf die Behandlungsprozesse ausgerichteten Organisationsstrukturen, die eine Verlagerung von Entscheidungskompetenzen auf die direkt im Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiter des Krankenhauses erfordern
- (2) Wachsende Emanzipierung der Pflege und anderer Funktionsdienste sowie Anerkennung als Gesundheitsberufe mit eigenständigerer Rolle
- (3) Zunehmend höherer Altersdurchschnitt der im Krankenhaus beschäftigten Mitarbeiter, der eine Dezentralisierung der operativen Entscheidungskompetenzen unterstützt

Diese Entwicklungen können für Spezialversorger, Allroundversorger und Basisversorger in ähnlicher Weise postuliert werden, so dass für diese Krankenhausarten zukünftig eine gleich hohe Bedeutung der Entwicklung einer horizontalen Teamkultur angenommen werden kann.

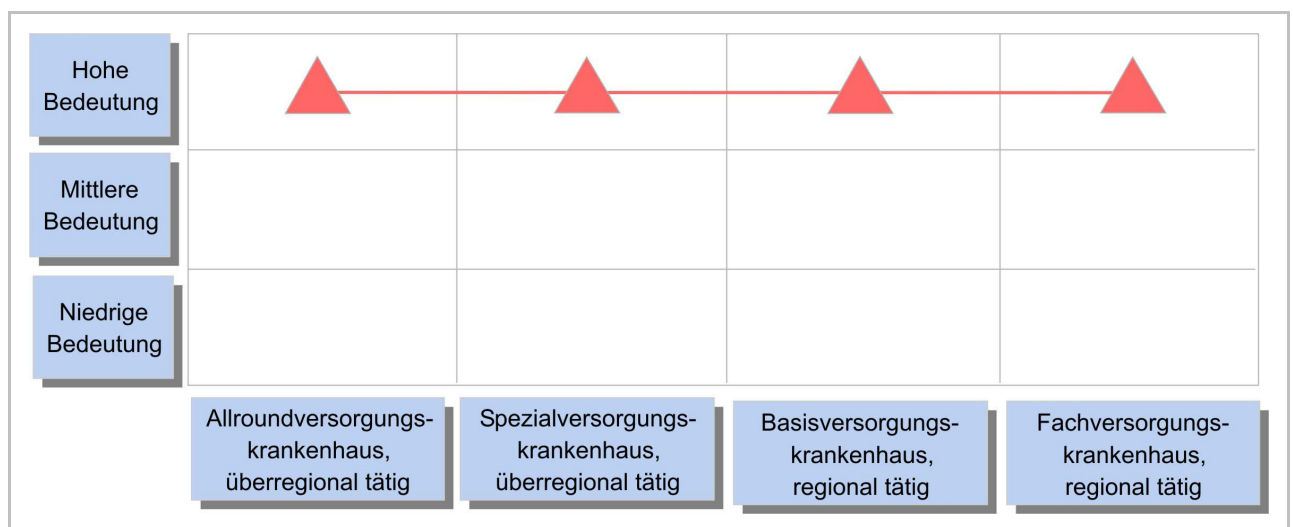
Etwas unterschiedlich wird sich die Entwicklung möglicherweise für die Fachversorger gestalten. Der hohe Anteil elektiver Patienten mit einer herausragenden Rolle des Arztes als Fachtherapeut lässt erwarten, dass horizontale Teamkulturen in diesem Krankhaustyp eine nicht ganz so entscheidende Rolle spielen werden.





8.4.3 Transparenz von Personal- und Organisationsstrukturen

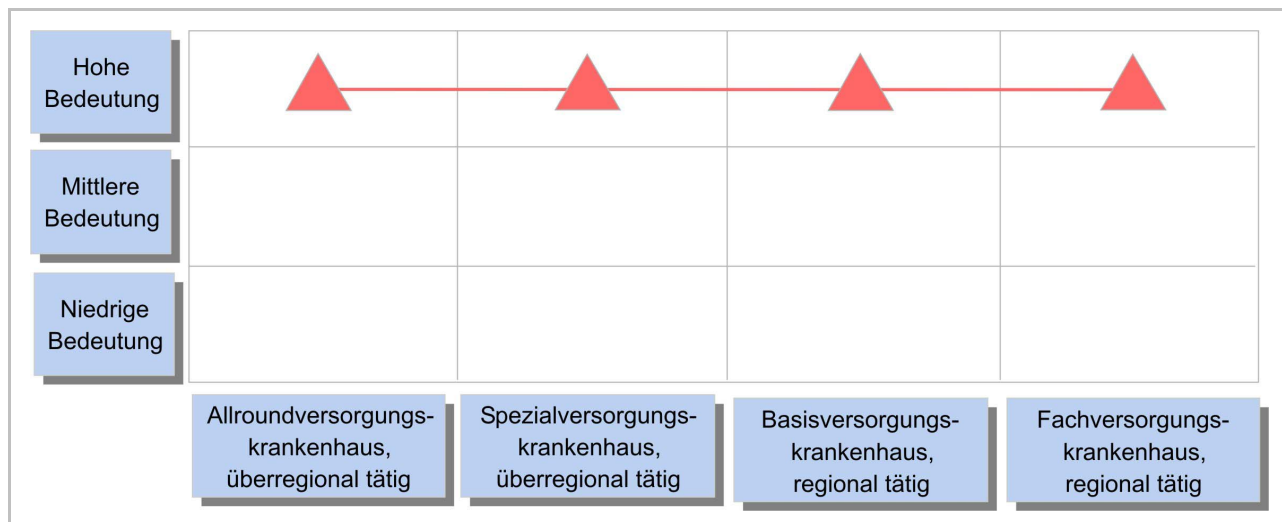
Hierarchien sind in allen vier Krankenhaustypen gleichermaßen vorhanden. Ebenso verfügen alle Krankenhaustypen über Mitarbeiter mit jeweils eigenen Qualifikationen und Aufgabengebieten innerhalb der Krankenhausorganisation. Die transparente Darstellung der Personal- und Organisationsstrukturen kann daher in ihrer Bedeutung für alle vier Krankenhaustypen zukünftig als gleich hoch eingeschätzt werden.





8.4.4 Beschäftigungsverhältnis = Entwicklungsverhältnis

Ähnlich wie bei den anderen das Personal betreffenden zukünftigen Entwicklungen im Krankenhauswesen ist auch die Neuordnung der Beschäftigungsverhältnisse im Sinne eines "Wissensvertrags" keine Entwicklung, die sich speziell auf einen Krankentyp beschränken lässt. Grundlegende Personalfragen bleiben zunächst vom Leistungsspektrum des Hauses im Wesentlichen unberührt, da sie unabhängig von diesem versuchen, die Belange der Mitarbeiterschaft in stärkerem Maße zu berücksichtigen und auf diese Weise eine Demotivationsprophylaxe zu betreiben. Die zukünftige Entwicklung einer Verknappung der Ressource "Personal" im Krankenhaus macht dabei vor keinem Krankenhaus halt.





9. Fazit und Ausblick

Der Titel der Studie "Zukunft für das Krankenhaus" lässt wahrscheinlich Viele instinktiv ein Fragezeichen setzen. Die großen Umwälzungen unserer Gesellschaft und des Umfelds im Gesundheitswesen schaffen Unsicherheit über diese Zukunft; im historischen Rückblick hat jedoch das Krankenhaus bisher diese Veränderungen aufgegriffen und seine Aufgaben im Zeitverlauf neu definiert und erweitert. Allein durch die Vielfalt der Betätigungsfelder erscheint die Zukunft des Krankenhauses gesichert; welcher Art diese Zukunft sein soll, wird dagegen wohl Streitpunkt sein.

Die weitere Entwicklung des Krankenhauses als Organisation wird auch in Zukunft durch eine Fülle verschiedenartiger Komponenten mitbestimmt werden. Je mehr sich das Krankenhaus zu einem umfassenden Dienstleister entwickelt, umso mehr wird auch die Zahl derjenigen Personen, Gruppen oder Institutionen steigen, die Einfluss auf die Entwicklung dieser Einrichtung nehmen werden.

Daraus folgt vor allem eins: Wie auch immer das Krankenhaus sich in Detailfragen weiterentwickelt, es ist davon auszugehen, dass die prominente Rolle, welche das Krankenhaus in unserer Gesellschaft hat, in den nächsten Jahren noch weiter zunehmen wird. Weder die derzeitige Diskussion um Krankenhausfinanzierung oder -trägerschaft noch Gesundheitsreformen und "Privatisierungswellen" werden seine Rolle in unserer Gesellschaft schmälern.

Die vorliegende Studie konnte nur schlaglichtartig Aspekte betrachten, die aus der Sicht der Verfasser für zukünftige Entwicklungen im Krankenhausbereich relevant sein werden. Dass dies zu Begrenzungen führen muss, ist aus zweierlei Gründen kaum vermeidbar:

Zum einen wird trotz aller Bemühungen der Faktor "Subjektivität" immer eine Störvariable bleiben. Offenheit kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass eine Prise "Betriebsblindheit" nicht auszuschließen ist. Die Beteiligten dieser Studie sind natürlich von ihren eigenen Erfahrungen (innerhalb und/oder außerhalb des Krankenhauses) geprägt und werden diese in ihre Erwartungen an die Zukunft des Krankenhauses mit einfließen lassen.

Zum anderen hätte eine in allen Bereichen ausführlichere Erörterung und Diskussion der zukünftigen Entwicklungsfaktoren den Rahmen dieser Studie gesprengt. Eine Beschränkung und gegebenenfalls auch vereinfachende Darstellung war an manchen Stellen daher unvermeidbar.

Diese Studie ist in erster Linie Standpunkt und Beitrag in der derzeitigen Diskussion um die zukünftige Rolle der Institution "Krankenhaus" in unserer Gesellschaft. Ihr Ergebnis eröffnet eher weiterführende Fragen, als dass sie abschließende Antworten geben kann.

Weiterführende Untersuchungen zur Szenarioebene I lassen sich in zwei Felder aufteilen:

- (1) Weiterführende Forschung bezüglich Einflussfaktoren, die entweder in dieser Studie noch nicht erfasst wurden oder aber in den nächsten Jahren noch zusätzlich relevant werden.
- (2) Weiterführende Forschung hinsichtlich der Vertiefung und weiteren Ausdifferenzierung der einzelnen Einflussfaktoren



In Szenarioebene II werden wesentliche Rahmenbedingungen für künftige Struktur- und Kernprozessmaßnahmen dargestellt. Insbesondere in diesem Feld ist zu erwarten, dass die weitere Vertiefung und Entwicklung von Umsetzungsstrategien für lange Zeit ein großes Forschungsfeld darstellen wird.

Dies hängt nicht allein damit zusammen, dass das Thema "Zukunft für das Krankenhaus" nicht nur die vielfältigen Strukturelemente eines Krankenhausbetriebs anspricht, sondern wird vor allem auch dadurch geprägt, dass die damit verbundenen Technologien einem Wandel unterworfen sind. Die Richtungen des technologischen Wandels sind aber noch schwieriger zu "erahnen" als dies für den gesellschaftspolitischen oder demographischen Wandel der Fall ist.

Ein Beispiel: Ein Großteil des Entwicklungspotenzials von Krankenhäusern in den Feldern Patienteninformationssysteme, Netzwerkbildung zwischen Gesundheitsdienstleistern oder klinischer Informationsaustausch basiert auf den Technologien des Internetzeitalters. Wer hätte vor gerade einmal 15 Jahren geahnt, dass eine neue Technologie in einem so rasanten Tempo in unser Leben drängen wird und Begriffe wie "World Wide Web", "E-mail" oder "Browser" zu Haushaltsbegriffen macht, die auf einer Stufe stehen mit "Telefon", "Post" oder "Fernseher"?

Wir dürfen uns also überraschen lassen, welche unvorhergesehenen Entwicklungen die Zukunft für das Krankenhaus bereithalten wird.



10. Die Krankenhaus-Management-Umfrage

10.1 Fragestellungen

Die Krankenhaus-Management-Umfrage diente der Komplettierung des Meinungsbilds und floss neben den Ergebnissen der Klausurtagung und der Erhebung der Grundlagendaten in die Entwicklung der Szenarioebenen ein. Die zentrale Fragestellung der Umfrage bezog sich im Wesentlichen auf zwei Themengebiete:

- (1) Welche Bestandteile gehören zu den grundsätzlichen Aufgabenbereichen zukünftiger Krankenhausorganisationen?
- (2) Welche Themenbereiche haben eine hohe Bedeutung für die Weiterentwicklung von Krankenhausorganisationen?

10.2 Aufbau

Insgesamt wurden 632 Krankenhäuser in 6 europäischen Ländern im Rahmen der Umfrage angeschrieben. Der Großteil dieser Krankenhäuser befand sich in Deutschland und repräsentiert rund 20 % der bundesdeutschen Krankenhäuser mit mindestens 50 stationären Betten.

Land	Zahl der angeschriebenen KHs
Deutschland	407
Frankreich	50
Großbritannien	50
Österreich	50
Schweiz	50
Schweden	25
Total	632

Um eine grundsätzliche Vergleichbarkeit der Häuser zu gewährleisten, sind Ausschlusskriterien definiert worden. Diese sollten vor allem verhindern, dass Häuser mit einem speziellen Behandlungsspektrum und -struktur, einer reduzierten Organisationskomplexität oder einer besonderen Trägerschaft das Gesamtbild beeinflussen. Zu den Ausschlusskriterien gehörten demnach:

- Reine psychiatrische oder psychosomatische Krankenhäuser
- Reine Rehabilitationskliniken
- Militärkrankenhäuser
- Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten



Die Auswahl der Krankenhäuser wurde für Deutschland, Österreich und die Schweiz nach Krankenhäusern randomisiert durchgeführt. Aufgrund einer anderen Struktur der Krankenhauslandschaft in den Ländern Großbritannien, Frankreich und Schweden wurde in diesen Ländern die Randomisierung nach Regionen durchgeführt.

Der Adressat der Umfrage war immer der primäre Vertreter des Krankenhausmanagements. Da die Positionsbezeichnungen in Krankenhäusern bei ähnlichem Tätigkeitsprofil unterschiedlich sein können, wurde eine festgelegte Reihenfolge in der Adressierung verwendet. War beispielsweise eine bestimmte Managementposition in dem angeschriebenen Haus nicht vorhanden, so wurde automatisch nach dem Vorhandensein der nächsten Stufe gesucht. War auch diese nicht vorhanden, wurde ein Adressat der wiederum nächsten Stufe ausgewählt, etc.

Die Stufen der Adressierung waren wie folgt:

1. Geschäftsführung
2. Kaufmännische Geschäftsführung
3. Krankenhausdirektion
4. Verwaltungsdirektion
5. Verwaltungsleitung
6. Ärztliche Leitung

Bei doppelter Besetzung einer Position wurde der alphabetisch erstrangige Vertreter angeschrieben.

10.3 Rücklaufquoten

Die Rücklaufquoten unterschieden sich sowohl im direkten Ländervergleich (vgl. Abbildung 57) wie auch innerhalb Deutschlands im Bundesländervergleich (vgl. Abbildung 58).

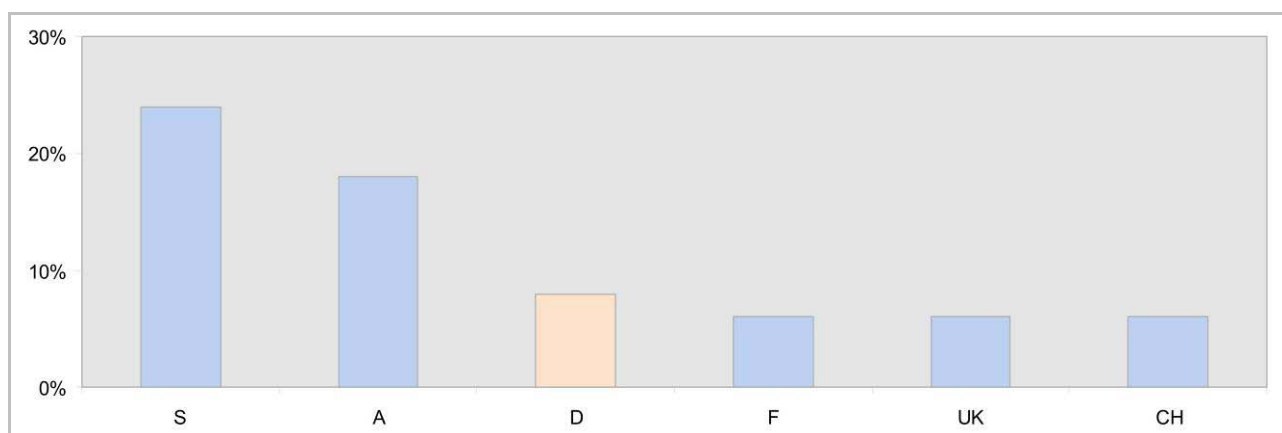


Abbildung 57: Krankenhaus-Management-Umfrage - Rücklaufquoten der Länder

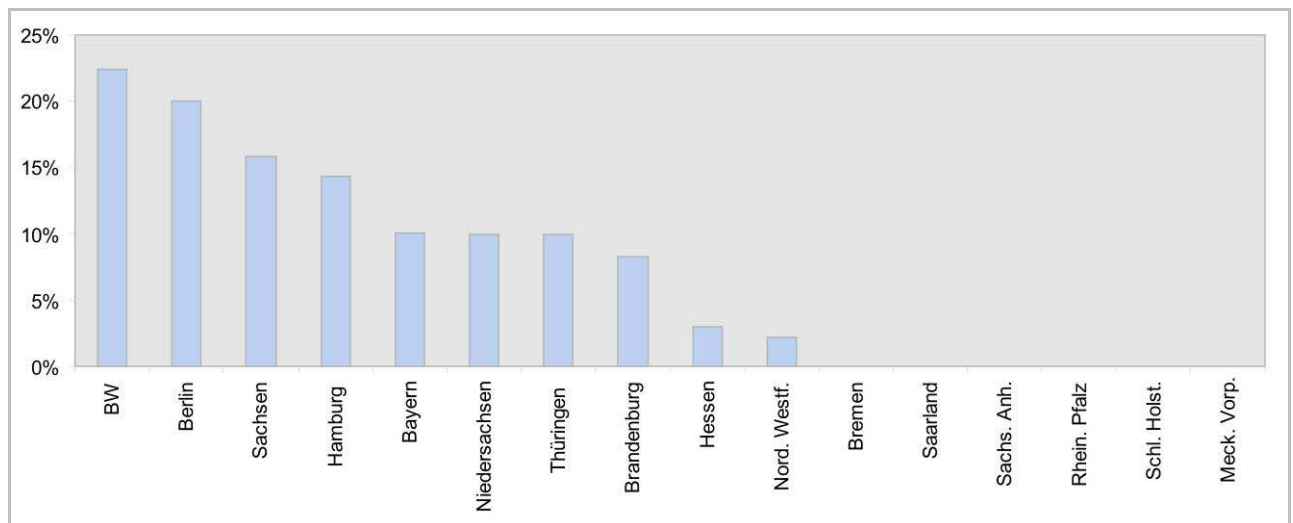


Abbildung 58: Krankenhaus-Management-Umfrage - Rücklaufquoten der Bundesländer

Während die Rücklaufquote der bundesdeutschen Krankenhäuser rund 10 % betrug, so war sie in Österreich und Schweden mit bis zu 20 % deutlich höher. Auch innerhalb von Deutschland fand sich ein deutliches Ungleichgewicht zwischen verschiedenen Bundesländern; Spitzenreiterpositionen mit bis zu 20 % nahmen hier die Länder Baden-Württemberg und Berlin ein, während eine Reihe anderer Länder überhaupt keine Rücklaufquote aufwiesen.

Die niedrige Rücklaufquote und deren große Schwankungen zwischen den einzelnen Bundesländern lässt aus statistischer Sicht keinen Rückschluss der Ergebnisse auf die Grundpopulation der deutschen Krankenhäuser zu und kann somit nicht als ein repräsentativer Aussagequerschnitt aus der deutschen Krankenhauslandschaft gewertet werden. Die Ergebnisse können daher nur als Trendbild einer Auswahl deutscher Krankenhäuser in die Betrachtung einbezogen werden. Ähnliches gilt ebenso für die Rückläufer aus den anderen europäischen Ländern. Sie wurden aus diesem Grund aus der weiteren Betrachtung ausgeschlossen.

10.4 Rückläuferanalyse Deutschland

Die Anzahl von Fachabteilungen innerhalb eines Krankenhauses gibt einen groben Indikator, über welchen Komplexitätsgrad die Organisation verfügt. Eine deutliche Häufung von Krankenhäusern mit einem sehr niedrigen oder sehr hohen Komplexitätsgrad unter den Antwortenden kann womöglich das Antwortverhalten nachhaltig beeinflussen.

Unter den Rückläufern gab es jedoch keine Konzentration von Häusern mit einer bestimmten Zahl von Abteilungen. Während mit rund 20 % am häufigsten fünf Haupt- oder Belegabteilungen genannt wurden, so war jedoch das gesamte Spektrum von monoklinischen Fachkliniken bis hin zu sehr komplexen abteilungsreichen Krankenhausorganisationsformen vertreten.

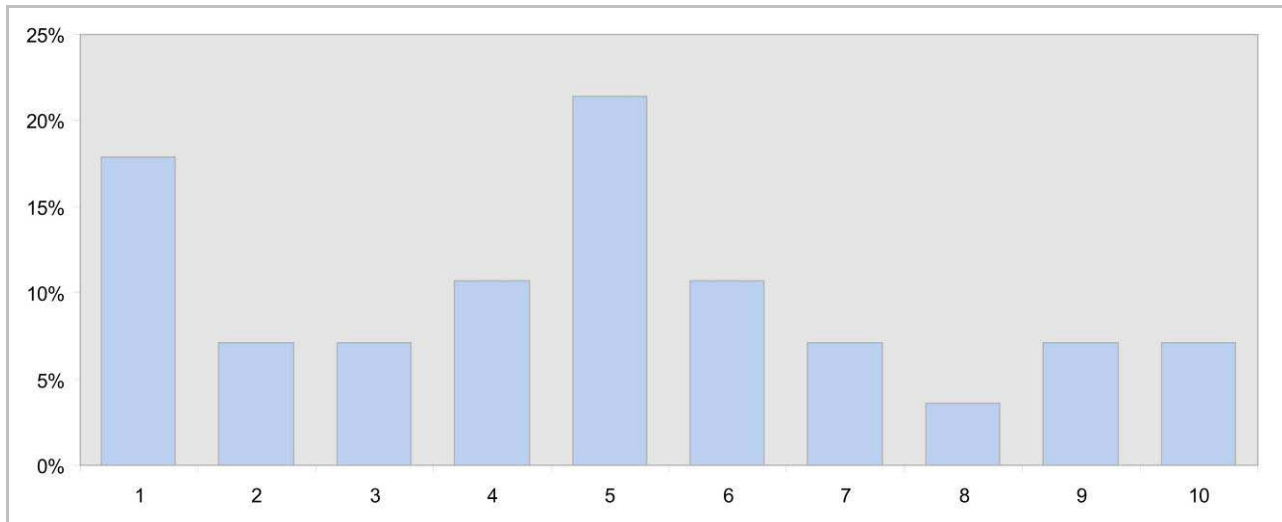


Abbildung 59: Krankenhaus-Management-Umfrage - Anzahl Haupt-/Belegabteilungen

Ein Indikator des Komplexitätsgrades ist dabei ebenso die Anzahl der Standorte, auf welche die Krankenhausorganisation verteilt ist. Bei einer Verteilung über mehrere Standorte sind andere Anforderungen an die Organisation der Ver- und Entsorgung, des Personaleinsatzes und der Gestaltung der medizinischen Abläufe zu stellen als bei einer Konzentration aller Leistungsteile des Krankenhauses an einem Standort.

Rund zwei Drittel der Krankenhäuser gab hierzu an, dass alle Abteilungen und Bereiche an einem Standort vertreten waren. Unter den restlichen Häusern war die Verteilung an zwei Standorten führend. Häuser mit einer Disseminierung über drei oder mehr Standorte waren dagegen mit weniger als 10 % unter den Rückläufern vertreten. Dies lässt den Schluss zu, dass unter den antwortenden Krankenhäusern eine gewisse Homogenität bezüglich dem Überwiegen von Einstandort-Organisationen bestand.

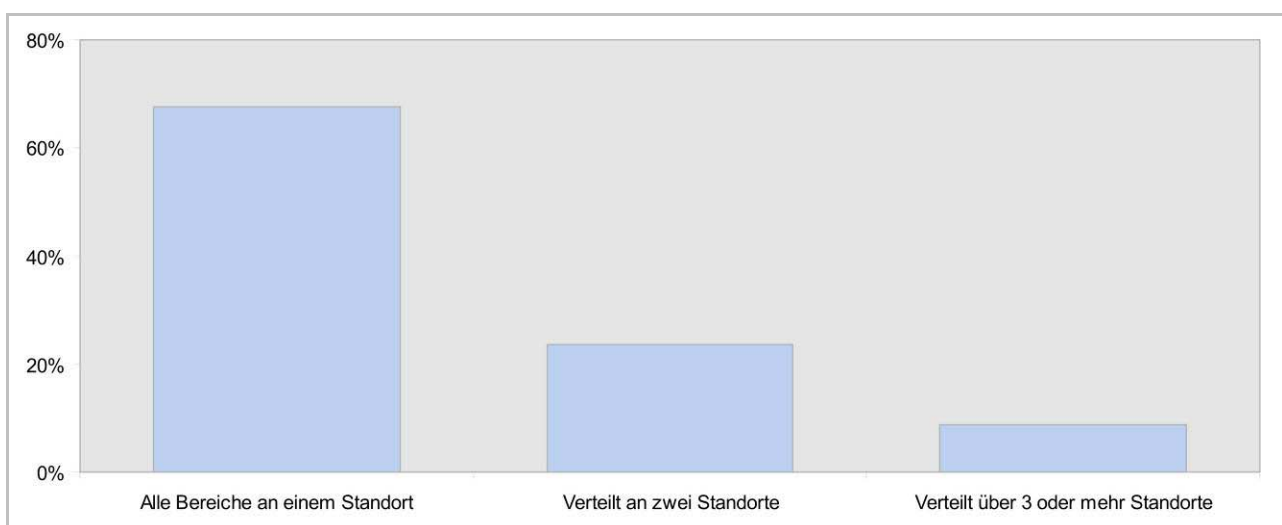


Abbildung 60: Krankenhaus-Management-Umfrage - Anzahl Standorte



Noch eindeutiger fiel die Aussage zur vorherrschenden Baukörperstruktur aus. Der Komplexitätsgrad der Organisation ist durchaus auch von der lokalen Aufteilung der Organisation am jeweiligen Standort beeinflusst. So zeichnen sich beispielsweise Krankenhäuser mit einer Pavillonstruktur in der Regel durch längere Wegeführungen aus.

Zu dieser Frage gaben nahezu 90 % aller Häuser an, dass bei ihnen eine kompakte Baukörperstruktur vorliegt. In Zusammenschau mit der Tatsache, dass ein Großteil der Krankenhäuser an einem Standort vertreten war, ergibt sich ein homogenes Bild unter diesen Krankenhäusern. Die Ergebnisse lassen folglich darauf schließen, dass keine großen Unterschiede im Komplexitätsgrad der Krankenhäuser vorgelegen haben.

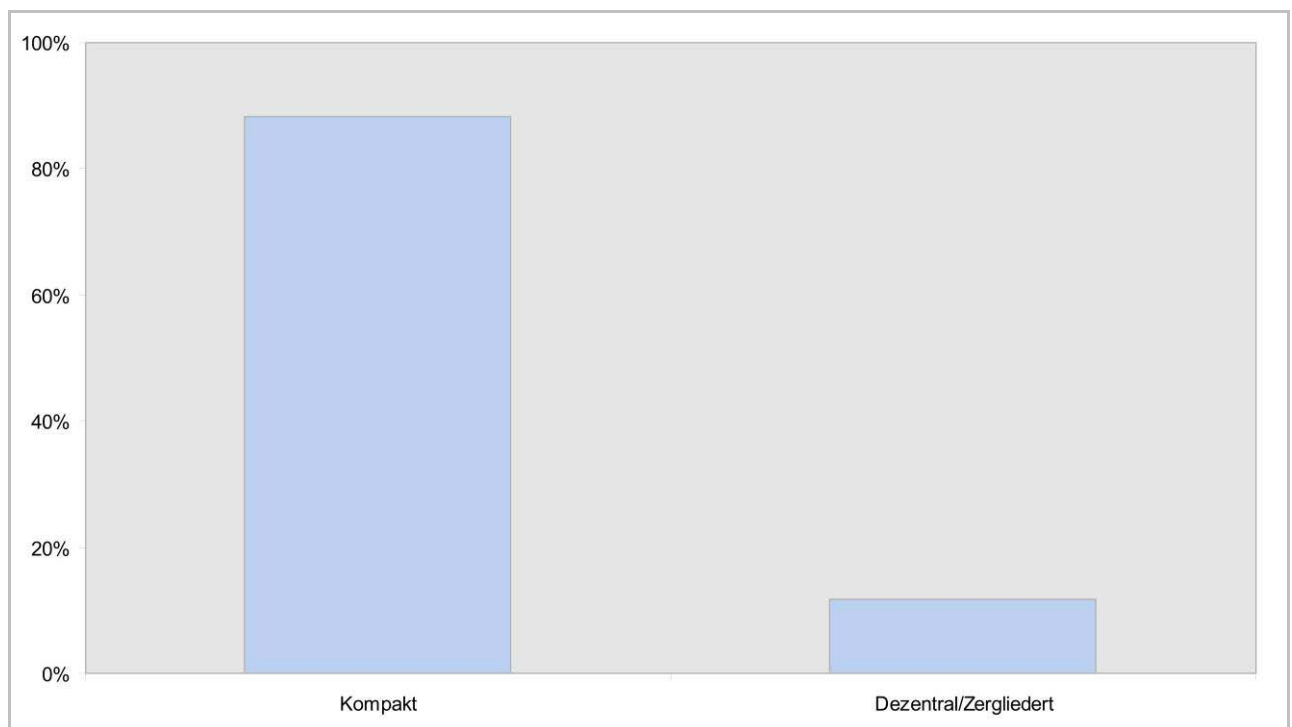


Abbildung 61: Krankenhaus-Management-Umfrage - Baukörperstruktur

Die Lage eines Krankenhauses kann ebenso als ein Merkmal eingestuft werden, das einen Einfluss auf das Antwortverhalten haben kann. Ländliche Häuser sind in einem anderen Umfeld tätig als Krankenhäuser in urbanen Bereichen. Dies kann sich beispielsweise auf die Personal- und Patientenstruktur, auf das angebotene Leistungsbild oder die Stellung des Krankenhauses innerhalb der Kommune auswirken.

Rund 80 % aller Häuser gaben zu dieser Frage an, dass die Lage ihres Krankenhauses entweder zentral-urban oder peripher-urban sei. Damit bildet diese Gruppe unter den antwortenden Krankenhäusern eindeutig die Majorität. Krankenhäuser, die in ländlichen Strukturen eingebettet sind, waren dagegen nur zu rund 20 % vertreten.

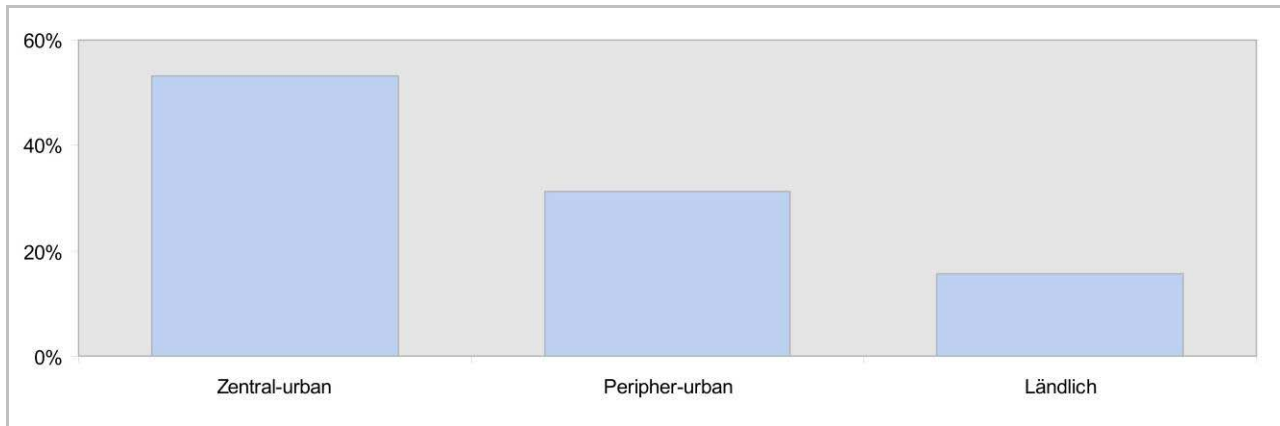


Abbildung 62: Krankenhaus-Management-Umfrage - Lage

Im gleichen Kontext steht die Frage nach der Einwohnerzahl im jeweiligen Einzugsgebiet: Rund 70 % gaben eine Einwohnerzahl von insgesamt bis zu 100.000 Einwohnern an. In der Größenordnung 100.000 bis 300.000 Einwohner war nur eine sehr geringe Zahl von Krankenhäusern vertreten. Dagegen war mit rund 30 % eine weitere Häufung von Häusern mit Einzugsgebieten mit einer Einwohnerzahl von über 300.000 Einwohnern zu verzeichnen. Dies lässt vermuten, dass sich ein Großteil der zentral-urbanen oder peripher-urbanen Häuser in einem Umfeld kleinerer städtischer Gemeinden befindet.

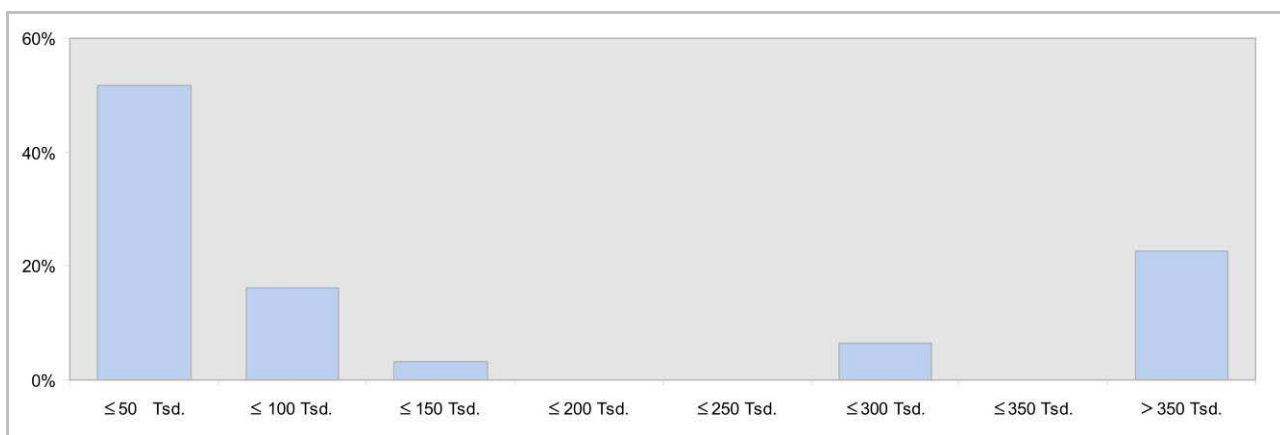


Abbildung 63: Krankenhaus-Management-Umfrage - Einwohnerzahl

Für die Interpretation der Umfrageergebnisse war es ebenso interessant, den persönlichen Erfahrungshorizont der antwortenden Krankenhausmanager einschätzen zu können. Die befragte Gruppe war sehr heterogen zusammengesetzt. Ob Manager mit einer eher kürzeren Zeit in leitender Krankenhausposition oder mit einer langen Erfahrungszeit von über 20 Jahren, alle Jahresgruppen waren gleichermaßen vertreten.

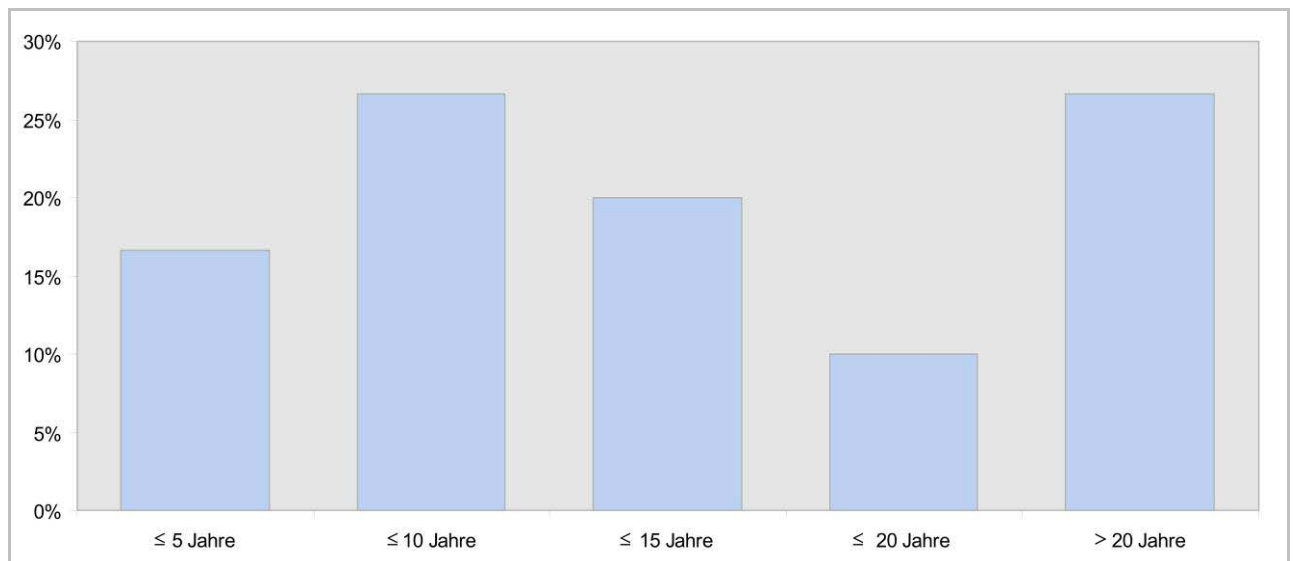


Abbildung 64: Krankenhaus-Management-Umfrage - Jahre in leitender Position

Fazit

Die beschriebenen Ergebnisse geben eine Übersicht über die generelle Struktur der antwortenden Krankenhäuser. Es gibt in diesem Zusammenhang Anzeichen dafür, dass eine gewisse Homogenität der Häuser bezüglich ihrer Struktur vorgelegen hat. Einschränkend muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass durch die niedrige Zahl der Rückläufer keine statistisch signifikanten Rückschlüsse auf die Grundpopulation aller Krankenhäuser in Deutschland gezogen werden können.

Aus diesem Grund wurde auch auf eine weitergehende Analyse verzichtet (Verbindung der Krankenhaus-Strukturdaten mit den Ergebnissen aus der Themengebetsbefragung). Ausnahme hiervon bildet lediglich die zusätzliche Analyse des Antwortverhaltens von Krankenhausmanagern in kleineren Häusern mit einer stationären Kapazität bis 200 Betten im Vergleich zu den Antworten von Krankenhausmanagern aus größeren Krankenhauseinrichtungen (über 200 Betten).



10.5 Ergebnisse aus den Themengebieten

10.5.1 Aufgaben des Krankenhauses

Teil der Erhebung war eine Einschätzung zu den künftigen Aufgabenfeldern von Krankenhäusern durch die jeweiligen Krankenhausmanager (Welche Bereiche gehören Ihrer Meinung nach zukünftig zu den grundsätzlichen Aufgaben eines Krankenhauses?). Insgesamt 9 Aufgabenfelder waren vorgegeben und wurden nach den Kriterien "Nein, keine Aufgabe", "Eher Zusatzangebot" oder "Zentrale Kernaufgabe" bewertet.

Ferner bestand für die Befragten die Möglichkeit, eigene Aufgabenfelder zu benennen und diese in gleicher Weise zu bewerten. Diese Möglichkeit wurde aber im Zuge der Befragung kaum genutzt und ergab in der Analyse nur Einzelstimmen, die jedoch keine aussagekräftigen neuen Aspekte aufzeigen konnten.

Ambulante Leistungsangebote

Die Mehrzahl der Befragten sprach sich sehr deutlich für die Integration ambulanter Leistungsangebote als zentrale Kernaufgabe zukünftiger Krankenhäuser aus (79,4 %). Die restlichen Krankenhäuser sahen hier zumindest ein Zusatzangebot des Krankenhauses. Erwartungsgemäß war der Anteil der Krankenhäuser, die in der ambulanten Leistungserbringung eine zentrale Aufgabe sahen, unter den kleineren Krankenhäusern (bis zu 200 Betten) höher (93,3 %) als unter den größeren Krankenhäusern (68,4 %).

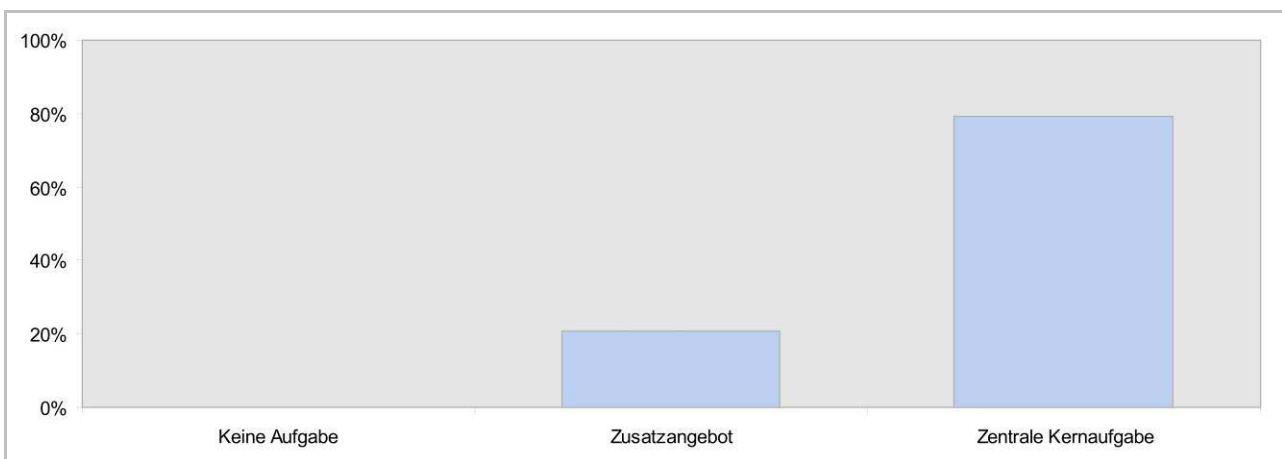


Abbildung 65: Krankenhaus-Management-Umfrage - Ambulante Leistungsangebote als Aufgabe des Krankenhauses

Präventionsmedizin

Unterschiedlich fiel dagegen die Bewertung der Präventionsmedizin als Aufgabenbereich des Krankenhauses aus. Während fast 95 % aller Krankenhausmanager dieses Feld als Aufgabengebiet anerkannten, sahen jedoch rund 2/3 der Befragten dies aber nicht als eine Kernaufgabe des Krankenhauses.



Ein Unterschied bestand erneut im Vergleich der kleineren Häuser zu den größeren Häusern. Während erstere zu einem höheren Prozentsatz dem Aufgabenfeld Präventionsmedizin eine zentrale Aufgabe zuweisen würde (40 %), so waren es unter den letzteren lediglich 21,1 %.



Abbildung 66: Krankenhaus-Management-Umfrage - Präventionsmedizin als Aufgabe des Krankenhauses

Rehabilitationsangebote

Rehabilitationsangebote sind von den Befragten eindeutig als Zusatzangebot definiert worden. Zu beachten ist jedoch auch, dass es eine kleine, aber dennoch signifikante Gruppe von Krankenhausmanagern gab, die dieses Feld nicht als originäres Aufgabenfeld im Krankenhaus der Zukunft sah. Im Gegensatz zu den vorgenannten Aufgabenfeldern gibt es in der Frage der Rehabilitationsangebote keinen Unterschied zwischen Häusern verschiedener Größenklassen.

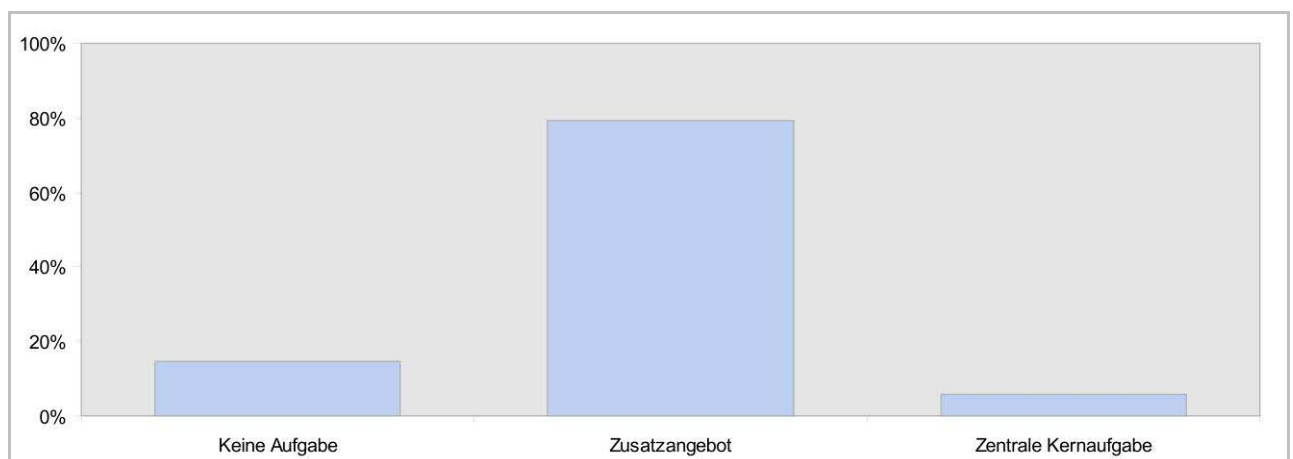


Abbildung 67: Krankenhaus-Management-Umfrage - Rehabilitationsangebote als Aufgabe des Krankenhauses



Altenpflege

Bezüglich des Aufgabenfelds Altenpflege war die Einschätzung geteilt. Die Hälfte der befragten Krankenhausmanager sah hierin keine primäre Aufgabe des zukünftigen Krankenhauses, während die andere Hälfte dies durchaus bejahte. Unter den Befürwortern überwog aber deutlich der Anteil derjenigen, die dieses Feld eher als Zusatzangebot definieren würden. Wie auch schon im Fall des Aufgabenfelds Rehabilitationsangebote gab es keinen Unterschied in der Einschätzung größerer oder kleinerer Krankenhäuser.

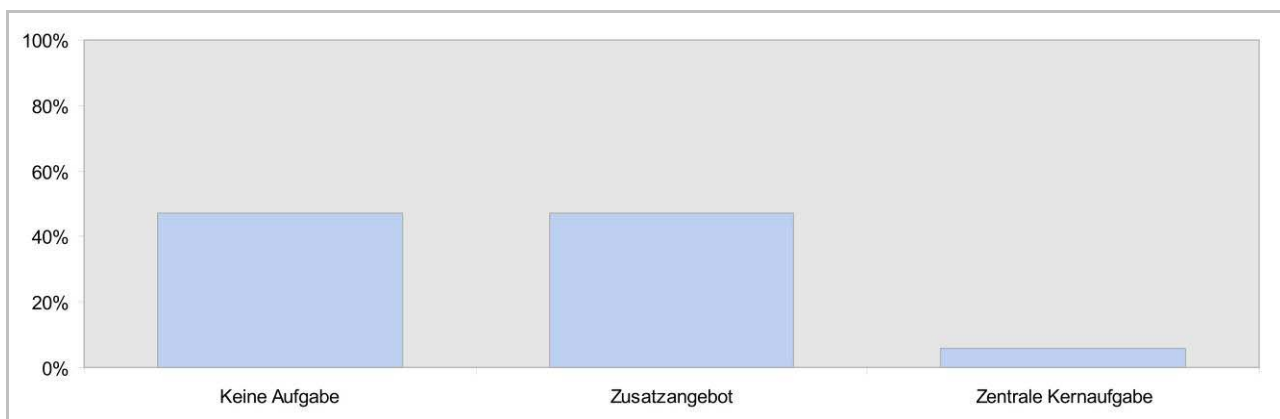


Abbildung 68: Krankenhaus-Management-Umfrage - Altenpflege als Aufgabe des Krankenhauses

Wellness-Angebote

Rund 2/3 aller Krankenhausmanager konnten sich Wellness-Angebote durchaus als Zusatzangebot in zukünftigen Krankenhausstrukturen vorstellen; rund 1/3 sah kein zukünftiges Aufgabenfeld für Krankenhäuser. Größere Häuser unterstrichen eher die Möglichkeit eines zusätzlichen Leistungsangebots (68,4 %) als die kleineren Krankenhäuser (40 %).

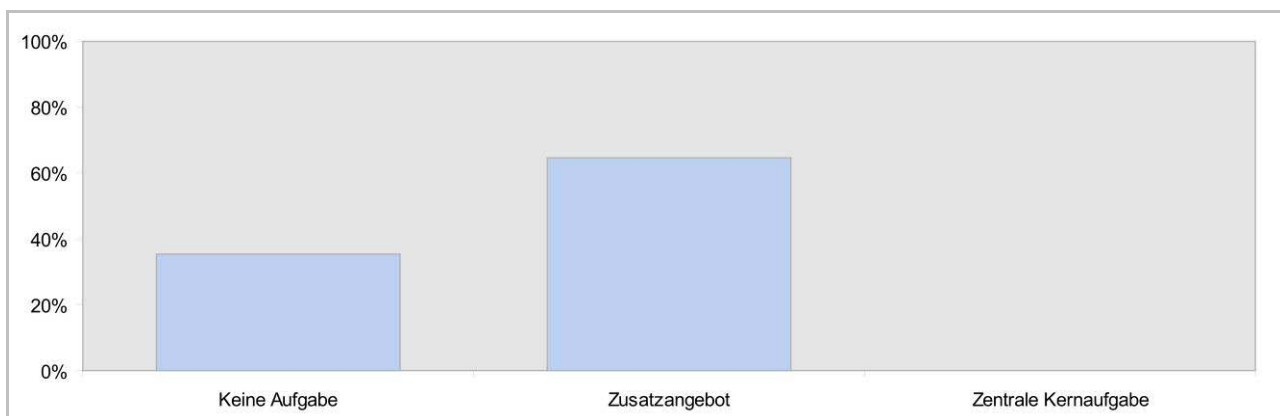


Abbildung 69: Krankenhaus-Management-Umfrage - Wellness-Angebote als Aufgabe des Krankenhauses



Klinische Forschung

Rund die Hälfte aller Krankenhausmanager sah die Teilnahme an der klinischen Forschung als ein Aufgabenfeld zukünftiger Krankenhäuser, davon rund 1/3 als Kernaufgabe. Erwartungsgemäß gab es einen deutlichen Unterschied zwischen Krankenhäusern verschiedener Größenklassen: 57,1 % der kleineren Krankenhäuser sahen in der Klinischen Forschung keine Aufgabe für sich. Unter den großen Krankenhäusern betrug die Rate lediglich 36,8 %.

Auffällig ist aber, dass dennoch eine signifikante Gruppe unter den kleineren Häusern hierin immer noch eine zentrale Kernaufgabe sah (14,3 %). Ein Unterschied zu den größeren Häusern, die eine zentrale Kernaufgabe mit 21,1 % befürworteten, besteht zwar immer noch, der Unterschied ist aber in einem relativ kleinen Bereich angesiedelt.

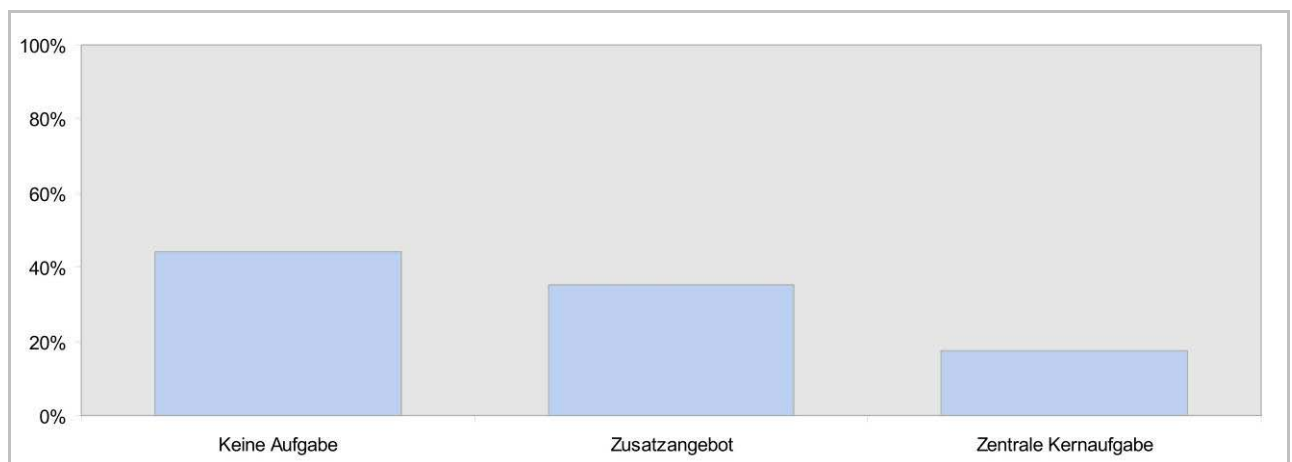


Abbildung 70: Krankenhaus-Management-Umfrage - Klinische Forschung als Aufgabe des Krankenhauses

Ausbildung Personal

Aus- und Weiterbildung von Personal als Aufgabe und Bestandteil zukünftiger Krankenhausorganisationen trifft bei allen befragten Krankenhausmanagern auf Zustimmung. Ein Unterschied besteht lediglich in der Gewichtung unterschiedlicher Berufsgruppen. Während die Ausbildung der klinischen Berufsgruppen (ärztlicher Dienst und Pflegedienst) von einer überwiegenden Mehrheit der Krankenhausmanager als eine zentrale Aufgabe gesehen wird, ist die Einschätzung für administrative Ausbildungswege eine andere; hier überwiegt der Anteil derjenigen, die hierin lediglich ein Zusatzangebot sehen.

Ein deutlicher Unterschied in dieser Frage besteht zwischen den kleineren und den größeren Häusern: Die größeren Häuser mit mehr als 200 Betten schätzen die Wichtigkeit dieser Aufgabenfelder deutlich höher ein als Kollegen aus kleineren Krankenhäusern. Immerhin 89,5 % sehen die Ausbildung von Ärzten als Kernaufgabe, 84,2 % die Ausbildung von Pflegekräften. Auch der Anteil derjenigen, die administrative Ausbildungswege als Kernaufgabe definierten, war mit 33,3 % vergleichsweise hoch.



Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Quote der Ausbildungsbefürworter bei den kleineren Häusern unter 200 Betten immer noch hoch war: Dies gilt für die Einschätzung als Zentralaufgabe für den ärztlichen Dienst und den Pflegedienst (beide 73,3 %) sowie als Zusatzaufgabe für administrative Ausbildungswege (85,7 %).

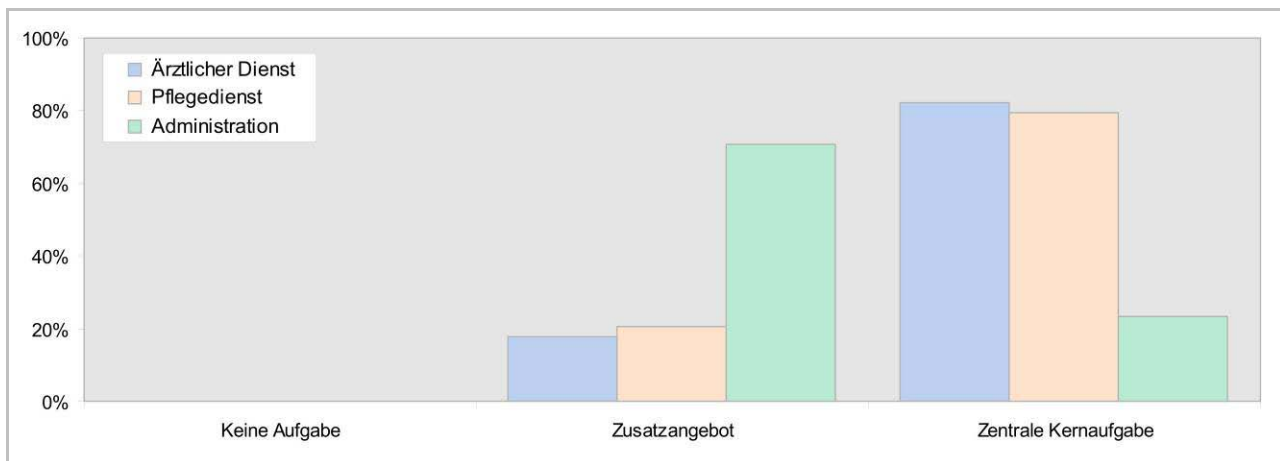


Abbildung 71: Krankenhaus-Management-Umfrage - Ausbildung Personal als Aufgabe des Krankenhauses



10.5.2 Herausforderungen in der Entwicklung von Krankenhäusern

Ein weiterer Teil der Umfrage bestand aus der Frage nach der Bewertung verschiedener Herausforderungen für die Weiterentwicklung von Krankenhäusern. Die befragten Krankenhausmanager wurden aufgefordert, diese Bedeutung auf einer Skala von 0 (= keine Bedeutung) bis 9 (=höchstmögliche Bedeutung) anzugeben (Auf einer Skala von 0 bis 9, wie würden Sie die Bedeutung folgender Themen für die zukünftige Weiterentwicklung von Krankenhäusern einschätzen?). Überdies war auch hier die Möglichkeit gegeben, eigene Faktoren aufzuzeigen und zu bewerten. Diese Möglichkeit wurde aber auch hier nur vereinzelt genutzt und konnte somit nicht in die weitere Analyse einfließen.

Die Ergebnisse zeigen keine große Trennschärfe zwischen den einzelnen Faktoren auf, da die Spannweite der Antwortwerte lediglich 1,39 betrug. Die höchsten Bewertungen erlangten die Faktoren "Entwicklung des operativen Finanzcontrollings" (7,74), "Implementierung digitaler Technologien" (7,71) sowie "Innendesign" (7,53). Das untere Ende wurde repräsentiert durch die Faktoren "Personalentwicklung" (6,35), "Standardisierung" (6,35) und "Implementierung Großgerätetechnologie" (6,65). Die geringere Spannweite lässt aber eine Feindifferenzierung zwischen den verschiedenen Herausforderungen nicht zu, alle Einzelwertungen sprechen für eine ähnlich hohe Bedeutung aller dieser Faktoren.

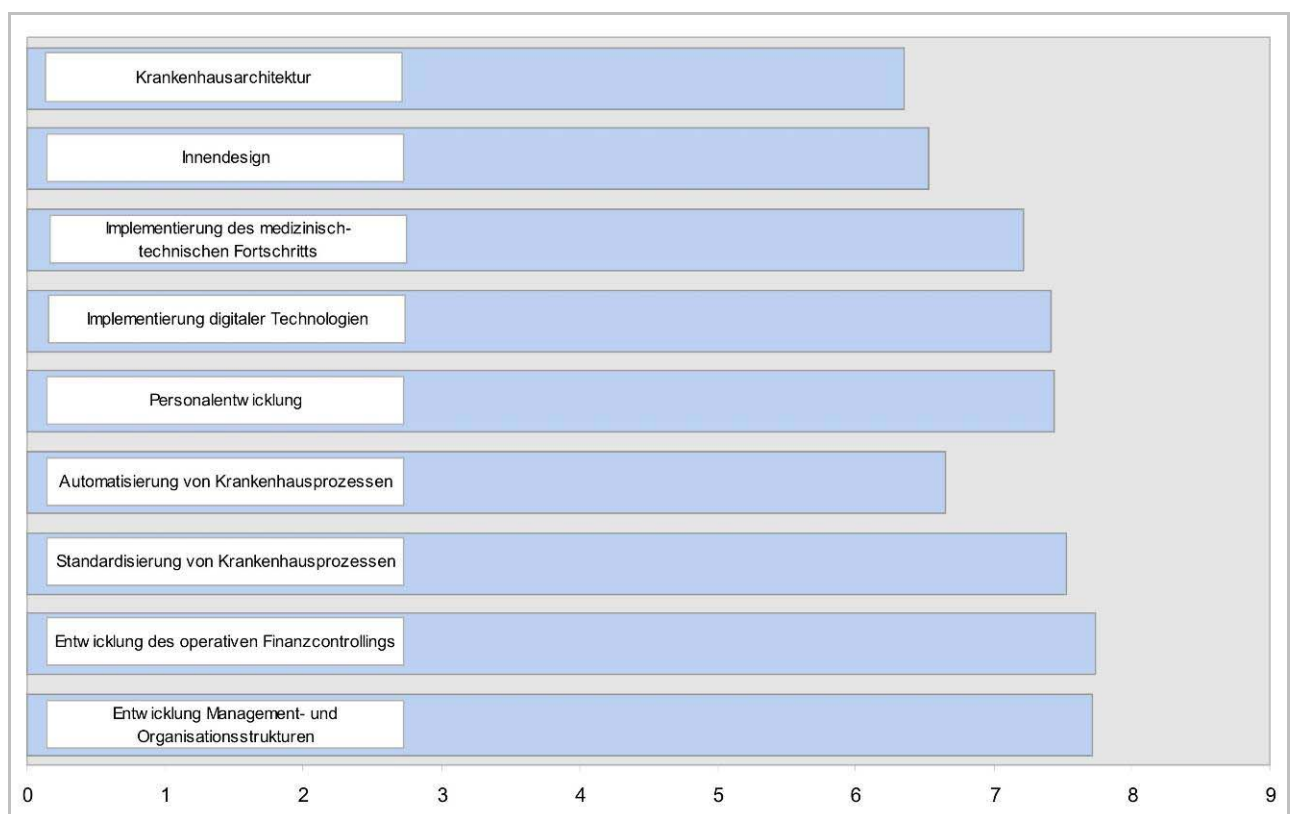


Abbildung 72: Krankenhaus-Management-Umfrage - Bedeutung verschiedener Herausforderungen für alle Krankenhäuser



Bei selektiver Betrachtung der Ergebnisse - wenn diese in Krankenhäuser bis 200 Betten und Krankenhäuser über 200 Betten unterteilt sind - zeigt sich, dass die Vertreter der kleineren Häuser diese Herausforderungen immer noch für bedeutsam halten, wenngleich auch auf einem tendenziell niedrigen Niveau als die Vertreter größerer Häuser.

Besonders ausgeprägte Unterschiede zeigen sich in der Bewertung der Faktoren "Krankenhausarchitektur", "Innendesign", "Implementierung medizinisch-technischen Fortschritts", "Implementierung digitaler Technologien" und "Personalentwicklung", die Vertreter größerer Häuser als durchweg bedeutender einschätzten als ihre Kollegen aus kleineren Krankenhäusern. Eine Ausnahme hiervon bildete der Faktor "Automatisierung von Krankenhausprozessen", dem die Vertreter aus kleineren Häusern eine etwas höhere Bedeutung zumaßen.

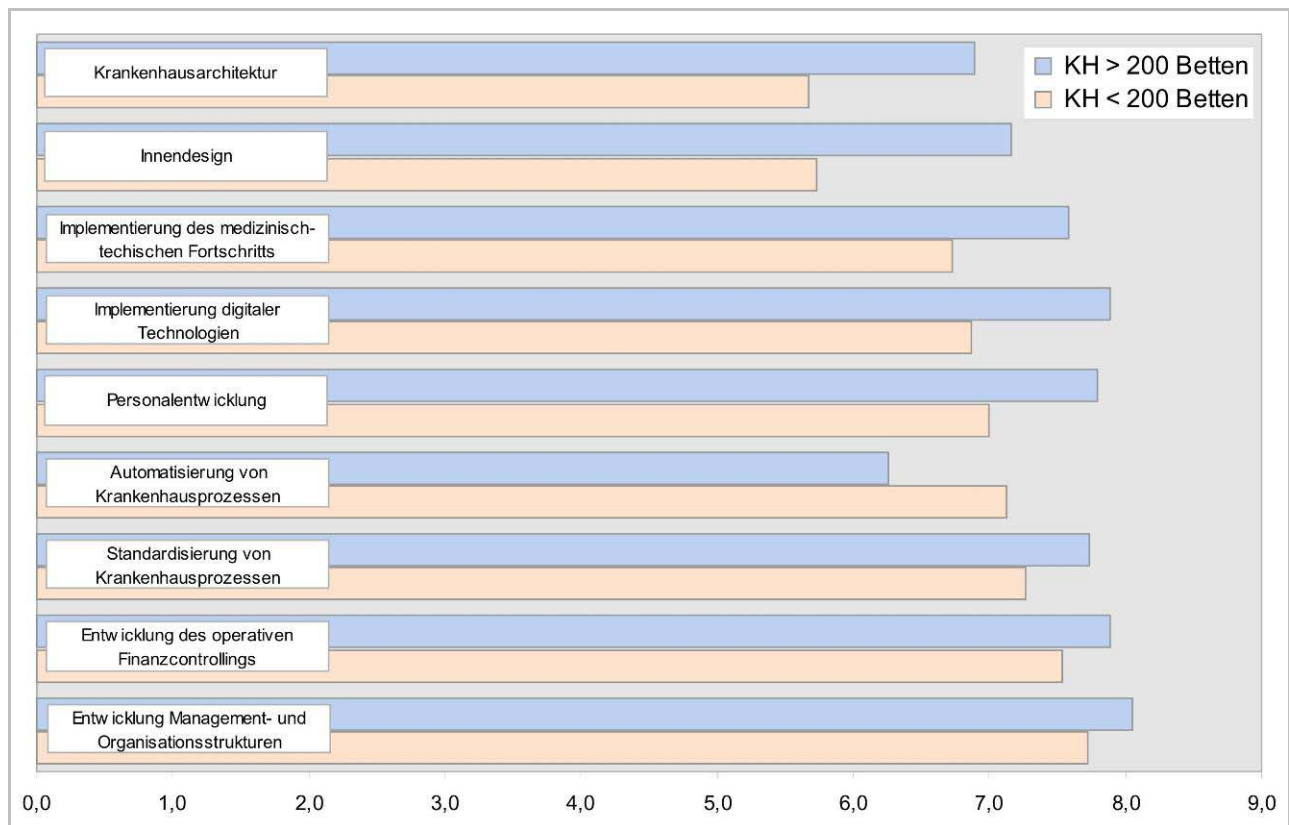


Abbildung 73: Krankenhaus-Management-Umfrage - Bedeutung verschiedener Herausforderungen für kleine und große Häuser



10.5.3 Generalisierung versus Spezialisierung

Eine weitere Frage an die teilnehmenden Krankenhausmanager beschäftigte sich damit, inwieweit grundsätzlich eine Spezialisierung (d.h. Vertiefung des Leistungsbilds unter Reduktion eines breitgefächerten Leistungsspektrums) oder eine Generalisierung (d.h. Erweiterung oder Aufrechterhaltung des bestehenden Leistungsspektrums ohne vertiefende Leistungsfelder) als strategische Maxime zukünftiger Krankenhausorganisationen im Vordergrund stehen sollte.

Dabei ist zu beachten, dass durchaus Mischformen zwischen beiden Ansätzen und ein unterschiedliches Antwortverhalten aufgrund der spezifischen Situation des einzelnen Krankenhauses auftreten können. Jedoch kommt dieser Frage vor dem Hintergrund, dass derzeit Spezialisierungsstrategien nicht nur für große, sondern auch für kleine Krankenhäuser diskutiert werden über alle Krankenhauskategorien eine Bedeutung zu.

Auch hier waren die Teilnehmer aufgefordert auf einer Skala von 0 (Höchstmöglicher Generalisierungsgrad) bis 9 (Höchstmöglicher Spezialisierungsgrad) ihre individuelle Bewertung abzugeben.

Bei Betrachtung der Ergebnisse für alle Krankenhäuser zeigt sich eine Tendaussage zu einer Strategie, die in erster Linie auf einer Spezialisierung des Leistungsspektrums basiert (Mittelwert 6,19). Bei einem Vergleich des Antwortverhaltens kleinerer und größerer Krankenhäuser zeigt sich hier im Wesentlichen ein ähnliches Bild: Auch die kleinen Krankenhäuser tendieren deutlich zu einer Spezialisierungsstrategie (Mittelwert 6,21). Hier besteht in der Einschätzung folglich kein Unterschied zu den größeren Krankenhäusern (Mittelwert 6,18).

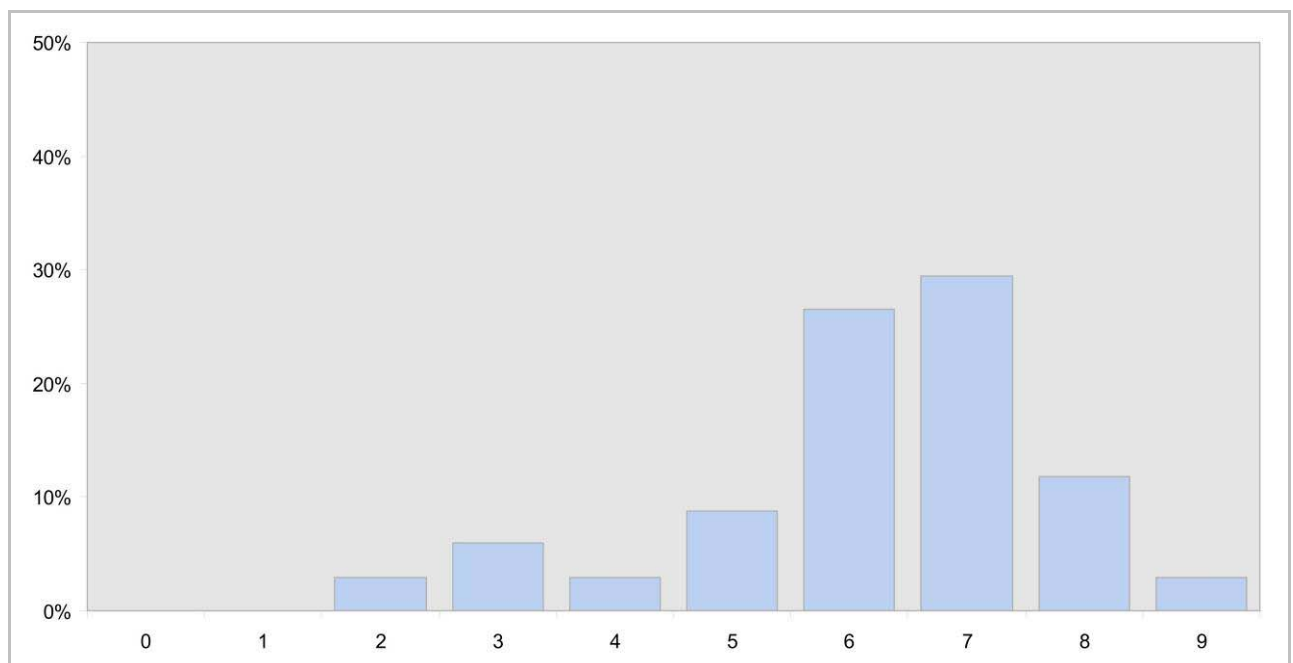


Abbildung 74: Krankenhaus-Management-Umfrage - Generalisierung versus Spezialisierung für alle Krankenhäuser



Zukunft für das Krankenhaus Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation

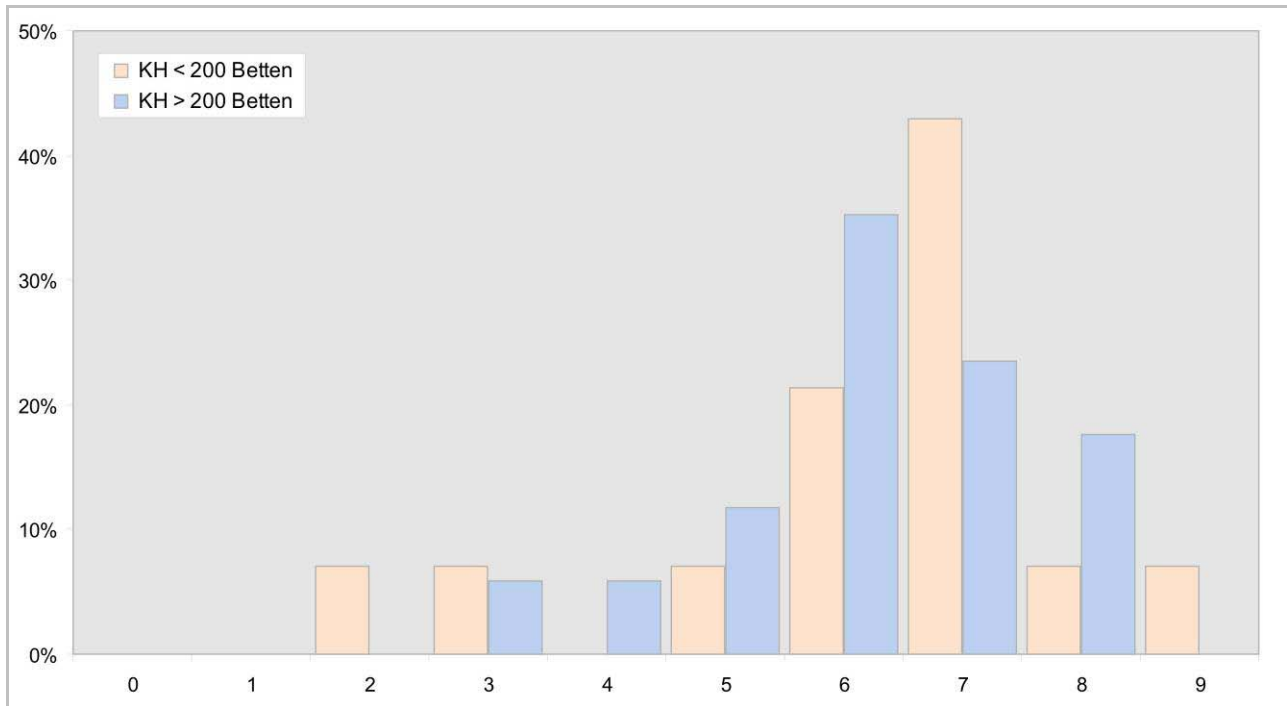


Abbildung 75: Krankenhaus-Management-Umfrage - Generalisierung versus Spezialisierung für kleine und große Häuser



10.6 Ergebnisse der europäischen Krankenhaus-Management-Umfrage

Die niedrige Rückläuferquote aus den Bundesländern sowie aus vielen der europäischen Länder erlaubt es nicht, statistisch gefestigte Vergleiche im Antwortverhalten aufzuzeigen. Wertet man jedoch die erhobenen Daten als Einzelinformationen, die keinen direkten Rückschluss auf die jeweilige Gesamtheit aller nationalen Krankenhaussysteme zulassen, so ergibt sich das nachfolgend beschriebene Bild (Europäische Werte zum Vergleich zu Deutschland kumuliert).

- Anzahl Abteilungen:
Nur im intra-nationalen Vergleich anwendbar. Kein direkter internationaler Vergleich möglich, da durch andere Organisationsformen häufig weit größere Abteilungszahlen angegeben wurden.
- Anzahl Standorte:
Deutlich weniger Krankenhausorganisationen mit Konzentration an einem Standort (EU 36,4 %; DE 67,6 %). Deutlich mehr Krankenhäuser an drei und mehr Standorten (EU 45,5 %; DE 8,8 %). Die Krankenhäuser mit drei oder mehr Standorten befanden sich in Großbritannien (3), Frankreich (2), Schweden (4) und Österreich (2). Großbritannien und Schweden finden sich durch ihre auf regionaler Basis aufgebauter Versorgungsstruktur mit einer Netzwerkbildung verschiedener Krankenhäuser häufiger in dieser Gruppe wieder.
- Baukörperstruktur:
Unter den europäischen Rückläufern befand sich ein geringerer Anteil an Krankenhäusern mit einer kompakten Baukörperstruktur (EU 59,1 %; DE 88,2 %); dementsprechend war der Anteil von Häusern mit einer dezentral/zergliederten Baukörperstruktur höher (EU 40,9 %; DE 11,8 %).
- Lage:
Das kommunale Umfeld der europäischen Krankenhäuser war durchaus mit dem der deutschen Häuser vergleichbar (Zentral-urban oder peripher-urbane Lage = EU 77,3 %; DE 84,4 % / Ländliche Lage = EU 22,7 %; DE 15,6 %).
- Einwohnerzahl:
Die Einwohnerschaft in den die Krankenhäuser umgebenden Umfeldern zeigen eine ähnliche Tendenz zur Konzentrierung auf eine Größe bis 100.000 Einwohner (EU 40 %; DE 67,7 %). Dagegen fehlen im Gegensatz zu Deutschland Einwohnergrößen über 300.000 fast gänzlich (EU 5 %; DE 22,6 %).
- Jahre in leitender Position:
Die antwortenden europäischen Krankenhausmanager wiesen eine in der Tendenz höhere Anzahl an Jahren in leitender Position auf als ihre deutschen Kollegen. Während die deutschen Krankenhausmanager mit einer Erfahrung von bis zu 10 Jahren in leitender Position 43,3 % der Studienteilnehmer stellten, so war diese Gruppe unter den europäischen Krankenhausmanagern mit lediglich 27,2 % vertreten. Folglich dominierte unter den europäischen Krankenhausmanagern die Gruppe mit einer Leitungserfahrung über 10 Jahre (EU 72,4 %) deutlicher als dies unter ihren deutschen Kollegen der Fall gewesen war (DE 56,7 %).



10.7 Ergebnisvergleich Deutschland – Europa

Aufgaben des Krankenhauses

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Bewertungen der deutschen und der europäischen Krankenhausmanager. In den meisten Bewertungen besteht eine hohe Übereinstimmung unter den Studienteilnehmern. Unterschiede bestehen hauptsächlich in drei Aufgabenfeldern:

- In der Bewertung der Wellness-Angebote tendierten die europäischen Studienteilnehmer eher dazu, dieses Feld nicht als Aufgabenbereich im Krankenhaus zu sehen, während ihre deutschen Kollegen durchaus ein mögliches Zusatzangebot sehen.
- Der gravierendste Unterschied bestand in der unterschiedlichen Bewertung der klinischen Forschung als Aufgabenfeld im Krankenhaus. Während die deutschen Teilnehmer zum größten Teil kein Aufgabengebiet oder höchstens ein Zusatzangebot sahen, werteten über die Hälfte der europäischen Krankenhausmanager dieses Feld als Zusatzaufgabe, mehr als ein Drittel sogar als Kernaufgabe.
- Ein weiterer tendenzieller Unterschied bestand in der Bewertung des Aufgabenfelds "Ausbildung Administration". Während die Bereiche Ausbildung des ärztlichen Dienstes oder des Pflegedienstes bezüglich ihrer Bedeutung als Aufgabenfeld ähnlich bewertet wurden, so waren mehr europäische Krankenhausmanager bereit, in den Ausbildungswegen der Administration eine zentrale Kernaufgabe zu sehen.

Letztendlich überwiegt aber dennoch der Eindruck, dass in den meisten Bewertungen deutliche Übereinstimmungen im direkten Vergleich vorhanden sind.

Bewertung Aufgabenfelder	Deutschland			Europa		
	Keine Aufgabe	Zusatzangebot	Zentrale Kernaufgabe	Keine Aufgabe	Zusatzangebot	Zentrale Kernaufgabe
Ambulante Leistungsangebote	0,0 %	20,6 %	79,4 %	0,0 %	23,8 %	76,2 %
Präventionsmedizin	5,9 %	64,7 %	29,4 %	4,5 %	68,2 %	27,3 %
Rehabilitationsangebote	14,7 %	79,4 %	5,9 %	13,6 %	77,3 %	9,1 %
Altenpflege	47,1 %	47,1 %	5,9 %	45,5 %	45,5 %	9,1 %
Wellness-Angebote	35,5 %	64,7 %	0 %	45,5 %	54,5 %	0,0 %
Klinische Forschung	44,1 %	35,3 %	17,6 %	9,1 %	54,4 %	36,4 %
Ausbildung Ärztlicher Dienst	0,0 %	17,6 %	82,4 %	0,0 %	14,3 %	85,7 %
Ausbildung Pflegedienst	0,0 %	20,6 %	79,4 %	0,0 %	19,0 %	81,0 %
Ausbildung Administration	0,0 %	70,6 %	23,5 %	10,0 %	50,0 %	40,0 %

Abbildung 76: Aufgaben des Krankenhauses – Vergleich der Bewertungen aus Deutschland und Europa



Herausforderungen in der Entwicklung von Krankenhäusern

Die folgende Abbildung zeigt die Bewertung bezüglich zukünftiger Herausforderungen für das Krankenhaus aus Sicht der deutschen und der europäischen Krankenhausmanager. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass auch die europäischen Krankenhausmanager diesen Herausforderungen durchweg eine hohe Bedeutung zugewiesen haben. Unterschiede bestehen lediglich in der Ausprägung der Bereiche: Themen wie "Architektur", "Innendesign" und "Entwicklung des operativen Finanzcontrollings" werden als weniger bedeutsam eingestuft, während "Standardisierung" und "Personalentwicklung" sowie die "Implementierung von Großgerätetechnologie" als deutlich wichtiger gewertet werden.

Herausforderungen in der Krankenhaus-Entwicklung	Bewertungen BRD (Mittelwerte)	Bewertungen EU (Mittelwerte)	Differenz
Architektur	7,44	5,86	-1,58
Innendesign	7,53	6,27	-1,26
Implementierung Großgerätetechnologie	6,65	7,18	+0,53
Implementierung digitaler Technologien	7,71	7,86	+0,15
Entwicklung des operativen Finanzcontrollings	7,74	7,09	-0,65
Entwicklung Management-/Organisationsstruktur	7,42	7,27	-0,15
Automatisierung	7,21	6,91	-0,30
Standardisierung	6,53	7,14	+0,61
Personalentwicklung	6,35	7,86	+1,51

Abbildung 77: Herausforderungen in der Entwicklung von Krankenhäusern - Vergleich der Bewertungen aus Deutschland und Europa

Generalisierung versus Spezialisierung

Ebenso wie deutsche Krankenhausmanager tendierten auch ihre europäischen Kollegen deutlich dazu, eine Spezialisierung des Leistungsangebots als strategische Grundlage zukünftiger Krankenhäuser zu werten (EU-Mittelwert 6,64; DE-Mittelwert 6,19).

Bewertungs-skalierung	Bewertungen BRD (%)	Bewertungen EU (%)	Differenz (%)
0	0,0	0,0	0,0
1	0,0	0,0	0,0
2	2,9	0,0	-2,9
3	5,9	4,5	-1,4
4	2,9	4,5	+1,6
5	8,8	18,2	+9,4
6	26,5	9,1	-17,4
7	29,4	31,8	+2,4
8	11,8	22,7	+10,9
9	2,9	9,1	+6,2

Abbildung 78: Generalisierung versus Spezialisierung - Vergleich der Bewertungen aus Deutschland und Europa



10.8 Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse

In der Bewertung der Ergebnisse der Krankenhaus-Management-Umfrage kommt der Rückläuferquote eine entscheidende Bedeutung zu. Durch die niedrige Anzahl an Rückläufern sind weder in Deutschland noch in den befragten europäischen Ländern statistisch verwertbare Rückschlüsse auf das Antwortverhalten der jeweils zugrunde liegenden Krankenhaus-Gesamtpopulationen möglich. Dies gilt in gleicher Weise für den grenzübergreifenden Vergleich des Antwortverhaltens (internationale Analyse). Alle Darstellungen können daher nur als Aussagequerschnitt der teilnehmenden Krankenhausmanager gewertet werden.

Grundstruktur der Krankenhäuser

Die teilnehmenden deutschen Krankenhausmanager kommen aus Krankenhäusern, die über eine Reihe von Gemeinsamkeiten verfügen. So kommen die meisten der Teilnehmer aus Häusern, die an einem Standort angesiedelt sind, über eine kompakte Baukörperstruktur verfügen und sich zum größten Teil in einem urbanen Umfeld befinden. Dieses urbane Umfeld ist eher in einem Größenklassenbereich von bis zu 100.000 Einwohnern angesiedelt.

Bis auf einige Ausnahmen entsprechen auch die teilnehmenden europäischen Krankenhäuser im Grundsatz diesem Profil. Unterschiede bestehen dagegen in der Zahl der Haupt- und Belegabteilungen sowie in der persönlichen Leitungserfahrung der jeweiligen Krankenhausmanager. Bei beiden Punkten zeigt sich eine große und sehr heterogene Bandbreite im Antwortverhalten. Das vorherrschende Grundprofil der teilnehmenden Krankenhäuser spricht jedoch dafür, dass die Krankenhäuser in weitestem Sinne in ihrer Grundstruktur vergleichbar sind.

Antwortverhalten

Die Analyse der Aufgabenbereiche zeigt zunächst, dass die ambulante Leistungserbringung zumindest in ihrer Akzeptanz in deutschen Krankenhäusern angekommen und fest etabliert ist. Die Zeiten der sektoralen Trennung, die häufig auch Mauern in den Köpfen zog, scheinen damit endgültig vorüber zu sein.

Eine ähnliche Entwicklung könnte sich auch für die Stellung von Leistungsangeboten im Rahmen der Präventionsmedizin ergeben. Zumindest als Zusatzaufgabe scheint sie unter deutschen Krankenhausmanagern inzwischen vollständig akzeptiert und ein fester Bestandteil zukünftiger Krankenhausdienstleistungen zu sein. Insbesondere kleine Häuser haben diese Sichtweise angenommen, möglicherweise auch im Rahmen einer Neuorientierung auf einem härter umkämpften Krankenhausmarkt.

Ähnliche Ergebnisse ergibt auch die Analyse des Antwortverhaltens bezüglich Leistungsangeboten im Rehabilitationssektor. Auch hier zeichnet sich ein Bild der verschwindenden sektoralen Trennung zwischen akuter Krankenhausversorgung und Rehabilitationsmedizin ab, wie sie – ähnlich der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung – jahrelang ein besonderes Merkmal des deutschen Krankenhauswesens war. Möglicherweise spielen die nun schon seit Jahren währenden Diskussionen um eine integrierte, sektorenübergreifende Versorgung hierbei eine Rolle.



Neue Betätigungsfelder werden aber auch in anderen Bereichen gesucht. Vor allem Wellness-Angebote sind für eine hohe Zahl von Krankenhausmanagern als zusätzliches Leistungsangebot hochwillkommen und akzeptiert. Dieses Interesse mag auch darin begründet sein, dass derartige Angebote das Potenzial haben, den Gesamtauftritt eines Krankenhauses vom Negativbild "Krankenhaus" zu einem Positivbild "Gesundheitsdienstleister" zu überführen. Dahingegen traf das Aufgabenfeld "Altenpflege" auf deutlich weniger Akzeptanz. Rund die Hälfte aller Befragten wollte hierin keine Aufgabe für das Krankenhaus sehen. Dieses Antwortverhalten ist insbesondere auch vor dem Hintergrund einer demographischen Entwicklung zu werten, die in unserer Gesellschaft in den nächsten Jahren zu einer deutlich höheren Zahl Hochaltriger führen wird.

Die Aussagen zum Aufgabenfeld "Klinische Forschung" zeigen eine sehr deutliche Trennung zwischen Forschung und Patientenversorgung, die einigermaßen überrascht. Nahezu 45 % der Krankenhausmanager sahen die klinische Forschung nicht als Aufgabenfeld für das Krankenhaus der Zukunft. Unter den teilnehmenden europäischen Krankenhäusern schlossen dieses weniger als 10 % aus. Vieles spricht dafür, dass die klinische Forschung als natürlicher Bestandteil des Krankenhauses als erstes der in den letzten Jahren entwickelten Notwendigkeit zur Ökonomisierung zum Opfer gefallen ist. Es bleibt dabei abzuwarten, inwieweit die klinische Forschung als Bestandteil des Aufgabenfelds zumindest für innovationsbasierte Krankenhäuser eine Wiederauferstehung feiern kann.

Sehr eindeutig fielen die Aussagen zum Aufgabenfeld "Ausbildung" aus. Zumindest der ärztliche Dienst und der Pflegedienst sind sehr deutlich als Ausbildungsaufgabe definiert worden. Sicherlich spielt auch hier die Tatsache einer schwieriger gewordenen Personalgewinnung in diesen Bereichen eine entscheidende Rolle. Zum anderen ist in beiden Bereichen in einem sehr hohen Maße die stete Weiterbildung ein Teil des jeweiligen Berufsethos und wird als selbstverständlicher und bedeutender Teil des Beschäftigungsverhältnisses verstanden.

Fazit

Die Gesamtbetrachtung der Ergebnisse zum Thema "Aufgabenfelder im Krankenhaus der Zukunft" ergibt ein deutlich auf ökonomische Aspekte, sektorenübergreifendes Handeln und den positiven Aspekt des Begriffs "Gesundheit" ausgerichtetes Aufgabenspektrum. Bereichen, die eher mit Krankheit und Alter assoziiert werden (Altenpflege), oder deren ökonomische Risiken nur schwer einzuschätzen sind (klinische Forschung), wird dagegen ein weit niedrigerer Stellenwert als Aufgabenfeld eingeräumt. Bedenkt man die Wurzeln des modernen Krankenhauses, die in der Tradition der Pflege standen, so kann man dies im langfristigen historischen Vergleich als Paradigmenwechsel werten.

In der Bewertung der Bedeutung verschiedener Herausforderungen in der zukünftigen Krankenhausentwicklung tritt eines sehr deutlich zu Tage: Auch wenn es im Einzelvergleich zu leicht unterschiedlichen Bewertungen kam, wurde letztendlich allen angegebenen Bereichen eine hohe Bedeutung attestiert. Folgt man dieser Bewertung, so bedeutet dies aber auch, dass das Krankenhaus eine derartige Vielzahl von Herausforderungen parallel zu bewältigen hat.



Während einzelne Herausforderungen als die Veränderung und Weiterentwicklung einzelner Bereiche gewertet werden können, so zeigt allein die Vielzahl der bedeutenden Veränderungen, dass die befragten Krankenhausmanager einen grundsätzlichen Entwicklungsschritt im Krankenhauswesen erwarten. Vereinfachend gesagt: Nicht die "Reparaturarbeit" am einzelnen Teilstück steht im Mittelpunkt der Erwartungen, sondern die grundsätzliche Umwandlung in vielen Bereichen des Krankenhauses.

Von Bedeutung ist auch das Ergebnis zur Frage der strategischen Grundausrichtung von Krankenhäusern. Die getroffenen Aussagen gehen nicht nur unter den deutschen Krankenhausmanagern, sondern auch unter ihren europäischen Kollegen in eine eindeutige Richtung. Nicht das generalisierte Krankenhaus mit einem breiten Leistungsspektrum soll nach ihrer Meinung im Vordergrund stehen, sondern das spezialisierte Krankenhaus, das sein Leistungsspektrum gegebenenfalls reduziert, um Ressourcen in einer Leistungsvertiefung im Rahmen seiner Schwerpunkte einzusetzen.

Für große Häuser besteht eventuell die Möglichkeit einer Aufrechterhaltung eines breiten Leistungsspektrums unter Bildung einiger Leistungsschwerpunkte. Für kleinere Häuser ist ein solches Vorgehen jedoch nicht in gleicher Weise umsetzbar, da die hier zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht ausreichend sind, um damit eine nicht nur propagierte, sondern auch glaubwürdige Schwerpunktbildung aufbauen zu können. Der Marktkonkurrenz durch die größeren Häuser sind sie aber auch weiterhin ausgesetzt. Darum wäre es auch denkbar gewesen, dass kleinere Häuser alternative Strategien in Betracht ziehen, die nicht auf einer zunehmenden Spezialisierung, sondern auf der bewussten Generalisierung des Leistungsbilds beruhen.



11. Quellenangaben

- [1] Porter, R.
Die Kunst des Heilens.
Spektrum Akademischer Verlag 2003, Heidelberg
- [2] Wilmanns, J. C.
Die ersten Krankenhäuser der Welt.
Dtsch. Ärzteblatt 2003;100:A 2592-2597[Heft 40]
- [3] Jetter, D.
Das europäische Hospital : von der Spätantike bis 1800.
Köln : DuMont, 1986.
- [4] Reicke, S.
Das deutsche Spital und sein Recht im Mittelalter / Zweiter Teil: Das deutsche Spitalrecht
In: Stutz, U. und Heckel, J. (Hrsg.) Kirchenrechtliche Abhandlungen
Verlag von Ferdinand Enke 1932, Stuttgart
- [5] Thompson, J.D. und Goldin G.
The Hospital: A Social and Architectural History
Yale University Press 1975, New Haven and London
- [6] Risse, G. B.
Mending bodies, saving souls
A history of hospitals
Oxford University Press New York/Oxford, 1999
- [7] Uhlmann, G.
Leben und Arbeiten im Krankenhaus. Die Entwicklung der Arbeitsverhältnisse des Pflegepersonals
im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert.
In: Labisch, A. und Spree R. (Hg.) "Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett" – Zur
Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert.
Campus Verlag Frankfurt/New York, 1996



- [8] Healy, J. und McKee, M.
The evolution of hospital systems.
In: Hospitals in a changing Europe, The European Observatory on Health Care Systems 2002: 14-35.
- [9] Thomann, K. D.
Die Entwicklung der Chirurgie im 19. Jahrhundert und ihre Auswirkungen auf Organisation und Funktion des Krankenhauses.
In: Labisch, A. und Spree R. (Hg.) "Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett" – Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert.
Campus Verlag Frankfurt/New York, 1996
- [10] Labisch, A. und Spree, R.
Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten: Zur Einführung in den "Krankenhausreport 19. Jahrhundert"
In: Labisch, A. und Spree, R. (Hg.) Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten
Campus Verlag Frankfurt/New York, 2001
- [11] Wagner, B. J.
"Um die Leiden der Menschen zu lindern, bedarf es nicht eitler Pracht": Zur Finanzierung der Krankenhauspflege in Preußen.
In: Labisch, A. und Spree, R. (Hg.) Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten
Campus Verlag Frankfurt/New York, 2001
- [12] Jütte, R.
Vom Hospital zum Krankenhaus: 16. bis 19. Jahrhundert.
In: Labisch, A. und Spree R. (Hg.) "Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett" – Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert.
Campus Verlag Frankfurt/New York, 1996
- [13] Murken, A.H.
Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart.
Dumont 1995 (3.Aufl.), Köln.



- [14] Hogan, Seamus & Hogan, Sarah
How will the aging of population affect health care needs and costs in the foreseeable future?
Discussion Paper No. 25, Commission on the Future of Health Care in Canada, October 2002 (online
accessed 23.02.06)
- [15] Scitovsky, A.
"The High Cost of Dying": What do the data show?
The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, 2005, (pp. 825-41) (online accessed 23.02.2006)
- [16] Submission by the Canadian Institute of Actuaries to the
Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology
Health Care in Canada: The Impact of population aging.
March 2001 (online accessed 23.02.2006)
- [17] Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.)
Gesundheit – Krankheitskosten 2002
Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2004
- [18] Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe für ein Präventionsgesetz
Online Zugang am 7.3.2006 unter <http://www.bmg.bund.de>
- [19] Apitz, R, Winter S. F.
Potenziale und Ansätze der Prävention - aktuelle Entwicklungen in
Deutschland
Der Internist; 45/2;2004
- [20] Leben und Arbeiten in Deutschland
Ergebnisse des Mikrozensus 2003
Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2004.
- [21] Egel J et al.
Indikatoren zur Ausbildung im Hochschulbereich
Zentrum für Europäische Wirtschaftsförderung und Hochschulinformationssystem GmbH (Hrsg.)
Studien zum Innovationssystem Deutschlands, No. 10, 2003



- [22] Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend,
Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.)
Wo bleibt die Zeit? – Die Zeitverwendung in Deutschland 2001/02
Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2003
- [23] Zellmann P und Opaschowski HW
Die Zukunftsgesellschaft – und wie wir in Österreich mit ihr umgehen müssen
Österreichische Verlagsgesellschaft Wien , 2005
- [24] WHO Preamble to the Constitution of the World Health Organization
as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July
1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2,
p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- [25] Martin, W.
Arbeitsmarkt für Ärzte – Krankenhäuser suchen verstärkt Spezialisten
Deutsches Ärzteblatt; Jahrgang 102; Ausgabe 36; September 2005
- [26] Bausch, M.
Ärztinnen und Ärzte – Facharztmangel droht
Arbeitsmarkt-Information für qualifizierte Fach- und Führungskräfte
Bundesagentur für Arbeit; Zentralstelle für Arbeitsvermittlung 2004
- [27] Kopetsch, T
Studie zur Altersstruktur- und Arztzahrentwicklung : Daten, Fakten, Trends
Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer, 2005
3. aktualisierte und überarbeitete Auflage
Online-Zugang unter: www.bundesaerztekammer.de
- [28] Statistisches Bundesamt – Zweigstelle Bonn (Hrsg.)
2. Bericht: Pflegestatistik 2003
Pflege im Zeichen der Pflegeversicherung
Statistisches Bundesamt Bonn 2005



- [29] Weidner F, Isfort M, Messner T, Zinn W
Pflegethermometer 2002. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in Deutschland.
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) Köln 2002
- [30] Weidner F, Isfort M, Messner T, Zinn W
Pflegethermometer 2004. Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland.
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) Köln, Bermutshain, 2003.
- [31] Simon M, Tackenberg P, Hasselhorn H-M, Kümmerling A, Büscher A, Müller B H
Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal 2005.
<http://www.next.uni-wuppertal.de>
- [32] Buchan J, Calman L
Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles
OECD HEALTH WORKING PAPERS 17 (Hrsg.) 2004
- [33] Bundesministerium für Bildung und Forschung (Herausgeber)
Situation der Medizintechnik in Deutschland im internationalen Vergleich
Aachener Kompetenzzentrum Medizintechnik, Deutsche Gesellschaft für biomedizinische Technik im VdE und Konsortialpartner; Band 1; 2005.
- [34] Clade, H.
Länderfinanzierung vor dem Aus
Deutsches Ärzteblatt; Jg. 101/5; 2004
- [35] Augurzky B., Krolop S., Liehr-Griem A., Schmidt C.M. und Terkatz S.
Das Krankenhaus, Basel II und der Investitionsstau
Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung: Materialien; Heft 13; 2004
- [36] Bruckenberg E.
Privatisierung der Krankenhäuser, Eine Alternative zum Investitionsstau
Online Zugang über www.bruckenberg.de; Fassung vom 24.03.2005