



Verband der  
Krankenhausdirektoren  
Deutschlands e.V.

# Entscheidungsorientiertes Krankenhausmanagement

— Ausgangslage - Zielsetzung - Konzeption —



# Präambel

Die Gesundheitswirtschaft und damit auch die Krankenhauswirtschaft als ein Teilbereich befinden sich in einem tiefgreifenden Struktur- und Kulturwandel. Die vor ihr liegenden Entwicklungen und deren Konsequenzen sind kaum abschätzbar, die Rahmenbedingungen werden sich grundlegend für alle Akteure verändern. Den sich daraus ergebenden Herausforderungen kann das einzelne Krankenhaus nur dann entsprechen, wenn im Sinne einer integralen Unternehmensführung ein proaktives Management realisiert wird.

Dieses Statement versteht sich als Impulsgeber für diesen Weg und wendet sich an alle interessierten Managementverantwortlichen in den Krankenhäusern.



# Vorwort

Das Management der Krankenhäuser und psychiatrischen Einrichtungen hatte schon immer mit zahlreichen Herausforderungen und Problemen zu kämpfen. Diese haben sich aber in den vergangenen Jahren in einer rasanten Weise immer weiter potenziert. Sicher kann sich kein Geschäftsführer daran erinnern, dass die Lage so schwierig, teilweise auch so unübersichtlich war, wie sie sich derzeit darstellt.

Welche Erfahrungen, welche Kenntnisse nützen in dieser Situation? Welche neuen Aspekte, welche Entwicklungen brauchen ein Update oder eine Neubewertung der Aufgaben des Managements?

Diesen Fragen hat sich die 2021 im Rahmen des Betriebswirtschaftlichen Ausschusses des VKD neu gegründete Task-Force intensiv gewidmet. Rahmenbedingungen wurden analysiert, Ziele definiert, Perspektiven ausgelotet. Vorausgegangen war dieser Arbeit ein Beschluss des VKD-Vorstands.

Wesentliches Ziel der Gruppe war die Vorlage eines Positionspapiers sowie auf dieser Basis die Erarbeitung einer Broschüre zum Managementverständnis des VKD in der Praxis. Definiert werden sollten die Anforderungen an die Führungskräfte in dieser Zeit und bezüglich der zu erwartenden Entwicklungen und Herausforderungen. Krankenhaus sollte dabei auch neu, auch innovativ, gedacht werden. Bei aller theoretischen Fundierung sollten die Aussagen aber vor allem auch praktisch fundiert sein.

Das ist aus Sicht des Vorstands gelungen, auch, weil die Task-Force sowohl wissenschaftliche als auch praktische Expertise versammelte.

Die Arbeit steht in der Tradition der früheren „blauen Broschüren“, die der VKD vor allem in den neunziger Jahren als Arbeitshilfen für den internen Gebrauch der Mitglieder herausgegeben hat.

Der Vorstand hofft, dass sowohl seine jungen wie auch die älteren Mitglieder Nutzen für ihre eigene Führungstätigkeit aus dieser wichtigen Arbeit zum Thema „Entscheidungsorientiertes Krankenhausmanagement 2.0“ ziehen werden.

Der Vorstand des  
Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)

**Inhaltsverzeichnis**

Präambel	1
Vorwort	3
<b>Ausgangslage Zielsetzung Konzeption</b>	<b>6</b>
<b>Veränderung von Versorgungsstrukturen und Neupositionierung von Krankenhäusern</b>	<b>10</b>
2.1 Rahmenbedingungen	12
2.2 Zielsetzung und Schwerpunkte von Krankenhäusern	17
<b>Grundlagen des Krankenhausmanagements</b>	<b>18</b>
3.1 Managementverständnis	20
3.2 Grundsätze für Leitungsorganisation und Managementprozess	21
3.3 Entscheidungsfelder und Entscheidungsträger	22
3.4 Abgrenzung der Managementaufgaben	41
3.5 Rechtsform des Krankenhauses	44
3.6 Interne Leitungsorganisation	45
3.7 Managementprozess	47
<b>Gegenwärtige Praxis des Krankenhausmanagements</b>	<b>50</b>
4.1 Krankenhausträger	52
4.2 Krankenhausleitung	56
4.3 Chefärzte/Leitung Fachabteilung/Zentrum	59
<b>Empfehlungen für ein entscheidungsorientiertes Krankenhausmanagement</b>	<b>62</b>
5.1 Betriebswirtschaftliche Grundsätze und Gegenstand der Analyse	64
5.2 Darstellung der Managemententscheidungen in Abhängigkeit von externen Rahmenbedingungen	65

<b>Empfehlungen zu Controllingstrukturen und -schwerpunkten</b>	<b>80</b>
6.1    Konzeptionelle Grundlagen	82
6.2    Entwicklungsstufen des Controllings in der Krankenhauspraxis	85
<b>Wandel von Versorgungs- und Managementstrukturen</b>	<b>94</b>
<b>Anhang</b>	<b>98</b>
Autorinnen und Autoren	100
Nachwort	105
Verzeichnisse	106
Impressum	107

**Ausgangslage**  
**Zielsetzung**  
**Konzeption**



## Ausgangslage

Die Problemfelder der Krankenhauspraxis sind durch fehlende Personal- und Finanzressourcen geprägt – u. a. bedingt durch ein nicht effizientes Krankenhausplanungs- und -finanzierungssystem. Die Personalknappheit betrifft sowohl die quantitative als auch die qualitative Dimension des Personalbedarfs. Das Ausmaß in den einzelnen Krankenhäusern hängt jeweils u. a. von der Berufsgruppe, von der medizinischen Fachrichtung, vom Standort und von der Größe des Krankenhauses ab.

Die Finanzknappheit zeigt sich bei den Personal- und Sachkosten sowie bei der Investitionsförderung. Die Personalkostensteigerungen über Tarifabschlüsse werden in den Budgets regelhaft nur unzureichend abgebildet. Das betrifft sowohl somatische als auch psychiatrische Krankenhäuser. Das Ausmaß der Sachkostensteigerungen ist abhängig von der Zusammensetzung des Krankenhauswarenkorbs. Die Kostensteigerungen werden ebenfalls nicht vollständig ausgeglichen, u. a. auch die Sachkostensteigerungen in Folge der Energiekrise nicht. Die Investitionsquote in den einzelnen Bundesländern ist im Vergleich zum Investitionsbedarf deutlich zu gering.

Das gegenwärtige System der Krankenhausfinanzierung/Betriebskostenfinanzierung setzt somit Anreize, Leistungen bzw. Erlöse zu steigern, um höhere Deckungsbeiträge zu generieren (Fehlanreiz im System).

Um diese Auswirkungen abzumildern, besteht im Rahmen der Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen eine differenzierte Nachweispflicht von Leistungsstrukturen (DRGs und PEPPs) und Kostenstrukturen bzw. Kostenhöhe (Pflegepersonalkosten), von Personalstrukturen sowie Nachweispflichten zur Strukturqualität und weitere Informationsaufgaben in Bezug auf das Tagesgeschäft (z. B. Kodierung). Außerdem sind umfangreiche Erlös- bzw. Leistungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst etabliert.

Vor diesem Hintergrund finden seit einigen Jahren Diskussionen darüber statt, den ordnungspolitischen Rahmen grundlegend zu reformieren. Mit einer Krankenhausreform sollen die Systemschwächen seitens der Gesundheitspolitik gemildert werden. Aktuell diskutiert werden die Veränderung der spezifischen Krankenhausstrukturen und der Versorgungsstrukturen generell im Rahmen der Krankenhausplanung sowie eine Modifikation des preisbasierten Fallpauschalensystems über die Einführung von Kostenelementen und einer Vorhaltepauschale. Ferner gibt es Versprechungen, die Komplexität des Finanzierungssystems sowie dessen Kontrollmechanismen zu entbürokratisieren.

Perspektivisch wachsen damit die Herausforderungen an das Krankenhausmanagement, die Existenz des Unternehmens bei gravierenden Strukturveränderungen zu sichern.

## Zielsetzung

Die Positionierung des Verbands der Krankenhausesdirektoren (VKD) zu den Management-schwerpunkten von Krankenhäusern in dieser Zeit – vor dem Hintergrund der oben angesprochenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und aktuellen Vorschläge und Diskussionen zu modifizierten Versorgungsstrukturen und zu den Aufgaben von Krankenhäusern in diesem Kontext – erfordert eine intensive Diskussion, Priorisierung und Festlegung relevanter Standpunkte für eine erfolgreiche Unternehmensführung aus betriebswirtschaftlicher Sicht.

Der VKD hat es sich zur Aufgabe gemacht, Gestaltungsempfehlungen zu den Herausforderungen an das Krankenhausmanagement zu entwickeln. Hierbei wird an vorangegangene VKD-Veröffentlichungen angeknüpft: Entscheidungsorientiertes Krankenhausmanagement (1993), Informationsmanagement im Krankenhaus (1996). Sowohl die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen als auch die inzwischen weiterentwickelten

Managementansätze und -konzepte<sup>1</sup> werden zugrunde gelegt.

Innerhalb der eingerichteten Task-Force wurde eine breite Diskussion geführt, die Überlegungen, Erfahrungen und Erwartungen zum Status Quo und zu den Perspektiven und der Wirkkraft der angedachten Reform<sup>2</sup> beinhaltete. Konsentiert wurden die Ergebnisse über den VKD-Vorstand und das VKD-Präsidium.

Ziel dieser Veröffentlichung ist es, der Krankenhauspraxis, d. h. dem Eigentümer, der Krankenhausleitung, den Verantwortlichen der einzelnen Betriebsstellen und dem Controlling, Handlungsempfehlungen an die Hand zu geben, die alltagstaugliche Anregungen zur Gestaltung der Managementaufgaben und -verantwortung und zur Umsetzung der Managementfunktionen in den eigenen Unternehmen liefern<sup>3</sup>.

### Konzeption

Die Vorgehensweise gestaltete sich wie folgt:

1. Diskussion und Konsentierung der derzeitigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sowie der bevorstehenden Krankenhausreform mit ihren Versorgungsstruktureauswirkungen auf den Krankenhausmarkt und die Handlungsnotwendigkeiten des Krankenhausmanagements.
2. Standortbestimmung der gegenwärtigen Praxis des Krankenhausmanagements sowie zum Zielverständnis von Krankenhäusern als Grundlage für die Fortentwicklung von Managementstrukturen und -prozessen von Krankenhäusern – ausgehend von den Grundsätzen des Krankenhausmanagements.

3. Erarbeitung von Empfehlungen für ein entscheidungsorientiertes Krankenhausmanagement, hinterlegt mit aktueller Krankenhausmanagement-Literatur.
4. Ausgehend von diesen Management-Empfehlungen Skizzierung von ergänzenden Empfehlungen zu Controlling-Strukturen und -Schwerpunkten zur Sicherstellung einer Management-Unterstützung.

Über diese abgestufte Arbeitsweise und die Verbindung der jeweiligen Diskussionsergebnisse mit aktualisierten Managementansätzen, konnten die vorliegenden Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Die Grundlagen wurden im Zeitraum Oktober 2021 bis Juli 2023 von der Task-Force, die sich wie folgt zusammensetzte, erarbeitet:

- Irmtraut Gürkan
- Stefan Günther
- Dr. Rudolf Hartwig
- Dirk Köcher
- Christian Pellehn
- André Sonntagag
- Andreas Tyzak

Moderation:

- Dr. Jens-Uwe Schreck
- Prof. Dr. Julia Oswald

Wissenschaftliche Leitung:

- Prof. Dr. Julia Oswald

1 Oswald, J./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Management und Controlling im Krankenhaus. Gestaltungsperspektiven und Beziehungsdynamik – Ansätze eines integrierten Konzepts. Kohlhammer 2023; Oswald, J./Schmidt-Rettig, B./Eichhorn, S. (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre. 2., überarb. Auflage, Kohlhammer 2017.

2 Bei Redaktionsschluss waren die Inhalte zur Krankenhausreform 2024 ff. z. T. noch unklar, so dass hier nicht im Detail auf die geplanten Veränderungen (Leistungsgruppen-Systematik, Vorhaltefinanzierung u. a.) eingegangen wird.

3 Es wurde versucht, geschlechtsneutrale Formulierungen zu wählen. Wenn dies jedoch nicht möglich war, wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Hiermit sind selbstverständlich alle Geschlechter (weiblich, männlich, divers) eingeschlossen.

# **Veränderung von Versorgungs- strukturen und Neupositionierung von Krankenhäusern**

---

**2.1** Rahmenbedingungen

**2.1.1** Status Quo

**2.1.2** Perspektiven

---

**2.2** Zielsetzung und Schwerpunkte von Krankenhäusern

## 2.1 Rahmenbedingungen

Unternehmensexterne Rahmenbedingungen betreffen den Wettbewerb/Krankenhausmarkt sowie rechtlich-politische, wirtschaftliche, demographische, technologische und ökologische Entwicklungen. Nachfolgend werden

ausgewählte, für Krankenhäuser besonders relevante Themenfelder beleuchtet. Dabei wird zwischen der gegenwärtigen Situation (Status Quo) und möglichen Veränderungen in der Zukunft (Perspektiven) unterschieden.

Analysebereich	Schwerpunkte
A Krankenhausmarkt	<p>A.1 Angebotssteuerung für Krankenhausleistungen</p> <p>A.2 Strukturvorgaben</p> <p>A.3 Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander</p> <p>A.4 Wettbewerb zwischen Krankenhaus und Vertragsärzten</p> <p>A.5 Eingriffe in die Marktentwicklung über das Kartellrecht</p>
B Finanzielle Ressourcen	<p>B.1 Investitionsfinanzierung</p> <p>B.2 Betriebskostenfinanzierung und Entgeltverhandlungen</p> <p>B.3 Eigenmittelfinanzierung</p>

Tabelle 1: Externe Rahmenbedingungen – Status Quo für ausgewählte Schwerpunkte

### 2.1.1 STATUS QUO

Die Diskussion und Bewertung der gegenwärtigen Rahmenbedingungen zielt auf den Krankenhausmarkt und die Krankenhausfinanzierung ab (*Tabelle 1*).

Folgende Annahmen werden diesbezüglich getroffen:

#### A. Krankenhausmarkt

##### A.1 Angebotssteuerung für Krankenhausleistungen

- Der Marktzutritt für stationäre Krankenhausleistungen ist durch den Versorgungsauftrag der Bundesländer gesetzlich geregelt. Die Bundesländer stellen dazu einen Krankenhausplan auf. Die Detailtiefe der Krankenhausplanung

der Länder ist unterschiedlich. Die Krankenkassen nehmen Einfluss auf das Leistungsangebot (Anhörung, Beratung im Rahmen des Planungsverfahrens).

- Das Leistungsangebot ist an die Ausrichtung der Schwerpunkte von Krankenhäusern innerhalb des Versorgungsauftrags geknüpft.
- Die Trennung der Sektoren in ambulante und stationäre Leistungen setzt Grenzen in Bezug auf ein sektorenübergreifendes Versorgungsangebot.

##### A.2 Strukturvorgaben

- Gesonderte Anforderungen an die Leistungserbringung in Form von Strukturvorgaben und Mindestmengen grenzen die Spielräume im Rahmen der Leistungserbringung ein.

- Strukturvorgaben machen es gerade für kleinere Krankenhäuser und Krankenhäuser in strukturschwachen Gebieten zunehmend schwerer, komplexere Leistungen zu erbringen, da sie nicht über die geforderten Spezialisten und/oder technischen Einrichtungen verfügen.

### A.3 Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander

- Ausgehend vom Versorgungsauftrag erfolgt die Konkretisierung des Leistungsangebots innerhalb einer Fachabteilung unter Berücksichtigung des Leistungsangebots (Fachabteilungen) der anderen Krankenhäuser.

### A.4 Wettbewerb zwischen Krankenhaus und Vertragsärzten

- Der Wettbewerb um Patienten erstreckt sich auch auf die niedergelassenen Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) der Region.
- Bei der Wahl des Krankenhauses hat die Empfehlung der niedergelassenen Ärzte die größte Bedeutung für die Patienten (eingeschränkte Konsumentensouveränität).

### A.5 Eingriffe in die Marktentwicklung über das Kartellrecht

- Das Kartellrecht nimmt Einfluss auf die Fusions- und Kooperationsmöglichkeiten von Krankenhäusern.
- Das Bundeskartellamt geht davon aus, dass Krankenhäuser insgesamt miteinander im Wettbewerb stehen. Dieses Marktverständnis weicht damit vom gesundheitsökonomischen Marktverständnis, wonach einzelne Fachabteilungen und ggf. einzelne Ärzte miteinander im Wettbewerb stehen, ab. Die optimale Betriebsgröße von Krankenhäusern wird durch das Kartellamt vor dem Hintergrund, keine Oligopole und Monopole zuzulassen und mit Blick auf

die Trägervielfalt, nicht berücksichtigt. Notwendig ist eine Harmonisierung von gesundheitspolitischen und wettbewerbsrechtlichen Zielen.

## B. Finanzielle Ressourcen

### B.1 Investitionsfinanzierung

- Die lang- und mittelfristige Investitionstätigkeit des Krankenhauses (Einzelförderung) ist an die Entscheidungen und die Haushaltslage der Bundesländer gebunden (Folge: Unterfinanzierung, hoher bürokratischer Aufwand und lange Genehmigungsverfahren).
- Die Finanzierung der vom Gesetzgeber als kurzfristig bezeichneten Anlagegüter ist an Pauschalen gebunden (Pauschalförderung). Sie entsprechen nicht dem betrieblich ermittelten Werteverzehr (Abschreibungen) und noch weniger den Wiederbeschaffungskosten.
- Einzelne Bundesländer weichen von der Systematik der Einzel- und Pauschalförderung ab (z. B. einheitliche Investitionspauschale in Brandenburg, Hessen und Berlin; Pauschalierung der Einzelförderung für langfristige Investitionsmaßnahmen in Bremen und Nordrhein-Westfalen)<sup>4</sup>.
- Die Trennung von Investitions- und Betriebskosten blockiert das funktionelle Zusammenspiel einer wirtschaftlichen Betriebsführung und führt zu relativ steigenden Kosten, weil das Krankenhaus nicht optimal über die Folgekosten von Investitionen entscheiden kann. Es kommt zu Betriebskostensteigerungen aufgrund von nicht erfolgten Investitionen (z. B. Sanierung).

4 DKG (2023): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern – Stand 2022.

- Eine Beteiligung des Bundes bei der Finanzierung ist bei entsprechender gesetzlicher Regelung möglich (z. B. Krankenhausstrukturgesetz - Errichtung eines Strukturfonds zum Abbau von Überkapazitäten, Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen, Krankenhauszukunftsgesetz - Finanzierung von Digitalisierungsmaßnahmen).

### B.2 Betriebskostenfinanzierung und Entgeltverhandlungen

- Die Charakteristika der Entgeltsysteme (Regelungskomplexität und -dynamik, administrierte Preise, Kostenfokus) erfordern sowohl die Erfüllung besonderer genereller Anforderungen (z. B. laufende Beobachtung und Erfassung der finanzregulatorischen Vorgaben sowie die damit verbundenen Auswirkungen auf das Unternehmensgeschehen, Budgetverhandlungen mit Krankenkassen, umfangreiche systembedingte administrative Aufgaben mit Blick auf MD-Prüfungen

sowie sonstige Dokumentations- und Nachweispflichten) als auch das Setzen bestimmter inhaltlicher Schwerpunkte (Leistungs-, Kosten- und Erlösmanagement).

### B.3 Eigenmittelfinanzierung

- Da die Finanzierung durch die Länder den Finanzierungsbedarf der Krankenhäuser nicht deckt, muss zur Sicherstellung der internen Investitionsfähigkeit auf Mittel aus der Betriebskostenfinanzierung (Rücklagen) zurückgegriffen (versteckte Monistik) oder es müssen Darlehen aufgenommen werden.
- Ggf. unterstützen auch die Eigentümer/ Gesellschafter bei der Finanzierung von Investitions- und/oder Betriebskosten.

### 2.1.2 PERSPEKTIVEN

Perspektivisch ist insbesondere die Entwicklung der Versorgungsstrukturen, die Entwicklung der Krankenhausfinanzierung und der personellen Ressourcen von Interesse. Im Einzelnen geht es um die Entwicklung folgender Schwerpunkte (Tabelle 2).

Analysebereich	Schwerpunkte
C Versorgungstrukturen und Krankenhausplanung	C.1 Reduzierung der Kapazitäten und Verschiebung von Versorgungsaufträgen C.2 Erweiterte Aufgabenstellung des Krankenhauses C.3 Krankenhausplanung
D Krankenhausfinanzierung	D.1 Investitionsfinanzierung D.2 Betriebskostenfinanzierung und Entgeltverhandlungen
E Personelle Ressourcen	E.1 Grundproblematik E.2 Arbeitsmarktlage E.3 Professionsverständnis /Erwartungen an die Arbeit E.4 Wertewandel

Tabelle 2: Externe Rahmenbedingungen - Perspektiven für ausgewählte Schwerpunkte

Folgende Annahmen werden bezüglich dieser Schwerpunkte getroffen:

## **C. Versorgungsstrukturen und Krankenhausplanung**

### **C.1 Reduzierung der Kapazitäten und Verschiebung von Versorgungsaufträgen zwischen den stationären Angeboten sowie zwischen den stationären und ambulanten Angeboten**

- Die Anzahl der somatischen Krankenhäuser und Krankenhausstandorte wird sich weiter reduzieren.
- Krankenhäuser werden sich weiter spezialisieren. Die Angebotsbreite je Krankenhaus und je Fachabteilung/Zentrum wird sich v. a. in den Ballungszentren reduzieren.
- Angebote der Telemedizin unterstützen die Versorgung v. a. im ländlichen Raum.

### **C.2 Erweiterte Aufgabenstellung des Krankenhauses**

- Krankenhäuser werden stärker ambulant tätig sein, insbesondere in ländlichen Regionen.
- Leistungen der Prävention, i. S. einer aktiven Förderung der Gesundheit und Gesundheitskompetenz der Patienten und Leistungen der Prehabilitation vor chirurgischen Eingriffen, werden stärker in den Vordergrund rücken.
- Bei komplexen Leistungen werden Krankenhäuser zur Absicherung des Behandlungserfolgs die nachstationäre Versorgung der Patienten durch ihre Expertise und technische Ausstattung stärker unterstützen bzw. sicherstellen.
- Krankenhäuser werden sektorenübergreifende Versorgungsprozesse organisieren und übernehmen, insbesondere im ländlichen Bereich.

## **C.3 Krankenhausplanung**

- Umstellung der Methodik der Krankenhausplanung von der alleinigen Bettenplanung mehr in Richtung einer qualitätsorientierten Leistungsplanung (z. B. Leistungsgruppen) unter Berücksichtigung der Vorhaltebedarfe.

## **D. Krankenhausfinanzierung**

### **D.1 Investitionsfinanzierung**

- Der für die Investitionskosten zur Verfügung gestellte Betrag (Land und/oder Bund) ist im Leistungsentgelt enthalten, so dass das Geld den Krankenhäusern über einen Finanzierungsstrom zufließt. Dieser Finanzierungsstrom kann auch aus zwei Finanzierungsquellen i. S. einer modifizierten Dualistik gespeist werden. Mögliche Vorgehensweise: erster Schritt: pauschale Fördermittel als Bestandteil des Leistungsentgelts – zweiter Schritt: komplette Investitionsmittel als Bestandteil des Leistungsentgelts.
- Bei Festhalten an der dualen Finanzierung ist die Verankerung einer Investitionsquote als Förderungskriterium im Gesetz notwendig. Sie wird an die veränderten Versorgungsstrukturen angepasst.
- Der Investitionsbedarf wird leistungs- und kostenorientiert ermittelt und berücksichtigt auch Investitionsbedarfe für die sektorenübergreifenden Strukturen.

### **D.2 Betriebskostenfinanzierung**

- Die Betriebskostenfinanzierung der stationären Leistungen berücksichtigt die Vorhaltekosten des Krankenhauses sowie Art, Umfang und Qualität der Leistungserbringung.
- Die Finanzierung der ambulanten Leistungen erfolgt in gleicher Höhe – unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden (z. B. Hybrid-DRG nach § 115 f SGB V / sektorengleiche Vergütung).

- Vision „Vollmodell“: Vergütungsmodelle für sektorenübergreifende patientenintegrale Versorgungsmodelle - Regionalbudgets (Capitation-Ansatz) (s. dazu auch für die Psychiatrie bereits etablierte Ansätze).

## E. Personelle Ressourcen

### E.1 Grundproblematik

- Personalknappheit aus unterschiedlichen Gründen (Arbeitsmarktlage, hohe bürokratische Anforderungen, Mangel an Studienplätzen, demographische Entwicklung, Krankenhausorganisation u. v. m.)
- Unterfinanzierung (Kosten- und Erlösschere)

### E.2 Die Personalsicherung ist prioritäre Aufgabe des Krankenhausmanagements

- Personalsicherung bedeutet, dass Krankenhauspersonal in ausreichender Menge (Quantität), mit der erforderlichen Qualifikation (Qualität), am richtigen Ort und zur richtigen Zeit (regional, lokal) unter Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit (Finanzierbarkeit) zur Verfügung steht. Dazu müssen geeignete Mitarbeitende gefunden und gehalten sowie Fehlzeiten reduziert werden. Außerdem muss erreicht werden, dass sich die Leistungsbereitschaft während ihres Einsatzes auf einem angemessenen Niveau befindet.
- Um Personal sichern zu können, muss das Management externe, systembedingte Anforderungen (Krankenhauspolitik und -finanzierung) sowie interne, betriebswirtschaftlich bedingte Anforderungen (Leistungs- und Kostenmanagement) berücksichtigen.

- Der Arbeitsmarkt stellt eine Rahmenbedingung dar, die sich als Grenze, aber auch als Möglichkeit in Bezug auf die Personalsicherung erweisen kann.
- Gegenwärtig und zukünftig wird generell von einer Begrenzung ausgegangen: Die Bereitstellung von benötigten Fachkräften - insbesondere in den Bereichen Medizin und Pflege - kann allein über den nationalen Arbeitsmarkt nicht sichergestellt werden. Notwendig sind seitens der Krankenhäuser neben der Rekrutierung auf dem internationalen Arbeitsmarkt, verschiedene personalpolitische und organisatorische Maßnahmen (z. B. Ausweitung der Ausbildungs- sowie Weiterbildungsaktivitäten, Ausbau der technischen Assistenz (Digitalisierung), Verbesserung von innerbetrieblichen Abläufen, altersgerechte Arbeitsorganisation, attraktive Rückkehrangebote nach einer beruflichen Auszeit u. a.).

### E.3 Wichtig für die Führung von Mitarbeitenden sind Verständnis und Wertschätzung gegenüber deren Profession sowie das Bewusstsein über den Wandel der Professionen im zeitlichen Verlauf

- Vor dem Hintergrund der veränderten Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung, u. a. Einflüsse wie der medizinisch-technische Fortschritt, der Wertewandel und die Digitalisierung mit Konsequenzen für die Leistungserbringung im Krankenhaus, haben sich die Berufsbilder der Ärzte und der Pflegefachkräfte gewandelt (z. B. Delegation und Substitution von Aufgaben, Etablierung neuer Berufsfelder wie Physician Assistent).

## 2.2 Zielsetzung und Schwerpunkte von Krankenhäusern

Folgende Annahmen bezüglich der Krankenhauszielsetzung und der Schwerpunkte des Unternehmensgeschehens von Krankenhäusern werden getroffen:

### 1. Sach-, Formal- und Sozialziel von Krankenhäusern

- Zweck eines Krankenhausbetriebs ist die Erfüllung des Versorgungsauftrags.
- Das Sachziel der Patientenversorgung ist damit das treibende Ziel von Krankenhäusern.
- Das Formalziel in Form eines finanziellen Gleichgewichts oder einer Überschusserzielung, des Wachstums und damit der Existenzsicherung, ist dem Sachziel gleichgestellt.
- Das gilt für alle Träger, wobei hinsichtlich des Formalziels die Schwerpunkte unterschiedlich gewichtet sein können (z. B. Kostendeckung, Gewinnerzielung) und auch die Maßnahmen je nach Trägerschaft unterschiedlich ausgestaltet sein können.
- Das Sozialziel ergänzt das Sach- und das Formalziel. Hier werden vor dem Hintergrund unterschiedlicher Werte (Generationen, Berufsgruppen, Nationalitäten u. a.) die damit verbundenen Erwartungen des gegenwärtigen und zukünftigen Krankenhauspersonals an die Krankenhausarbeit berücksichtigt.
- Voraussetzung ist ein professionalisiertes Personalmanagement. Es bewegt sich dann im Spannungsfeld von Mitarbeitendenerwartungen und inhaltlichen (fachlichen), organisatorischen sowie technischen Notwendigkeiten der Krankenhausarbeit.

### 2. Schwerpunkte des Unternehmensgeschehens von Krankenhäusern

In Bezug auf die Angebotspolitik:

- Übernahme von sektorenübergreifenden Versorgungsprozessen, insbesondere im ländlichen Bereich
- Versorgungsnetzwerke mit Krankenhäusern, Vertragsärzten und anderen medizinischen Einrichtungen
- Stärkerer Ausbau der ambulanten Leistungen
- Spezialisierung der stationären Leistungen

In Bezug auf die Finanzierung:

- Sicherstellung einer Finanzierung und Kostendeckung für sektorenübergreifende Versorgungsprozesse
- Sicherstellung der Kostendeckung der ambulanten und stationären Bereiche

In Bezug auf die Personalpolitik:

- Krankenhäuser als Aus- und Weiterbildungsbetrieb
- Krankenhäuser als attraktiver Arbeitgeber in der Region



# **Grundlagen des Krankenhaus- managements**

---

**3.1** Managementverständnis

---

**3.2** Grundsätze für Leitungsorganisation und Managementprozess

**3.2.1** Gestaltung der Leitungsorganisation

**3.2.2** Gestaltung des Managementprozesses

---

**3.3** Entscheidungsfelder und Entscheidungsträger

**3.3.1** Systematisierung der Managemententscheidungen

**3.3.2** Entscheidungen in Abhängigkeit der betriebswirtschaftlichen Funktionen

**3.3.2.1** Normatives Management

**3.3.2.2** Strategisches Management

**3.3.2.3** Dispositives Management

**3.3.2.4** Operatives Management

**3.3.3** Entscheidungen in Abhängigkeit von patientenbezogenen Abläufen

---

**3.4** Abgrenzung der Managementaufgaben

**3.4.1** Aufgaben der Krankenausträgerorgane

**3.4.2** Exkurs: Unternehmenskultur

---

**3.5** Rechtsform des Krankenhauses

---

**3.6** Interne Leitungsorganisation

**3.6.1** Abgrenzung der Aufgaben der Geschäftsführung/ des Vorstands und des Krankenhausdirektoriums

**3.6.2** Aufgaben der Geschäftsführung/ des Vorstands

**3.6.3** Aufgaben des Krankenhausdirektoriums

**3.6.4** Aufgaben der Fachabteilungs-/Zentrumsleitung

---

**3.7** Managementprozess

**3.7.1** Sicherstellung von entscheidungsorientierten Informationen

**3.7.2** Intensivierung der Führungsfunktionen auf der mittleren Leitungsebene

**3.7.3** Qualifizierung des Führungsprozesses - Qualifizierung der Mitarbeitendenführung

**3.7.4** Weiterentwicklung des Personalmanagements

## 3.1 Managementverständnis

Management umfasst alle leitenden Instanzen, d. h. die Mitglieder der Krankenhausleitung (z. B. Geschäftsführung, Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Verwaltungsdirektion), die Organe des Krankenhausträgers (z. B. Aufsichtsrat, Kuratorium) sowie die mit Anordnungsbefugnis ausgestatteten Personen auf der mittleren und unteren Ebene des

betrieblichen Leitungssystems (z. B. Chefärzte, Bereichsleitung Pflege, Leitungen der übrigen Leistungsstellen). Damit sind in der Grundform drei Managementebenen im Krankenhaus zu unterscheiden, die mit einer zunehmenden Differenzierung der Unternehmensstruktur auch vier oder fünf umfassen können (*Tabelle 3*).

Grundform	Verbund	
	Zentral	Dezentral
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Managementebene Krankenhausträger/ Eigentümer</li> <li>2. Managementebene Krankenhausleitung</li> <li>3. Managementebene Fachabteilungen/ Zentren</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Managementebene Krankenhausträger</li> <li>2. Managementebene Leitung des Verbunds</li> <li>3. Managementebene Krankenhausleitung</li> <li>4. Managementebene Fachabteilungen/ Zentren</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Managementebene Krankenhausträger</li> <li>2. Managementebene Leitung des Verbunds</li> <li>3. Managementebene Regionalleitung</li> <li>4. Managementebene Krankenhausleitung</li> <li>5. Managementebene Fachabteilungen/ Zentren</li> </ol>

Tabelle 3: Managementebenen im Krankenhaus

Management als Funktion besteht darin, die Ziele, die Strukturen und das Verhalten des Unternehmens Krankenhaus zu bestimmen, wobei man eine sachbezogene und eine personenbezogene Komponente des Managements unterscheidet. Sachbezogen geht es um das Treffen von Entscheidungen über Ziele und Mitteleinsatz und das Durchsetzen dieser Entscheidungen sowie die Kontrolle über die Ausführung. Bei der personenbezogenen Komponente der Unternehmensführung steht die Beeinflussung

des menschlichen Verhaltens im Vordergrund (=Mitarbeitendenführung). Aufgabe der Führung ist es, das Verhalten der Mitarbeitenden im Hinblick auf die Erfüllung der Ziele des Krankenhauses zu beeinflussen. Dabei beinhaltet Verhaltensbeeinflussung, stets positiv auf die Mitarbeitenden einzuwirken und ihnen die zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben notwendigen fachlichen, aber auch persönlichen Hilfen zu geben. Ferner sind die notwendigen menschlichen Kontakte zu den Mitarbeitenden innerhalb und außerhalb des

betrieblichen Führungskreises zu schaffen, die Beziehungen zur Öffentlichkeit herzustellen und sie auf diese Weise zu motivieren, mit ihrer Arbeit einen Beitrag zur Erfüllung des dem Krankenhaus vorgegebenen Versorgungsauftrags zu

leisten, unter gleichzeitiger Beachtung der allgemein-formalen Wirtschaftsgrundsätze der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit.

## 3.2 Grundsätze für Leitungsorganisation und Managementprozess

Vor dem Hintergrund der Entscheidungsfelder und der Managementfunktionen stellt sich die Frage, ob und inwieweit in der Krankenhauspraxis die Leitungsorganisation den sich daraus ergebenden Anforderungen entspricht; ferner, ob und inwieweit die für die Führung des Krankenhauses notwendigen Managementfunktionen in der richtigen Weise wahrgenommen werden. Dabei ist eine Kongruenz von Management- und Leitungsstrukturen anzustreben. Letztlich ist die Organisation eine Voraussetzung für effiziente Managementstrukturen, gleichzeitig bestimmen die Managementstrukturen die Leitungsstrukturen.

### 3.2.1 GESTALTUNG DER LEITUNGSORGANISATION

Aus der Forderung nach Eigenständigkeit des Krankenhauses ergibt sich die Notwendigkeit zur Trennung der Managementfunktionen nach Legislative und Exekutive.

Demnach obliegen dem Krankenhausträger die Festlegung der allgemeinen und trägerspezifischen Werte und Ziele (Sach-, Formal- und Sozialziel) des Krankenhauses, ferner die strategischen Grundsatzentscheidungen im Bereich von Organisation, Personal- und Finanzmanagement sowie die erfolgsbezogene Kontrolle der Krankenhausleitung.

Das Management des laufenden Krankenhausbetriebs ist Aufgabe der Krankenhausleitung. Es

ist durch Entscheidungen auf der strategischen, dispositiven und operativen Ebene geprägt. Aus der Forderung nach Wahrnehmung der Managementaufgaben durch die Krankenhausleitung unter Beachtung der Prinzipien von Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit ergibt sich die Forderung nach Delegation von Entscheidungs- und Ausführungsverantwortung entsprechend dem Sachcharakter der Entscheidungen und Maßnahmen sowie nach einer patientenbezogenen Koordination des Leistungsgeschehens und einer integralen Organisation des Krankenhauses.

Von besonderer Bedeutung bei der Abgrenzung der Managementaufgaben und -kompetenzen ist die Frage der Zentralisation oder Dezentralisation. Art und Umfang der vertikalen Delegation von Entscheidungen betrifft sowohl Krankenhausträgerorgane als auch die Leitung der Krankenhausbetriebe.

### 3.2.2 GESTALTUNG DES MANAGEMENTPROZESSES

Die sich für die Krankenhausleitung bei der Wahrnehmung ihrer Führungsaufgaben ergebenden Verantwortungen sind zu differenzieren nach Organisationsverantwortung, Führungsverantwortung sowie Finanz- und Budgetverantwortung. Art und Umfang dieser Verantwortungsbereiche stellen sich wie folgt dar:

### Organisationsverantwortung

- Abstimmung aller Leistungen auf den patientenbezogenen Versorgungsprozess als primäre Sichtweise der Organisation
- Mitarbeitengerechte Gestaltung der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeitbetriebsstellen- und patientenbezogenen Information und Berichterstattung
- Einhaltung der Prinzipien von Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit

### Führungsverantwortung

- Wahrnehmung der primären Aufgaben des Personalmanagements, d. h. Personalbedarfsermittlung, Personalbeschaffung, Personalentwicklung, Personaleinsatz, Personalerhaltung, Personalfreistellung

### Finanz-/Budgetverantwortung

- Budgetplanung, d. h. Planung von Leistungen, Personaleinsatz, Materialeinsatz, Inanspruchnahme von Sekundärleistungen sowie Planung von Kosten
- Budgetüberwachung und Budgetkontrolle

## 3.3 Entscheidungsfelder und Entscheidungsträger

### 3.3.1 SYSTEMATISIERUNG DER MANAGEMENTENTSCHEIDUNGEN

Geht man für das Krankenhausunternehmen aufgrund des Steuerungsansatzes - ausgehend von den normativen Grundsatzentscheidungen des Trägers - von drei Ebenen der Entscheidungsfindung aus, so bedarf es für eine Beschreibung von Struktur und Funktion des Krankenhausmanagements einer Analyse, welche strategischen, dispositiven und operativen Entscheidungen im Krankenhausbetrieb anfallen, von welchen Faktoren sie determiniert und von wem diese Entscheidungen getroffen werden.

Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Kompetenzabgrenzung zwischen Krankenhausträger und Krankenhausleitung, die Aufstellung einer Geschäftsordnung für die Krankenhausleitung sowie eine Aufgabenbeschreibung für die nachgeordneten Managementebenen.

Im Folgenden werden daher anhand von Tabellen Entscheidungsgegenstände und Entscheidungsträger der strategischen (*siehe Tabelle 4*), dispositiven (*siehe Tabelle 5*) und operativen (*siehe Tabelle 6*) Entscheidungen in Abhängigkeit der betriebswirtschaftlichen Funktionen systematisiert und erläutert (*siehe Kap. 3.3.2*).

Ferner wurde eine Zuordnung von Entscheidungen zu den jeweiligen Bereichen des Krankenhauses in Abhängigkeit von einem patientenbezogenen Ablauf vorgenommen.

Die tabellarische Darstellung der strategischen Entscheidungen beinhaltet jeweils die Entscheidungstatbestände sowie eine Zuordnung zu den Entscheidungsträgern. Dabei wird differenziert nach Entscheidungen, die

- bei dem Krankenhausträger liegen,
- bei dem Krankenhausträger liegen, aber an die Krankenhausleitung delegiert werden können,

- bei der Krankenhausleitung liegen,
- bei der Krankenhausleitung liegen, aber an Abteilungsleiter delegiert werden können,
- auf Vorschlag der Krankenhausleitung und nicht gegen das Veto der Leitung vom Krankenhausträger getroffen werden sollen.

Die Beschreibung der dispositiven Entscheidungen zeigt ebenfalls die Entscheidungstatbestände, wobei diese Entscheidungen von der Krankenhausleitung allein oder in Abstimmung mit den Bereichsleitungen oder direkt von den Bereichsleitungen getroffen werden. Zur Verdeutlichung wurden die Entscheidungstatbestände und die Bereiche einander zugeordnet.

Die Systematisierung der operativen Entscheidungen umfasst ebenso die Entscheidungsgegenstände sowie ihre Zuordnung zu den Bereichen, deren Leitungen für die Entscheidungsfindung verantwortlich sind.

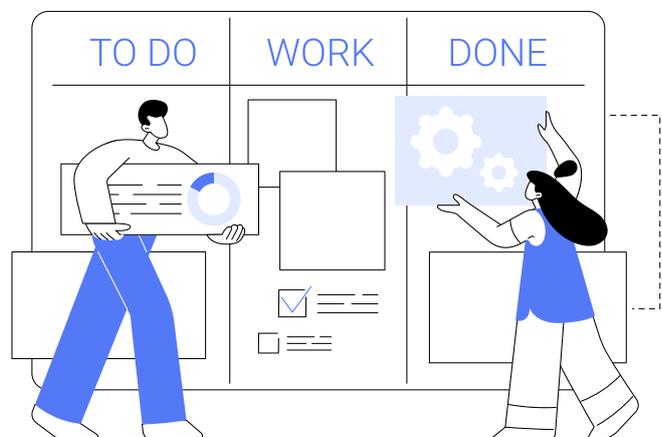
Die tabellarische Skizzierung der Entscheidungen in Abhängigkeit von einem patientenbezogenen Ablauf und ihre Zuordnung zu den entsprechenden Bereichen beinhaltet einen modellhaften Ablauf und die damit einhergehenden Entscheidungstatbestände (*siehe Kapitel 3.3.3, Tabelle 7*). Diese sind differenziert in

- direkte, patientenbezogene Entscheidungen,
- indirekte - durch Patienten ausgelöste - Entscheidungen und
- generelle Entscheidungen.

### 3.3.2 ENTSCHEIDUNGEN IN ABHÄNGIGKEIT DER BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHEN FUNKTIONEN

#### 3.3.2.1 NORMATIVES MANAGEMENT

Im Rahmen des normativen Managements werden die Grundsätze zur Unternehmensverfassung, zur Unternehmenspolitik und zur Unternehmenskultur festgelegt. Strategische Grundsatzaufgaben sind langfristig orientiert. Sie befassen sich mit dem Setzen von langfristigen Zielen, der Gestaltung des Zielsystems sowie der Zuteilung vorhandener und erwarteter Ressourcen, die zur Zielerreichung erforderlich sind. Von besonderem Interesse sind dabei Existenzsicherungs- und Wachstumsstrategien unter besonderer Berücksichtigung der Patienten- und Kundenorientierung. Normative Management- und strategische Grundsatzaufgaben gehören zur Kompetenz des Krankenhausträgers.



Gegenstand	Entscheidungsträger			
	(1) KH-Träger	(2) KH-Ltg. Delegation	(3) KH-Ltg.	(4) Delegation
<b>Vorgabe der Wert- und Zielvorstellungen des Krankenhauses</b>				
• (unter Mitwirkung der Krankenhausleitung)	X			
<b>Leistungsprogramm</b>				
• Fachgebiete	X			
• Teilfachgebiete	X			
• (Sub-)Spezialisierungen innerhalb der Teilgebiete	X	X		
• Leistungsprogramm der Bereiche				
• Behandlungsspektrum der Fachgebiete	X	X		
• Leistungsspektrum des Pflegebereichs	X	X		
• Leistungsspektrum der med. Sekundär-Leistungsbereiche	X	X		
• Leistungsspektrum des Wirtschafts -und Technikbereichs			X	
• Leistungsspektrum des administrativen Bereichs			X	
• Leistungsspektrum der Fürsorge und Seelsorge	X	X		
• Art der Wahlleistungen				
• 1-/2-Bett- Zimmer	X	X		
• wahlärztliche Leistungen	X	X		
• weitere Leistungen			X	
<b>Betriebsgröße (Kapazität)</b>				
• Patientenzahl und Auslastungsgröße	X			
• Bettenzahl des Krankenhauses	X			
• Bettenzahl je Fachabteilung	X			
• Dimensionierung der Behandlungsschwerpunkte je Fachabteilung	X			
• Kapazität der Leistungsstellen				
• med. Sekundärleistungsbereiche	X			
• Wirtschafts- und Technikbereich	X			
• administrativer Bereich	X			
• Bereich Fürsorge und Seelsorge (Umfang der Fürsorge)	X			
• Umfang der Wahlleistungen	X			
• Umfang von Eigen- und Fremdleistungen, Kooperation	X	X		
<b>Investitionen</b>	X		X	
• Neu-, Um- und Erweiterungsbaumaßnahmen (in Abhängigkeit von Wertgrenzen)	X			
• Anlagen, Einrichtungen und Ausstattung für alle Bereiche des Krankenhauses				
• Eigen-/Fremdinvestitionen				
<b>Organisation</b>				
• Leitungsorganisation				
• Krankenhaus	X			
• Fachbereiche (Zentren)	X			
• Fachabteilungen			X	X
• Betriebsstellen			X	X

Gegenstand	Entscheidungsträger			
	(1) KH-Träger	(2) KH-Ltg. Delegation	(3) KH-Ltg.	(4) Delegation
• Hauptamtlich/belegärztlich geführte Fachabteilung	X			
• Organisationsprinzipien (inkl. Zentralisation/Dezentralisation)	X	X	X	
• Aufgaben und Arbeitsstrukturierung			X	
• Kommunikationsprinzipien			X	
• Informationsprinzipien			X	
• Logistik			X	
• Betriebszeiten			X	
<b>Personal</b>				
• Führungsgrundsätze	X			
• Anreizsystem	X			
• Personalentwicklung				
• Führungskräfte der Krankenhausleitung und Chefärzte	X			
• sonstige Führungskräfte			X	
• Mitarbeitende				X
• Auswahl von Führungskräften				
• Geschäftsführung	X			
• Führungskräfte der Krankenhausleitung und Chefärzte*	X			
• sonstige Führungskräfte			X	X
<b>Marketing</b>				
			X	
<b>Finanzierung</b>				
• Eigen-/Fremdkapital (Kapitalstruktur)	X			
• Finanzplanung	X	X		
<b>Ökologie</b>				
	X	X		
<b>Standort</b>				
• Interlokale Standortwahl	X			
• Lokale Standortwahl	X			
• Innerbetriebliche Standortwahl			X	
• Konzentration (Fusion)	X			
• Kooperation	X			
• Beteiligungen	X			

Tabelle 4: Strategische Entscheidungen

**Erläuterung:**

Strategische Entscheidung – Entscheidungsträger –

(1) Entscheidung liegt beim Krankenhausträger

(2) Entscheidung liegt beim Krankenhausträger, kann aber an die Krankenhausleitung deligiert werden (Empfehlung)

(3) Entscheidung liegt bei der Krankenhausleitung

(4) Entscheidung liegt bei der Krankenhausleitung, kann aber an Abteilungsleitungen delegiert werden (Empfehlung)

\*) auf Vorschlag und nicht gegen das Veto der Krankenhausleitung (Empfehlung)

### 3.3.2.2 STRATEGISCHES MANAGEMENT

Die Detaillierung der strategischen Grundaufgaben in einzelne Handlungsstrategien, die Strategie-Implementierung sowie die Umsetzung der Strategien in dispositive und operative Handlungsprogramme ist Aufgabe der Krankenhausleitung im Rahmen des strategischen Managements. Gegenstand des strategischen Managements sind die Grundsatzentscheidungen hinsichtlich des Standorts, der Organisation und der Rechts- und Unternehmensform sowie die Entscheidungen hinsichtlich der Konkretisierung der Zielsetzung des Krankenhauses, des Leistungsprogramms, der Angebotspolitik, der Betriebsgröße, der Investitionen, der Finanzierung, des Rechnungswesens/Controllings, des Einkaufs und der Logistik, des Marketings und der ökologischen Konzepte.

#### 1) Konkretisierung der Wert- und Zielvorstellungen des Krankenhauses

Die Wert- und Zielvorstellungen werden konkretisiert in Leitbildern und Verhaltensregeln, die die Entscheidungen und Handlungen der Führungskräfte und Mitarbeitenden eines Krankenhauses bestimmen, zum Beispiel: „Der Patient soll sich als Gast im Krankenhaus fühlen.“ Gelebt werden diese Wert- und Zielvorstellungen im Rahmen der Krankenhauskultur. Als sichtbar gelebtes Wertesystem ist die Krankenhauskultur für die im Krankenhaus Tätigen Orientierung im Hinblick auf die krankenhausbetriebliche Sinnggebung.

#### 2) Leistungsprogramm/Angebotspolitik

Die Leistungsstruktur ergibt sich aus den vorgehaltenen Fachgebieten, den Teilgebieten und den (Sub-)Spezialisierungen innerhalb der Teilgebiete. Für die jeweiligen Fachgebiete wird gleichzeitig das Behandlungsspektrum u. a. in Form der Krankheitsartenstruktur fixiert. Ferner haben die Qualitätssicherungsprogramme eine strategische Bedeutung. Die Einführung von Expertenstandards, das Konzept

zur Qualitätssicherung sowie die Pflegeorganisation (Stations- oder Pflegegruppe) und das Pflegesystem (Funktions-, Bereichs- und Gruppenpflege) sind gleichzeitig Elemente des Leistungsprogramms und der Organisation der Pflege. Das Leistungsprogramm der medizinischen Sekundärleistungsbereiche ergibt sich aus dem Behandlungsspektrum der Fachgebiete und beinhaltet u. a. die Entscheidungen über die Medizintechnik, insbesondere die Großgeräte, aber auch über spezielle Therapieformen. Gegenstand der strategischen Entscheidungen im Wirtschafts- und Technikbereich sind z. B. die Angebote der Speisenversorgung, der Wäscheversorgung und der Technik. Im administrativen Bereich gehören u. a. die Einrichtungen eines Informationsmanagements, des Personalservices für die Krankenhausmitarbeitenden sowie des Logistikmanagements zu dem langfristigen Leistungsprogramm. Die Angebote der Fürsorge und Seelsorge beziehen sich auf die Unterstützung von Patienten und Personal durch Seelsorger, Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeiter. Die Struktur der Wahlleistungen umfasst z. B. die Vorhaltung einer Privatklinik, von Ein- und Zweibettzimmern, die weiteren Komfortleistungen sowie das wahlärztliche Leistungsspektrum.

Insbesondere die Frage, welche Leistungen in welchem Umfang selbst erbracht werden sollen und welche Leistungen von externen Anbietern bezogen werden sollen, aber auch welche Leistungen für andere Krankenhäuser oder Institutionen erbracht werden sollen, wird im Rahmen der strategischen Leistungsentscheidungen festgelegt. In diesem Zusammenhang ist auch die Kooperation mit anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten von Bedeutung. Hier sind u. a. zu erwähnen:

- Fremdvergabe von medizinischen Primärleistungen (Beispiel: Konsile durch niedergelassene Ärzte, Verträge mit Honorarärzten, Übernahme der pädiatrischen Versorgung durch den leitenden Pädiater des Nachbarkrankenhauses)

- Übernahme dieser Leistungen für andere Krankenhäuser und Einrichtungen
- Fremdvergabe von medizinischen Sekundärleistungen (z. B. Laboruntersuchungen, Leistungen der Strahlendiagnostik und Strahlentherapie)
- Übernahme dieser Leistungen für andere Krankenhäuser und Einrichtungen
- Fremdvergabe von Wirtschaftsleistungen (z. B. Wäscheversorgung, Reinigung, Sterilisation, Speisenversorgung – bis zur Vorhaltung von Verbrauchsgütern wie Geschirr und Instrumente durch die Auftragnehmer)
- Übernahme dieser Leistungen für andere Krankenhäuser und Einrichtungen
- Kooperationen hinsichtlich der Sekundärleistungen (z. B. gemeinsame Großgerätenutzung durch Betreibung mit anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrags)
- Einkaufskooperationen

Je nach Geltungsdauer und Strukturwirkung können diese zu den strategischen oder dispositiven Entscheidungen gehören. Beispiel: Die Schließung der Radiologie und die Übernahme dieser Leistungen durch eine niedergelassene Praxis ist langfristig und krankenhausesbezogen, fachabteilungsübergreifend wirksam und damit strukturverändernd. Der Abschluss eines Kooperationsvertrags mit niedergelassenen Pädiatern ist fachabteilungsbezogen wirksam, strukturbeeinflussend und mittelfristig veränderbar und damit eine dispositive Entscheidung.

### 3) Betriebsgröße (Kapazität)

Die Größe des Krankenhauses orientiert sich an der Patientenzahl, den Pflegetagen, dem Auslastungsgrad und der Bettenzahl. Die Kapazität der Fachabteilungen wird gleichfalls von diesen Faktoren bestimmt. Zur Konkretisierung des Behandlungsspektrums wird der Umfang der Behandlungsschwerpunkte bestimmt, wobei diese

Entscheidungen im engen Zusammenhang mit der Kapazitätsplanung der medizinischen Sekundärleistungsbereiche getroffen werden. Die Kapazität der Sekundärleistungsbereiche umfasst die Ausstattung der Funktionsbereiche mit Arbeitsplätzen und Medizintechnik. Die langfristigen Entscheidungen für den kaufmännischen Bereich beziehen sich ebenfalls auf die Arbeitsplätze und ggf. die technische Ausstattung. Die Wahlleistungskapazität beinhaltet u. a. die Anzahl der Ein- und Zweibettzimmer und die damit verbundene Komfortausstattung.

### 4) Investitionsmanagement

Die langfristigen Investitionsentscheidungen werden bestimmt u. a. durch Art und Umfang des Leistungsprogramms sowie die Notwendigkeit von Reinvestitionen. Wesentlich sind hier die Neu-, Um- und Erweiterungsbauten, die Anlagen, Einrichtungen und Ausstattungen für alle Bereiche des Krankenhauses. Die Frage der Eigen- und Fremdinvestition beinhaltet gemeinsame Investitionen mit anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten und betrifft im Zusammenhang mit der Eigen- und Fremdfinanzierung sowie mit Art und Umfang von Eigen- und Fremdleistungen ebenfalls das Leistungsprogramm. Es können auch Finanzierungsmodelle gewählt werden, die die Leistungserbringung und Investition auf Dritte verlagert (Fremdleistung und Fremdinvestition). Hierzu gehören Leasing, Anmietung von Gebäuden und das Performance Contracting. Eine Verselbständigung von Bereichen sowie die Gründung von privaten Betriebsstätten im Krankenhaus mit und ohne Beteiligung des Krankenhauses sind weitere Alternativen.

### 5) Finanzmanagement

Langfristige Entscheidungen hinsichtlich der Finanzierung sind in Abhängigkeit von den Bestimmungen zur Krankenhausfinanzierung und im Zusammenhang mit der Investitionsplanung zu treffen. Sie betreffen die Frage der Eigen- und Fremdfinanzierung, die Finanzplanung (z. B.

Ergebnis- und Investitionsvorgaben) und ggf. Regelungen zur Überschussverwendung und Verlustdeckung.

## 6) Rechnungswesen/Controlling

Der Fokus liegt auf der Entwicklung eines Steuerungssystems vor dem Hintergrund der Ergebnisziele und des Managementansatzes des Krankenhauses sowie auf der Aufbereitung und Bereitstellung der erforderlichen Informationen zur sachlichen Fundierung der strategischen Managemententscheidungen.

## 7) Personalmanagement

Zu den strategischen Personalentscheidungen gehört die Aufstellung von Führungskonzepten, die abgeleitet sind aus der für alle Entscheidungen geltenden Krankenhauskultur. Ferner beinhalten die strategischen Entscheidungen die Gestaltung von Anreizsystemen, auch im Zusammenhang mit strategischen Personalentwicklungsmaßnahmen wie Laufbahnplanung u. a. in Form der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Führungskräften und Mitarbeitenden. Eine wesentliche Bedeutung liegt bei der Auswahl von Führungskräften der Geschäftsführung und der Krankenhausleitung, der Chefärzte und der übrigen Abteilungsleitungen.

## 8) Einkauf und Logistik

Der Fokus liegt auf der Festlegung des Produktportfolios und den Grundsatzentscheidungen zu Standardisierungen für den Einkauf.

Die Zentralisation/Dezentralisation der Lagerhaltung, die Grundsätze des Waren- und auch Patiententransports sowie die Lagerorganisation gehören zu den strategischen Logistikkentscheidungen.

## 9) Marketing

Im Rahmen von Grundsatzentscheidungen des Marketings werden zum einen die Zielgruppen

wie einweisende Ärzte, Patienten, Besucher, Personal, Behörden, Presse, Krankenkassen und Bezirks- und Landesverwaltung definiert. Zum anderen werden Konzepte zur Darstellung der spezifischen Krankenhausleistungen sowie zur Patientenbindung entwickelt.

## 10) Ökologische Konzepte

Ökologische Fragestellungen und Lösungen wie z. B. Abfallvermeidung, Einkauf wenig umweltbelastender Gebrauchsartikel werden im Rahmen der strategischen Entscheidung behandelt, da sie als Grundlage für bereichs- und funktionsbezogene Entscheidungen einzelner Abteilungen dienen.

## 11) Standort

Die Standortentscheidung eines Krankenhauses als interlokale Entscheidung ergibt sich in der Regel aus dem Versorgungsauftrag. Die lokale Standortwahl wird bestimmt durch die regionale Infrastruktur. Die innerbetriebliche Standortwahl beinhaltet die Platzierung von Leistungsstellen sowie Arbeitsplätzen und wird im Zusammenhang mit Organisationsentscheidungen getroffen.

## 12) Rechtsform

Die Wahl der Rechtsform bestimmt die wirtschaftliche und rechtliche Eigenständigkeit eines Krankenhausbetriebs und umfasst folgende Alternativen:

- Betriebsform des öffentlichen Rechts: Regiebetrieb, Eigenbetrieb, Stiftung des öffentlichen Rechts, Zweckverband, voll- und teilrechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts
- Betriebsform des privaten Rechts: Stiftung des privaten Rechts, eingetragener Verein, nicht eingetragener Verein, Personengesellschaft, Gesellschaft des bürgerlichen Rechts, Gesellschaft mit beschränkter Haftung und letztlich die Aktiengesellschaft

### 13) Organisation

Zu den strategischen Entscheidungen im Bereich der Krankenhausorganisation gehört die Festlegung der Leitungsorganisation, die u. a. auch im Zusammenhang mit der Rechtsform zu sehen ist. Ein wesentlicher Gesichtspunkt ist hier die Frage der direktorialen Leitung (Singularinstanz) oder der kollegialen Leitung (Pluralinstanz) sowie die Abgrenzung der Kompetenzen zwischen Krankenhausträger und Krankenhausleitung.

#### Beispiele für eine direktoriale Leitungsstruktur:

*Auf der Ebene der Krankenhausleitung: Geschäftsführer (GmbH)*

*Auf der Ebene der Fachabteilung: Chefarztmodell*

#### Beispiel für eine kollegiale Leitung:

*Auf der Ebene der Krankenhausleitung: Dreierdirektorium oder Vorstand, bestehend aus kaufmännischem Direktor und klinischem Direktor*

*Auf der Ebene der Fachabteilung: Teamarztmodell und/oder interdisziplinäre Leitung der Fachabteilung/Pflegeeinheit durch den Arzt-dienst und den Pflegedienst*

Zu den langfristigen organisatorischen Vorgaben gehören ferner die Strukturierung der Fachbereiche (z. B. Innere Medizin I, Innere Medizin II) und Zentren sowie die Festlegung, ob die Fachabteilungen hauptamtlich oder belegärztlich geführt werden sollen. Für alle Bereiche des Krankenhauses wird eine Aufgaben- und Arbeitsstrukturierung sowie die Festlegung der Organisationsprinzipien vorgenommen (z. B. Stellenbildung entsprechend der Funktionen des administrativen Bereichs; Organisation der Patientenaufnahme; Bildung von Aufgabenkomplexen für den Empfang; Einführung von Funktions-,

Bereichs- oder Gruppenpflege; Zentralisierung/Dezentralisierung der medizinischen Sekundärleistungsbereiche [Sonographie, Laboratorium] sowie der Bettenzentrale und der Sterilisation). Darüber hinaus werden die Kommunikationsprinzipien, Informationsprinzipien, die Logistik sowie der Rahmen für die Betriebszeiten des Krankenhauses und die jeweiligen Leistungsstellen festgelegt.

#### Beispiel für Zentrums-/ Departmentstrukturen:

*Ausgehend von patientenbezogenen Prozessüberlegungen können aufbauorganisatorische Konsequenzen über die Bildung von Zentren gezogen werden. Dabei bedeutet Zentrenbildung das Zusammenfassen von Leistungsbereichen mit dem Ziel, Kompetenzen, Technologien und Ressourcen zu bündeln sowie interdisziplinäre Behandlungen zu ermöglichen.*

Die Differenzierung der Fachgebiete kann auch entsprechend der Subspezialisierungen erfolgen (z. B. Gelenkchirurgie, Endoprothetik, Handchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie). Organisatorisch und betriebswirtschaftlich werden diese Zentren von einem geschäftsführenden Direktor geleitet, der auf Zeit aus der Reihe der leitenden Ärzte der einzelnen Fachabteilungen von diesen gewählt wird. Der Vorteil dieser Departmentstrukturen liegt darin, krankheitsartenbezogen und multidisziplinär auf bestimmte Patienten und ihre Symptome und Probleme reagieren zu können. Dementsprechend kann die Weiterbildung der Assistenzärzte weiter und differenzierter gestaltet werden als in einer singulären Fachabteilung.

Bei der Zentrumsbildung sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

1. Fachliche Kriterien der Zentrenbildung

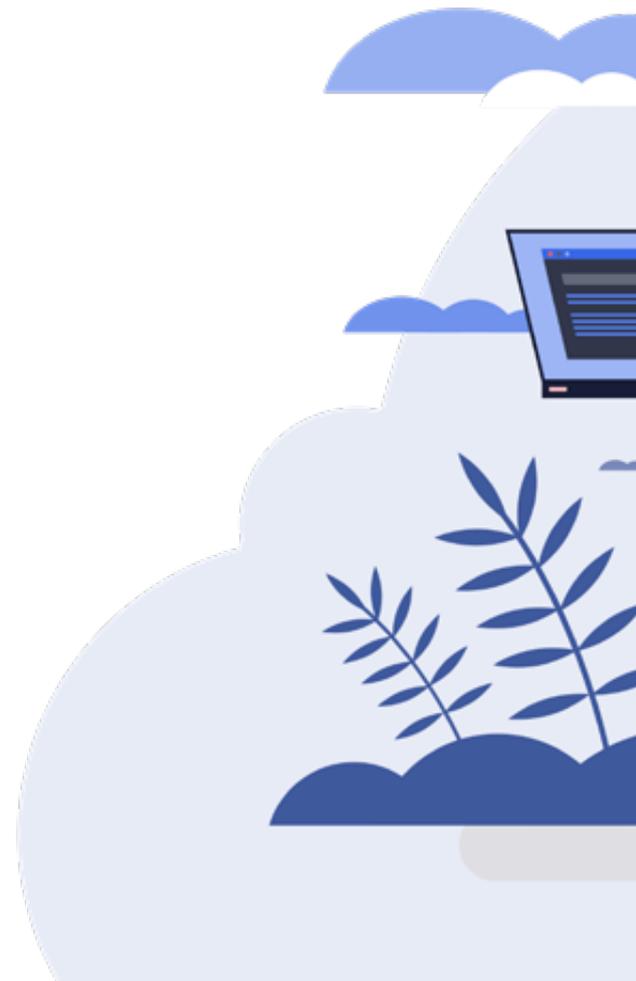
- Zusammenführung fachnaher Fachabteilungen (Innere Medizin, Geriatrie, Augenkllinik, Dermatologie)
- Bildung organ-/behandlungsbezogener Einheiten (Behandlungszentrum Bewegungsapparat, Orthopädie, Frauenonkologie, Neurochirurgie)
- Bildung fachübergreifender Einheiten (Onkologie/Tumorzentrum, Gefäßzentrum)
- Bildung von Diagnostik- und Therapiezentren (Zentral-OP, Zentrale Endoskopie)

2. Entwicklung eines Managementkonzepts zur Führung von Zentren

- Fachliches Leistungskonzept
- Steuerungskonzept und Leitungsstruktur
- Aufbauorganisatorische Umsetzung
- Führungskonzept

### 3.3.2.3 DISPOSITIVES MANAGEMENT

Die dispositiven Entscheidungen gehen von den vorgegebenen langfristigen, strategischen Zielen und Strategien aus und legen dann in der Regel für ein Jahr im Detail und für weitere zwei bis drei Jahre operationale Ziele für feste Perioden und konkrete Maßnahmen zur Zielerreichung für einzelne Teilbereiche in groben Zügen fest. Dispositives Management beinhaltet Entscheidungen hinsichtlich des Leistungsprogramms, der Struktur der Leistungserstellung, des Personalmanagements, der Investitionen, der Finanzierung, des Rechnungswesens/Controllings, des Informationsmanagements, des Einkaufs und der Logistik, des Marketings, der Organisation und der ökologischen Konzepte.





Gegenstand	Krankenhausleitung / Bereichsleitung				
	Entscheidungsträger		Bereich der Diagnostik und Therapie	Pflegebereich	Kaufmännischer Bereich
	Fachabteilung	med. Sekundär-Leistungsbereiche	Bereiche der Wirtschaft und Technik	Administrat. Bereich	
<b>Leistungsprogramm der Bereiche (Art/Umfang)</b>					
• Behandlungsspektrum der Fachgebiete	X				
• Leistungsspektrum des Pflegebereichs			X		
• Leistungsspektrum der med. Sekundärbereiche		X			
• Leistungsspektrum des Wirtschafts- und Technikbereichs				X	
• Leistungsspektrum des administrat. Bereichs					X
• Leistungsspektrum der Fürsorge und Seelsorge					
<b>Detaillierung und Umfang</b>					
• Struktur d. Leistungserstellung (Produktion = Personaleinsatz, Betriebsmitteleinsatz, Sachmitteleinsatz, Innterbetriebliche Leistungen)	X	X	X	X	X
<b>Materialmanagement</b>					
• Einkauf (Ge- und Verbrauchsgüter)				X	X
• Lagerhaltung				X	X
• Transport				X	
• Entsorgung				X	
<b>Organisation</b>					
• Aufgaben- und Arbeitsstrukturierung	X	X	X	X	X
• Betriebszeiten (u. a. Bereitschaftsdienst)	X	X	X	X	X
• grundsätzliche Dienstformen	X	X	X	X	X
• grundsätzliche Dienstzeiten	X	X	X	X	X
<b>Personalmanagement</b>					
• Personalbedarfsermittlung	X	X	X	X	X
• Personalbeschaffung	X	X	X	X	X
• Personaleinsatz	X	X	X	X	X
• Personalfreistellung	X	X	X	X	X
• Anreizsysteme	X	X	X	X	X
• Personalverwaltung	X	X	X	X	X

Gegenstand	Krankenhausleitung / Bereichsleitung				
	Entscheidungsträger		Bereich der Diagnostik und Therapie	Pflegebereich	Kaufmännischer Bereich
	Fachabteilung	med. Sekundär-Leistungsbereiche	Bereiche der Wirtschaft und Technik		Administrat. Bereich
<b>Marketing</b>					
• patientenorientierte Strukturierung des Leistungsangebots					
• Zusammenarbeit mit niedergel. Ärzten u. Einrichtungen für die Anschlußversorgung					
• Öffentlichkeitsarbeit					
<b>Investitionsmanagement</b>					
• Gebäudeanlagen				X	X
• allg. techn. Anlagen/Einrichtungen				X	X
• med.-techn. Einrichtungen u. Ausstattungen	X	X		X	X
• Pflegeausstattung			X		
• Instandhaltungsplanung/Wartungsplanung				X	X
<b>Finanzmanagement</b>					
• Budgetierung (Pflegesatzverhandlg.)					
• Entgeltformen	X	X			X
• Außen-/Innen-Finanzierung					X
<b>Informationsmanagement</b>					
• med. Basisdokumentation	X	X	X		
• Pflegedokumentation			X		
• Kosten- und Leistungsrechnung, int. Budgetierung					X
• Kommunikationssysteme	X	X	X	X	X
• Materialinformationssystem				X	X
• Personalinformationssystem					X
• Anlageninformationssystem				X	X
• Finanzinformationssystem					X

Tabelle 5: Dispositive Entscheidungen

## 1) Leistungsprogramm

Entscheidungen über Art und Umfang des Leistungsprogramms umfassen das Behandlungsspektrum (Krankheitsartengruppen) der Fachgebiete, das damit im Zusammenhang stehende Leistungsspektrum der Pflege, z. B. Festlegung von Pflegestandards, der medizinischen Sekundärleistungsbereiche, der Wirtschafts- und Technikbereiche und des administrativen Bereichs. Sie betreffen das Leistungsspektrum der Fürsorge und Seelsorge sowie die Detaillierung und Dimensionierung der Wahlleistungen.

## 2) Struktur der Leistungserstellung

Für jeden Bereich des Krankenhauses werden die Arbeitsprozesse skizziert in Form von Personal-, Betriebsmittel- und Sachmittleinsatz sowie der Inanspruchnahme innerbetrieblicher Leistungen. Hierzu gehören die Strukturierung von Behandlungsprozessen, Pflegeprozessen sowie von Produktionsprozessen der übrigen Bereiche.

## 3) Personalmanagement

Die Personalbedarfsermittlungen und damit die Fixierung des Stellenplans sowie mittelfristige Maßnahmen zur Personalwerbung und -beschaffung sind Gegenstand eines mittelfristigen Personalmanagements. Ferner gehören hierzu der Personaleinsatz im gesamten Krankenhaus (Stellenbesetzungen), Personalfreistellungen, die Konkretisierung von Anreizsystemen sowie die Personalverwaltung.

## 4) Investitionsmanagement

Das Investitionsmanagement bezieht sich auf die Gebäudeanlagen (Renovierungen, Sanierungen), die allgemeinen technischen Anlagen und Einrichtungen, die medizintechnischen Einrichtungen und Ausstattungen, die Instandhaltungs- und Wartungsplanung sowie die Pflegeausstattung.

## 5) Finanzmanagement

Dispositives Finanzmanagement beinhaltet die Budgetplanung sowie die Finanzplanung der nicht pflegesatzfähigen Bereiche. Ferner betrifft sie alle Fragen der Finanzierung, wie Antragsfinanzierung, Finanzierung aus pauschalen Fördermitteln im Zusammenhang mit der Investitionsplanung sowie ggf. das Leasing. Darüber hinaus gehört die mittelfristige Liquiditätsplanung dazu. Eine wesentliche Aufgabe ist die Festlegung von Verfahrensgrundsätzen für die mittelfristige Finanzplanung und -kontrolle in Form von Budgets.

## 6) Rechnungswesen/Controlling

Der Fokus liegt auf der Gestaltung und kontinuierlichen Weiterentwicklung der Systeme, Methoden und Informationen zur Wahrnehmung des Controllings auf Bereichsebene, auf der Sicherstellung der bereichsübergreifenden Koordination im Rahmen der strategischen Vorgaben sowie auf der Festlegung von Verrechnungspreisen, den Regelungen zur Leistungs- und Kostenplanung und der Implementierung eines Prozess-Controllings. Die Anpassung des Konten- und Kostenstellenplans sowie die Ausgestaltung der Rechnungssysteme wie Kostenträgerrechnung, Plankostenrechnung, Deckungsbeitragsrechnung und Prozesskostenrechnung sind ebenfalls dem dispositiven Rechnungswesen/Controlling zuzuordnen.

## 7) Informationsmanagement

Wesentlicher Bestandteil des dispositiven Informationsmanagements ist die stufenweise Einführung eines Krankenhausinformationssystems wie z. B. die medizinische Basisdokumentation und Pflegedokumentation im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung in Medizin und Pflege. Es beinhaltet darüber hinaus die Gestaltung der Kosten- und Leistungsrechnung und der internen Budgetierung. Weitere Schwerpunkte sind die Implementation von Kommunikationssystemen,

Materialinformationssystemen, Personalinformationssystemen, Anlageninformationssystemen und Finanzinformationssystemen.

### 8) Einkauf und Logistik

Entscheidungen zum Produktportfolio, zur Sortimentsgestaltung für Fachabteilungen und Betriebsstellen, zum Standardisierungsgrad sowie der Standardisierung der Beschaffung und zur Lieferantenstruktur und -auswahl inklusive der Vereinbarung von Konditionen sind Gegenstand des dispositiven Materialmanagements.

Die Logistikentscheidungen auf dieser Ebene sind die Gestaltung und Handhabung der zentralen/dezentralen Lager und des Warentransports (Transporteinrichtungen).

### 9) Marketing

Eine mittelfristige Planung des Krankenhausmarketings umfasst die patientenorientierte Strukturierung des Leistungsangebots, des Angebots von Diagnostik und Therapie, die Zusammenarbeit mit den Zielgruppen des Krankenhauses, insbesondere mit den niedergelassenen Ärzten sowie mit Einrichtungen für die Anschlussversorgung. Schwerpunkt des Marketings im Krankenhaus ist die Öffentlichkeitsarbeit, und im Zusammenhang mit dem Personalmanagement kommt dem Personalmarketing eine wesentliche Bedeutung zu.

### 10) Organisation

Eine zentrale Bedeutung kommt der Organisationsentscheidung zu, die die Aufgaben- und Arbeitsstrukturierung, die Regelung der Betriebszeiten sowie der grundsätzlichen Dienstformen und Dienstzeiten umfasst. Zur Aufgaben- und Arbeitsstrukturierung gehört z. B. die Einrichtung von Projektgruppen für Baumaßnahmen oder zum Umweltschutz im Krankenhaus, die Einrichtung von Stationssekretariaten und die Einführung zentraler Schreibdienste. Ferner ist die gesamte

Ablauforganisation wie z. B. die Grundsätze der OP-Planung, die Planung des Hol- und Bringdienstes und des Bestellwesens hier angesprochen. Gesamtkrankenhausbezogen werden die Betriebszeiten der Leistungsstellen fixiert, die die Grundlage für die grundsätzlichen Dienstformen und Dienstzeiten bilden (z. B. Betriebszeit – „Von-Bis-Zeit“ der Leistungsbereitschaft; Dienstform – geteilter Dienst; Arbeitszeit – Teilzeitregelungen und Dienstplangestaltung).

### 11) Ökologische Konzepte

Auf dispositiver Ebene werden Entscheidungen zur Abfallvermeidung, zum Einkauf wenig umweltbelastender Gebrauchsartikel und wiederverwendbarer Artikel für Fachabteilungen und andere Betriebsstellen getroffen.

#### 3.3.2.4 OPERATIVES MANAGEMENT

##### Gegenstand des operativen Managements

Im Gegensatz zu den normativen, strategischen und dispositiven Aufgaben regeln die operativen Aufgaben im Krankenhaus kurzfristig die regelmäßig, kontinuierlich oder periodisch ablaufenden Prozesse, für die Kapazitäten, Verfahren, Leistungen/Produkte und Bedarf vorgegeben sind. Die zu den operativen Aufgaben gehörenden relevanten Bereiche sind vor allem das Leistungsprogramm, die Struktur der Leistungserstellung, die Organisation, das Personalmanagement, das Finanzmanagement, das Rechnungswesen/Controlling, das Materialmanagement, die Logistik, das Marketing und die ökologischen Maßnahmen.



Gegenstand	Entscheidungsträger				
	Bereich der Diagnostik und Therapie	Pflegebereich	Kaufmännischer Bereich		
	Fachabteilung	med. Sekundär-Leistungsbereiche	Bereiche der Wirtschaft und Technik	Administrat. Bereich	
<b>Leistungsprogramm (Art/Umfang)</b>					
• diagnost./therap. Programm (z. B. OP-Programm für Tag/Woche)	X	X			
• Pflegeprogramm (Allgemeine und spezielle Pflege)			X		
• Wirtschafts- und Technikprogramm (z. B. Speiseplanung für Tag/Woche)				X	
• adminstr. Programm					X
• Programm für Fürsorge und Seelsorge					X
<b>Struktur der Leistungserstellung (Faktoreinsatz)</b>	X	X	X	X	X
<b>Materialmanagement</b>					
• Bestellung					X
• Einkauf					X
• Lagerhaltung					X
• Transport				X	X
• Entsorgung				X	X
<b>Organisation</b>					
• Dienstplangestaltung	X	X	X	X	X
• Terminierung der diagnost./therap. Leistungen	X	X	X		
• Terminierung der pfleger. Leistungen			X		
• Terminierung der Wirtschafts- und Technikleistungen				X	
• Terminierung der adminstr. Leistungen					X
• Terminierung der Leistungen der Fürsorge u. Seelsorge					
<b>Personalmanagement</b>					
• Einstellung und Entlassung von Aushilfskräften	X	X	X	X	X
• Personaleinsatz	X	X	X	X	X
• Personalbetreuung	X	X	X	X	X
• Urlaubsplanung	X	X	X	X	X
• Aus-, Fort- und Weiterbildung	X	X	X	X	X
• Personalwerbung					X
• Personalverwaltung					X

Gegenstand	Entscheidungsträger				
	Bereich der Diagnostik und Therapie	Pflegebereich	Kaufmännischer Bereich	Bereiche der Wirtschaft und Technik	Administrat. Bereich
<b>Marketing/Öffentlichkeitsarbeit</b>	X	X	X	X	X
<b>Investitionsmanagement / Instandhaltung</b>				X	
<b>Finanzmanagement</b>					
• Kostenrechnung/Budgetierung					X
• Wirtschaftsplan					X
• Abstimmung der Zahlungsströme					X
• Termingeldanlage, Leasing					X

Tabelle 6: Operative Entscheidungen

### 1) Leistungsprogramm

Operative Entscheidungen für das Leistungsprogramm betreffen die Diagnostik und Therapie, d. h. die Behandlung der Patienten (z. B. OP-Planung, Visitenplanung, Ablaufplanung in den Funktionsbereichen), die Ablaufplanungen in der Pflege, im Wirtschafts- und Technikbereich sowie im administrativen Bereich, pro Tag und über Wochen. Ferner erfolgt auch eine kurzfristige Planung der Fürsorge und Seelsorge.

### 2) Struktur der Leistungserstellung

Wesentliche Elemente sind die Entscheidungen hinsichtlich der Struktur der Leistungserstellung, d. h. dem Personaleinsatz, aber auch der Sach- und Betriebsmitteleinsatz (z. B. Personaleinsatzplanung im OP, OP-Belegung).

### 3) Organisation

Hier kommen alle ablauforganisatorischen Entscheidungen zum Tragen wie die wöchentliche/ monatliche Dienstplangestaltung, die Terminierung der diagnostischen und therapeutischen Leistungen wie Operationen und Laboruntersuchungen, die Ablaufplanung in

den Leistungsbereichen, die Ablaufplanung für pflegerische Maßnahmen sowie die Terminierung der Wirtschafts- und Technikleistungen, der administrativen Leistungen und der Leistungen der Fürsorge und Seelsorge.

### 4) Personalmanagement

Operatives Personalmanagement beinhaltet die Einstellung und Entlassung von Aushilfskräften, den wöchentlichen/monatlichen Personaleinsatz, die kontinuierliche Personalbetreuung in Form von Mitarbeitendengesprächen, Mitarbeitendenbeurteilungen und die Einführung neuer Mitarbeitender. Ferner gehören hierzu die Urlaubsplanung, die Auswahl und Terminierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Maßnahmen der Personalwerbung sowie die Personalverwaltung generell.

### 5) Finanzmanagement

Dem operativen Finanzmanagement ist die Erstellung des Wirtschaftsplans, die jährliche Budgeterstellung und Budgetsteuerung, die kurzfristige Finanzplanung (= Abstimmung der Zahlungsströme), die Termingeldanlage, die Kosten- und Leistungsrechnung und ggf. das Leasing zuzuordnen. Ebenfalls dazu gehören

das Cash-Management, das Forderungsmanagement und das Finanz- und Investitionsreporting.

## 6) Rechnungswesen/Controlling

Schwerpunkt ist die Ermittlung von Planabweichungen durch kontinuierliche Soll-Ist-Betrachtungen, die Analyse der Abweichungsursachen, die Ableitung von Korrekturmaßnahmen sowie die Budgetierung und Budgetkontrolle der Leistungsstellen.

## 7) Einkauf und Logistik

Die Warenbestellung, ggf. die Klärung von Konditionen sowie die Rechnungsabwicklung (Abwicklung des Zahlungsverkehrs) gehören zu den operativen Entscheidungen.

Die operativen Aufgaben der Logistik sind die Annahme und Prüfung der Waren, die Lagerung und Bereitstellung der Produkte sowie die Terminierung und (Touren-)Planung des Transports.

## 8) Marketing

Regelmäßige Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit wie Informationsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte, ein „Tag der offenen Tür“ sowie regelmäßige Pressearbeit über aktuelle (positive) Entwicklungen des Krankenhauses beinhaltet das Marketing. Gleichmaßen beinhaltet es die Öffentlichkeitsarbeit in Krisensituationen.

## 9) Ökologische Maßnahmen

Der Einsatz und die Handhabung der Materialien im Sinne der ökologischen Zielsetzung stehen hier im Vordergrund.

### 3.3.3 ENTSCHEIDUNGEN IN ABHÄNGIGKEIT VON PATIENTENBEZOGENEN AB-LÄUFEN

Allgemein ist davon auszugehen, dass die kurzfristigen Entscheidungen im Krankenhaus vom Patienten und seiner Erkrankung ausgelöst werden.

Im Hinblick auf eine effektive Koordination aller Leistungen am und für den Patienten ist es daher nicht sinnvoll, Entscheidungsstrukturen nur institutions- und entscheidungsträgerbezogen darzustellen und zu analysieren. Um einen reibungslosen und patientenorientierten Ablauf im Krankenhaus zu ermöglichen, ist es vielmehr notwendig, ausgehend von einem patientenbezogenen Ablauf, die an den jeweiligen Entscheidungen beteiligten Personen zu benennen und damit den Koordinationsbedarf zu definieren.

Skizziert man einen relativ groben Ablauf für einen Patienten während seines stationären Aufenthalts, so lässt er sich vereinfacht wie folgt darstellen (*Tabelle 7*):

Zur Aufnahme gehören die Planung und Durchführung der Aufnahmediagnostik, die der Zuordnung zur Fachabteilung dient sowie ggf. eine vorstationäre Diagnostik. Es schließt sich die Zuordnung zu einer Pflegeeinheit sowie die administrative Abwicklung der Aufnahme an.

Im Rahmen des stationären Aufenthalts erfolgen eine Behandlungs- und Pflegeplanung sowie die sich daraus ergebende Planung und Durchführung der konkreten therapeutischen und pflegerischen Leistungen.

In Abhängigkeit vom Behandlungsergebnis werden ggf. Behandlungsplan und Pflegeplan angepasst, wobei auch Konsile und interne Verlegungen veranlasst werden.

Der Abschluss der Krankenhausbehandlung beinhaltet die Abschlussdiagnostik, die Statusfeststellung und die Entlassung des Patienten sowie ggf. eine nachstationäre Behandlung.

Gegenstand	Entscheidungsträger	Bereich der Diagnostik und Therapie		Pflegebereich	Kaufmännischer Bereich	
		Fachabteilung	med. Sekundär-Leistungsbereiche		Bereiche der Wirtschaft und Technik	Administrat. Bereich
<b>Aufnahme</b>						
• Aufnahmediagnostik <sup>1</sup>						
• Planung		X				
• Durchführung			X			
• Zuordnung zu FA		X				
• vorstationäre Diagnostik		X	X			XXX
• Zuordnung zu Pflegeeinheit		X		X	XXX	
• administrative Abwicklung				XX	XXX	XXX
<b>Behandlungsplan</b>		X		XX	XX	
<b>Pflegeplan</b>				X	XX	
<b>Diagnostische und therapeutische Leistung</b>						
• Planung			X	X		
• Durchführung			X	XX		
<b>Pflegerische Leistung</b>						
• Planung				X		
• Durchführung				XX	XX	
<b>Anpassung des Behandlungsplans (inkl. Konsil und Verlegung)</b>		X		XX	XX	
<b>Anpassung des Pflegeplans</b>				X	XX	
<b>Abschluss der Krankenhausbehandlung</b>						
• Abschlussdiagnostik		X	X			
• Statusfeststellung		X		X		
• nachstationäre Behandlung		X	X			XXX
• Entlassung		X		XX	XX	XX
<b>Anschlussversorgung</b>		X				X

Tabelle 7: Patientenbezogene Entscheidungen

**Erläuterung:**

- X = direkte (patientenbezogene) Entscheidungen
- XX = indirekte (durch Patienten ausgelöste) Entscheidungen
- XXX = generelle Entscheidungen

<sup>1</sup> dient der Zuordnung zu einer Fachabteilung

Wiederum in Abhängigkeit vom Behandlungsergebnis kann eine Anschlussversorgung vorgesehen werden.

Differenziert man nun die Entscheidungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt eines Patienten hinsichtlich ihrer Beeinflussung durch ihn und seinen Gesundheitszustand, so lassen sich direkte patientenbezogene Entscheidungen, indirekte, d. h. durch den Patienten ausgelöste Entscheidungen und generelle Entscheidungen differenzieren.

Bei einer Zuordnung von Entscheidungen zu den einzelnen Phasen des stationären Aufenthalts eines Patienten und der oben beschriebenen Differenzierung von Entscheidungen, ergibt sich folgendes Bild:

Die Planung der Aufnahmediagnostik und der vorstationären Diagnostik sind direkte Entscheidungen, die im Bereich Diagnostik und Therapie anfallen.

Die Zuordnung zur Pflegeeinheit wird von der Fachabteilung und dem Pflegebereich vorgenommen und ist eine direkte Entscheidung, löst aber generelle Entscheidungen hinsichtlich der Speisen- und Wäscheversorgung im Bereich Wirtschaft und Technik aus.

Die administrative Abwicklung beinhaltet indirekte Entscheidungen im Pflegebereich und generelle Entscheidungen im kaufmännischen Bereich.

*Beispiel: Die Aufstellung des Behandlungsplans bedingt direkte Entscheidungen durch die Fachabteilung und indirekte durch die Bereiche Pflege sowie Wirtschaft und Technik.*

Die Pflegeplanung ist eine direkte Entscheidung des Pflegebereichs und zieht indirekte Entscheidungen für den Bereich Wirtschaft und Technik nach sich.

*Beispiel: Direkte Entscheidungen sind die Planung der Therapieleistungen für die*

*medizinischen Sekundärleistungsbereiche und den Pflegebereich; die Durchführung dieser Therapieleistungen sind ebenfalls direkte Entscheidungen für die medizinischen Institutionen, aber indirekte Entscheidungen für den Pflegebereich.*

Bei der Anpassung von Behandlungsplanung und Pflegeplanung liegt die gleiche Entscheidungsstruktur wie bei der erstmaligen Planung zugrunde.

Direkte Entscheidungen werden von dem Bereich Diagnostik und Therapie für die Abschlussdiagnostik und von der Fachabteilung und dem Pflegebereich für die Statusfeststellung getroffen.

Analog zur vorstationären Diagnostik fallen bei der Abschlussdiagnostik und der nachstationären Behandlung direkte Entscheidungen durch die Bereiche der Diagnostik und Therapie an. Sie ziehen generelle Entscheidungen im administrativen Bereich nach sich.

*Beispiel: Die Entlassung von Patienten bedingt direkte Entscheidungen durch die Fachabteilungen und indirekte durch die Pflegebereiche und den kaufmännischen Bereich.*

Ist eine Anschlussversorgung vorgesehen, so werden direkte Entscheidungen in den Fachabteilungen und in dem administrativen Bereich erforderlich.

*Beispiel: Auswahl einer geeigneten Einrichtung.*

Analysiert man nun die Entscheidungstatbestände bereichsbezogen, lässt sich feststellen, dass der größte Teil der patientenbezogenen, direkten Entscheidungen im Bereich von Diagnostik und Therapie anfällt und der Pflegebereich, etwa gleich verteilt, direkte patientenbezogene und indirekte durch Patienten ausgelöste Entscheidungen zu treffen hat. Für die Bereiche Wirtschaft und Technik

fällt der größte Teil als indirekte Entscheidungen und zu einem kleinen Teil als generelle Entscheidungen an. Für den administrativen Bereich sind eher generelle Entscheidungen relevant.

Im Hinblick auf die Konsequenzen dieser Entscheidungsstrukturen lässt sich grob Folgendes aussagen:

Die Entscheidungsstruktur des kaufmännischen Bereichs betrifft eher indirekte und generelle Entscheidungen, die ggf. mittelfristig und langfristig zu treffen sind und daher auch eine weitgehende Standardisierung zulassen.

Kurzfristige, ablaforientierte Entscheidungen fallen im Bereich Diagnostik und Therapie an und bedürfen daher eher einer Flexibilisierung. Deutlich wird insbesondere die Entscheidungsstruktur

des Pflegebereichs. Hier sind zum Teil direkte, zum Teil aber auch indirekte Entscheidungen zu treffen, wobei den indirekten Entscheidungen jeweils eine direkte Entscheidung der Diagnostik und Therapie vorgelagert ist. Da operative, kurzfristige Entscheidungen im Rahmen der dispositiven und damit strategischen Planung getroffen werden müssen und diese Entscheidungen aufgrund der individuellen Erkrankung der Patienten täglich anfallen, wird ersichtlich, welche wesentliche Bedeutung der dispositiven und strategischen Planung im Krankenhaus zukommt.

Sieht man die Verknüpfung der jeweiligen Entscheidungen – ausgelöst durch eine Phase des stationären Aufenthalts eines Patienten – so wird ersichtlich, welche hohen Anforderungen an die Koordination aller Bereiche im Hinblick auf die Leistungserstellung für den Patienten gestellt werden.

## 3.4 Abgrenzung der Managementaufgaben

### 3.4.1 AUFGABEN DER KRANKENAUSTRÄGERORGANE

Der Aufgabenschwerpunkt der Krankenhausträgerorgane liegt beim normativen Management sowie bei den strategischen Grundsatzentscheidungen. Diese verbleiben nur dann beim Krankenhausträger, wenn sie auf die Einhaltung der vom Träger vorgegebenen Sinnggebung der Krankenhausarbeit und die daraus abgeleiteten trägerspezifischen Werte und Ziele, ferner auf die dauerhafte Absicherung der Erfüllung des medizinischen und pflegerischen Versorgungsauftrags gerichtet sind. Davon ausgehend sind die Krankenhausträgerorgane für folgende Entscheidungs- und Handlungsaufgaben zuständig:

1. Festlegung der Krankenhausziele
  - Verdeutlichung der dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses unterliegenden Sinnggebung sowie der daraus abgeleiteten Werte und Zielvorstellungen im Rahmen der Krankenhauskultur
  - Festlegung der Erfolgsziele – Bedarfsdeckung, Kostendeckung, Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit, soziale Ziele
  - Festlegung des Leistungsprogramms auf weite Sicht; vor allem Art, Umfang und Detaillierung des Versorgungsauftrags sowie Qualität
  - Festlegung der Unternehmenspolitik; Aufstellung von Verhaltensregeln für die Entscheidungen und Handlungen der Krankenhausführungskräfte sowie Strategien der betrieblichen und betrieblichen Weiterentwicklung

## 2. Treffen von Grundsatzentscheidungen

- Grundsatzentscheidungen im Bereich der Unternehmensorganisation (Aufbau- und Ablauforganisation)
- Grundsatzentscheidungen im Bereich des Personalmanagements (z. B. trägerspezifische Anforderungen an Personalauswahl, Entscheidung über die personelle Besetzung der Krankenhausleitung, ggf. auch Entscheidung bei der Bestellung weiterer Führungskräfte, z. B. Chefarzte, Festlegung der anzuwendenden tarifvertraglichen Bestimmungen)
- Grundsatzentscheidungen im Bereich Finanzmanagement
- Entscheidungen über Maßnahmen von außergewöhnlicher, existentieller Bedeutsamkeit

## 3. Festlegung der zustimmungsbedürftigen Entscheidungen der Krankenhausleitung wie:

- Investitionsplanung und Finanzplanung
- Erwerb, Veräußerung und Belastung von Grundstücken
- Kooperation mit anderen Institutionen
- Einstellung von Führungskräften der obersten Managementebene
- Erfolgsbeteiligung für Führungskräfte und Mitarbeitende
- Übernahme von Bürgschaften

## 4. Führungsbezogene Kontrolle - Erfolgskontrolle:

- Überwachung der Geschäftsführung - insbesondere im Hinblick auf das Finanzgebaren - und Entlastung der Geschäftsführung
- Überwachung der Aufstellung und Weiterentwicklung der Führungsgrundsätze durch die Krankenhausleitung
- Überwachung der Einhaltung der für die Existenzsicherung des Krankenhauses getroffenen Festlegungen

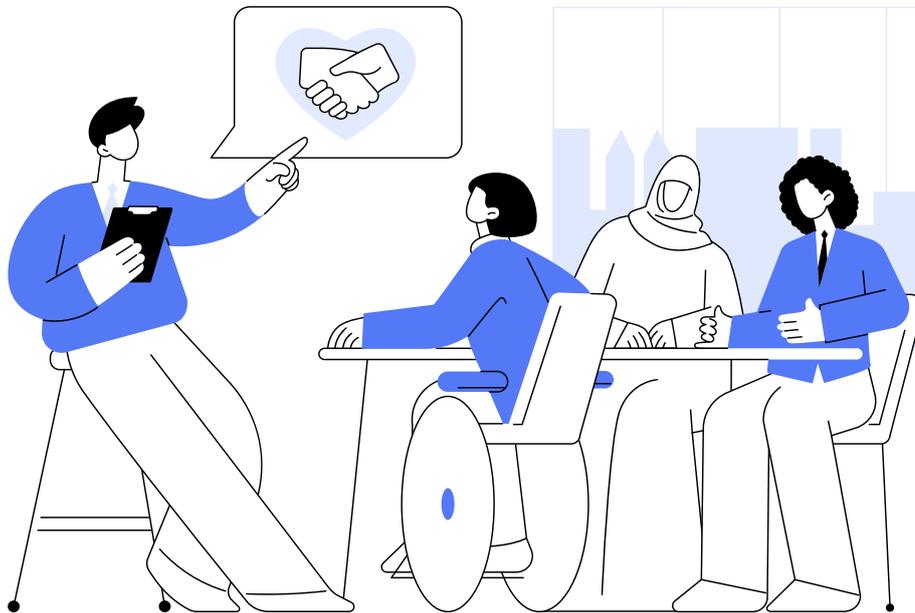
Aufgaben der Krankenhausleitung können den Krankenhausträgerorganen nicht übertragen werden. Der Krankenhausträger kann jedoch festlegen, dass einzelne Geschäftsvorfälle zustimmungspflichtig sind, u. a. Kooperation mit anderen Krankenhäusern, Regelung der Überschussbeteiligung der Führungskräfte und Mitarbeitenden, z. B. im Rahmen ergebnisorientierter Leistungszentren; ferner Gewährung von Krediten und Bürgschaften. Die Mitglieder der Krankenhausträgerorgane sind für eine zielführende Erfüllung aller Aufgaben gemeinsam voll verantwortlich, sofern diese Gesamtverantwortung für einzelne Mitglieder der Krankenhausträgerorgane nicht aufgabenbezogen oder im Einzelfall personenbezogen beschränkt wird.

### 3.4.2 EXKURS: UNTERNEHMENSKULTUR

Die Krankenhauskultur, d. h. die krankenhausspezifisch gelebten Ziele, Werte und Normen, ist für Führungskräfte und Mitarbeitende ein Orientierungspunkt im Hinblick auf die krankenhausbetriebliche Sinnggebung. Sie dient dazu, die Krankenhausziele und die Ziele des Krankenhauspersonals zu harmonisieren und bildet damit die Voraussetzung für die Förderung der Motivation der Führungskräfte und Mitarbeitenden. Aufgabe des Managements ist es, die Unternehmenskultur weiterzuentwickeln. Es ist Aufgabe des Krankenhausträgers, die Wert- und Zielvorstellungen seines Krankenhausunternehmens im Rahmen von Leitbildern zu verdeutlichen und deren Interpretationsmuster zu bestimmen: durch seine trägerspezifischen Wertvorstellungen, durch seine Personalauswahl, durch seinen Stil, Ideen zu kommunizieren sowie durch seine Art, auf die Führungskräfte des Krankenhauses einzugehen. Die Leitbilder dienen als Richtschnur für die laufenden Entscheidungen und Handlungen im Rahmen des Krankenhausleistungsgeschehens. Ausgehend von dem Krankenhausleitbild müssen die wesentlichen Kriterien für das unternehmenspolitische Verhalten im krankenhaussinternen und -externen Bereich in Form von Verhaltensleit-sätzen fixiert werden. Dabei kommt den die Mitarbeitenden betreffenden Verhaltensleitsätzen,

vielfach auch als Führungsrichtlinien oder Führungsgrundsätze bezeichnet, die größte Bedeutung zu. Führungsrichtlinien enthalten allgemeine Führungs- und Kooperationsprinzipien, regeln mithin den Führungsstil, die anzuwendenden Führungstechniken sowie die Form der Zusammenarbeit und der Konfliktbewältigung. Dabei geht es vor allem um Folgendes:

- Festlegung von Zielen und Aufgaben
- Delegation von Entscheidungsverantwortung
- Information von Mitarbeitenden
- Einbeziehung der Mitarbeitenden in den Entscheidungsprozess
- Erfolgskontrolle
- Beurteilung, Förderung und Beratung der Mitarbeitenden
- Förderung der Zusammenarbeit



## 3.5 Rechtsform des Krankenhauses

Eine dauerhafte wirtschaftliche und organisatorische Verselbständigung des Krankenhausunternehmens, verbunden mit einer den Besonderheiten des Krankenhausbetriebs entsprechenden Kompetenzabgrenzung zwischen Krankenhausträger und Krankenhausleitung, bedarf der rechtlichen Absicherung. Dabei sei festgestellt, dass es auch unter Beachtung aller bestehenden einschränkenden gemeindeverfassungs-, kirchen-, stiftungs- und vereinsrechtlichen Bestimmungen, genügend Möglichkeiten gibt, die Managementbefugnisse auf die Krankenhausleitung zu übertragen.

Ausgehend von der Forderung nach Eigenständigkeit des Krankenhausbetriebs bieten sich für die rechtliche Absicherung der Kompetenzabgrenzung zwischen Krankenhausträger und Krankenhausleitung für die Rechtsform der Krankenhäuser vor allem an:

- ein Verein,
- ein Eigenbetrieb,
- eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung,
- eine Aktiengesellschaft,
- eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts und
- vergleichbare Formen des Kirchenrechts oder
- eine Stiftung.

Die Rechtsform, in der ein Krankenhaus betrieben wird, entscheidet nach Maßgabe der einschlägigen Gesetze, insbesondere des Kommunal-, Gesellschafts- und Stiftungsrechts, darüber, welche Organe mit welchen Kompetenzen innerhalb der Trägerorganisation grundsätzlich etabliert werden müssen. Neben den strukturellen Vorgaben, insbesondere des Kommunal-, Gesellschafts- Stiftungs- und Vereinsrechts sind bei Entscheidungen über die Organisation der Krankenhausleitung die

einschlägigen Bestimmungen des Landeskrankenhausrechts zu beachten, die unabhängig von der gewählten Trägerrechtsform gelten.

Vor allem folgende – sich aus der Forderung nach organisatorischer und wirtschaftlicher Eigenständigkeit des Krankenhausbetriebes ergebende Voraussetzungen – können von den gelisteten Rechtsformen weitgehend erfüllt werden:

- Eindeutige Kompetenzabgrenzung zwischen Krankenhausträger und Krankenhausleitung
- Sicherstellung der Durchführung und Kontrolle der Krankenhausträgerentscheidungen
- Sicherstellung des Entscheidungsspielraums für Krankenhausleitungen
- Sicherstellung der Erfüllung der Prinzipien von Leistungsfähigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit

Eine derartige Verselbständigung des Krankenhausunternehmens bietet dann auch die notwendigen Voraussetzungen, qualifizierte Mitglieder für die Krankenhausträgerorgane zu gewinnen.

Dies ist deshalb von Bedeutung, damit die Krankenhausträgerorgane ihre originären Managementfunktionen in der richtigen Weise wahrnehmen können. Dazu müssen bei der personellen Besetzung in erster Linie sachlich-fachliche Gesichtspunkte eine Rolle spielen. Andere Aspekte (z. B. Parteizugehörigkeit oder Weltanschauung) dürfen, wenn überhaupt, erst in zweiter Linie berücksichtigt werden.

Angemerkt sei, dass die gesetzlichen Bestimmungen der Krankenhausfinanzierung den Betriebscharakter des Krankenhauses besonders herausstellen und damit die Forderung nach Eigenständigkeit des Krankenhauses implizieren.

## 3.6 Interne Leitungsorganisation

### 3.6.1 ABGRENZUNG DER AUFGABEN DER GESCHÄFTSFÜHRUNG/DES VORSTANDS UND DES KRANKENHAUS-DIREKTORIUMS

Die Aufgabe der Geschäftsführung/des Vorstands liegt in der spezialisierten und integrierten Wahrnehmung der betrieblichen Führungsfunktionen für das Gesamtkrankenhaus, unter Berücksichtigung der fachlichen spezifischen Belange der verschiedenen Leistungsbereiche.

Das Krankenhausdirektorium hingegen hat die Koordination der betrieblichen Grundfunktionen für die einzelnen Bereiche sowie die zweckentsprechende sachliche Ausrichtung der Arbeitsabläufe zu garantieren. Dem Krankenhausdirektorium gehören an: der leitende Arzt, die leitende Pflegefachkraft sowie der Leiter des kaufmännischen Bereichs (Bereiche der Wirtschaft, Technik und Administration).

### 3.6.2 AUFGABEN DER GESCHÄFTSFÜHRUNG/DES VORSTANDS

Die Aufgabe der Geschäftsführung/des Vorstands besteht in der auf die betrieblichen Grundfunktionen gerichteten Ausübung der Führungsaufgaben. Auf diese Weise kann die fachlich-methodische, personelle und qualitative Kontinuität der betrieblichen Grundfunktionen im Krankenhaus gewährleistet werden, und zwar einzig und allein zielorientiert und gesamtkrankenhausbezogen, nicht dagegen leistungsbereichs- oder berufsgruppenbezogen. Dazu wird der Geschäftsführung/dem Vorstand die Verfügungsgewalt über die gesamten Personal-, Sach- und Finanzmittel des Krankenhauses übertragen. In größeren Krankenhäusern kann die Geschäftsführung/der Vorstand auch in Ressorts (Klinikressort und Kaufmännisches Ressort, ggf. Personalressort) unterteilt werden. Das Krankenhausdirektorium unterstützt die Geschäftsführung/

den Vorstand bei der Wahrnehmung ihrer/seiner Aufgaben. Geschäftsführung/Vorstand und Krankenhausdirektorium sind zur engen Zusammenarbeit verpflichtet. Sie sind gemeinsam dafür verantwortlich, dass im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel und unter Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus alles geschieht, was dem Wohl der Patienten und einem reibungslosen Betriebsablauf dient. Dabei sind die vom Krankenhausträger festgelegten Unternehmensziele des Krankenhauses einzuhalten. Geschäftsführung/Vorstand und Krankenhausdirektorium haben sich über alle wichtigen Angelegenheiten rechtzeitig gegenseitig zu unterrichten und sich untereinander abzustimmen.

### 3.6.3 AUFGABEN DES KRANKENHAUS-DIREKTORIUMS

Die Aufgaben des der Geschäftsführung nachgeordneten Krankenhausdirektoriums bestehen einmal darin, dafür Sorge zu tragen, dass die fachlichen und spezifischen Belange der einzelnen Leistungsbereiche im Rahmen des Krankenhausbetriebsprozesses angemessen Berücksichtigung finden. Darüber hinaus obliegt ihm die Koordination der betrieblichen Grundfunktionen für die einzelnen Bereiche sowie die zweckentsprechende fachliche Ausrichtung der Arbeitsabläufe. Auf diese Weise soll der Arbeitsfluss innerhalb der einzelnen Bereiche fachlich, terminlich und kostenmäßig optimal gewährleistet werden.

Einzelheiten der Struktur, der Organisation und der Managementkompetenzen von Krankenhausgeschäftsführung und Krankenhausdirektorium müssen entsprechend den Gegebenheiten und Erfordernissen des einzelnen Krankenhausbetriebs vom Krankenhausträger entschieden und festgelegt werden.

Damit die in der Leitung eines Krankenhauses tätigen Führungskräfte ihre Aufgaben qualifiziert wahrnehmen können, sind bestimmte Voraussetzungen in Bezug auf die betriebliche Praxis erforderlich. Die für die Geschäftsführung notwendige Qualifikation lässt sich vorrangig über ein Hochschulstudium erreichen, vorzugsweise in Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Studienabschlüsse anderer Fachdisziplinen wären durch eine wirtschaftswissenschaftliche, insbesondere betriebswirtschaftliche Fort- und Weiterbildung zu ergänzen; umgekehrt benötigen Nicht-Mediziner ein entsprechendes Grundlagenwissen der Medizin. Unabhängig davon ist auf dieser Ebene eine fundierte Managementausbildung in Theorie und Praxis unabdingbar.

### 3.6.4 AUFGABEN DER FACHABTEILUNGS-/ZENTRUMSLEITUNG

Für die Leitung der Fachabteilungen/Zentren wird eine duale Abteilungsleitung empfohlen, die durch ein Bereichscontrolling oder eine kaufmännische Geschäftsführung unterstützt wird. Diese Strukturalternative in Form einer berufsgruppenbezogenen Leitung stellt auf die Wahrnehmung der dispositiven und operativen Managementaufgaben – aufbauend auf den strategischen Vorgaben – von Fachabteilungen/Zentren ab. Die Abteilungen werden gemeinsam, aber nicht gleichberechtigt, von den Ärztlichen und Pflegerischen Abteilungsleitungen geleitet. Bei klar abgegrenzten Aufgaben sowie bei unveränderter Zuständigkeit und Verantwortung, wird eine enge Kooperation angestrebt, um einvernehmliche Regelungen für alle nicht direkt die Medizin oder die Pflege betreffenden Entscheidungen auf Fachabteilungsebene zu treffen. Es gibt jeweils Einzelaufgaben der Medizin und der Pflege (daher nicht gleichberechtigt) sowie gemeinsame Aufgaben. Es handelt sich bei der Fachabteilungsleitung also um eine Kombination

aus zwei Singularinstanzen (Ärztliche Abteilungsleitung und Pflegerische Abteilungsleitung) und einer Kollegialinstanz, bestehend aus Ärztlicher und Pflegerischer Abteilungsleitung. Diese Struktur entspricht dem berufsständisch besetzten Direktorium.

Ziel einer gemeinsamen Abteilungsleitung ist es, organisatorische Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege unter Einbeziehung des Patienten aufzustellen und deren Einhaltung abzusichern. Auf diese Weise sollen die notwendigen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen (ggf. auch soziale, psychologische und seelsorgerische Betreuung) patientenbezogen integriert und zeitlich aufeinander abgestimmt – ausgerichtet auf das Behandlungsziel des Patienten – in den Behandlungsprozess einfließen.

Die Fachabteilungsleitung benötigt neben der fachlichen Kompetenz Grundkenntnisse der Gesundheitspolitik, der Gesundheitsökonomie, der Krankenhausgesetzgebung und -finanzierung, der krankenhausbetrieblichen Zusammenhänge sowie des Krankenhausmanagements. Hinzu kommen Führungskompetenz und Führungserfahrung. Darüber hinaus sollen Kenntnisse über aktuelle Entwicklungen auf dem Gesundheits- und Krankenhausmarkt kontinuierlich erworben und weiterentwickelt werden.



## 3.7 Managementprozess

### 3.7.1 SICHERSTELLUNG VON ENTSCHEIDUNGSORIENTIERTEN INFORMATIONEN

Zur Unterstützung qualifizierter Entscheidungsstrukturen bedarf es eines spiegelbildlich aufgebauten Controllingsystems, welches den Managementverantwortlichen problem- und zielrelevante externe und interne Informationen zur Verfügung stellt. Dies bietet ein Management- und Controlling-Ansatz, der die Controlling-Informationen passgenau für die Problemstellungen konfiguriert und in die Entscheidungsprozesse des Managements einfließen lässt. Das heißt, der Informationsbedarf, der über das Krankenhauscontrolling gedeckt werden soll, wird aus den Entscheidungstatbeständen des Krankenhausmanagements abgeleitet. Dabei sind organisatorische und verhaltensorientierte Aspekte zu berücksichtigen, da sie die Zusammenarbeit zwischen Manager und Controller im Arbeitsalltag mitbestimmen.

### 3.7.2 INTENSIVIERUNG DER FÜHRUNGSFUNKTIONEN AUF DER MITTLEREN LEITUNGSEBENE

Anforderungen an das Krankenhausmanagement betreffen nicht nur die Krankenhausbetriebsleitung, sondern ebenso die mittlere und untere Leitungsebene. Betrachtet man den arbeitsteiligen Prozess der Leistungserstellung im Krankenhaus, dann können die daraus erwachsenden Führungsaufgaben nicht allein von der oberen Leitungsebene wahrgenommen werden. Es bedarf vielmehr einer Intensivierung der Führungstätigkeiten auf der mittleren Leitungsebene. Voraussetzungen dafür sind:

- Verständnis des Krankenhausträgers für die Notwendigkeit einer adäquaten personellen Ausstattung der mittleren Leitungsebene

- Konzentration der Führungskräfte der oberen Leitungsebene auf die Wahrnehmung primärer Führungsaufgaben - organisatorisch sowie kaufmännisch/administrativ orientiert
- Bereitschaft der Krankenhausunternehmensleitung zur situationsadäquaten Delegation von Führungsaufgaben an Führungskräfte der mittleren Leitungsebene
- Systematische Aus- und Fortbildung von Führungskräften auf der mittleren Leitungsebene

### 3.7.3 QUALIFIZIERUNG DES FÜHRUNGSPROZESSES - QUALIFIZIERUNG DER MITARBEITENDENFÜHRUNG

Für die konkrete Ausgestaltung des Führungsprozesses, für die Führung der Krankenhausmitarbeitenden ergeben sich vor allem zwei Anforderungen:

#### (1) Führungsverhalten und Führungsstil

Obwohl das Führungsverhalten sich an der jeweiligen Führungssituation orientieren muss und dementsprechend schwankt zwischen einer mehr autokratischen Führung - aufgabenorientiert bei geringer Rücksichtnahme auf die Mitarbeitendenziele - und einer mehr kooperativen Führung - tendierend zur Zielharmonie zwischen Aufgaben- und Mitarbeitendenzielen-, dürfte doch unbestritten sein, dass der kooperative, partizipative Führungsstil und seine Fortentwicklung in Form einer Kombination von transaktionaler und transformationaler Führung den an ein Management gestellten Anforderungen am besten gerecht wird. So gesehen werden sich auch Krankenhausführungskräfte künftig stärker als bisher darum bemühen müssen, ihre Mitarbeitenden in die Entscheidungsprozesse einzubeziehen und damit den Belangen der

im Krankenhaus tätigen Menschen als Mitarbeitende, als Mitträger, als Mitgestalter der Krankenhausarbeit voll Rechnung zu tragen.

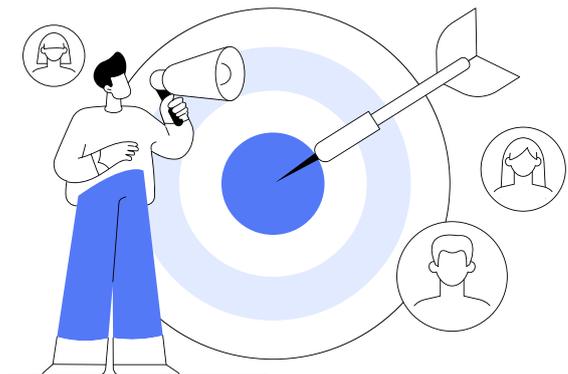
## (2) Motivations- und Anreizsysteme

Eine Hauptaufgabe des Krankenhausmanagements wird sein, krankenhausspezifische Motivations- und Anreizsysteme zu entwickeln und zu implementieren. Die Erfahrungen zeigen, dass sich die Mitarbeitenden nachhaltig und damit dauerhaft nicht so sehr über monetäre als vielmehr über immaterielle Anreize motivieren lassen, insbesondere im Hinblick auf Arbeitsgestaltung sowie auf Einbeziehung in die betrieblichen Entscheidungsprozesse.

### 3.7.4 WEITERENTWICKLUNG DES PERSONALMANAGEMENTS

Für eine effektive und effiziente Organisation des Personalmanagements müssen deshalb folgende Forderungen aufgestellt werden:

1. Es ist Aufgabe des Krankenhausträgers, für eine einheitliche Ausrichtung des Personalmanagements und der damit verbundenen Wahrnehmung aller personalbezogenen Funktionen auf allen Entscheidungsebenen des Krankenhauses Sorge zu tragen. Voraussetzung dafür ist die Verankerung der grundsätzlichen Entscheidungen des Personalmanagements innerhalb der Geschäftsführung des Krankenhauses. Die bereichsbezogene, berufsständische Ausrichtung des Personalmanagements obliegt dann den Leitungen der Leistungsbereiche.
2. Für die Gestaltung und Durchführung der personalbezogenen Funktionen (Personalbedarfsermittlung, Personalbeschaffung, Personalentwicklung, Personaleinsatz, Personalerhaltung, Personalfreistellung) bedarf es einheitlicher Richtlinien, ggf. differenziert nach den bereichs- oder berufsgruppenspezifischen Belangen.
3. Im Hinblick auf die Notwendigkeit zur einheitlichen Ausrichtung des Führungsprozesses kommt den Führungsrichtlinien eine besondere Bedeutung zu.
4. Grundlage für die Gestaltung des Personalmanagements nach Inhalt und prozessuellem Ablauf ist die Verdeutlichung der Krankenhausphilosophie im Rahmen von Krankenhausleitbildern, die es den Führungskräften und Mitarbeitenden im Krankenhaus erlaubt, sich bei ihrer Arbeit an den Zielen und Werten des Krankenhauses zu orientieren.
5. Aufgabe des Krankenhausträgers ist es, die trägerspezifischen Werte und Ziele zu verdeutlichen und dafür Sorge zu tragen, dass diese ihren Niederschlag in den Leitbildern des Krankenhauses finden und bei der Gestaltung und Detaillierung der personalbezogenen Funktionen berücksichtigt werden. Die dazu vom Krankenhausträger für den Bereich des Personalmanagements zu treffenden personalpolitischen Grundsatzentscheidungen betreffen vor allem Richtlinien für die Auswahl von Führungskräften und Mitarbeitenden, Leitsätze für die Information sowie die moralisch-ethische Betreuung von Krankenhausmitarbeitenden und Grundsätze für die Lösung der sich im Verlauf des Führungsprozesses ergebenden Konfliktmöglichkeiten zwischen Aufgabenzielen und Mitarbeitendenzielen.



Die nachfolgenden Ausführungen sollen ein tendenzielles Bild zum Status Quo des Managements in der Krankenhauspraxis abgeben. Zwischen den betrachteten Managementebenen bestehen Abhängigkeiten. Die identifizierten Anforderungen an das Management beziehen sich auf ausgewählte Schwerpunkte und können in den einzelnen Krankenhäusern und Verbänden unterschiedlich stark zum Tragen kommen (s. *Tabelle 8*). Die Einflussfaktoren darauf sind vielfältig – neben der Trägerschaft, dem Versorgungsauftrag

bzw. der Zweckbestimmung des Krankenhauses (Allgemeines Krankenhaus, Fachkrankenhaus, Uniklinik), der Versorgungsregion (Land, Stadt, Grenz-/Insellage), der Betriebsgröße des Krankenhauses und der Krankenhausorganisation, ist es letztendlich auch die Summe des Verhaltens aller Führungskräfte aus allen Berufsgruppen und auf allen Managementebenen, die den Managementenerfolg eines Krankenhauses ausmachen.



# **Gegenwärtige Praxis des Krankenhaus- managements**



---

## **4.1** Krankenhausträger

- 4.1.1** Zusammensetzung und Qualifikation des Aufsichtsgremiums
- 4.1.2** Zielsetzung und strategische Ausrichtung für das Krankenhaus
- 4.1.3** Entscheidungen zu Struktur und Qualifikation der Krankenhausleitung

---

## **4.2** Entscheidungsfelder und Entscheidungsträger

- 4.2.1** Führungs- und Managementkompetenz
- 4.2.2** Zielsetzung und strategische Ausrichtung für das Krankenhaus
- 4.2.3** Struktur- und Prozessgestaltung (Organisation)
- 4.2.4** Zentrale versus dezentrale Steuerung

---

## **4.3** Cheförzte/Leitung Fachabteilung/Zentrum

- 4.3.1** Führungs- und Managementkompetenz
- 4.3.2** Prozessgestaltung

## 4.1 Krankenhausträger

### 4.1.1 ZUSAMMENSETZUNG UND QUALIFIKATION DES AUFSICHTSGREMIUMS

Um adäquate Unternehmensentscheidungen treffen zu können, braucht es ein branchenbezogenes, professionelles Aufsichtsgremium, das auch die Identität zum Krankenhausträger widerspiegelt. Getroffen

werden die Entscheidungen im Rahmen rechtlicher Vorschriften (Gesetze, Satzung, ggf. Geschäftsordnung). Bestimmend für die Entscheidungsqualität ist die Zusammensetzung des Gremiums über verschiedene Professionen und damit verbundene Qualifikationen.

Analysebereich	Schwerpunkte
4.1 Krankenhaus-träger	4.1.1 Zusammensetzung und Qualifikation des Aufsichtsgremiums 4.1.2 Zielsetzung und strategische Ausrichtung für das Krankenhaus 4.1.3 Entscheidungen zu Struktur und Qualifikation der Krankenhausleitung
4.2 Krankenhaus-leitung	4.2.1 Führungs- und Managementkompetenz 4.2.2 Kurzfristige versus grundlegende Steuerung (Konzepte) 4.2.3 Struktur- und Prozessgestaltung (Organisation) 4.2.4 Zentrale versus dezentrale Steuerung
4.3 Chefärzte/Leitung Fachabteilung/Zentrum	4.3.1 Führungs- und Managementkompetenz 4.3.2 Prozessgestaltung

Tabelle 8: Anforderungen an das Management in Bezug auf ausgewählte Schwerpunkte

## I Anforderungen in Bezug auf die Zusammensetzung der Gremien:

a) **Einbezug relevanter Fachvertreter:** Neben den krankenhausbetriebswirtschaftlichen und medizinisch-pflegerischen Professionen sollte eine juristische Profession im Gremium vertreten sein. Alternativ können auch Mitglieder assoziiert werden. Dabei sollte keine der genannten Gruppen durch das Personal des eigenen Krankenhauses vertreten werden (z. B. Chefarzt Prof. Dr. XY des Krankenhauses). Unter Beachtung des Deutschen Corporate Governance Kodex (DCGK) empfiehlt es sich, auf externe Experten zurückzugreifen. Der Einbezug ehemaliger Führungskräfte des Krankenhauses ist nach einem angemessenen Zeitraum denkbar. In öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern ist der Einbezug von Vertretern des Betriebs- bzw. Personalrats gesetzlich normiert. Diversity-Aspekte sind zu berücksichtigen.

b) **Nutzung des in der Branche vorhandenen Managementpotentials:** Damit möglichst fundierte, objektive und unabhängige Entscheidungen getroffen werden können, sollten Träger bei der Auswahl der Mitglieder des Gremiums Kriterien berücksichtigen, die auf Kompetenzen und Erfahrungen im Management von Krankenhäusern abstellen. Das könnte erreicht werden, indem – wie in anderen Branchen üblich – auch gezielt Geschäftsführer/Vorstände anderer Krankenhäuser und ggf. anderer Wirtschaftszweige als Gremienmitglied berufen werden.

c) **Auswahl der Mitglieder in der Regel nach sachbezogenen Kriterien:** Generell sollte bei der Auswahl der Mitglieder des Gremiums ein bewusster Nepotismus (Vetterwirtschaft) unterbunden werden. Von Vorteil kann es sein, wenn ein Teil der Gremienmitglieder gut im öffentlichen Leben der Versorgungsregion verankert ist, z. B. durch eine ehemalige kommunalpolitische Tätigkeit. Die Kombination externen und neutralen Sachverständs durch ortsfremde Gremienmitglieder und einer mitunter durchaus

auch emotional geprägten Identifikation mit dem Krankenhaus vor dem Hintergrund einer lokalen Vernetzung, kann eine wesentliche Bereicherung der Gremienarbeit sein. Parteipolitische Einflussnahme ist zu vermeiden.

d) **Die Gremiengröße ist unter Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen so festzulegen, dass eine möglichst effektive und effiziente Arbeit erreicht werden kann:** Je kleiner das Gremium, desto besser (fünf bis sieben Mitglieder). Eine Pluralität in der Meinungsbildung sollte gegeben sein. Zuerst kommt es jedoch auf die Qualität der Diskussion an, die auch in größeren Gremien in Abhängigkeit der Beteiligten hoch sein kann (z. B. in Uni-Kliniken bis zu 13 Mitglieder). Letztlich sollte zwischen allen Mitgliedern ein direkter Kontakt (face to face) möglich sein.

e) **Einbezug der Krankenhausleitung in das Gremium:** Die Mitglieder der Krankenhausleitung sollten an den Sitzungen regelhaft teilnehmen.

## II Anforderungen in Bezug auf die Qualifikation der Trägerorgane:

a) **Qualifizierungsangebote für Trägerorgane:** Die Mitglieder der Trägerorgane sollen über die fachliche Kompetenz für die spezifischen Aufgaben, ein Grundverständnis für die mit der Krankenhausarbeit verbundenen ökonomischen Zusammenhänge sowie für erfolgsorientierte Krankenhausmanagementstrategien, über unternehmerische Erfahrungen und die persönlichen Qualifikationen z. B. Verhandlungs- und Entscheidungsstärke, Sozial- und Führungskompetenz, Konflikt- und Teamfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, (außerdem zeitliche Ressourcen) verfügen. Da die Tätigkeit der Mitglieder ehren- und nebenamtlich wahrgenommen wird und/oder mit ihrer politischen oder konfessionellen Berufung verbunden sein kann, können diese Kompetenzen nicht vorausgesetzt werden und sind daher aufzubauen. Einführungs- und Fortbildungsseminare

zum Erwerb der erforderlichen Kompetenzen (s. oben) werden in der Krankenhausbranche aktuell nur vereinzelt angeboten (z. B. Zertifikatsprogramm für Aufsichtsräte 2022 der Sparkassenakademie bzw. Angebote der spezialisierten Wirtschaftsprüfungsgesellschaften) sowie auch von den Trägerorganen noch zu wenig nachgefragt. Der Träger sollte sowohl die Gewinnung von potenziellen Mitgliedern des Gremiums als auch deren Qualifikation kontinuierlich und proaktiv voranbringen. Optimalerweise gibt es sachorientierte Kriterien zur Auswahl von Gremienmitgliedern.

#### b) Auswahl einer qualifizierten Gremienleitung:

Die Organisation der Sitzungen, die Qualität der Diskussion in den Sitzungen und letztlich die gefassten Beschlüsse des Gremiums werden maßgeblich von der Qualifikation des Vorsitzenden (und seiner Stellvertreter) bestimmt. Die Leitung muss persönlich und fachlich geeignet sein, die Selbstorganisation und Führung des Gremiums zu gewährleisten. Die Leitung benötigt Kompetenzen bzgl. der Strategieentwicklung, um die Ziele und Interessen des Trägers vertreten zu können. Ein aus parteipolitischen oder konfessionellen Gründen berufene Gremienleitung muss daher entsprechend geschult werden oder zumindest einen Vertreter haben, der die fachlichen und persönlichen Anforderungen erfüllt. Anzustreben sind längere Amtszeiten, um eine Stabilität und Kontinuität des Gremiums auch bzgl. der Entscheidungsqualität zu gewährleisten.

#### c) Stärkung der Gremien- bzw. Diskussionskultur:

Neben der Qualifikation und dem Engagement der Mitglieder ist eine Gremienkultur zu entwickeln, die kritische Diskussionen zulässt. Erreicht werden muss, dass das Krankenhaus vom Aufsichtsgremium als gemeinsames Unternehmen gesehen wird, also dass losgelöst von den Eigeninteressen und parteipolitischen Interessen der einzelnen Gremienmitglieder argumentiert und entschieden wird. Festgelegte Diskussionsregeln können hierbei unterstützen (Beachtung von

Grenzen, gegenseitiger Respekt, Fachlichkeit und Sachlichkeit, Offenheit und Kompromissbereitschaft, Parität).

### 4.1.2 ZIELSETZUNG UND STRATEGISCHE AUSRICHTUNG FÜR DAS KRANKENHAUS

Die Krankenhausträgerorgane müssen die Normen und Werte sowie langfristigen strategischen Ziele festlegen und betriebswirtschaftliche Grundsatzentscheidungen zur Weiterentwicklung des Krankenhauses treffen. Folgende Anforderungen ergeben sich:

#### a) Klare Aufgaben- und Kompetenzabstimmung zwischen Krankenhausträger und Krankenhausleitung:

Grundsätzliche Vorstellungen zur Zielsetzung und zur strategischen Ausrichtung sind bei den Krankenhausträgern in der Praxis vorhanden. Die weitere Ausgestaltung des Unternehmenskonzepts muss im Sinne des Krankenhausträgers durch die Krankenhausleitung erfolgen. Dabei ist es notwendig, dass die Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen Träger und Krankenhausleitung klar geregelt sind. Sonst besteht die Gefahr, dass Aufgaben und Probleme nicht zeit- und/oder sachgerecht entschieden und letztlich nicht bearbeitet werden. Hierbei gilt – wie auch auf allen anderen Managementebenen – der Grundsatz, dass Entscheidungen dort zu treffen sind, wo die Sachkompetenz liegt.

#### b) Entwicklung einer Aushandlungskultur, damit auch bei kontroversen Einschätzungen über die Handlungsbedingungen und Lösungsmöglichkeiten ein tragfähiger Konsens erreicht werden kann:

Aufgrund von unterschiedlichen Zielvorstellungen des Krankenhausträgers und der Krankenhausleitung, ist ein Einvernehmen bei anstehenden Entscheidungen häufig nur sehr schwer herzustellen. Streitfragen sollten mehr versachlicht und mit Blick auf die angestrebte Existenzsicherung des Unternehmens bearbeitet werden (s. auch oben Gremien-/Diskussionskultur).

### 4.1.3 ENTSCHEIDUNGEN ZU STRUKTUR UND QUALIFIKATION DER KRANKENHAUSLEITUNG

Der Krankenhausträger trifft die Grundsatzentscheidungen zur Aufbauorganisation (Leistungsstruktur) und entscheidet über die personelle Besetzung der Krankenhausleitung, ggf. hat er auch ein Einspruchsrecht bei der Besetzung von Abteilungs- oder Klinikleitungen, z. B. Chefärzten. Das Top-Management eines Krankenhauses verantwortet den Unternehmenserfolg, so dass die Besetzung von Führungspositionen anhand von entsprechenden Kriterien erfolgen sollte. Diese sind von der Trägervertretung festzulegen, ggf. anzupassen und trotz Zeit- und Erfolgsdrucks möglichst konsequent anzuwenden:

#### a) Erreichen einer Balance von fachlichen und überfachlichen Führungskompetenzen:

Häufig werden Fachkompetenzen bei der Besetzung von Führungspositionen im Vergleich zu personenbezogenen Leadership-Kompetenzen (Mitarbeitendenführung, Orientierung schaffen u. a.) sehr hoch gewichtet. Bei der Besetzung von Führungspositionen sollten in Abhängigkeit der konkreten Aufgabenstellung fachlich-methodische Kompetenzen sowie personale Kompetenzen, Handlungskompetenzen und sozial-kommunikative Kompetenzen<sup>5</sup> ausgewogen berücksichtigt werden.

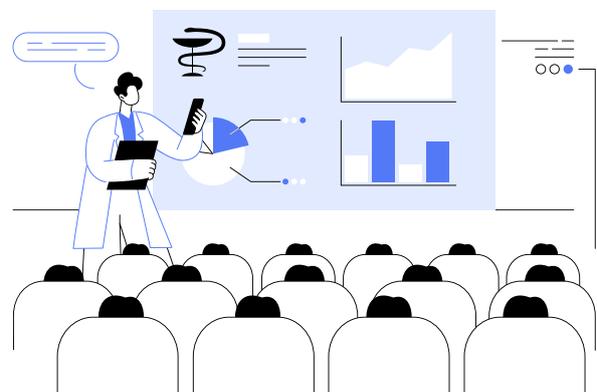
#### b) Professionelles Vorgehen bei der Rekrutierung und Auswahl der Führungskräfte:

Führungskräfte sollten sich mit den Zielen und der Kultur des Unternehmens identifizieren und die erforderlichen Qualifikationen mitbringen. Gründe für die Nicht- oder Fehlbesetzung einer Führungsposition können Zeitmangel (z. B. bei kurzfristigen Trennungen) aber vor allem auch nicht gut durchdachte und nicht gründlich durchgeführte Auswahlverfahren sein. Die Rekrutierungs- und Auswahlpraxis ist zu überprüfen und zu optimieren. Ein professionelles Verfahren umfasst die Personalbedarfsfeststellung, die Bestimmung

des Anforderungsprofils, die Verbreitung des Stellenangebots, die Bewerberauswahl, das Vorstellungsgespräch und die Auswahlentscheidung.

#### c) Anpassung der Anreizsysteme für die Krankenhausleitung:

Bei immer komplexer werden Management- und Führungsaufgaben (z. B. das Führen großer Verbünde) und damit verbundenen Entscheidungsrisiken auf der einen Seite und der perspektivisch schlechter werdenden Arbeitsmarktlage in Bezug auf Führungskräfte und veränderten Erwartungen (Wertewandel) auf der anderen Seite, wird es immer schwieriger, geeignete Führungskräfte zu finden und für sich zu gewinnen. Es ist zu prüfen, inwiefern die gebotenen, krankhausindividuellen Anreize (monetär und nicht-monetär) für potenzielle Bewerber – auch im Vergleich zu anderen Branchen – attraktiv sind.



<sup>5</sup> Vier Basiskompetenzen nach Heyse/Erpenbeck 2009; s. daran angelehnt den KODE® KompetenzAtlas. <https://www.kodekonzept.com/wissensressourcen/kode-kompetenzatlas/>

## 4.2 Krankenhausleitung

### 4.2.1 FÜHRUNGS- UND MANAGEMENT-KOMPETENZ

Anknüpfend an die Auswahl der Krankenhausleitung durch den Träger stellt sich die Frage, ob die Krankenhausleitung das geforderte Rüstzeug mitbringt und die Führungs- und Managementverantwortung zielgerichtet wahrnimmt. Folgende Anforderungen ergeben sich:

**a) Entwicklung von Leadership-Skills:** Die sachbezogene Managementkompetenz der Krankenhausleitungskräfte hat sich in den letzten Jahren verbessert, so dass sich in vielen Krankenhäusern eine Entwicklung vom Verwaltungshandeln zum Managementhandeln vollzogen hat. Noch zu wenig ausgeprägt ist bei vielen Führungskräften in Krankenhäusern die Fähigkeit, Menschen im positiven Sinn so zu beeinflussen, dass sie sich engagiert für die Erreichung der gemeinsamen Ziele und Aufgaben einsetzen<sup>6</sup>. Die überfachlichen Skills müssen stärker gefördert werden, damit sich ein einheitliches Führungsverständnis entwickeln kann.

**b) Erhöhung der Kontinuität der Führungskräfte:** Im Zeitraum der letzten zehn Jahre hatte jedes Krankenhaus in Deutschland im Durchschnitt 2,5 Geschäftsführer. Hauptgründe für diesen, verhältnismäßig hohen Führungswechsel<sup>7</sup> sind laut einer Studie interne Differenzen mit dem Trägergremium und der Krankenhausleitung in Bezug auf die strategische Ausrichtung oder

Unternehmensführung, darüber hinaus auch mangelnder wirtschaftlicher Erfolg sowie das Verfehlen von (monetären und nicht-monetären) Zielvorgaben. Die Folge ist, dass sich in den betroffenen Krankenhäusern neben dem Wissensverlust die notwendige vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der Krankenhausleitung und den übrigen Führungskräften und den Mitarbeitenden nicht herausbilden kann. Eine stabile Führung – gerade in Krisenzeiten – ist aber die Grundvoraussetzung dafür, dass das Krankenhaus situativ flexibel handeln kann und die dynamischen und komplexen Rahmenbedingungen für sich nutzen kann. Um einer hohen Fluktuation entgegenzuwirken, sollten die Auswahl- und Nachfolgeprozesse genau hinterfragt werden und es sollte genug Zeit für die Besetzung eingeplant werden.

### 4.2.2 KURZFRISTIGE VERSUS GRUNDLEGENDE STEUERUNG (KONZEPTE)

Ausgehend von den Grundsatzentscheidungen des Trägers zur Ausrichtung des Krankenhauses bedarf es zielgerichteter Steuerungskonzepte bezogen auf das Gesamtunternehmen (strategisch) und bezogen auf die einzelnen Geschäftsfelder (Fachabteilungen/Zentren) (dispositiv und operativ).

**a) Entwicklung einer aktiven Unternehmenssteuerung:** Krankenhäuser (Träger und Management) sollen sich aktiv innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen in die

<sup>6</sup> Merkmale nach Hinterhuber und Krauthammer (2015): „Ein Leader sieht, was zu tun ist, denkt ganzheitlich und hat die Verantwortung für das Ganze, versteht die Kräfte und Bedingungen, die in einer bestimmten Situation eine Rolle spielen, schafft eine innovationsfreundliche Organisation, beeinflusst das Verhalten anderer so, dass sie sich engagiert für die Kunden einsetzen, hat den Mut, Aktionen zu veranlassen, die die Dinge besser machen, lebt die Werte, die er/sie vertritt, entwickelt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und liefert Ergebnisse.“ (Hinterhuber/Krauthammer: Leadership – mehr als Management, 5. Auflage, Springer-Verlag, 2015).

<sup>7</sup> Der hohen Fluktuation zum Trotz waren die aktuellen Krankenhausgeschäftsführer im Durchschnitt neun Jahre und die jeweiligen Vorgänger des aktuellen Krankenhausgeschäftsführers im Durchschnitt elf Jahre im Amt. Es gibt somit eine vergleichsweise große Gruppe von Krankenhausgeschäftsführern mit langen Amtszeiten, aber auch viele Geschäftsführer mit relativ kurzen Amtszeiten. So waren knapp 40 % der Vorgänger höchstens fünf Jahre im Amt (Krankenhausstudie „Schleudersitz Krankenhausgeschäftsführer“, VKD/BDO/DKI, 2021).

Gestaltung der (regionalen) Versorgungsstrukturen einbringen. Voraussetzung dafür ist, dass die strategische Neupositionierung und Ausrichtung der Krankenhäuser über entsprechende strategische Konzepte abgebildet wird (medizinisch und betriebswirtschaftlich). Dabei ist eine integrierte Versorgungsstruktur nach innen und nach außen anzustreben.

**b) Entwicklung einer integralen Unternehmenssteuerung:** Die Krankenhausfinanzierung (Investitionsförderung und Vergütungssystem) setzt starke Anreize für eine differenzierte operative Unternehmenssteuerung in Form des Erlös-, Leistungs- und Kostenmanagements mit dem Ziel, die vorhandenen Kapazitäten optimal auszulasten. Um ökonomische Potentiale zu generieren, setzen viele Krankenhäuser auf kurzfristige Ziele und Maßnahmen wie Verweildauerreduktionen, Erlösoptimierungen und Personalabbau. Dazu greifen sie u. a. auf die Daten der InEK-Kalkulationsmatrix zurück. Andere Vergleichsdaten bzw. Benchmarks, die auch strukturell bedingte Einsparpotentiale aufdecken können, stehen insbesondere Einzel-Krankenhäusern nicht zur Verfügung oder werden von ihnen nicht genutzt. Das betrifft auch Deckungsbeiträge von Fachabteilungen und ggf. von einzelnen Leistungen. Anzustreben ist eine stärkere Entscheidungsorientierung bei der Auswahl der Steuerungsinstrumente. Die Potentiale der Digitalisierung sind zu nutzen (Data-Warehouse, Business-Intelligence u. a.).

#### 4.2.3 STRUKTUR- UND PROZESSGESTALTUNG (ORGANISATION)

Überlegungen zur Struktur- und Prozessgestaltung zielen darauf ab, die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung kontinuierlich zu verbessern. Die Strukturgestaltung erstreckt sich auf aufbauorganisatorische Gestaltungsmöglichkeiten und die Prozessgestaltung bezieht sich auf den Ablauf der Arbeitsprozesse. Folgende Anforderungen ergeben sich:

**a) Optimierung der ökonomischen und medizinischen Fachabteilungsgröße:** Alle Vorgaben zu Strukturkriterien und Anforderungen aus der Tarifgestaltung – u. a. leistungs- und kostenrelevante Aspekte – sind mit größeren Teilbetriebsgrößen (ggf. versorgungsintegrierenden Bereichen) besser zu bewältigen als mit kleinen Abteilungen. Die Teilbetriebsgröße muss fachlich nach Art, Umfang und Qualität sowie betriebswirtschaftlich tragfähig sein.

**b) Ausrichten der Organisation der Wertschöpfungskette orientiert am Ergebnis (Patientenperspektive):** Die Strukturen sollten stärker auf die multidisziplinären Behandlungsprozesse und damit auf den Patienten und weniger funktional und abteilungsbezogen ausgerichtet werden. Von dieser Patientenperspektive sollte dann ausgegangen werden, wenn die Aufbauorganisation weiterentwickelt wird (z. B. Etablierung einer kooperativen Fachabteilungsleitung Medizin und Pflege zur Verbesserung der Zusammenarbeit, Etablierung von Zentrums-/Departmentstrukturen).

**c) Ausbau der Standardisierung:** Da die Patienten in der Regel aktiv oder passiv an den Prozessen beteiligt sind, ist eine absolute Standardisierung nicht möglich und sinnvoll. Dennoch sind hausinterne Standards (mit Unterstützung der Digitalisierung) zur Optimierung der Prozessführung im Sinne einer Prozessstandardisierung in vielen Krankenhäusern noch nicht im Rahmen der Möglichkeiten etabliert und digitalisiert. Die Standardisierung erstreckt sich konsequenterweise auf den gesamten Behandlungsprozess (z. B. Einsatz von Behandlungspfaden als Grundlage für weitere Qualitäts- und Ergebnisverbesserungen sowie einen effizienten Mitteleinsatz) oder auf Teilprozesse (Diagnostik, Therapie, Versorgung, Verwaltung).

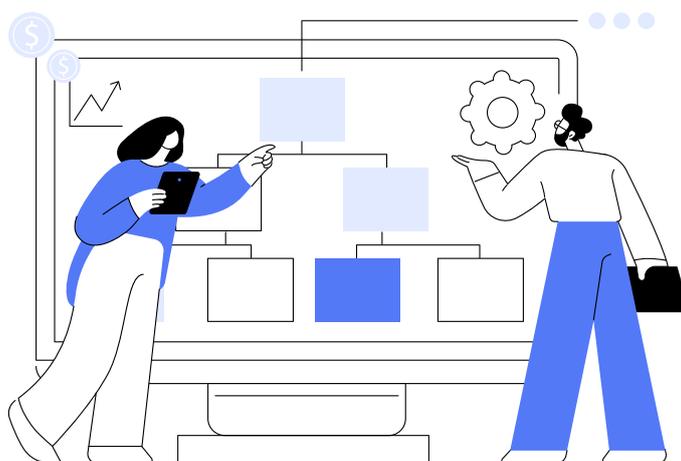
#### 4.2.4 ZENTRALE VERSUS DEZENTRALE STEUERUNG

Damit die einzelnen Krankenhäuser ihren Versorgungsauftrag erfüllen können, braucht das Betriebsgeschehen – trotz heterogener Leistungen/Produkte – Stabilität in Form verlässlicher Aufbau- und Prozessstrukturen, in denen die medizinisch-pflegerische Behandlung von Patienten individuell im Rahmen standardisierter Teilprozesse erfolgen kann. Dies kann nur erreicht werden, wenn die Kompetenz zur Selbststeuerung auf der Fachabteilung / Zentrumsebene erhöht wird: Probleme lassen sich am besten auf der Ebene lösen, auf der sie entstehen; denn dort sind die notwendigen Kenntnisse und Kompetenzen über Art, Umfang und Durchführung am ehesten vorhanden. Insofern ergeben sich folgende Anforderungen:

**a) Ausbau der Dezentralisierung und Sicherung der Integration und Koordination der dezentralen Einheiten:** Die Dezentralisierung von Managemententscheidungen beschränkt sich in den Fachabteilungen aktuell – mal mehr, mal weniger stark – auf die Leistungs-, Führungs- und Organisationsverantwortung. Je nach Zielvereinbarung des Chefarztes – sofern es diese gibt –, wird auch eine Budgetverantwortung, – selten eine Ergebnisverantwortung i. S. einer Profit-Center-Organisation gefordert<sup>8</sup>.

Die derzeitigen Dezentralisierungstendenzen (und die damit im Zusammenhang stehenden Fragen der Zentralisation) sollten unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Expertenorganisation (z. B. Kompetenzen und Persönlichkeiten der Chefarzte) weiter vorangetrieben werden. Außerdem ist zu prüfen, ob die etablierten Integrations- und Koordinationswerkzeuge (Pläne und Budgets, entscheidungsorientierte Verrechnungspreise und Kennzahlensysteme, Managementinformationssysteme (Berichtswesen)) ausreichen, um die Unternehmensziele zu erreichen.

**b) Erreichung einer krankenhaushausintegralen Geschäftsfeldverantwortung, Vorgabe eines Handlungsrahmens:** Die dezentralen Managemententscheidungen müssen sich an der unternehmensbezogenen, abteilungsübergreifenden Zielsetzung des Krankenhauses orientieren (aus der Summe der Fachabteilungsergebnisse ergibt sich das Gesamtergebnis des Krankenhauses). Die Einhaltung des Handlungsrahmens von Fachabteilungen/Zentren sollte daher auch Gegenstand der Internen Budgetierung und ggf. der Zielvereinbarungen sein. Unter Berücksichtigung der Steuerungsgrenzen müssen materielle und/oder nicht materielle Anreize (nicht personelle) fachabteilungsbezogen geboten werden.



<sup>8</sup> Siehe hierzu die Empfehlungen der DKG und des Verbands der leitenden Krankenhausärzte gem. § 136a SGB V zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen, 2014.

## 4.3 Chefärzte/ Leitung Fachabteilung/Zentrum

### 4.3.1 FÜHRUNGS- UND MANAGEMENT-KOMPETENZ

Die Übernahme von Führungs- und Managementaufgaben durch Chefärzte setzt i. S. des AKV-Prinzips der Organisation<sup>9</sup> voraus, dass sie die dafür notwendigen Kompetenzen haben und diese auch einsetzen wollen. In der Praxis ist tendenziell davon auszugehen, dass ein Großteil der Chefärzte grundlegende Managementkompetenzen entwickelt hat (z. B. MBA-Abschluss, Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen mit Schwerpunkt Führung und Kommunikation) und auch die Bereitschaft zur Wahrnehmung der Führungs- und Managementverantwortung besteht, sofern darüber die eigenen Vorstellungen zur Krankenhausarbeit (z. B. Berücksichtigung medizin-ethischer Gebote, persönliches Ansehen/Status) nicht negativ tangiert werden. Die Art und Weise, wie die Führungs- und Managementverantwortung im Arbeitsalltag wahrgenommen wird, hängt dann letztlich von der partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Krankenhausleitung und Chefarzt ab:

**a) Erreichung von Kooperation und gegenseitiger Akzeptanz:** Aufgrund des ökonomischen Drucks (Knappheit von Finanzen und Personal), ist eine Zunahme der Konflikte zwischen Krankenhausleitung (Fokus: Existenzsicherung des Unternehmens) und den Chefärzten (Fokus: patientenindividuelle Behandlung) zu beobachten, mit der Folge, dass eine kooperative Zusammenarbeit erschwert wird.

**b) Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses von Führung unter Berücksichtigung der Erwartungen und Vorverständnisse der Beteiligten:** Bei der Diskussion um Chefärzte als Führungskräfte und folglich der

Organisationsgestaltung und dem Einsatz von Steuerungsinstrumenten, ist zu unterscheiden zwischen Chefärzten, die sich eher der Medizin verpflichtet fühlen und denen, die darüber hinaus ein Interesse daran haben, Managementaufgaben wahrzunehmen (Die dezentrale Managementverantwortung kann unterschiedlich umfangreich wahrgenommen werden). Daraus folgt, dass das Management unterschiedlich auf Chefärzte zugehen muss. Zum Beispiel sollte darüber nachgedacht werden, dass bei Departmentstrukturen die Leitung des Zentrums von einem Chefarzt mit einer hohen Managementaffinität (alternativ eine kaufmännische Leitung) und die Sektionsleitung innerhalb des Zentrums von einem Chefarzt mit hoher Medizinaffinität übernommen werden könnte. Eine Balance zwischen Fachlichkeit und Überfachlichkeit muss gegeben sein (s. 1.3 a).

### 4.3.2 PROZESSGESTALTUNG

Die Prozessgestaltung betrifft sowohl den Kernprozess als auch die Vielzahl von Unterstützungsprozessen. Sie zielt darauf ab, den Nutzen aller Einzelleistungen und damit auch der Gesamtleistung des Krankenhauses für den Patienten zu verbessern. Determiniert wird die Qualität des Gesamtprozesses maßgeblich durch die Vielzahl an Schnittstellen. Die eigentliche Patientenversorgung (Medizin und Pflege) erfolgt in den Fachabteilungen/Zentren bzw. auf der Station. Daneben wird ein hoher Anteil an Leistungen zentral (z. B. Radiologie, Labor) oder zunehmend auch extern durch Dienstleister (ebenfalls Labor, Radiologie, Strahlentherapie u. a.) erbracht. Daraus resultiert das organisatorische Optimierungsproblem von Ressourceneffizienz einerseits und patientenorientierter Prozesseffizienz andererseits, was im Rahmen der Prozessgestaltung so weit wie möglich abgestimmt werden muss. Die Praxis

9 AKV-Prinzip der Organisation: Kongruenz von Aufgabe, Kompetenz (Rechte und Pflichten) und Verantwortung

muss sich mit dieser Problematik und den Gestaltungsmöglichkeiten von Prozessen noch konsequenter auseinandersetzen.

**a) Ausbau des Prozessmanagements:** Die Prozessgestaltung in der Praxis erstreckt sich häufig auf das Entlassmanagement, die Abläufe im OP-Bereich oder die pflegerische Versorgung. Ausgehend von der Analyse, welche Schnittstellenprobleme überhaupt veränderbar sind und welche nicht, sind weitere Maßnahmen der Prozessgestaltung zu initiieren. Ausbaupotential besteht z. B. insbesondere beim Aufnahmeprozess (inkl. Informationsfluss), bei den Ambulanzprozessen und bei den Prozessen der Funktionsbereiche. Mithilfe von Behandlungspfaden kann eine zielgerichtete interdisziplinäre Leistungsabstimmung unterstützt werden.

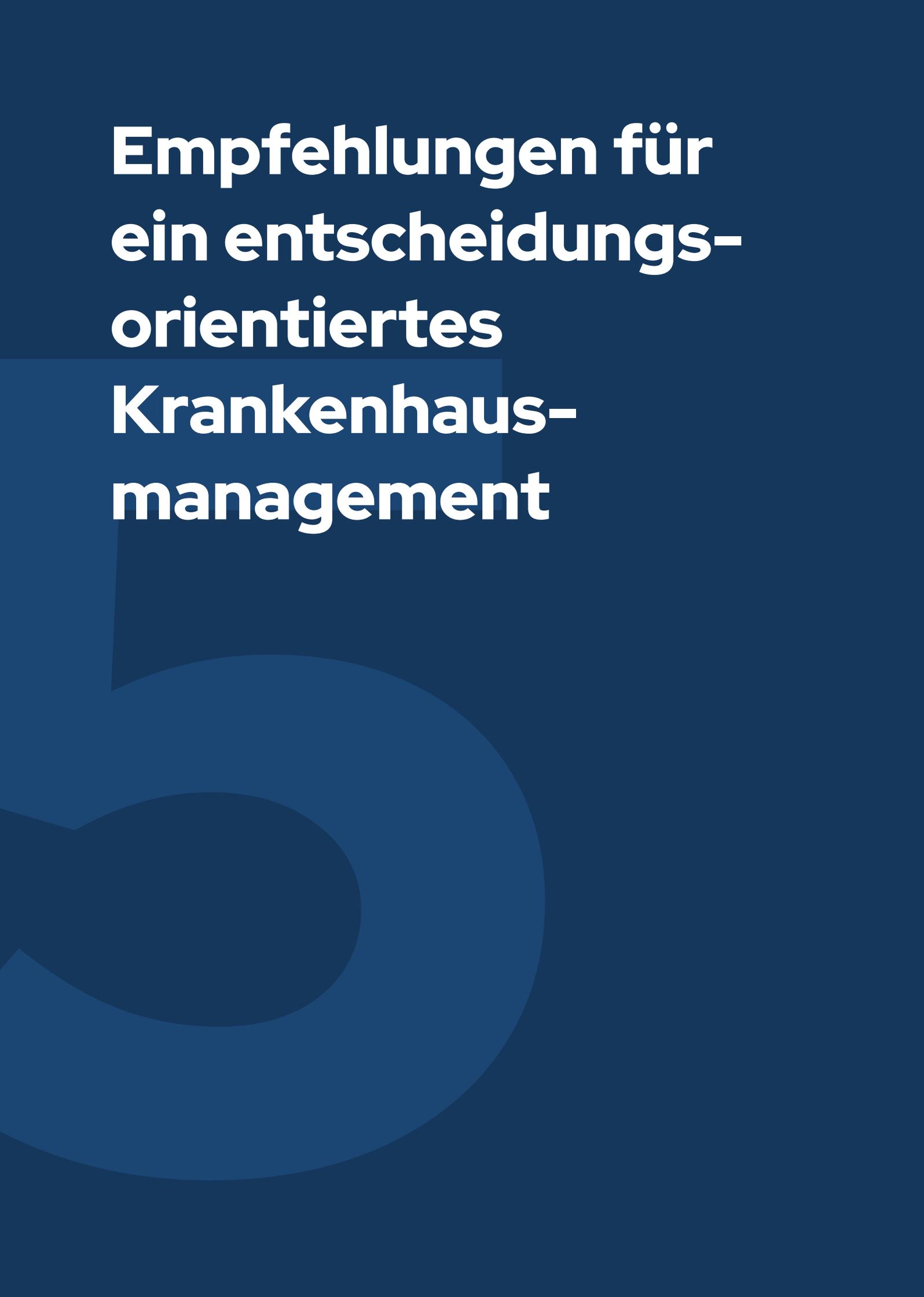
**b) Ausbau der Kompetenzen im Bereich Prozessmanagement:** Wenn die Aufgaben der Prozessgestaltung zielgerichtet erfüllt werden sollen, bedarf es geeigneter Strukturen und Qualifikationen, z. B. eines Prozessverantwortlichen und eines multiprofessionellen Prozessteams.

**c) Entwicklung von Ansätzen zur Stärkung der Pflege:** Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege (z. B. Belegungsmanagement) kann die Krankenhausleitung über die Schaffung geeigneter struktureller und führungsbezogener Rahmenbedingungen lösen (insbesondere die Gestaltung der Leitungsstruktur; Überprüfung und Festlegung der formalen Befugnisse der Pflege; Etablierung einer Abteilungsleitung Pflege; Vorstellungen zur Pflege im Unternehmen sichtbar machen; Weiterentwicklung der Unternehmenskultur; Schaffen von strukturellen Voraussetzungen zur Unterstützung der Qualifizierung und Weiterentwicklung der Pflege; Unterstützung der Akademisierung).





# **Empfehlungen für ein entscheidungs- orientiertes Krankenhaus- management**



---

**5.1** Betriebswirtschaftliche Grundsätze und Gegenstand der Analyse

---

**5.2** Darstellung der Managemententscheidungen in Abhängigkeit von externen Rahmenbedingungen

**5.2.1** Krankenhausmarkt und Krankenhausplanung

**5.2.1.1** Entscheidungstatbestände

**5.2.1.2** Begrenzungen der Entscheidungen

**5.2.2** Krankenhausfinanzierung

**5.2.2.1** Entscheidungstatbestände

**5.2.2.2** Begrenzungen der Entscheidungen

**5.2.3** Arbeitsmarktlage und Erwartungen an die Arbeitsbedingungen

**5.2.3.1** Entscheidungstatbestände

**5.2.3.2** Begrenzungen der Entscheidungen

## 5.1 Betriebswirtschaftliche Grundsätze und Gegenstand der Analyse

Den nachfolgenden Empfehlungen (Kap. 5.2) werden folgende Annahmen zugrunde gelegt:

### Annahmen zur Ausgangssituation und theoretische Fundierung

- Zielsetzung des Krankenhauses: Ausgehend vom Versorgungsauftrag soll eine medizinisch und ökonomisch optimale Betriebsgröße erreicht werden, ggf. unterstützt durch Sicherstellungs-/Finanzierungszuschläge bei Gesamtkostenunterdeckung und Leistungsverpflichtung.
- Betriebswirtschaftliches Prinzip: Verfolgung des Minimalprinzips, d. h. Erfüllung des Versorgungsauftrags (vorgegebenes Ziel) mit den verfügbaren Ressourcen (Personal, Sachmittel, Technik, Finanzen)
- Theoretische Fundierung: verhaltenswissenschaftliche Entscheidungstheorie (Entscheidungsprozess), Systemtheorie (integrierter Ansatz) und Kybernetik (Regelkreis-Prinzip)

### Differenzierung der Rahmenbedingungen

- Externe Rahmenbedingungen: Analysiert werden die wichtigsten Entwicklungen zum Krankenhausmarkt und zur Krankenhausplanung und die damit verbundenen Veränderungen von Versorgungsstrukturen, Entwicklungen in Bezug auf die Krankenhausfinanzierung sowie den Arbeitsmarkt inklusive Wertewandel (Einstellung zur Arbeit).
- Interne Rahmenbedingungen: Indirekt berücksichtigt werden die besonderen Organisationsstrukturen und -kulturen (Expertenorganisation), die

Besonderheiten der Leistung (Patientenversorgung) und der Leistungserstellung (zentral und dezentral).

### Differenzierung der Managementfunktionen

- Die Analyse bezieht sich auf die drei wesentlichen Managementfunktionen:
  - Leistungsmanagement: Gegenstand sind Entscheidungen zum Leistungsangebot nach Art, Menge und Qualität
  - Finanzmanagement: Gegenstand sind Investitions- Finanzierungs- sowie Erlös- und Kostenentscheidungen
  - Personalmanagement: Gegenstand sind Entscheidungen hinsichtlich Personalsicherung und Mitarbeitendenmotivation (Führung)
- Zusammenhang der Entscheidungsfelder: Den Ausgangspunkt bilden die Entscheidungen bezüglich der Leistungsstruktur (= primäre, treibende Entscheidung<sup>10</sup>). Kann diese aufgrund fehlender Ressourcen (Personal, Finanzen = sekundäre, nachgelagerte Entscheidung<sup>11</sup>) nicht realisiert werden, erfolgt eine Anpassung der Leistungsentscheidung (Regelkreis-Prinzip).
- Weitere Managementfunktionen:
  - Sonstige BWL-Funktionen: Einkauf/Logistik, Marketing, Facilitymanagement werden nicht differenziert betrachtet.
  - Außerdem: Organisatorische Aspekte fließen als Querschnittsfunktion ein. Kulturelle Aspekte sind integraler Bestandteil der Analyse.

<sup>10</sup> Externe Rahmenbedingungen wirken hierauf direkt ein.

<sup>11</sup> Externe Rahmenbedingungen wirken hierauf indirekt ein.

## 5.2 Darstellung der Managemententscheidungen in Abhängigkeit von externen Rahmenbedingungen

### 5.2.1 KRANKENHAUSMARKT UND KRANKENHAUSPLANUNG

#### 5.2.1.1 ENTSCHEIDUNGSTATBESTÄNDE

Die Leistungs-, Finanz- und Personalentscheidungen, die sich auf das Gesamtunternehmen und auf die Unternehmensbereiche beziehen können, betreffen folgende Tatbestände:

#### I Leistungen

##### Angebotssteuerung für Krankenhausleistungen und Krankenhausplanung

- Welches Leistungsprogramm (Fachgebiete, Teilgebiete, Spezialisierungen, Wahlleistungen) ist in dem jeweils vorgegebenen rechtlichen Rahmen des Versorgungsauftrags ein medizinisch sinnvolles, wettbewerbsfähiges sowie auch wirtschaftlich tragfähiges Angebot?
- Welche Konsequenzen ergeben sich aus einer gestaffelten Krankenhausversorgung und den jeweils zugeordneten Leistungsschwerpunkten für die Gestaltung des Leistungsangebots des einzelnen Krankenhauses insgesamt? Wie können zulässige Handlungsspielräume z. B. i. S. v. Spezialisierungen sinnvoll genutzt werden?
- Welche Leistungen dürfen/sollen in welcher Intensität entweder selbst angeboten, d. h. rechtlich und wirtschaftlich selbständig, oder in einer kooperativen Form mit einem externen Krankenhaus-Partner erbracht werden? Wie sollen die Leistungen zwischen den betreffenden Einrichtungen abgestimmt werden?

- Welches (ggf. hoch spezialisierte) Behandlungsspektrum (Art, Umfang, Qualität) soll in den Fachabteilungen/Zentren zukünftig angeboten werden und was folgt daraus für die medizinischen Sekundärleistungsbereiche und Versorgungsbereiche (Gestaltung der Leistungsstruktur)?
- Wie soll mit Fachabteilungen/Zentren mit einem hohen Anteil an ambulanten Leistungen verfahren werden (z. B. Augenheilkunde, Dermatologie)?

##### Strukturvorgaben und Mindestmengen

- Welche Konsequenzen ergeben sich aus den Strukturvorgaben und Mindestmengen für die Gestaltung des Leistungsangebots insgesamt und für die Gestaltung des Behandlungsspektrums der einzelnen Fachabteilungen/Zentren?
- Sollen die mit diesen Vorgaben belegten Leistungen bzw. Leistungsbereiche mit allen Konsequenzen angeboten werden? Sollen ggf. Kooperationen und/oder eine gemeinsame Leistungserbringung stattfinden?
- Wie ist bzw. kann verfahren werden (Spielräume), wenn die Vorgabe nicht erfüllt werden kann (auch nicht von anderen Krankenhäusern in der Region), es aber einen Versorgungsbedarf gibt?

##### Wettbewerb der Fachabteilungen/Zentren der Krankenhäuser untereinander und in Bezug auf Vertragsärzte und MVZ

- Wie kann sich das Krankenhaus vom (regionalen) Wettbewerber bezüglich des Leistungsangebots abgrenzen?

- Welche Patientenwanderung gibt es in welchen Fachbereichen und was bedeutet das für das Leistungsangebot der Geschäftsbereiche?

### Eingriffe in die Marktentwicklung über das Kartellrecht

- Welches Fusions-/Kooperationsmodell und welcher Partner ist unter Berücksichtigung kartellrechtlicher und landesplanerischer Vorgaben geeignet, die eigene Marktposition zu sichern und die bedarfsgerechte Patientenversorgung durch ein abgestimmtes Leistungsspektrum zu verbessern?
- Wie soll das Leistungsspektrum der einzelnen Fachabteilungen/Zentren, Sekundär- und Tertiärleistungsstellen zusammengeführt und angepasst werden, um die in die Fusion gesetzten Ziele zu erreichen?

### Ambulantisierung

- Welche Leistungsstrategie in Bezug auf ambulante Leistungen soll verfolgt werden? Wenn eine Verpflichtung zur ambulanten Versorgung besteht<sup>12</sup> - wie kann sichergestellt werden, dass ambulant versorgt werden kann und wie können die ambulanten Leistungen in die Versorgungsprozesse eingebunden werden (s. auch sektorenübergreifende Versorgung)?
- Welche bisher stationär erbrachten Leistungen sollen/können durch ambulante Leistungen substituiert werden?
- Welche bisher nicht vorgehaltenen spezialisierten ambulanten Angebote müssen hinzugefügt werden?
- Sollen die Angebote in eigener oder in kooperativer Struktur erbracht werden? (Wie) sollen Vertragsärzte eingebunden werden?
- In welcher Organisationsform sollen die Leistungen erbracht werden? (z. B. in

Tochtergesellschaften, damit u. a. Kosten eingespart werden können).

### Sektorenübergreifende Versorgung

- Welche Leistungen dürfen/sollen in welcher Intensität entweder selbst angeboten oder in einer kooperativen Form mit einem externen (Krankenhaus-) Partner erbracht werden? Wie sollen die Leistungen zwischen den betreffenden Einrichtungen abgestimmt werden?
- Wie kann das Krankenhaus auf der Grundlage von prozessual vernetzten Versorgungskonzepten in patienten- und/oder indikationsbezogene Behandlungsabläufe eingebunden sein und/oder die Steuerung dafür übernehmen?
- Welche konkreten Leistungen (spezialisierte Leistungen, Basisleistungen) müssen/können zusammengeführt werden? Welche Behandlungsprozesse für Routineverläufe sollen gemeinsam abgestimmt werden?
- Welche Leistungen sollen stärker ausgebaut werden (z. B. Prävention, stärkere Unterstützung der nachstationären Versorgung bei komplexen Leistungen)?
- Welches telemedizinische Vernetzungskonzept ist für das Krankenhaus sinnvoll?

## II Finanzen

### Angebotssteuerung für Krankenhausleistungen und Krankenhausplanung

- Welche liquiden Mittel sowie Mittel zur Finanzierung der erforderlichen Investitionen stehen zur Verfügung, anhand welcher Kriterien können die knappen Mittel optimal allokiert werden und wie können notwendige fehlende Mittel beschafft werden?
- Welche Erlös- und Kostenstrategie soll verfolgt werden und welche Kalkulationsmethoden sollen angewandt werden (z. B. Kalkulation Tagesbehandlung, ambulante

<sup>12</sup> Es sollte eine Klärung erfolgen, inwieweit das Krankenhaus zur ambulanten Versorgung verpflichtet ist (z. B. ambulant-stationäres Gesundheitszentrum, starke Ausweitung der ambulanten Leistungen, Schwerpunktversorgung weniger stark) bzw. welche Spielräume bestehen, wenn z. B. kein anderes Krankenhaus in der Lage ist, die Versorgung der Leistung angemessen zu erbringen.

Leistungen)? Welche Kosten- und Erlösstrukturen ergeben sich aus einem veränderten Leistungsspektrum insgesamt?

- Wie soll generell bei Kostenunterdeckungen von Leistungsbereichen verfahren werden? (Angebot versus kein Angebot versus Quersubventionierung von Bereichen) Wie können nicht kostendeckende Bereiche finanziell kompensiert werden, die weiter betrieben werden sollen oder müssen (Versorgungsauftrag)?
- Welche einzelnen Leistungen sind ökonomisch sinnvoll und sollen angeboten werden?
- Welche Voraussetzungen sind notwendig, damit die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden können (kurzfristige Preisuntergrenze)?
- Ist es ökonomisch zielführend, das stationäre Leistungsangebot der einzelnen Fachabteilungen/Zentren auszubauen? Welches Behandlungsspektrum soll mit welchem ökonomischen Ergebnis zukünftig angeboten werden?

### Strukturvorgaben und Mindestmengen

- Wie soll grundsätzlich mit finanziellen Folgen von Strukturvorgaben und Mindestmengen (Umsatzeinbußen, Kostensteigerungen) umgegangen werden?
- Welche Festlegungen sind zu treffen, um z. B. finanzielle Sanktionen zu vermeiden?

### Wettbewerb der Fachabteilungen/Zentren der Krankenhäuser untereinander und in Bezug auf Vertragsärzte und MVZ

- Welche Investitionen sind mit Blick auf den Wettbewerb notwendig bzw. sollen erfolgen, um die (Neu-)Positionierung zu finanzieren?
- Inwiefern sind zusätzliche Leistungen kostendeckend und welche Konsequenzen ergeben sich bei einer Unterdeckung? Was ist die kurzfristige Preisuntergrenze? Was soll angeboten werden?

### Eingriffe in die Marktentwicklung über das Kartellrecht

- Welche ökonomischen Synergieeffekte ergeben sich aus der Fusion/Kooperation?
- Inwiefern kann das Kooperationsmodell die wirtschaftliche Situation einzelner Leistungsschwerpunkte bzw. Fachabteilungen/Zentren stärken?

### Ambulantisierung

- Welche Investitionen sollen/müssen zur Ausweitung der Ambulantisierung getätigt werden?
- Welche Kosten- und Erlösstrukturen ergeben sich aus einer Ausweitung des ambulanten Leistungsangebots für die einzelnen Geschäftsfelder (ambulant und stationär) und für das Krankenhaus insgesamt?
- Nach welchem Verfahren sollen Ambulanzkosten kalkuliert werden (Vollkosten, Teilkosten, Grenzkosten)?
- Wie soll mit ambulanten Leistungen umgegangen werden, für die keine Kostendeckung besteht (z. B. Subventionen zwischen den Fachabteilungen/Zentren)?
- Sind die Erlöse für die einzelnen ambulanten Leistungen kostendeckend?
- Wie hoch/niedrig darf der Angebotspreis sein (Preisuntergrenze)?
- Ist es ökonomisch zielführend, das ambulante Leistungsangebot auszubauen? Welche ambulanten Leistungen sollen mit welchem ökonomischen Ergebnis zukünftig angeboten werden?

### Versorgungsstrukturen

- Welche Investitionen sollen/müssen zur Umsetzung eines sektorenübergreifenden Leistungsangebots erfolgen (z. B. Aufbau eines MVZ)?
- Welche Kosten- und Erlösstrukturen ergeben sich, wenn die Leistungen des Krankenhauses mit anderen stationären oder ambulanten Leistungsanbietern stärker vernetzt werden?

- Nach welchem Verfahren sollen die vom Krankenhaus erbrachten Leistungsmodule innerhalb des sektorenübergreifenden Prozesses kalkuliert werden?
- Wie soll mit Kostenunterdeckungen umgegangen werden (z. B. Subventionen zwischen den Fachabteilungen/Zentren)?
- Kann das vom Krankenhaus erbrachte Leistungsmodul innerhalb des abgestimmten sektorenübergreifenden Versorgungsprozesses kostendeckend erbracht werden?
- Wie hoch/niedrig darf der Angebotspreis sein (Preisuntergrenze)?
- Sollen die Leistungen – auch bei Kostenunterdeckungen – ausgeweitet werden (Subventionen zwischen den Leistungen)?

### III PERSONAL

#### Angebotssteuerung für Krankenhausleistungen/Krankenhausplanung

- Wie kann sichergestellt werden, dass das benötigte Personal (Menge und Qualifikation) zur richtigen Zeit, am richtigen Ort unter Berücksichtigung der Finanzierbarkeit vorhanden ist? Welches Führungskonzept soll verfolgt werden?
- Woher soll das benötigte Personal kommen? Wie soll die Ausbildung der Ärzte erfolgen? Wie sollen akademisierte Pflegefachkräfte eingesetzt werden? Wie ist beim Abbau von Kapazitäten zu verfahren?
- Welches ärztliche Personal ist aufzubauen/weiterzuentwickeln, damit die medizinischen Leistungsschwerpunkte in den einzelnen Fachabteilung/Zentren angeboten werden können? Welches Personal aus den anderen Berufsgruppen ist notwendig?
- Wie kann/soll das Personal eingesetzt werden? Welche Anforderungen ergeben sich an die Führung der unterschiedlichen Mitarbeitengruppen (Berufsgruppen, Generationen, Geschlechter, Nationalitäten usw.) in den einzelnen Leistungsbereichen?

#### Strukturvorgaben und Mindestmengen

- Welches Personal ist zur Erfüllung der Strukturvorgaben vorhanden, welches wird noch benötigt und kann das Personal beschafft werden?
- Wie kann sichergestellt werden, dass trotz der Strukturvorgaben ein flexibler Personaleinsatz in den Bereichen möglich wird?

#### Wettbewerb der Fachabteilungen/Zentren der Krankenhäuser untereinander und in Bezug auf Vertragsärzte und MVZ

- Welches (zusätzliche) Personal wird benötigt und kann es beschafft werden?
- Wie wirken sich Fallzahlveränderungen auf den Personalbedarf und -einsatz aus?

#### Eingriffe in die Marktentwicklung über das Kartellrecht

- Wie können Synergien (Fusion) im Personalbereich realisiert und die davon erwarteten positiven betriebswirtschaftlichen Effekte für das Krankenhaus erzielt werden?
- Welche Integrationsstrategie soll verfolgt werden?
- Welche strukturellen und kulturellen Maßnahmen sind auf der Bereichsebene notwendig, damit das Personal aus unterschiedlichen Krankenhäusern zusammenarbeiten kann?

#### Ambulantisierung

- Wie können neu benötigte Kompetenzen für die ambulante Leistungserbringung aufgebaut werden? Soll z. B. bei bestimmten Fort- und Weiterbildungsangeboten mit dem vertragsärztlichen Bereich kooperiert werden?
- Wie kann der veränderte Personalbedarf (Menge, Qualifikation) aufgrund der Ambulantisierung in den einzelnen Bereichen sichergestellt werden?

- Wie soll der Personaleinsatz geregelt werden (Abstimmung ambulante und stationäre Leistungserbringung)?

### Sektorenübergreifende Versorgung

- Wie soll mit vor- und nachgelagerten Einrichtungen personell kooperiert werden?
- Wie gelingt es, dass die Leistungsträger (Chefärzte sowie die Führungskräfte anderer Berufsgruppen) die angestrebten Strukturveränderungen mittragen und notwendige Prozessveränderungen in den Bereichen voranbringen?

### 5.2.1.2 BEGRENZUNGEN DER ENTSCHEIDUNGEN

Für die Entscheidungsfelder ergeben sich folgende, insbesondere extern bedingte Einschränkungen:

#### I Leistungsprogramm

#### Angebotssteuerung für Krankenhausleistungen und Krankenhausplanung

- Die Möglichkeiten der Angebotsplanung des Krankenhausmanagements werden vom Versorgungsauftrag bestimmt, der sich an (ggf. bundeseinheitlichen) Versorgungsstufen ausrichtet. Je höher der Konkretisierungsgrad der Krankenhausplanung ist, desto eingeschränkter sind die Möglichkeiten der Angebotsplanung des Krankenhausmanagements.
- Das betrifft auch die Regeln (Gesetze, Verordnungen Verträge) zur ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus (z. B. zum Ambulanten Operieren und zu stationärsersetzenden Eingriffen, Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung u. a.) sowie zu neuen Leistungsformen (Tagesbehandlung)
- Die Etablierung von Leistungsgruppen hat Auswirkungen auf die interne Strukturierung des Leistungsangebots (und die Organisation, z. B. Etablierung

von Department- Sektionskonzepten).

- Gesetzliche Vorgaben können die Erbringung von Krankenhausleistungen durch Dritte einschränken (siehe z. B. BSG-Urteil B1 KR 15/21 R).
- Leistungsschwerpunkte der Fachabteilung/Zentren sollen über die Leistungsgruppen differenzierter abgegrenzt und mit Mindestvorgaben zur Strukturqualität belegt werden. Sie können die Gestaltungsmöglichkeiten stärker als bisher eingrenzen.
- Welche Patienten (Krankheitsarten/Portfolio) behandelt werden und wie die konkrete Leistungserbringung innerhalb der Fachabteilungen/Zentren erfolgt, entscheiden die Verantwortlichen auf der Abteilungsebene (Medizin, Pflege) im Rahmen der strategischen Vorgaben.

#### Strukturvorgaben und Mindestmengen

- Standortbezogene Strukturvorgaben wirken entsprechend des Versorgungsauftrags des Krankenhauses direkt auf die Angebotsplanung ein (z. B. gestufte Notfallversorgung).
- Strukturvorgaben, die sich auf einzelne Leistungsbereiche und -gruppen beziehen (z. B. qualitätsrelevante Planungsindikatoren, Struktur- und Prozesskriterien Landeskrankenhauspläne, G-BA-Vorgaben/Mindestmengen), grenzen die Gestaltung des Leistungsspektrums der Bereiche ein.

#### Wettbewerb der Fachabteilungen/Zentren der Krankenhäuser untereinander und in Bezug auf Vertragsärzte und MVZ

- Der regionale Wettbewerb kann Einfluss auf die Konkretisierung des Leistungsangebots haben.
- Die Leistungsmenge (Fallzahl) wird vom Einweiserverhalten der niedergelassenen Ärzte stark beeinflusst.

## Kartellrecht

- Bei Verhinderung einer sinnvollen Kooperationskonstellation können die Wettbewerbsvorteile in Bezug auf die strategische Positionierung des Leistungsangebots und damit verbundene wirtschaftliche Vorteile nicht genutzt werden.
- Eine bessere Versorgung der Patienten wird verhindert, da man nicht von den medizinischen Vorteilen einer Zusammenarbeit profitieren kann (insbesondere Steigerung der Qualität durch optimale Ausschöpfung des gemeinsamen Wissens).

## Ambulantisierung

- Die Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf das ambulante Leistungsangebot von Krankenhäusern werden von den rechtlichen Rahmenbedingungen bestimmt (Gesetze, Verträge mit den Krankenkassen).
- Bei einer gesetzlichen Verpflichtung besteht kein Entscheidungsspielraum (z. B. beim Ambulanten Operieren gilt § 115 b SGB V).
- Ggf. wirkt die lokale/regionale Wettbewerbssituation ein (Reaktion niedergelassener Ärzte).
- Ggf. bestehen Spielräume bei der Ausgestaltung einzelner gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. Umsetzung der Regelung zur stationären Krankenhausversorgung ohne Übernachtung/Tagesbehandlung – im Einzelfall entscheidet der Arzt).

## Sektorenübergreifende Versorgung

- Das Ausmaß der weiteren Veränderung hin zu sektorenübergreifenden Versorgungsprozessen hängt davon ab, wie flankierend die zukünftigen ordnungspolitischen Maßnahmen zur Förderung dieses Transformationsprozesses sind

(z. B. sektorenübergreifende Bedarfsplanung und Finanzierung).

- Die Gestaltungsmöglichkeiten der einzelnen Krankenhäuser werden außerdem bestimmt von den spezifischen, insbesondere regionalen Angebotsstrukturen der Leistungserbringer sowie von der Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten; sektoral geprägte Sichtweisen und divergierende finanzielle Interessen der potenziellen Vertragspartner begrenzen die Umsetzungsperspektiven.

## II Finanzierung

- Aus den Leistungsentscheidungen leiten sich die Finanzierungsentscheidungen nach den Regelungen der Krankenhausfinanzierung (KHG) sowie den Regelungen zur ambulanten und sektorenübergreifenden Vergütung ab.
- Investitionen
  - Reglementierung durch Einzelantragsverfahren und pauschale Förderung
  - Reglementierung durch unzureichende Finanzierung in allen Bundesländern
- Finanzierung
  - Regelungen zur Krankenhausfinanzierung
  - Wettbewerbsrecht

## III Personal

- Veränderungen des Leistungsangebots und die Finanzierungsmöglichkeiten bestimmen grundsätzlich die Personalentscheidungen. Zuwenig Personal kann jedoch kurzfristig Auswirkungen auf das Leistungsangebot (z. B. Bettensperrung) und die Finanzierung (z. B. Sanktionen bei Nichterfüllung von Personaluntergrenzen) haben.
- Mit an Leistungsgruppen gekoppelte, krankenhauplanerisch relevante Strukturvorgaben verschiebt sich allerdings die Stärke des Abhängigkeitsverhältnisses

von Leistungs-, Personal- und Finanzentscheidung: die Leistungsentscheidung ist zwar noch immer die vorgelagerte, und die Personal- und Finanzentscheidung die nachgelagerte Entscheidung, aber wenn das Krankenhaus Fachpersonal verliert, kann es auch den Versorgungsauftrag für diesen Leistungsschwerpunkt verlieren. Damit rückt auch die Finanzierungsentscheidung stärker in den Hintergrund, denn es stellt sich nicht die Frage, ob das Personal finanziert werden soll, sondern wie es finanziert werden kann.

- Regelungen zum Arbeits- und Tarifrecht sowie zur Berufsausübung (Ausbildung u. a.) sind zu berücksichtigen.

## 5.2.2 KRANKENHAUSFINANZIERUNG

### 5.2.2.1 ENTSCHEIDUNGSTATBESTÄNDE

Die Leistungs-, Finanz- und Personalentscheidungen, die sich auf das Gesamtunternehmen und auf die Unternehmensbereiche beziehen können, betreffen folgende Tatbestände:

#### I Leistungen

##### Investitionsfinanzierung

- Welche leistungswirtschaftlichen Konsequenzen ergeben sich für das Gesamtunternehmen und/oder für einzelne Leistungsbereiche, wenn Fördermittel nur begrenzt oder verspätet fließen? Welche Leistungsschwerpunkte sollen/können nicht mehr (in dem Umfang) angeboten werden? Sind Schließungen von Betriebsstätten/Fachabteilungen/Zentren notwendig?



#### Betriebskostenfinanzierung

- Welche Fachgebiete/Teilgebiete/Spezialisierungen sind vor dem Hintergrund der Krankenhausfinanzierung (heute und zukünftig) finanziell (nicht) abgesichert? Wo kann/soll quersubventioniert werden? Welche Leistungsbereiche sollen gestärkt werden und in welchen Strukturen (ambulant/stationär) sollen sie erbracht werden?
- Wo sollen mehr/weniger/andere Leistungen erbracht werden?
- Wie müssen Leistungen und Kosten (z. B. Pflege) dokumentiert und nachgewiesen werden, damit sie abrechenbar sind?
- Wie ist mit Leistungsverlagerungen in andere Vergütungsbereiche umzugehen (z. B. ambulante Leistungen, sektorenübergreifende Leistungen)?

#### II Finanzen:

##### Investitionsfinanzierung

- Welche Spielräume ergeben sich im Hinblick auf die Wahl der Finanzierungsträger (Abgrenzung Investitionsmittel, Betriebsmittel)?
- Welche Finanzierungsmodelle sollen gewählt werden, um Finanzierungslücken zu schließen oder Finanzierungsrisiken einzugrenzen (Außenfinanzierung, z. B. Darlehen)? Welche Maßnahmen zur Kapitalbeschaffung innerhalb des Unternehmens sollen getroffen werden (Innenfinanzierung, z. B. „versteckte Monistik“)?
- Anhand welcher Kriterien sollen die knappen Investitionsmittel innerhalb des Krankenhauses verteilt werden und in welche Abteilungen/Projekte/Maßnahmen soll das Geld investiert werden?
- Welche bereichsbezogenen Investitionsmaßnahmen können/sollen gemeinsam mit anderen Krankenhäusern und/oder niedergelassenen Ärzten umgesetzt werden?

### Betriebskostenfinanzierung

- Welche Entgeltvereinbarung ist zu treffen, damit die individuelle Kostensituation des Krankenhauses über das Budget (DRG, Pflege, Vorhaltung, sonstige Erlöse) abgebildet werden kann? (Bezug: Erlös- und Kostenstrategie des Krankenhauses)
- Welche Anforderungen ergeben sich für das Rechnungswesen und Controlling aus den externen Regelungen? (Budgetverhandlungen (AEB u. a.), InEK-Kalkulation, weitere Kalkulationserfordernisse z. B. krankenhausesindividuelle Entgelte, NUB –)
- Welche Leistungen (Art und Umfang/ CM-Punkte u. a.) sind notwendig, um ein adäquates Budget zu erreichen?
- Wie können Erlösabschläge vermieden werden (Mehr- und Mindererlösausgleiche)?
- Wie ist die Preisuntergrenze für die krankenhausesindividuellen Leistungen (Kalkulation Zusatzentgelte u. a.)?

### III Personal:

#### Investitionsfinanzierung

- Inwiefern haben Investitionsmaßnahmen Auswirkungen auf den Personalbedarf generell (z. B. bei Ausweitung der Kapazitäten), die Personalgewinnung und -bindung (Anreize), die Personalentwicklung (Qualifikation bei neuer Technik) und auf die Umsetzung einzelner Investitionsprojekte (z. B. Personal zur Realisierung einer Baumaßnahme)?
- Welche personalwirtschaftlichen Konsequenzen ergeben sich speziell für einzelne Bereiche, wenn nicht ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen?

#### Betriebskostenfinanzierung

- Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Finanzierung (ggf. in Kombination mit Strukturvorgaben) für

die Personalsicherung (Bestand nach Art, Umfang) generell? (z. B. Verknüpfung der Pflegekostenfinanzierung an die Erfüllung des Ganzhausansatzes oder die Anwendung der PPR 2.0)

- Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Finanzierung (ggf. in Kombination mit Strukturvorgaben) für die Personalzuordnung in Bezug auf einzelne Bereiche? (z. B. unterschiedliche Finanzierung der Berufsgruppen: Pflege versus anderer Berufsgruppen; Personalverschiebungen u. a.)

#### 5.2.2.2 BEGRENZUNGEN DER ENTSCHEIDUNGEN

Für die Entscheidungsfelder ergeben sich folgende, insbesondere extern bedingte Einschränkungen:

#### I Leistungsprogramm

##### Investitionsfinanzierung

- Die langfristigen Investitionsmöglichkeiten und -grenzen wirken auf die Art und den Umfang des Leistungsprogramms ein sowie auf die Betriebsgröße (Kapazität). Beispiel Krankenhauskonzept: Die Expertise als Maximalversorger kann nicht oder erst zu spät ausgebaut werden, wenn nicht ausreichend Fördermittel z. B. für den Neubau eines OP-Zentrums zur Verfügung gestellt werden bzw. das Antragsverfahren zu lange dauert.
- Die Investitionsmöglichkeiten und -grenzen beeinflussen die Kapazität und das Leistungsangebot in den einzelnen Fachabteilungen/Zentren (z. B. Ausstattung Patientenzimmer, Wahlleistungsangebot) und medizinischen (z. B. neuer OP) und nicht-medizinischen Leistungsbereichen (z. B. Eigenleistung/ Fremdleistung Speiseversorgung). Beispiel Patientenversorgung: Nicht (zeitnah) getätigte Investitionen in moderne Medizintechnik verhindern die Reduzierung der Behandlungsdauer und/

oder eine optimale Versorgungsqualität; ggf. kann ein bestimmtes Leistungsspektrum nicht angeboten werden

(mittel- bis kurzfristige Entscheidungen), insbesondere Medizintechnik; hier gibt es freie Gestaltungsmöglichkeiten; der zeitliche Aspekt kann jedoch eine Begrenzung darstellen.

### Betriebskostenfinanzierung

- Entscheidungen zum Leistungsprogramm sind in Abhängigkeit von den (geplanten) Bestimmungen zur Betriebskostenfinanzierung und unter Berücksichtigung der Investitionskostenfinanzierung zu treffen. Beispiel Mengensteuerung: Je geringer die Flexibilisierung des Budgets, d. h. je höher der Betrag ist, den Krankenhäuser für erzielte zusätzliche Erlöse zurückzahlen müssen, desto eher wird das Krankenhaus erreichen wollen, die vereinbarte Menge nicht zu überschreiten.
- Bereichsbezogene Leistungsentscheidungen sind in Abhängigkeit von den unternehmensbezogenen Entscheidungen und den Bestimmungen zur Betriebskostenfinanzierung und unter Berücksichtigung der Investitionskostenfinanzierung zu treffen. Beispiel Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB): Werden sie nicht vergütet, werden sie ggf. nicht geleistet.

### Betriebskostenfinanzierung

- Die Höhe der Krankenhauserlöse wird von den Regelungen zur Betriebskostenfinanzierung bestimmt. Die Begrenzungen hängen von der Wirkung der einzelnen Elemente des Systems (Abrechnungseinheit, Entgeltbasis, Budget) und deren Kombination ab.
  - Stationär: DRG, Pflege, Vorhaltung
  - ambulant (GOÄ, EBM, DK-NT)
  - Psych: PEPP (stationär), PIA (ambulant)
- Die (internen) Budgets der Leistungsbereiche leiten sich vom externen Krankenhausbudget ab bzw. wirken darauf zurück (Gegenstromverfahren). Krankenkassen sind häufig in einer besseren Verhandlungsposition (Stichwort Benchmarking). Innerhalb der frei gestaltbaren internen Budgets gibt es Entscheidungsspielräume.

## II Finanzierung

### Investitionsfinanzierung

- Investitionsentscheidungen an sich unterliegen im Rahmen des Versorgungsauftrags grundsätzlich keinen Restriktionen. Aufgrund der Einzelantragsverfahren und der pauschalen Förderung sowie der unzureichenden Finanzierung in allen Bundesländern, erfolgt jedoch eine starke Reglementierung.
- Auf der Unternehmensebene geht es um Neu-, Umbau- und Erweiterungsbaumaßnahmen (langfristige Entscheidungen); der Faktor Zeit kann begrenzen (Dauer der Umsetzung).
- Auf der Bereichsebene geht es um Anlagen, Einrichtungen und Ausstattung

## III Personal

### Investitionsfinanzierung

- Die Finanzierungsmöglichkeiten und das Leistungsangebot bestimmen die strategischen Personalentscheidungen. Beispiel Arbeitsbedingungen: Ein niedriger Digitalisierungsgrad aufgrund fehlender Investitionsmittel verhindert effiziente Arbeitsbedingungen (z. B. schnellere Informationsversorgung mittels ePA)
- Die Finanzierungsmöglichkeiten und das Leistungsangebot bestimmen die dispositiven Personalentscheidungen. Beispiel Personalgewinnung/Attraktivität Arbeitsplatz: Ärzte erwarten Medizintechnik, die dem neuesten Stand entspricht.

## Betriebskostenfinanzierung

- Die unternehmensbezogenen Personalentscheidungen werden durch die Betriebskostenfinanzierung und das Leistungsangebot bestimmt. Beispiel Personalkosten: Das Preisprinzip (FP) verstärkt den Anreiz, Personalkosten (und andere Kosten) unterhalb der Erlös-komponenten zu justieren (InEK).
- Die bereichsbezogenen Personalentscheidungen werden durch die Betriebskostenfinanzierung und das Leistungsangebot bestimmt. Beispiel Personalzuordnung: Das Selbstkostendeckungsprinzip (z. B. Pflegebudget) verstärkt den Anreiz zum Personalaufbau in der Pflege am Bett (fachabteilungsbezogen- und auch unternehmensbezogen).

### 5.2.3 ARBEITSMARKTLAGE UND ERWARTUNGEN AN DIE ARBEITSBEDINGUNGEN

#### 5.2.3.1 ENTSCHEIDUNGSTATBESTÄNDE

Die Leistungs-, Finanz- und Personalentscheidungen, die sich auf das Gesamtunternehmen und auf die Unternehmensbereiche beziehen können, betreffen folgende Tatbestände:

#### I Leistungen:

##### Arbeitsmarktlage

Welche unternehmensbezogenen Maßnahmen zum Leistungsmanagement sollen ergriffen werden, um das Personal optimal einzusetzen und zu entlasten? U. a.:

- Welche Leistungen können/sollen gebündelt werden und/oder in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen erbracht werden? (z. B. administrative Leistungen bei Verbundbildung)

- Welche ambulant-stationären Kooperationsmodelle sind sinnvoll und sollen unter Berücksichtigung der rechtlich zulässigen Möglichkeiten etabliert werden?
- Welche Personalkonzepte sind notwendig, wenn sektorenübergreifende Leistungen angeboten werden? (z. B. Verknüpfung stationäre und ambulante Pflege)
- Welche Leistungen (Art, Umfang) können von internationalem Personal erbracht werden?<sup>13</sup>
- Wie sollen die Kompetenzen bestehender sowie neu entstehender Berufsfelder (z. B. Physician Assistant) infolge der neuen Aufgaben (z. B. mehr ambulante Leistungen) und technologischen Entwicklungen (Medizintechnik und Digitalisierung) in den Leistungsprozessen berücksichtigt werden?
- Welche Strukturen sind zu schaffen, um akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte (Pflegemanagement, Pflegewissenschaft, Pflege-dual u. a.) im Qualifikationsmix angemessen zu berücksichtigen? Wer soll welche Aufgaben/Projekte übernehmen? Welche Rahmenbedingungen sind zu schaffen, damit die Zusammenarbeit zwischen nicht-akademisierten und akademisierten Pflegekräften funktioniert?
- Welche digitalen Techniken sollen die Leistungserstellungsprozesse unterstützen und damit in der Arbeitswelt Vieles vereinfachen oder beschleunigen? (Notaufnahme, Patientenportale, digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation, Klinische IT-Unterstützungssysteme, digitales Medikationsmanagement, digitale Leistungsanforderung, Telemedizin, IT-Sicherheit u. a.)

Wer erbringt in den Leistungsstellen welche Leistungen (bei bestehenden und/oder veränderten Behandlungsprozessen) und welche Maßnahmen können und sollen ergriffen werden, um (insbesondere bei Personalknappheit) Einsparungen bei der Leistungsmenge zu erreichen? U. a.:

13 Bsp. für häufige Einsatzgebiete in der Praxis: OP, Anästhesie, Intensivmedizin, Radiologie

- Wo kann Einfluss auf die Struktur der Leistungserstellung genommen werden (Optimierung der Prozesse, d. h. Aufgaben vereinfachen z. B. mittels digitaler Techniken, Abläufe standardisieren usw.)?
- Welche Teilleistungen innerhalb der Behandlungsprozesse sollen fremdvergeben werden (z. B. Physiotherapie, Labor)?
- Für welche Leistungen sollen externe Spezialisten eingesetzt werden (z. B. Einsatz eines Schulter Spezialisten<sup>14</sup>)
- Welche stationären Leistungen können in angrenzende Versorgungsbereiche verlagert werden?
- Wie können Ärzte und Pflegekräfte von berufsfremden Tätigkeiten (z. B. DRG-Kodierung, administrative Aufgaben) stärker entlastet werden?
- Wie können (unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Situation) mehr Spielräume für persönliche Gespräche u. a. Interaktionen der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden mit Patienten und Angehörigen geschaffen werden? Welche Prozessoptimierungen unterstützen eine stärkere Patientenorientierung?
- Welche Prozesse haben bei der Prozessgestaltung Priorität?<sup>16</sup>

### Erwartungen an die Arbeit

Welche Anpassungen im Leistungskonzept verstärken die Identifikation des ärztlichen und pflegerischen Personals mit der Krankenhausarbeit? U. a.:

- Welche neuen Versorgungsformen sollen etabliert werden? (z. B. Telemedizin)
- Welche Bedingungen sollen für innovative Diagnostik- und Therapieverfahren geschaffen werden? (z. B. individualisierte Medizin)
- Inwiefern soll das Angebot an Präventionsleistungen ausgebaut werden i. S. einer aktiven Förderung der Gesundheit; Ausbau rehabilitativer Leistungen?
- Inwiefern sollen die Möglichkeiten der Digitalisierung (ePA u. a.) und Technisierung (Robotik u. a.) genutzt werden?
- Wie sollen nachhaltige Aspekte bei der Leistungserstellung berücksichtigt werden? (z. B. Umgang mit Plastik, Energie)<sup>15</sup>

Inwiefern sollen und können die Leistungserstellungsprozesse auf Bereichsebene verändert werden, um die Erwartungen der Mitarbeitenden zu erfüllen? Wo bestehen betriebswirtschaftliche Grenzen? U. a.:

### II Finanzen:

#### Arbeitsmarktlage

Wie sollen die finanziellen Leistungen gestaltet werden (Entgeltmanagement)? U. a.:

- Auf Basis welcher Bestimmungsfaktoren (Bemessungsgrundlage) soll das Entgelt im Rahmen gesetzlicher Vorgaben festgelegt werden (Entgeltdifferenzierung), z. B. anforderungsabhängig, leistungsabhängig, qualifikationsabhängig, erfolgsabhängig, marktabhängig?
- Welche freiwilligen Entgeltkomponenten sollen etabliert werden? (z. B. AG-Darlehen, Mitarbeitendenrabatte, Fahrtkostenübernahme)
- Welche weiteren, innovativen Vergütungsmodelle sollen aufgrund der Arbeitsmarktlage für welche Mitarbeitendengruppen über die gesetzlichen Vorgaben hinaus etabliert werden? (z. B. Prämienmodell) Soll es spezielle Entlohnungsmodelle im Alter geben?

Wie sollen Personalkosten geplant, gesteuert und kontrolliert werden? U. a.:

<sup>14</sup> Honorarmodell oder Teilzeitanstellung

<sup>15</sup> Bsp. Initiative: <https://healthforfuture.de/>

<sup>16</sup> Prozessmanagement aus Sicht des Patienten: Unterscheidung von Kernleistungen (Optimierung), Unterstützungsleistungen (Optimierung und Reduzierung) und Blindleistungen (Vermeidung); Einsatz von Digitalisierung

- Welche Methoden zur Kalkulation und Planung der Personalkosten sollen angewandt werden?
- Welche Grundsätze zur Beeinflussung der Personalkosten sollen gelten? (Struktur, Niveau, Verhalten (fix, variabel))
- Welche Kennzahlen zur Beurteilung der wirtschaftlichen Situation sollen festgelegt werden?
- Mit welchen Instrumenten soll sichergestellt werden, dass zukünftige Entwicklungen in Bezug auf die Krankenhausfinanzierung frühzeitig erkannt werden? (z. B. ist aufgrund der Fehlanreize nicht davon auszugehen, dass das Pflegebudget langfristig bestehen bleibt. Das Management muss antizipieren können, was das für die Pflegepersonalsteuerung bedeutet.)

Wie soll verfahren werden, wenn die Personalkosten in den einzelnen Bereichen nicht gedeckt sind? Welche Möglichkeiten zur Optimierung der Personalkosten sollen in den einzelnen Bereichen zur Anwendung kommen?

- Beeinflussung der Personalkostenstruktur (z. B. Veränderung von Entgeltkomponenten)
- Senkung des Personalkostenniveaus (z. B. Anpassung der Qualifikationsstruktur, Fehlzeitenmanagement)
- Beeinflussung des Kostenverhaltens (z. B. Outsourcing)

### Erwartungen an die Arbeitsbedingungen

Welche monetären Anreize sollen/können gewährt werden (Arbeitsentgelt, Sach- und Sozialleistungen)? Wie soll ein Höchstmaß an organisationaler Gerechtigkeit<sup>17</sup> sichergestellt werden?<sup>18</sup> U. a.:

- Wie soll mit geschlechtsspezifischen Verdienstunterschieden umgegangen

werden (s. dazu auch Entgelttransparenzgesetz)?

- Welche Entwicklungsmöglichkeiten der Vergütung von akademisierten und nicht akademisierten Pflegefachkräften sowie anderer neu entstehender Berufsfelder bestehen?
- Welche Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten (Kinderbetreuung, Angebote für pflegende Angehörige) sollen etabliert werden (z. B. Möglichkeiten der Arbeitszeitflexibilisierung und/oder -reduzierung, u. a.)?

(Wie) Sollen freiwillige Leistungen (z. B. Sachleistungen) finanziert werden? (Wie) Können die Leistungen als tarifliche Leistung vereinbart werden?

Sind weitere Anreizsysteme zu etablieren, um die Leistungsbereitschaft des Fachpersonals sicherzustellen? Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich die Strukturierung der ärztlichen Abteilungen in Anlehnung an die Entwicklung der Leistungsgruppen-Systematik langfristig verändern wird, z. B. Department-/Sektionskonzepte.

- Was soll Gegenstand der Zielvereinbarungen zwischen Krankenhaus-Leitung und Chefarzt sein (monetäre und nichtmonetäre Ziele)?
- Inwiefern sollen Bereichsleitungen betriebswirtschaftliche Verantwortung übernehmen? Welche Auswirkungen haben die Leistungsgruppen-Strukturen? Welche Instrumente (Budget, Deckungsbeitrag) sollen dafür etabliert werden?

Welche finanziellen Mittel sollen für die Umsetzung adäquater Rahmenbedingungen in den Abteilungen bereitgestellt werden? U. a.:

- Welches Finanzbudget zur Realisierung der Fortbildungsaktivitäten (fachlich

<sup>17</sup> Colquitt et al. 2001: Justice at the millennium. A meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *Journal of Applied Psychology* 86: 425–44.

<sup>18</sup> Hierzu ist es notwendig zu wissen, woran Mitarbeitende es festmachen, ob sie die betriebliche Entgeltspolitik als fair oder unfair erachten: die Höhe, die Wahrnehmung des Prozesses der Entgeltfindung und der erlebte Umgang mit den Entscheidern (z. B. Vorgesetzten und Vertretern des Personalbereichs) während des Prozesses der Entgeltfindung beispielsweise in der Recruitingphase.

sowie Managementqualifikation) sollen den Krankenhausbereichen für alle Berufsgruppen gewährt werden? Wie positioniert sich das Krankenhaus zum Thema Sponsoring der Fortbildungen von Ärzten durch die Pharmaindustrie?

### III Personal:

#### Arbeitsmarktlage

Wie möchte sich das Krankenhaus im Hinblick auf seine Personalarbeit zukünftig positionieren und wie sollen die Ziele erreicht werden (Personalstrategie)? U. a.:

- Langfristiger Personalbedarf: Wie will sich das Krankenhaus personalpolitisch positionieren vor dem Hintergrund, dass sich die Rahmenbedingungen perspektivisch ändern werden?<sup>19</sup> Welche Fehlanreize gibt es und wie soll darauf in Bezug auf den Personalbedarf (Menge, Qualifikation) reagiert werden?
- Langfristiger Personaleinsatz: Wie müssen (Möglichkeiten) und können (Grenzen) die Strukturen verändert werden, um die Ärzte und Pflegekräfte am Patienten optimaler einsetzen zu können?
- Vor dem Hintergrund der Leistungsgruppen<sup>20</sup>: Welche Weiterbildungen sollen zukünftig angeboten werden? Wenn bestimmte Leistungsgruppen nicht zum Leistungsportfolio gehören: Wie kann über eine Kooperation die Fachweiterbildung der Ärzte sichergestellt werden?
- Welche Ausbildungskapazitäten sind langfristig notwendig?
- Welches Personal soll grundständig ausgebildet werden und wie soll die Vergütung gestaltet werden? (z. B. IT)
- Wie soll vorhandenes und zukünftiges Personal qualifiziert und gefördert werden? (z. B. Schulungen, Fortbildungen, Mentoring-Programme,) (hier auch Digitalisierung als Herausforderung: Die Technik ist das eine, die Akzeptanz dieser durch die Mitarbeitenden das andere)
- Einsatz von internationalem Personal: Aus welcher Region/welchem Land (EU, übriges Europa, außereuropäisches Ausland) und in welchem Umfang (prozentualer Anteil) soll internationales Personal eingesetzt werden (Berücksichtigung ethischer Aspekte)? Welches Integrationskonzept soll verfolgt werden?
- Wie sollen Berufsausstieger zurückgewonnen werden?
- Unter welchen Voraussetzungen sollen Leihpersonal und Honorarkräfte nach Art, Umfang und Qualifikation zum Einsatz kommen? Wo liegt die kritische Grenze? (Berücksichtigung der Konsequenzen, wenn zu viel externes Personal eingesetzt wird: Arbeitsbedingungen des bestehenden Personals verschlechtern sich weiter (mehr Schichtdienste, Unzufriedenheit u. a.)
- Welche organisatorischen Ansätze zur Flexibilisierung des Personaleinsatzes sollen verfolgt werden und in welcher Form (z. B. Konzept Springerpool)?
- Bei Kapazitätsabbau: Wie soll Personal reduziert werden?
- Welche Recruiting-Strategien sollen verfolgt werden, um neues Personal zu gewinnen (z. B. Social-Media-Kampagnen)?
- Mit welchen Bildungseinrichtungen soll zusammengearbeitet werden, um Auszubildende, Praktikanten oder Absolventen zu gewinnen und wie soll zusammengearbeitet werden (z. B. Universitäten und Hochschulen, Pflegeschulen)?

<sup>19</sup> Bsp. Finanzierung: Ein Selbstkostendeckungsansatz setzt andere Anreize als ein Preissystem. Bsp. Pflegebudget: Möglichst viel Pflegepersonal einzustellen, kann bei Veränderung der Finanzierung langfristig falsch sein. Daher ist auch eine leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung zu realisieren.

<sup>20</sup> Leistungsgruppen orientieren sich nicht an der Weiterbildungsordnung; eine gewisse Komptabilität besteht, es ist aber nicht deckungsgleich.

Wie soll mit Personalunter- (und -über) deckungen in den einzelnen Bereichen umgegangen werden? U. a.:

- Wie sollen Personalengpässe mittel- und kurzfristig kompensiert werden? Inwiefern sollen Leihpersonal und/oder Honorarkräfte in den Abteilungen eingesetzt werden?
- Bei Einsatz von ausländischem Personal: Wie soll Personal mit Migrationshintergrund integriert werden?
- Wie soll die Arbeit für altersgemischte Teams organisiert werden?

### Erwartungen an die Arbeit

Welche Anreizpolitik soll verfolgt werden in Bezug auf die Führungsebene und die Ausführungsebene sowie die unterschiedlichen Berufsgruppen und Arbeitsbereiche<sup>21</sup>? Durch welche Maßnahmen kann das Personal gestärkt werden? U. a.:

- Sicherheitsanreize (klare Aufgabenbeschreibungen, Regelungen zur Information und Kommunikation, Arbeitsschutz)
- Soziale Kontakte als Anreiz (Förderung der Integration von neuen Mitarbeitenden in eine Abteilung/Arbeitsgruppe, Förderung der Beziehung zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden)
- Aufstiegs- und Personalentwicklungsanreize (Fort- und Weiterbildung, Wiedereingliederungsprogramme, Karriereprogramme) aktiver gestalten: Wie kann die Personalentwicklung professionalisiert werden? Wie kann den Mitarbeitenden mit Potential für bestimmte Tätigkeiten besser aufgezeigt werden, wie sie sich weiterentwickeln können?
- Anreize im Bereich Organisation (Verantwortlichkeiten, Arbeitszeitgestaltung (Grenze 24/7), Gestaltung des Arbeitsorts)

- Flexibilisierung der Arbeitsvertragsgestaltung (z. B. ein Arzt ist zu 50 % im Krankenhaus tätig und zu 50 % im Medizinischen Versorgungszentrum tätig)
- Anreize aus dem Führungsprozess (Wahrnehmung der Führungsfunktion: Führungsstil, Führungstechniken)
- Anreize aus der Unternehmenskultur (Sinnggebung über Wertekonsens)

Wie soll das betriebliche Anreizsystem bereichsspezifisch ausgestaltet werden? Wie unterscheiden sich die Erwartungen der Mitarbeitenden einerseits und die Arbeitsstrukturen andererseits in den einzelnen Leistungsbereichen? U. a.:

- Welche Anreize (s. oben) müssen gesetzt werden, damit die Mitarbeitenden motiviert sind sowie die Zusammenarbeit innerhalb der Abteilungen und abteilungsübergreifend gelingt (z. B. Verminderung von Kompetenz-, Ressourcen- und Zeitkonflikten und Konflikten aus mangelnder Kooperationsfähigkeit u. a.)

### 5.2.3.2 Begrenzungen der Entscheidungen

Für die Entscheidungsfelder ergeben sich folgende, insbesondere extern bedingte Einschränkungen:

#### I Leistungsprogramm

- Ausgehend vom Versorgungsauftrag bestimmt das Leistungskonzept des Krankenhauses, welches Personal (Qualifikation, Menge) im Krankenhaus (vom Arbeitsmarkt) benötigt wird. Wenn die notwendigen Leistungsträger (Chefärzte, Oberärzte) nicht beschafft werden können, ist ggf. eine Anpassung des Leistungsangebots vorzunehmen.
- Das Leistungsportfolio der einzelnen Fachabteilungen/Zentren und der übrigen Leistungsbereiche (Labor, OP, Radiologie usw.) bestimmen den Personalbedarf

21 Beispiel: Unterscheidung von medizinischem, pflegerischem und therapeutischem Personal und Personal im Bereich von Verwaltung und Technik. Letzteres hat erweiterte Wahlmöglichkeiten, d. h. es kann sich z. B. bei attraktiveren Arbeitsbedingungen auch für eine Tätigkeit in einer anderen Branche entscheiden.

auf Bereichsebene. Gesetzliche Vorgaben zur Einhaltung von Qualitätsstandards und differenzierte Vorgaben zum Personal (Menge, Qualifikation) insbesondere auch vor dem Hintergrund der Leistungsgruppen-Systematik sowie die Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von ausländischem Personal, müssen im Rahmen von Geschäftsbereichsstrategien berücksichtigt werden.

- Können Stellen nicht besetzt werden, kann eine kurz-/mittelfristige Leistungsanpassung erfolgen (z. B. Betten-sperrung).

## II Finanzierung

- Die Finanzierung des Personals muss sich im Rahmen der Regelungen zur Krankenhaus-Finanzierung und der tarifrechtlichen Regelungen bewegen (Flächentarifverträge, Haustarifverträge). Insbesondere in Veränderungsphasen und bei sinkenden Einnahmen stellen die bestehenden Tarifsysteme Restriktionen für notwendige Anpassungsprozesse zur Entwicklung leistungsfähiger Unternehmen dar.

## III Personal

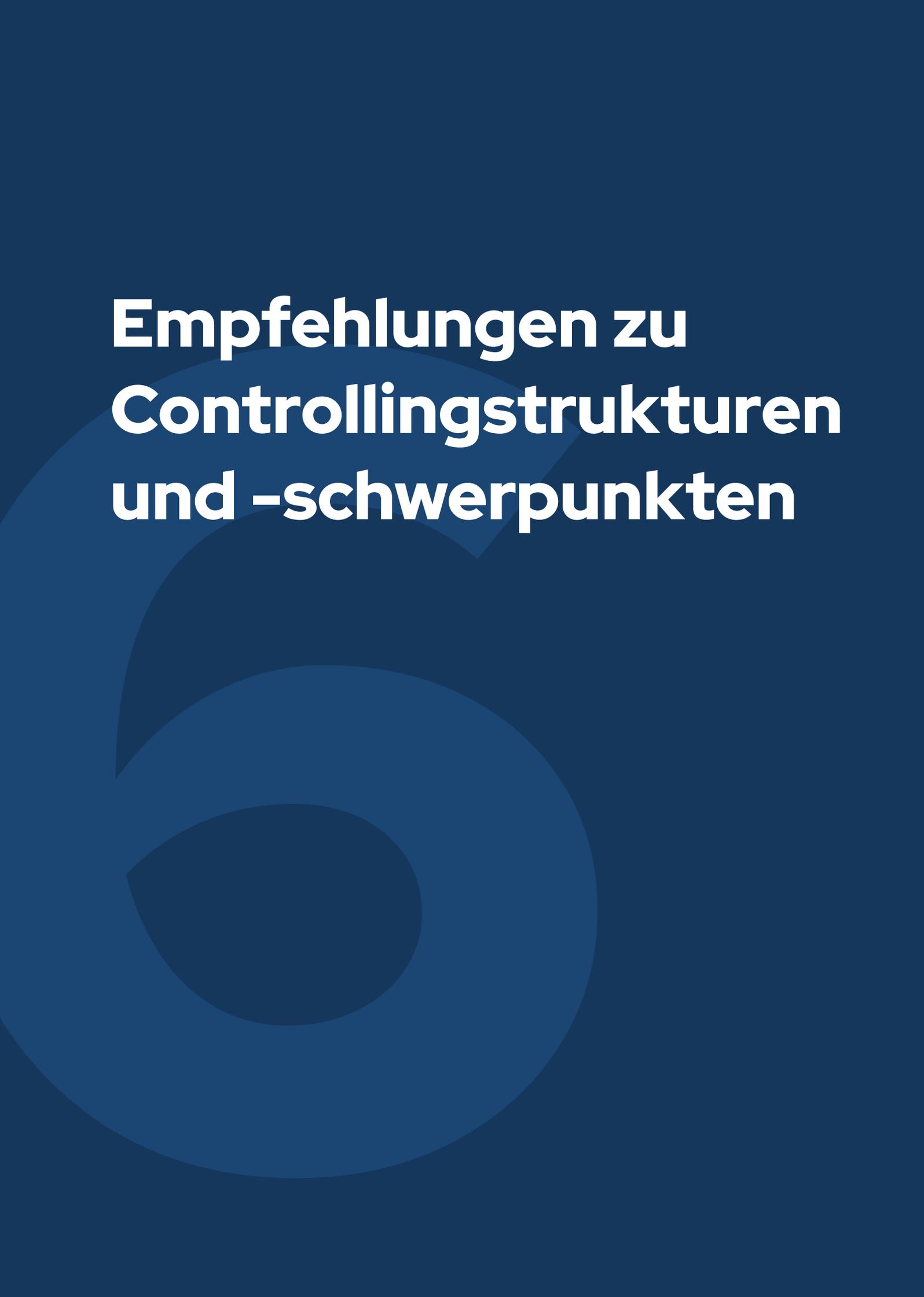
- Gesetzliche Vorgaben über Ausbildungsinhalte und Ausbildungskapazitäten (Approbationsordnung für Ärzte, Weiterbildungsordnung für Ärzte, Pflegeberufegesetz, staatliche Planung der Studienplätze für Ärzte und Studienplatz- und Ausbildungsplatzplanung für Pflegeberufe) beeinflussen das Angebot an Fachkräften und damit die Personalsicherung.
- Ein weiterer Einfluss ist das Erwerbsverhalten der Beschäftigten (Familien-gründung, Teilzeitarbeit, u. a.) insbesondere in den Berufen mit einem hohen Frauenanteil wie der Pflege mit rund 80 %
- Im internationalen Vergleich ist Deutschland personell (Medizin, Pflege) gut

ausgestattet. Für das aktuell vorgehaltene stationäre Leistungsangebot ist das verfügbare Krankenhauspersonal jedoch zu knapp.

- Der Gestaltungsspielraum des Personalmanagements in den Leistungsbereichen, wie die Personaleinsatzplanung und die Arbeitsplatzgestaltung, wird durch gesetzliche Vorgaben zum Krankenhausbetrieb (räumliche und personelle Vorgaben, Betriebstechnik, Ausstattung), Vorschriften zur Berufsausübung und gesetzliche Regelungen zum Arbeitseinsatz (Bereitschaftsdienste, Grenzen für die tägliche bzw. wöchentliche Höchst-arbeitszeit) reguliert. Gesetzliche Vorgaben zur Personalbedarfsermittlung (z. B. PPR 2.0) grenzen den Gestaltungsspielraum weiter ein. Beispiel Bereitschaftsdienste: Mindestgrößen für die Personalvorhaltung aufgrund neuer Höchstgrenzen für die Bereitschaftsdienste steigen, mit der Folge, dass mehr Ärzte benötigt werden; steigender Personalbedarf kann sich auch durch eine höhere Teilzeitquote ergeben; auch wenn stationäre Leistungen weniger werden, muss die gleiche Menge an Personal vorgehalten werden, um die Dienste abdecken zu können. In ländlichen Regionen ist dies eine große Herausforderung, weil man hier aktuell schon zu wenig Personal hat.



# **Empfehlungen zu Controllingstrukturen und -schwerpunkten**

The background of the slide features a series of overlapping circles in various shades of blue, creating a layered, abstract effect. The circles are positioned in the lower-left and central areas, with some overlapping the text.

---

## **6.1** Konzeptionelle Grundlagen

- 6.1.1** Controlling als Konzept zur Unterstützung des Managements
- 6.1.2** Grundstruktur des Management- und -Controlling-Ansatzes für die Krankenhauspraxis

---

## **6.2** Entwicklungsstufen des Controllings in der Krankenhauspraxis

- 6.2.1** Grundstufe und Ausbaustufe des Controllings
- 6.2.2** Realisierung einer Grundstufe des Krankenhaus-Controllings
  - 6.2.2.1** Leistungs-, Kosten- und Erlös-Controlling
  - 6.2.2.2** Prozess- und Qualitäts-Controlling
- 6.2.3** Realisierung von Ausbaustufen des Krankenhaus-Controllings
  - 6.2.3.1** Eigentümer-Controlling
  - 6.2.3.2** Controlling von Angebotspolitik und Leistungsplanung
  - 6.2.3.3** Medizin-Controlling
  - 6.2.3.4** Pflege-Controlling
  - 6.2.3.5** Controlling und Patientenmanagement
  - 6.2.3.6** Finanz- und Investitions-Controlling
  - 6.2.3.7** Personal-Controlling
  - 6.2.3.8** Controlling von Einkauf und Logistik
  - 6.2.3.9** Marketing-Controlling
  - 6.2.3.10** Controlling und Facility Management
- 6.2.4** Implikationen für das Controlling
  - 6.2.4.1** Controlling und Digitalisierung
  - 6.2.4.2** Controlling und Nachhaltigkeit

## 6.1 Konzeptionelle Grundlagen

### 6.1.1 CONTROLLING ALS KONZEPT ZUR UNTERSTÜTZUNG DES MANAGEMENTS

Controlling ist ein Konzept des Managements, das die Manager bei der Wahrnehmung ihrer Planungs- und Kontrollaufgaben durch die Bereitstellung von entscheidungsrelevanten Informationen unterstützt. Die Informationsversorgung erstreckt sich auf Einzelinformationen sowie auf die Versorgung mit Methoden und Modellen, mit denen die Manager die Möglichkeit haben, selbständig Informationen zu verarbeiten.

In welchem Umfang sich das Controlling in die Entscheidungsprozesse einbringen soll, hängt vom Managementansatz ab. Die Informationsversorgung kann sich erstrecken auf:

- die **Vorbereitung von Entscheidungen** und damit auf die reine Informationsversorgung und auf Serviceaufgaben, d. h. die Beschaffung, Aufbereitung und Bereitstellung von Informationen. Das Management strukturiert das Entscheidungsproblem selbst. Es macht sich mit Hilfe der Daten und Analysen des Controllings sein eigenes Bild und kommt darüber zur Entscheidungsfindung.
- die **Beeinflussung von Entscheidungen**: Hier wird vom Controlling erwartet, dass es sich inhaltlich mit eigenen Ansätzen und Methoden in die Problemlösung i. S. einer betriebswirtschaftlichen Beratung einbringt.
- die **Determination von Entscheidungen**, d. h. dass die Problemstrukturierung vollständig an das Controlling delegiert wird und eine Entscheidungsvorlage erwartet wird, die dem Management die Informationen entscheidungsreif zur Verfügung stellt, verbunden mit realisierbaren Problemlösungsalternativen, ggf. mit dem Vorschlag für eine favorisierte Alternative.

Ob die Informationsversorgung entscheidungsorientiert ist, wird einerseits davon bestimmt, wie eindeutig das Entscheidungsproblem vom Management formuliert wird (wenn auch nur vorläufig, z. B. bei komplexen Problemen) und andererseits davon, wie der Sachverhalt vom Controlling nachvollzogen und strukturiert wird. Bestimmend für die Problemkonkretisierung durch das Management und die Strukturierung durch das Controlling ist die Art des Problems. Vor allem komplexe, strategische Entscheidungen erfordern zunächst Informationen, die in einem ersten Schritt eine Problemlösung und -eingrenzung ermöglichen. Damit ergibt sich eine gegenseitige Abhängigkeit (= Beziehungsdynamik) zwischen Management und Controlling und folglich auch zwischen Manager und Controller.

Um die Informationsversorgungsaufgaben mit ihren unterschiedlichen Anforderungen (Reichweite, Problemarten) umfassend und zeitkritisch (monatlich, quartalsweise, jährlich) wahrnehmen zu können, besteht die instrumentelle Aufgabe des Controllings im Aufbau und in der Pflege eines Management-Informationssystems (MIS). Gestaltungsziel und gleichzeitig auch -problem des Informationssystems ist es, die vernetzten Informationsprozesse im Unternehmen so zu strukturieren, dass entsprechend benötigte Daten und Informationen rechtzeitig, im erforderlichen Genauigkeits- und Verdichtungsgrad am gewünschten Ort zur Verfügung gestellt werden können.

### 6.1.2 GRUNDSTRUKTUR DES MANAGEMENT- UND -CONTROLLING-ANSATZES FÜR DIE KRANKENHAUS-PRAXIS

Zur Realisierung eines Controllings in der Praxis müssen a) die Controlling-Funktion und b) die Controlling-Organisation unter Berücksichtigung von c) Führungsaspekten betrachtet werden.

**a) Strukturierung der Controlling-Funktion**

Analog zu den Managementebenen ist das bereichsübergreifende (unternehmensbezogene) normative und strategische Controlling sowie das bereichsbezogene dispositive und operative Controlling zu unterscheiden:

- **Normatives Controlling:** Aufgabe eines normativen, werteorientierten Controllings ist es, zum einen die Informationsbasis dafür zu schaffen, dass die unternehmensrelevanten Werte und Normen identifiziert, deren Bedeutung für die Entscheidungen des Managements abgeleitet und im Entscheidungsprozess berücksichtigt werden können. Zum anderen sind Informationen darüber bereitzustellen, ob und mit welcher Ausprägung die Werte und Normen in die Managemententscheidungen eingeflossen sind und somit handlungsleitend bei der Umsetzung berücksichtigt werden können. Die zu diesem Zwecke bereitzustellenden Planungs- und Kontrollgrößen können dabei auch mit Hilfe von Instrumenten oder Kennzahlen generiert werden, die der strategischen, dispositiven und/oder operativen Ebene zuzuordnen sind. Ob beispielsweise Werte wie „Nachhaltigkeit“ oder „Wirtschaftlichkeit“ ausgeprägt sind, lässt sich auch anhand operativer Kennzahlen z. B. zu Verbrauchszahlen/-quoten von Einwegmaterialien und Energie oder anhand der Ergebnisse einer Deckungsbeitragsrechnung aufzeigen.
- **Strategisches Controlling:** Zur langfristigen Ausrichtung des Gesamtunternehmens sind die strukturverändernden, strategischen Entscheidungen der Krankenhausleitung durch das strategische Controlling über Frühwarninformationen zu unterstützen. Die Krankenhausumwelt ist gekennzeichnet durch einen Fachkräftemangel und knappe finanzielle Ressourcen sowie weitere komplexe und dynamische

Rahmenbedingungen. Damit verbundene Auswirkungen auf das Krankenhaus sind möglichst frühzeitig zu erkennen und abzusichern. Diese Abstimmungsaufgabe mit dem Gestaltungsziel der Harmonisation zwischen Umwelt und Krankenhaus muss durch das Controlling laufend sichergestellt werden und sich darüber hinaus auf die Bereiche innerhalb des Krankenhauses erstrecken.

- **Dispositives Controlling:** Um die strategischen Festlegungen des Krankenhauses zum Leistungsspektrum nach Art, Umfang und anzustrebender Qualität umsetzen zu können und die Leistungs-, Kosten- und Erlössituation auf Fachabteilungs- und Krankenhausenebene zu stabilisieren, ist es ferner erforderlich, ein mittelfristig ausgerichtetes, dispositives Controlling aufzubauen. Über ein Informationsmanagement hinsichtlich Leistungen, Kosten, Erlösen, Qualität und Prozessen auf Bereichsebene, soll das kostenstellenübergreifende Behandlungsmangement unterstützt werden und darüber zu einem optimierten Ressourceneinsatz in den Fachabteilungen und Zentren sowie den zentralisierten medizinischen Institutionen und Versorgungseinrichtungen führen.
- **Operatives Controlling:** Das operative Controlling liefert Informationen, die eine kurzfristige Steuerung des Behandlungsprozesses des Patienten mit seinen Einzelleistungen der Diagnostik, Therapie, Pflege und Versorgung nach Art, Anzahl und Qualität sowie der Unterstützungsprozesse (z. B. Patientenverwaltung) sicherstellen. Neben den Leistungsinformationen sind Kosten- und Erlösinformationen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses und seiner Bereiche sowie Informationen zur Liquiditätssituation des Unternehmens von Interesse.

Die unternehmens- und bereichsbezogenen Entscheidungen und der Informationsbedarf

beziehen sich inhaltlich auf die betriebswirtschaftlichen Funktionen (s. Entscheidungstatbestände in [Kapitel 3.3.2](#)). Das Controlling kann entsprechend weiter in ein geschäftsbereichsbezogenes und ein funktionsbereichsbezogenes Controlling differenziert werden.

- **Geschäftsbereichsbezogenes Controlling:** Es ist auf allen Geschäftsebenen des Krankenhauses in Form eines Bereichscontrollings (dezentrales Controlling) bis zur Ebene des Gesamtunternehmens in Form eines Unternehmenscontrollings (zentrales Controlling) angesiedelt. Im Vordergrund stehen querschnittsbezogene Aufgaben zur Unterstützung der ganzheitlichen Führung und Steuerung des Krankenhauses. Aufgabe des Unternehmenscontrollings ist die Informationsversorgung des Krankenhausträgers und der Krankenhausleitung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Ziele und Vorgaben der Krankenhausbereiche, inklusive Gesamtkoordination (Unterstützung bei der Strategieentwicklung, Vorbereitung und Begleitung von Budgetverhandlungen, Planung und Überwachung der Wirtschaftlichkeit und Liquidität des Gesamtunternehmens u. a.). Das Bereichscontrolling unterstützt die Fachabteilungen/Zentren und weiteren Leistungsbereiche bei der Steuerung durch die Bereitstellung von nicht-monetären und monetären Größen (z. B. Leistungs- und Kostensteuerung, Steuerung der Behandlungsqualität, Prozessgestaltung u. a.). Zwischen Unternehmenscontrolling und Bereichscontrolling besteht ein enger Zusammenhang. Beispiel Finanzierung: Die Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen sind unternehmensbezogen ausgerichtet, d. h. das Controlling muss für die Erstellung und Kontrolle des externen Budgets unternehmensbezogene Informationen liefern (= Unternehmenscontrolling), die sich aber aus den internen

Budgets der einzelnen Leistungsbereiche zusammensetzen (= Bereichscontrolling).

- **Funktionsbereichsbezogenes Controlling:** Hier liegt der Schwerpunkt auf der fachspezifischen Unterstützung (z. B. Medizin- und Pflege-Controlling, Personal-Controlling, Finanz-Controlling, Einkaufs-Controlling, Marketing-Controlling). Das funktionsbereichsbezogene Controlling kann zentral und/oder dezentral – je nach Managementstruktur – angesiedelt sein und damit in unterschiedlichem Ausmaß Gegenstand des Unternehmens- und Bereichscontrollings sein. (S. hierzu die Ausführungen in [Kapitel 6.2.2](#) und in [Kapitel 6.2.3](#)).

Aus der Struktur des Managements und Controllings ergeben sich drei Schritte zur Realisierung der Controlling-Funktion:

- Schritt 1: Analyse der jeweiligen betriebswirtschaftlichen Entscheidungstatbestände auf normativer, strategischer, dispositiver und operativer Ebene
- Schritt 2: Ableitung des Informationsbedarfs, der vom Controlling zu decken ist
- Schritt 3: Ableitung relevanter Controlling-Instrumente und Gestaltung des Berichtswesens für die Entscheidungsträger

#### b) Etablierung Controlling-Organisation

Effektivität und Leistungsfähigkeit der Controlling-Funktion des Krankenhauscontrollings hängen im Wesentlichen von der organisatorischen Umsetzung der Controlling-Funktion ab. Dabei sollte die hierarchische Struktur des Managements bestimmend für die hierarchische Struktur des Controllings sein. Insofern kann es grundsätzlich unterschiedliche Ausprägungen von zentralem und dezentralem Controlling sowie Fragen der Unterstellung des Controllings innerhalb des Unternehmens, zwischen Controllingabteilungen und im Verhältnis zum zentralen Controlling geben. Auch

die Institutionalisierung des Controllings über Abteilungen, Zentralbereiche, Stäbe inklusive Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung richtet sich danach aus.

### c) Controlling und Verhalten

Die Wirkkraft des Controllings setzt eine stabile, partnerschaftliche Zusammenarbeit von Manager (Geschäftsführung/Vorstand/Direktorium, Chefarzt, Bereichsleitung Pflege u. a. Leitungsinstanzen) und Controller voraus. Den Grundstein dafür legen das Führungsverständnis und die ihm zugrundeliegenden Wertevorstellungen und Grundsätze, abgeleitet aus der Unternehmenskultur. Es bestimmt die Art und Weise, wie die Führungskräfte ihre

Führungsaufgaben gegenüber sich selbst und gegenüber dem Controller innerhalb der festgelegten Schwerpunkte des Abhängigkeitsverhältnisses wahrnehmen (z. B. Intensität der Unterstützung durch das Controlling) und wie sie bei Grenzüberschreitungen reagieren (z. B. stufenweiser Entzug des Vertrauens). Ein verhaltensorientiertes Controlling muss daher auch die Persönlichkeiten der Beteiligten berücksichtigen. Von Interesse ist, über welche Eigenschaften sie verfügen sollten, damit eine effektive und effiziente Zusammenarbeit möglich wird. Die Anforderungen an die Eigenschaften sollten vor dem Hintergrund der Aufgabenbeschreibung des Controllings und des Führungsverständnisses bestimmt werden.

## 6.2 Entwicklungsstufen des Controllings in der Krankenhauspraxis

### 6.2.1 GRUNDSTUFE UND AUSBAUSTUFE DES CONTROLLINGS

Im Rahmen einer entwicklungsorientierten Sichtweise lassen sich

- eine Grundstufe des Controllings und
- Ausbaustufen des Controllings

unterscheiden.

Die **Grundstufe** umfasst Controlling-Maßnahmen auf der operativen und dispositiven Ebene, die im Wesentlichen auf der Basis des kaufmännischen Rechnungswesens sowie auf der Basis von Qualitäts- und Prozessbetrachtungen erfolgen.

Ein **Ausbau des Controllings** über diese Stufe hinaus kann sowohl in Richtung eines unternehmensbezogenen normativ-strategischen Controllings als Eigentümer-Controlling und als Controlling von Angebotspolitik und Leistungsplanung, als auch durch funktionsbezogene

Ergänzungen wie das Medizin-Controlling, Pflege-Controlling, Personal-Controlling, Finanz-Controlling, das Controlling von Einkauf und Logistik, Marketing-Controlling und Facility-Management-Controlling erfolgen. Die funktionsbezogenen Controlling-Ergänzungen können entsprechend der Managementstrukturen ebenfalls zentral und/oder dezentral angesiedelt sein und strategische, dispositive und/oder operative Entscheidungen unterstützen. Beispiele:

**Leistungs-Controlling (Patientenversorgung):** *Ausgehend von der Medizinstrategie des Krankenhauses, die im Rahmen der Angebotspolitik zentral festgelegt wird, sind mittel- und kurzfristige medizinische Entscheidungen immer abhängig vom Fachgebiet und damit dezentral (z. B. Festlegung der Diagnostik- und Therapiestrukturen). Pflegerische (Qualitäts-)Probleme können hingegen alle Patienten betreffen (z. B. Dekubitus, Ernährung), so dass der grundsätzliche Umgang damit zentral zu klären ist*

(z. B. Nutzung von Expertenstandards). Gleichzeitig müssen häufig auch fachspezifische und damit bereichsbezogene pflegerische Entscheidungen getroffen werden (z. B. Festlegung von Hygienestandards oder Delierstandards auf der Intensivstation, Strukturierung der pflegerischen Maßnahmen entlang des Behandlungsprozesses in der Chirurgie). Daraus erklärt sich, dass das Medizin-Controlling eher dezentral und das Pflege-Controlling sowohl zentral als auch dezentral ausgerichtet ist.

**Finanz-Controlling:** Investitions- und Liquiditätsentscheidungen beziehen sich aufgrund der Krankenhausfinanzierung immer auf das gesamte Unternehmen, so dass diese Entscheidungen zentral wahrgenommen werden und durch das Unternehmenscontrolling unterstützt werden (z. B. Steuerung der Fördermittel, Gestaltung Fremdfinanzierung). Das Erlös- und Kostenmanagement des Krankenhauses ist hingegen abhängig von den Leistungsstrukturen der Fachabteilungen/Zentren und der anderen Leistungsstellen und damit eher dezentral ausgerichtet (z. B. stationäre Erlöse Chirurgie, Personaleinsatz Ärztlicher Dienst, Verbrauch von medizinischem Sachbedarf). Entsprechend sind die Informationen vom Bereichscontrolling bereitzustellen. In der Summe sind die Bereichsinformationen dann wieder unternehmensbezogen (z. B. Umsatz des Krankenhauses, Betriebsergebnis).

**Personal-Controlling:** Auch personalwirtschaftliche Informationen werden in der Summe über die vom Bereichscontrolling bereitgestellten Bereichsinformationen (z. B. Personalbedarf der jeweiligen Abteilungen differenziert nach Berufsgruppen) vom Unternehmenscontrolling zentral zusammengeführt (z. B. Personalbedarf im gesamten Unternehmen nach Berufsgruppen).

Die Controlling-Schwerpunkte sind krankhausindividuell auszugestalten. Sie werden nachfolgend für die Grundstufe in [Kapitel 6.2.2](#)

aufgelistet und für die Ausbaustufe in [Kapitel 6.2.3](#). Inhaltliche Überschneidungen können sich aufgrund des Zusammenhangs und der Verknüpfung der einzelnen betriebswirtschaftlichen Themenfelder ergeben (z. B. sowohl das Personalmanagement als auch das Pflegemanagement benötigen Informationen zum Personalbedarf; sowohl das Eigentümermanagement als auch das Erlösmanagement benötigen Informationen zur Erlösstruktur des Krankenhauses).

### Management- und Controlling-Instrumente

Zentrales Controlling-Instrument der Grundstufe ist vor allem die Kosten-, Leistungs- und Erlösrechnung als Berichtswesen. Zusätzliche Informationen können Kennzahlen oder Kennzahlensysteme liefern.

Im Krankenhaus bedeutet eine controllinggerechte Ausgestaltung des Berichtswesens zunächst eine systematische Auswertung und Weiterentwicklung der vom Gesetz- und Verordnungsgeber vorgeschriebenen Informationsinstrumente, z. B. der Kosten- und Leistungsrechnung sowie der Diagnose- und Leistungsstatistiken für interne Steuerungszwecke. Dann ist weiter zu differenzieren nach dem Berichtsanlass und daraus folgend, ob es sich um regelmäßige Informationen und Berichte oder einmalige, auf einzelne Entscheidungstatbestände bezogene Informationen handelt. Bei regelmäßigen Informationen ist auch der Berichtszyklus zu definieren.

Die Instrumente der Kosten-, Leistungs- und Erlösrechnung werden im Rahmen der Ausbaustufen des Controllings um weitere Planungs-, Kontroll- und Informationsinstrumente ergänzt. Einzelne Beispiele hierfür sind die Portfolio-Analyse, Frühwarnsysteme und die Balanced Scorecard im Bereich des strategischen Controllings, Prozessanalysen im Leistungs-Controlling, der Einsatz von Personalinformationssystemen im Personal-Controlling, ABC-Analysen, Lieferanten-Umsatz-Statistiken und Sortimentslisten im Einkaufs-Controlling u. a.

## 6.2.2 REALISIERUNG EINER GRUNDSTUFE DES KRANKENHAUS-CONTROLLINGS

### 6.2.2.1 LEISTUNGS-, KOSTEN- UND ERLÖS-CONTROLLING

Die Führungskräfte des Krankenhauses sowie der Fachabteilungen/Zentren, Sekundär- und Tertiärleistungsbereiche, die verantwortlich sind für die Budgeterreichung bzw. die damit verbundenen Ziele, benötigen schnell und umfassend die auf diese Ziele hin entwickelten Informationen als Mittel zur Steuerung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit in ihrem Verantwortungsbereich. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich in der laufenden Planperiode Abweichungen zwischen Soll/Plan und Ist ergeben und damit Korrekturmaßnahmen notwendig sind. Das Beschließen von Korrekturmaßnahmen gehört mit zu den Aufgaben des Controllings, indem die notwendigen Maßnahmen zusammen mit den betroffenen Verantwortungsträgern besprochen und beschlossen werden. Benötigt werden (unterjährige und jährliche) Informationen über die bisher erbrachten und zukünftig zu erbringenden Leistungen nach Art, Menge und Qualität (Primär, Sekundär- und Tertiärleistungen), den dazugehörigen Mitteleinsatz (Personal, Sachmittel) und die damit verbundenen Kosten (Personal- und Sachkosten, Infrastrukturkosten) sowie die entsprechenden Erlöse (Fallpauschalen, Zusatzentgelte, ambulante Erlöse usw.) und Ergebnisse (Deckungsbeträge Fachabteilungen/Zentren, Betriebsergebnis Krankenhaus u. a.).

Die Grundlage für ein Leistungs-, Kosten- und Erlös-Controlling bildet eine Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung (KLEE-Rechnung), die unter Berücksichtigung der Vorgaben der Krankenhausbuchführungsverordnung und weiterer externer Anforderungen (Krankenhausbudget, Preis- und Kostenkalkulation) schrittweise unter

Einbeziehung der Krankenhausmitarbeitenden auf- und auszubauen ist. Sie muss zukunftsbezogen und entscheidungsorientiert sein. Die Ausgestaltung orientiert sich am Informationsbedarf des jeweiligen Krankenhauses und innerhalb des Unternehmens an den Erfordernissen der Bereichsverantwortlichen/Kostenstellenleitungen.

Damit die KLEE-Rechnung den internen Steuerungszwecken gerecht werden kann, muss ihre Ausgestaltung – ausgehend vom Minimalmodell der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) und unter Berücksichtigung der grundsätzlichen Vorgehensweise zur Aufbereitung und Verarbeitung der Daten – nach den drei Stufen der Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung und ihrer Übernahme in die laufenden Plan-, Ist-, Voll- und Teilkostenrechnungssysteme des Unternehmens, insbesondere folgende Aspekte berücksichtigen:

- Etablierung einer patientenbezogenen Leistungsrechnung als Basis für die Kosten- und Erlösrechnung
- Gliederung der Kostenarten und -stellen nach Steuerungsgesichtspunkten
- Einsatz von Verrechnungspreisen zur Bewertung der innerbetrieblichen Leistungserstellung
- Einsatz einer Internen Budgetierung zur Steuerung von Leistungen, Kosten und Erlösen
- Aufbau einer Deckungsbeitragsrechnung zur bereichsbezogenen Ergebnissteuerung
- Etablierung weiterer Rechnungssysteme zur Kostenanalyse wie die Plan- und Prozesskostenrechnung
- Definition einer geeigneten Bezugsgröße als Grundlage für eine Kostenträgerrechnung
- Aufbau einer Ambulanzkostenrechnung zur Steuerung ambulanter Krankenhauleistungen und sektorenübergreifender Versorgungsformen

Entscheidend für die Umsetzung der mit der KLEE-Rechnung im Krankenhaus erzielten Ergebnisse sind Ergebnispräsentation, Resultatsbesprechung und Mitarbeitendenmotivation zur Nutzung der Ergebnisse.

Die KLEE-Rechnung kann ein zentrales kurzfristiges Steuerungsinstrument darstellen. Sie vermag zwar nicht, alle zur Unternehmenssteuerung im Krankenhaus erforderlichen Informationen bereitzustellen, liefert aber wesentliche Grundlagen für vertiefende Analysen im Rahmen anderer Verfahren. Die KLEE-Rechnung ist deshalb als Baustein in ein umfassendes Krankenhausinformationssystem einzufügen, zu dessen weiteren Bestandteilen vor allem ein medizinisches und pflegerisches Informationssystem sowie ein Personalinformationssystem und Investitions- und Finanzierungsrechnung zählen. Die verschiedenen Bausteine eines Krankenhausinformationssystems – so auch die KLEE-Rechnung – sind aufeinander abzustimmen und in das Gesamtsystem einzupassen.

### 6.2.2.2 PROZESS- UND QUALITÄTS-CONTROLLING

Um den Anforderungen hinsichtlich Qualität, Patientennutzen und Effizienz gewachsen zu sein, müssen sich Krankenhäuser und ihre Leistungsbereiche mit ihren heterogenen Behandlungsprozessen auseinandersetzen und ein differenziertes Qualitätsmanagement einführen. Das bedeutet, dass das Controlling die Definition und Bereitstellung von nicht-monetären Größen wie Qualität, Zeit und Raum im Kontext der klassischen betriebswirtschaftlichen Erfolgsgrößen sicherstellen muss.

Notwendig sind Informationen über die Wertschöpfungskette (Identifikation von Kern- und Unterstützungsprozessen und Beschreibung der Prozesse z. B. Zahl der am Prozess beteiligten Mitarbeitenden, Anzahl der Arbeitsschritte, Prozessdauer, u. a.), die internen und einrichtungsübergreifenden Leistungsverflechtungen und Schnittstellen, Informationen über Blindleistungen

(z. B. Doppeluntersuchungen, Doppelerfassung von Daten, nicht entscheidungsrelevante Auswertungen), Informationen über die Kostentreiber, Informationen zur Gestaltung der Leistungstiefe (Eigenleistungen versus Kooperation versus Fremdleistungen) sowie Informationen, die die Auswahl und Gestaltung von Standardabläufen unterstützen (z. B. Ablauf in der Notaufnahme, Patientenaufnahme und -entlassung, Ablauf im OP).

In Bezug auf Qualitätsaspekte interessieren insbesondere Informationen zur Ableitung von Zielgrößen für die angestrebte Qualität auf Bereichsebene, differenziert nach Produkt-, Service- und Interaktionsqualität, Informationen zur Unterstützung bei der Qualitätsplanung und -kontrolle, Informationen über Qualitätsschwachstellen und Qualitätsrisiken im Bereich der Versorgungsqualität, Informationen zur Qualitätsprävention (aktives Risikomanagement), Informationen über die Wirkung von Qualitätsverbesserungsprojekten zur Bewältigung von Qualitätsproblemen, Informationen zur Unterstützung der externen Qualitätssicherung (z. B. Datenlieferung an das IQTIQ, Qualitätsberichte), Informationen zur Sicherung der Erlösfähigkeit (Datenlieferung an das InEK und Krankenkassen) sowie Informationen zur Beurteilung der Effektivität und Effizienz des Qualitätsmanagements (Qualitätsleistungs- und -kostenrechnung).

### 6.2.3 REALISIERUNG VON AUSBAUSTUFEN DES KRANKENHAUS-CONTROLLINGS

#### 6.2.3.1 EIGENTÜMER-CONTROLLING

Die normativen Entscheidungen und strategischen Grundsatzentscheidungen des Eigentümers (Gesellschafterversammlung, Aufsichtsrat) bilden den Rahmen für das Unternehmensgeschehen. Um diese Entscheidungen treffen zu können, bedarf es entsprechender Informationen, die vom Controlling regelmäßig und/oder einzelfallbezogen bereitgestellt

werden. Dem normativen Management fallen dabei mit der Unternehmungspolitik, der Unternehmungsverfassung und der Unternehmungskultur umfassende grundlegende gestaltende Aufgaben des Krankenhaus-trägers zu. Im Hinblick auf das Eigentümer-Controlling ist die normative Ebene insofern anspruchsvoll, als dass die dort kodifizierten Werte, Grundsätze und Leitlinien oftmals nicht oder nur schwer operationalisierbar und somit nicht eindeutig messbar sind. In Bezug auf strategische Entscheidungen ist es Aufgabe des Eigentümers, die langfristigen Ziele zu setzen, das Zielsystem zu gestalten sowie die vorhandenen und erwarteten Ressourcen, die zur Zielerreichung notwendig sind, zuzuteilen. Von besonderem Interesse sind dabei Informationen zur Ableitung und Kontrolle von Existenzsicherungs- und Wachstumsstrategien unter besonderer Berücksichtigung der Patienten- und Kundenorientierung (z. B. Weiterentwicklung von Leistungsangebot/ Medizinstrategie, Verbundbildung, langfristige Finanzplanung). Die Berichtsstruktur sowie die Berichtsanhänge, Informationszyklen etc. sind nach den unternehmerischen Erfordernissen (z. B. Einzelkrankenhaus, Krankenhausverbund) zur strategischen Führung und Steuerung festzulegen. Dabei sind entsprechend der jeweiligen Rechtsform des Krankenhausunternehmens auch die spezifischen rechtlichen Regelungen zu berücksichtigen und zu erfüllen. Das Aktienrecht bspw. kodifiziert diesbezüglich eine Mindestberichterstattung des Vorstands gegenüber dem Aufsichtsrat. Für die regelmäßige, i. d. R. mindestens quartalsweise Berichterstattung in den Aufsichtsgremien sowie die jährliche Berichterstattung (im Regelfall im Rahmen der Jahresabschlussbesprechung), ergibt sich aus der unternehmerischen Perspektive und unter Berücksichtigung des rechtlichen Rahmens, eine Grundstruktur entsprechend der betriebswirtschaftlichen Funktionen (Leistungsangebot, Finanzierung, Personal, Marketing usw.) (Ist- und Planwerte, Hochrechnungswerte, Abweichungen zum Jahresplan). Um Entwicklungen und Auswirkungen frühzeitig berücksichtigen zu können, bedarf es Informationen

zum Markt- und Wettbewerbsumfeld, sowie Frühwarninformationen über Entwicklungen in den Bereichen Gesellschaft, Politik, Wirtschaft, Technik und Ökologie.

### 6.2.3.2 CONTROLLING VON ANGEBOTSPOLITIK UND LEISTUNGSPLANUNG

Die Angebotspolitik als eine der wesentlichen strategischen Entscheidungen beschreibt die Versorgungs- und Leistungsbereiche eines Krankenhauses und bildet damit das Produktportfolio und dementsprechend die Medizinstrategie des Dienstleistungsunternehmens ab. Zur Entwicklung und Umsetzung der Medizinstrategie bedarf es jährlicher Leistungsplanungen. Diese dienen der konkreten Umsetzung der Angebotsplanung und beschreiben die Versorgungsangebote in einer Zeiteinheit nach Art und Menge. Entscheidungen zur Angebotspolitik bedürfen einer ständigen Überprüfung und ggf. Anpassung. Das strategische Controlling muss hierfür auf der Grundlage differenzierter Analysen die benötigten unternehmensexternen (Frühwarn-)Informationen sowie unternehmensinternen Informationen bereitstellen. Externe Analysebereiche sind insbesondere der Versorgungsbedarf, die Wettbewerbssituation, das Zuweiserverhalten, die Patientenbewegungen, der ordnungspolitische Rahmen inklusive Strukturvorgaben, die Arbeitsmarktsituation und die medizinisch-technische Entwicklung. Intern interessieren vor allem die Leistungsstrukturen/-einheiten/-qualitäten und ihre Entwicklungspotenziale, die vorhandenen personellen Ressourcen, die Produktivitätspotenziale, die Arbeitgeberqualität, die Investitionsfähigkeit und die ökonomischen Wirkungen des medizinischen Leistungsprogramms des Krankenhauses.

### 6.2.3.3 MEDIZIN-CONTROLLING

Während das medizinische Leistungsprogramm des Krankenhauses im Rahmen der strategischen Planung festgelegt wird, werden

medizinische Entscheidungen immer fachgebietspezifisch und damit dezentral getroffen. In Bezug auf das Medizin-Controlling stehen dann bereichsbezogene Informationen zur Primärleistung und zu den Sekundärleistungen der Patientenversorgung nach Art, Umfang und Qualität im Vordergrund (Fallzahl, Kennzahlen zur Patientenstruktur, Belegungstage, Auslastung, Inanspruchnahme innerbetrieblicher Leistungen, ambulantes Potenzial, Qualitätsindikatoren und Prozesskennzahlen wie Verweildauer, OP-Zeiten, Aufnahme- und Entlasszeiten). Gegenstand des Medizin-Controllings sind außerdem Informationen zur Wahrnehmung der bereichsbezogenen Managementaufgaben durch den Chefarzt (Bedarfsplanung und -einsatz des ärztlichen Personals, Steuerung des Verbrauchs des medizinischen Sachbedarfs, Informationen über wirtschaftlich relevante Aspekte (Kodierqualität, Forderungsausfälle, Budgetplanung, Investitionsplanung u. a.). Die fachbezogenen, medizinischen Informationen des Bereichscontrollings sind in der Summe unternehmensbezogene Controlling-Informationen (z. B. Fallzahl, Case-Mix-Punkte des Krankenhauses).

#### 6.2.3.4 PFLEGE-CONTROLLING

Aufgabe der Führungskräfte der Pflege ist es, alle Einzelleistungen der Pflege - unter Berücksichtigung der Einzelleistungen der Diagnostik und Therapie - planmäßig zu gestalten und für einen geordneten und reibungslosen Versorgungsprozess jedes Patienten in den Fachabteilungen/Zentren bzw. auf den Pflegeeinheiten zu sorgen. Die Entscheidungsprozesse des Bereichs Pflege finden sowohl unternehmensbezogen als auch bereichsbezogen statt: Pflegerische Probleme können alle Patienten im Krankenhaus betreffen (z. B. Dekubitus, Schmerzen), gleichzeitig können pflegerische Probleme vom medizinischen Fachgebiet abhängig sein (z. B. Wundversorgung in der Chirurgie, Palliativpflege, Pflege auf der Intensivstation). Entsprechend dieser Managementstrukturen ergibt sich ein bereichsübergreifender und

bereichsbezogener Informationsbedarf, der durch das Pflege-Controlling abzudecken ist. Der bereichsübergreifende Informationsbedarf betrifft Informationen zum pflegerischen Leistungsprogramm (Pflegeprinzipien, Pflegemodelle/-theorien, Qualitätsniveau und -entwicklung inklusive Qualitätsschwachstellen, Pflegeprobleme u. a.), zum Personalbedarf und -einsatz generell (Qualifikationspotentiale und -erfordernisse der Pflege für bestehende und neue Aufgaben und Berufsprofile, Entwicklungen Berufsgesetze u. a.), zur Organisation (Pflegeorganisationsformen, Aufgabenzuordnung der Pflege u. a.) und zur Finanzierung der Pflege (Entwicklung des Entgeltsystems und zur Vergütung der Pflege u. a.). In Bezug auf die Fachabteilungen/Pflegeeinheiten bedarf es Informationen über Art und Umfang des Leistungsgeschehens, z. B. klassifiziert nach PPR 2.0 oder LEP, Informationen zur Implementierung von Standards, Qualitätsindikatoren und Prozesskennzahlen sowie Informationen zur Wahrnehmung der bereichsbezogenen Managementaufgaben durch die Bereichsleitung Pflege (Bedarfsplanung und -einsatz des pflegerischen Personals, Steuerung des Verbrauchs von pflegerischem Sachbedarf, Informationen über wirtschaftlich relevante Aspekte (Erlös-/Budgetplanung, Investitionsplanung).

#### 6.2.3.5 CONTROLLING UND PATIENTEN-MANAGEMENT

Das Patientenmanagement bewegt sich im Schnittstellenbereich von Medizinmanagement und Pflegemanagement und umfasst die administrative Abwicklung des gesamten Patientendurchlaufs - von der Aufnahme über die Belegung bis hin zur Abrechnung und Entlassung. Die Entscheidungsprozesse zum Patientenmanagement mit Zielfindung, Planung, Steuerung und Kontrolle sollten abteilungsübergreifend ablaufen, können dabei aber auch dezentrale Spielräume bieten (z. B. Belegungsmanagement aus Kombination von zentraler und dezentraler Steuerung). Entsprechend dieser Strukturen ergibt sich der Informationsbedarf,

der durch das Controlling abzudecken ist, u. a. Aufnahmedaten zum Patienten, Informationen über Patientenströme und Kapazitäten, Abrechnungsdaten, Informationen zur Erlös-optimierung, Informationen zur Erstellung des Entlassplans und zur Abstimmung der Anschlussversorgung.

### 6.2.3.6 FINANZ- UND INVESTITIONS-CONTROLLING

Aus finanzwirtschaftlicher Sicht geht es um Entscheidungs- und Informationsprozesse, die zum Zwecke der Existenzsicherung auf die optimale Allokation der finanziellen Ressourcen im Unternehmen unter den Rahmenbedingungen der Liquiditätsstabilität, der Rentabilität, der Wertsteigerung und der Risiko-steuerung abstellen. Das Finanzmanagement (i. w. S.) umfasst alle Finanzierungs- und Investitionsentscheidungen des Unternehmens und impliziert Maßnahmen der Mittelbeschaffung, d. h. ein Finanzmanagement i. e. S. inklusive Liquiditätsmanagement und Maßnahmen der Mittelverwendung, d. h. ein Investitionsmanagement. Entsprechend dieser Entscheidungsbereiche ist unter Berücksichtigung der finanzwirtschaftlichen Ziele des Krankenhauses ein Finanz-Controlling (i. e. S.) und ein Investitions-Controlling zur Unterstützung des Finanzmanagements zu entwickeln. Aufgabe des Finanz-Controllings (i. w. S.) ist es, den Führungskräften die benötigten strukturell-langfristigen, mittelfristigen und kurzfristigen bzw. situativen finanziellen Informationen zur Verfügung zu stellen. Dazu muss das Controlling auch die Wechselwirkungen zwischen den lang-, mittel- und kurzfristigen finanziellen Entscheidungen auf Unternehmens- und Bereichsebene des Krankenhauses unter Beachtung der Umweltentwicklungen (z. B. Entwicklung der Krankenhausfinanzierung, Wettbewerb u. a.) abbilden. Aus strategischer Sicht steht die dauerhafte Existenzsicherung durch eine langfristige Unternehmenswertsteigerung im Vordergrund, auf der dispositiven Ebene ist das Augenmerk auf die Unternehmensfortführung durch Sicherung

oder Verbesserung der Rentabilität gerichtet und in operativer Hinsicht ist die Aufrechterhaltung der Zahlungsfähigkeit das dominante Ziel. Erfolgsgrößen (Aufwendungen/Erträge bzw. Kosten/Leistungen) mit ihrem Einfluss auf das Reinvermögen des Krankenhauses spielen demnach vor allem bei strategischen, aber auch dispositiven Betrachtungen eine vorherrschende Rolle, während Liquiditätsgrößen (Ein- und Auszahlungen) vor allem in operativer Hinsicht, und Working Capital-Größen (Einnahmen/Ausgaben) sowohl in operativer als auch in dispositiver Hinsicht zentral sind. Wichtige Instrumente und Methoden sind eine integrierte Ergebnis-, Investitions-, Finanz- und Liquiditätsplanung, Erfolgsrechnungen, Kapitalflussrechnungen, Investitionsrechenverfahren, Cash-Management-Systeme u. a.

### 6.2.3.7 PERSONAL-CONTROLLING

Aufgabe des Personalmanagements ist die Personalsicherung unter Berücksichtigung der Ziele des Krankenhauses und der Erwartungen des Krankenhauspersonals. Die personalwirtschaftlichen Entscheidungen erstrecken sich auf den Personalbedarf und die Personalplanung, die Personalbeschaffung, Personalveränderungen, den Personaleinsatz, die Personalkosten und Vergütungssysteme sowie auf die Personalführung. Entsprechend dieser Bereiche sind personalbezogene Informationen vom Controlling - unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften - bei der Erhebung und Auswertung der personalwirtschaftlichen Daten bereitzustellen. Die Informationen sind vom Personal-Controlling bereichsbezogen und in der Summe unternehmensbezogen abzubilden. Das betrifft insbesondere Informationen zum Personalbestand (Über- oder Unterdeckung aktuell und zukünftig) insgesamt für das Krankenhaus und differenziert nach Kostenstellen und Berufsgruppen (z. B. Vollkräfte/Köpfe, Qualifikationsstruktur, Personalkosten), weitere Informationen zur Personalstruktur (z. B. Alter, Geschlecht, Nationalität), Zeit- und Rauminformationen in Bezug auf den Personaleinsatz (Umfang, Ort und Zeit der geforderten Leistung

und der Freizeit), Informationen zu Fehlzeiten und Fluktuation, Informationen zur Beschaffung des Personals und der fristgerechten Stellenbesetzung, Informationen zur Qualifikation der Mitarbeitenden, Informationen zu benötigten Mitarbeitendenkapazitäten (z. B. Arbeitszeit, Anzahl der Schichten, Leistungsgrad, Produktivität, Leitungsspanne), Informationen über eine bedarfsgerechte Arbeitsplatzgestaltung und -organisation mit den Möglichkeiten des flexiblen Personaleinsatzes (z. B. Anzahl der Schichten, Arbeitszeitmodelle, Auslastungsschwankungen, Zeitarbeit), Personalkosteninformationen, Informationen über Vergütungssysteme und die Entwicklung der Vergütungshöhe sowie Informationen über die Erwartungen der Mitarbeitenden an das Krankenhaus als Arbeitgeber.

#### 6.2.3.8 CONTROLLING VON EINKAUF UND LOGISTIK

Für den Betrieb und die Leistungserbringung eines Krankenhauses bedarf es einer Vielzahl unterschiedlichster Anlage- bzw. Ge- und Verbrauchsgüter (Medizinische Großgeräte, Medikalprodukte, Lebensmittel, Reinigungsmittel usw.) – je nach Versorgungsstufe, Art und Anzahl der Fachabteilungen/Zentren, der Trägerschaft (z. B. Vergabe- und Vertragsordnung für Leistungen (VOL)) und des Umfangs des Produktportfolios. Um möglichst wenig Kapital zu binden, müssen Einkauf und Logistik die Artikel bedarfsgerecht bestellen, lagern und verteilen. Das Controlling von Einkauf und Logistik unterstützt bei der komplexen Entscheidungsfindung. Typische Problemfelder liegen z. B. in den Bereichen Beschaffung (Artikelvielfalt, Sonderwünsche), Lagerhaltung (überhöhte Lagerbestände, Lagerhüter) und internes Anforderungs- und Warenverteilungssystem (Desorganisation des Belegwesens, mangelnde Koordination des Hol- und Bringendienstes).

#### 6.2.3.9 MARKETING-CONTROLLING

Im Interesse der Informationsversorgung des Marketings steht die rechtzeitige Feststellung

von Produkt- und Marktänderungen sowie die Wirksamkeit von Marketing-Maßnahmen. Marketing-Controlling muss hierbei auf die Besonderheiten der strategischen Geschäftsfelder (z. B. Akutversorgung, Reha, Pflege) und Geschäftseinheiten (Fachabteilungen/Zentren) eingehen und die Schnittstellen dieser koordinieren. Die Kundenorientierung bildet den Bezugspunkt für das gesamte Planen, Steuern und Kontrollieren im Rahmen des betrieblichen Marketing-Managementprozesses. Das Marketing-Controlling liefert Informationen zur Marketingsituation des Krankenhauses z. B. mittels SWOT-Analyse als Grundlage für die Festlegung der Marketingziele sowie Kennzahlen für die Messung der Zielerreichung (z. B. Steigerung des Marktanteils, Umsatzsteigerung, Erhöhung der Patienten- und Mitarbeitendenzufriedenheit, Erhöhung des Bekanntheitsgrads, Veränderung des Images) in Abhängigkeit der Zielgruppen (Patienten, niedergelassene Ärzte, Mitarbeitende) sowie der Marketingstrategie des Gesamtunternehmens und einzelner Geschäftsfelder (Geschäfts- und Marktfeldstrategien, Marktfeldstrategien, Kooperationsstrategien u. a.). Zur Umsetzung der marktbezogenen Ziele und Strategien sind die marketingpolitischen Instrumente (Angebotspolitik, Kommunikationspolitik, Distributionspolitik, Preispolitik u. a.) so einzusetzen, dass die Zielgruppen i. S. der strategischen Vorgaben beeinflusst werden können. Das erfordert z. B. im Rahmen der Angebotspolitik Kundenbefragungen und Analysen über Angebotsinnovationen oder -modifikationen in Bezug auf die Kernleistung sowie in Bezug auf Serviceleistungen, die den Kunden (primär jedoch dem Patienten) ergänzend zur eigentlichen Krankenhausleistung angeboten werden (z. B. Wahlleistungen).



### 6.2.3.10 CONTROLLING UND FACILITY MANAGEMENT

Aufgabe des Facility Managements ist die aktive und ganzheitliche (unternehmerische) Bewirtschaftung aller infrastrukturellen Ressourcen (Gebäude und technische Anlagen) und Dienstleistungen (insbesondere Tertiärleistungen), die dazu dienen, das eigentliche Kerngeschäft des Unternehmens zielgerecht, kostenminimal und qualifiziert durchführen zu können. Die Leistungen des Facility Managements haben damit im weitesten Sinne mit dem Objekt „Gebäude“ und mit allen technischen Anlagen und unterstützenden Funktionen zu tun. Typische Entscheidungsfelder des Facilitymanagements sind die Festlegung der Dienstleistungsbreite und der Dienstleistungstiefe der Unterstützungsleistungen (Reinigung und Service, Gastronomie, IT, Medizin-Technik, Gebäudebetriebstechnik, Energiemanagement, Entsorgung, Garten- und Winterdienste u. a.) sowie des Leistungsmodells (Fremdbezug, Eigenbezug, Mischform), außerdem die Festlegung der Kapazitäten und der Ressourcen zur Erbringung der FM-Leistungen (z. B. Personalbedarf zur Planung, Beschaffung und Wartung von Medizin-Technik, Ressourcen zur Planung eines Gebäudes und Bauausführung.). Aufgabe des Controllings ist es, die notwendigen Facility Management-Informationen zu liefern und die Facility Management-Leistungen und Kosten transparent zu machen.

## 6.2.4 IMPLIKATIONEN FÜR DAS CONTROLLING

### 6.2.4.1 CONTROLLING UND DIGITALISIERUNG

Potentiale der Digitalisierung liegen in der Veränderung der Übertragungswege von Daten und der Vernetzung von Informationen durch den Einsatz intelligenter Informations- und Kommunikationstechnologien (z. B. Einsatz mobiler KIS-Lösungen und cloud-basierte Systeme). Dem Controlling eröffnet die Digitalisierung - z. B. mit Hilfe von Data

Warehouse Lösungen - eine erweiterte Datenbasis und Fortschritte im Zugang zu den Daten der jeweiligen IT-Systeme. Die Möglichkeiten der automatisierten und standardisierten Datenbeschaffung, der Datenvernetzung, der Strukturierung und Auswertung auch von größeren Datenmengen in kürzerer Zeit und einer empfangenorientierten, flexiblen Berichterstattung vergrößern sich. Besonders hilfreich ist die Digitalisierung im Bereich Rechnungswesen, Planung und Budgetierung sowie Reporting.

### 6.2.4.2 CONTROLLING UND NACHHALTIGKEIT

Eine nachhaltige Unternehmensführung integriert ökonomische, soziale und ökologische Belange in die Unternehmenstätigkeit und in die Wechselbeziehungen mit den Stakeholdern. Damit Nachhaltigkeitsaspekte in die Entscheidungsfindung des Managements einbezogen werden können, sind entsprechende Informationen vom Controlling zu beschaffen, aufzubereiten und bereitzustellen (für den Bereich Ökologie z. B. Verbrauchs- und Kosteninformationen zu Energie, Wasser, Abfall insgesamt und differenziert nach Bereich und pro Patient, Ökoeffizienzinformationen in Bezug auf Produkte, die in großen Mengen eingesetzt werden, CO<sub>2</sub>-Fußabdruck des Krankenhauses). Dazu ist es notwendig, die bestehenden Planungs- und Kontrollsysteme weiterzuentwickeln (z. B. Integration ökologischer Aspekte in die strategische Planung) und die Controlling-Methoden und Instrumente zu erweitern (z. B. ökologieorientiertes Rechnungswesen, Sustainability Balanced Scorecard), ggf. neue Ansätze zu etablieren (z. B. Sustainable Value Ansatz). Ziel sollte es sein, die relevanten quantitativen und qualitativen Informationen in einen ganzheitlichen Unternehmensberichterstattungsansatz aufzunehmen. Dieser muss sowohl eine betriebswirtschaftliche interne Steuerung ermöglichen als auch rechtlichen Anforderungen genügen (s. Berichterstattungspflicht von Unternehmen ab 2025 nach der CSRD-Richtlinie – Corporate Sustainability Reporting Directive).

# **Wandel von Versorgungs- und Management- strukturen**





Wir leben in einer sich schnell verändernden Welt. Alte Gewissheiten scheinen obsolet. Auch das Krankenhausmanagement muss sich den neuen Realitäten stellen. Dabei geht es nicht nur um die Herausforderungen, die neue Gesetze mit sich bringen. Wenn Deutschland sich verändert, wenn die Wirtschaft sich verändert, wenn neue Mitarbeitende andere Erwartungen haben, auch technische Herausforderungen, wie die dringend notwendige Digitalisierung, zu bewältigen sind, müssen alte, bisher gewohnte Lösungsmuster auf ihre Sinnhaftigkeit geprüft und auch in Frage gestellt werden. Wenn sich die Welt um uns herum schnell wie nie verändert, sind neue Managementkompetenzen notwendig.

Wenn Komplexität zunimmt, wünschen sich viele Vereinfachung. Ein verständlicher Wunsch, der aber nicht in Erfüllung gehen wird. Sich damit und mit der eigenen Rolle auseinanderzusetzen ist essenziell. Dazu gehört ein Perspektivwechsel, der auch Kompetenzverschiebungen

und Verhaltensänderungen beinhaltet. Auch in den Krankenhäusern brauchen wir eine Organisationkultur, die Veränderungen nicht nur ermöglicht, sondern aktiv befördert. Der Führungsstil muss den Mitarbeitenden ermöglichen, die gemeinsam festgelegten Ziele eigenverantwortlich und in Teilen auch autonom zu verwirklichen. Das bedeutet nicht, dass am Ende niemand die Verantwortung für das Ganze übernimmt. Einer oder eine muss letztendlich natürlich die Gesamtverantwortung tragen. Welche neuen Managementkompetenzen sind wichtig für die Zukunftsfähigkeit unserer Krankenhäuser, Rehakliniken und Pflegeheime? Wir sind Führungskräfte in einer inzwischen äußerst dynamischen Branche, die in den kommenden Jahren erheblichen strukturellen Veränderungen ausgesetzt sein wird, die es nicht nur zu erleiden, sondern zu gestalten gilt. Dazu kommen Personalmangel, eine erhebliche Arbeitsbelastung für alle hier Tätigen, die Digitalisierung, Vernetzungen in einem erheblichen Maße nicht nur der Krankenhäuser



untereinander, sondern auch der Kliniken mit den anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Auch die Berufe wandeln sich, erfordern neue Kompetenzen, eine neue Art der Zusammenarbeit. Veränderungen müssen ganzheitlich gedacht werden und alle Bereiche und Ebenen der Klinikorganisation einbeziehen.

Daraus resultiert die Notwendigkeit systemischer Optimierung, eine strukturierte Kommunikation, Veränderungen der Unternehmenskultur, Offenheit für Veränderungen, die Weiterentwicklung interner Fähigkeiten und eine Führung, die Mitarbeitende ermutigt, befähigt und alle Generationen ihren Möglichkeiten entsprechend einbindet. Mit ihnen steht und fällt der Erfolg des Krankenhausunternehmens und die erfolgreiche Transformation – denn darum geht es.

Für den Manager bedeutet das, neue Denk- und Verhaltensmuster zu entwickeln, die für die resiliente und agile Führung und die Zukunftsfähigkeit des Krankenhauses künftig notwendig

sind. Gerade jetzt sehen wir etwa, dass sich Sozialkompetenz zu einer zentralen Führungseigenschaft entwickelt. Defizite in diesem Bereich führen bei den Mitarbeitenden zu Leistungszurückhaltung.

Das Fazit: In den kommenden Jahren werden die Herausforderungen an das Krankenhausmanagement deutlich größer, ihre Häuser erfolgsorientiert zu führen und in einem sich stetig weiter vernetzenden Gesundheitswesen Stabilität zu erhalten bzw. zu erlangen. Dabei liegt der Fokus neben der Wirtschaftlichkeit noch stärker als zuvor auf den sozialen Aspekten der Führungstätigkeit, die sich sowohl auf die Belegschaft als auch auf die Patienten beziehen. Die neuen Gesetze, vor allem die große Krankenhausreform, aber auch die allgemeine wirtschaftliche und soziale Lage erfordern nicht nur neue Kenntnisse, Durchhaltefähigkeiten, viel Flexibilität, strategisches Geschick, neue Führungsansätze und -qualitäten, sondern auch eine erhebliche Selbstreflexion des Managements auf allen Ebenen des Krankenhauses.

A large, stylized letter 'A' in a medium blue color, centered on a dark blue background. The letter has a trapezoidal top and bottom, with a triangular cutout in the middle. The word 'Anhang' is written in white, bold, sans-serif font across the upper part of the letter.

**Anhang**

---

**A.** Autorinnen und Autoren

---

**B.** Nachwort

---

**C.** Tabellenverzeichnis

## Autorinnen und Autoren

(In alphabetischer Reihenfolge)



Bild: Lydia Graggo

### Stefan Günther, M. A.

Stefan Günther ist Referent des Direktors im Geschäftsbereich Wirtschaft und Finanzen und leitet zudem das Controlling der Medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz (medbo) in Regensburg. Nach seinem Studium der Betriebswirtschaftslehre hatte er berufsbegleitend ein Masterstudium im Fach Management im Gesundheitswesen und Gesundheitsökonomie absolviert. Er leitet innerhalb der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen des VKD gemeinsam mit einem Kollegen eine Arbeitsgruppe zur PPP-RL und ist sowohl Mitglied der Expertengruppe des IQTIG zum Strukturhebungsverfahren PPP-RL, wie auch beratend für IGES zur Evaluation der PPP-RL tätig. Seit 2023 fungiert er darüber hinaus als Herausgeber des Fachmediums f&w Psych im Bibliomed-Verlag.



Bild: Privat

### Dipl.-Volkswirtin Irmtraut Gürkan

Irmtraut Gürkan war von 2003 bis 2019 als Kaufmännische Direktorin und Stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Universitätsklinikums Heidelberg tätig. Nach Abschluss ihres Studiums der Volkswirtschaftslehre an der Georg-August-Universität Göttingen 1976 war sie zunächst bei der AOK Frankfurt im Vertragswesen tätig und wechselte 1979 an das Universitätsklinikum Frankfurt, 1984 wurde sie hier Stellvertretende Verwaltungsdirektorin, 1990 wurde sie zur Verwaltungsdirektorin und nach Rechtsformwechsel zum 01.01.2001 zur Kaufmännischen Direktorin bestellt. Frau Gürkan war Gründungsmitglied des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und lange Jahre im Vorstand des VUD tätig. Zu ihrem gesellschaftlichen Engagement und Ehrenämtern zählten zahlreiche Mitgliedschaften in Institutionen und Ausschüssen des Gesundheitswesens. Derzeit ist Irmtraut Gürkan mit zahlreichen Mandaten im Gesundheitswesen betraut, u. a.: Charité Berlin, Stellvertretende Aufsichtsratsvorsitzende; Universitätsmedizin Göttingen, stellvertretende Vorsitzende des Stiftungsausschusses; Stiftung Alice-Hospital vom Roten Kreuz, Vorsitzende des Kuratoriums; Eurotransplant Leiden / NL, Mitglied des Supervisory Board.

Bild: Selbsterstellt



### Dr. Rudolf Hartwig

Dr. Rudolf Hartwig ist seit 1982 Mitglied im VKD und hatte dort von 1990 bis 2008 verschiedene Funktionen im Präsidium inne. Nach dem Wirtschaftsingenieur-Studium und der Promotion an der TU Berlin hatte Dr. Hartwig zuerst verschiedene Tätigkeiten in der Industrie, bis er sich 1980 der Gesundheitsbranche zuwandte. Der Einstieg war die Beratung beim Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) in Düsseldorf und später bei Prognos in Basel. Aus den VKD-Funktionen heraus seit 1990 Mitarbeit im Ausschuss für Krankenhausfinanzierung der DKG und im Kuratorium des DKI. Nach der Beratungszeit operative Verantwortung als Geschäftsführer bzw. Vorstand bei der Kaiserswerther Diakonie, dem Krupp Krankenhaus Essen sowie bei Prodiako Hannover. Seit dem Ruhestand Ehrenmitglied im VKD und noch Mitarbeit in der Projektgruppe.



Bild: Claudia Jost, Dresden

### Dipl.-Kfm. Dirk Köcher

Dirk Köcher ist seit April 2022 kaufmännischer Direktor und erster Betriebsleiter des Städtischen Klinikums Dresden, welches mit 1.500 stationären Betten zu den größten kommunalen Krankenhäusern in Deutschland gehört. Zuvor war der studierte Gesundheitsökonom mehr als zwölf Jahre in Leitungs- und Geschäftsführerfunktionen bei der Rhön-Klinikum AG sowie der Helios-Kliniken GmbH im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge tätig. In der Krankenhausgesellschaft Sachsen (KGS) leitet er seit 2020 den Fachausschuss Krankenhausorganisation und seit 2021 ist er Vorsitzender der Landesgruppe Mitteldeutschland (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD). Anfang 2024 hat der gebürtige Rheinländer ferner den Vorsitz des Gruppenausschusses Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen des Verbandes der kommunalen Arbeitgeber (VKA) übernommen, der deutschlandweit etwa 500.000 Mitarbeitendeinnen und Mitarbeitende in kommunalen Gesundheitseinrichtungen vertritt.

Bild: Lopata/Axentis



### **Christian Pellehn, M.A.**

Christian Pellehn ist seit 2021 Projektleiter und stellvertretender Referent Strategie & Unternehmensentwicklung der Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH (GLG) in Eberswalde. Zuvor war er Referent der Geschäftsführung für strategische Unternehmensentwicklung am Universitätsklinikum Brandenburg. Nach seinem Bachelorstudium des Controllings in der Gesundheitswirtschaft an der Ostfalia Hochschule in Wolfenbüttel und seinem Masterstudium Healthcare Management an der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald war er zunächst Patientenmanager sowie Manager für die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) an der Berliner Charité und später Referent für Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e. V. in Potsdam. Herr Pellehn engagiert sich seit einigen Jahren für den VKD, u. a. ist er Gründungsmitglied der AG Junger VKD.



Bild: Stiftungsklinikum PROSELIS

### **Dipl.-Kfm. (FH) André Sonntag**

André Sonntag ist seit Juli 2017 Vorsitzender der Geschäftsführung des Stiftungsklinikums PROSELIS gGmbH (Prosper-Hospital, Recklinghausen und St. Elisabeth-Hospital, Herten), bis 2019 als KVVR – Klinikverbund Vest Recklinghausen gGmbH firmierend. Zuvor war er über zehn Jahre beratend für die Krankenhausberatung Jüngerkes & Schlüter GmbH, Düsseldorf und später auch die Curacon GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft tätig, davon insgesamt acht Jahre in geschäftsführender bzw. leitender Funktion. Nach seinem Studium der Betriebswirtschaft in Einrichtungen des Gesundheitswesens (BIG) an der Hochschule Osnabrück sammelte er erste Berufserfahrungen bei der Rhön Klinikum AG und anschließend weitere fünf Jahre im Alfred Krupp Krankenhaus. André Sonntag engagiert sich in verschiedenen Interessensvertretungen und Vereinen, u. a. BBDK – Berufsbildungswerk der Krankenhäuser e. V., KGNW – Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V. und dem Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V.

Bild: Klinikum Gütersloh



### Andreas Tyzak, LL.M.

Andreas Tyzak ist Kaufmännischer Direktor und Prokurist der Klinikum Gütersloh gGmbH sowie Prokurist des MVZ am Klinikum Gütersloh gGmbH. Er ist Volljurist und Absolvent des Masterstudiengangs Medizinrecht in Düsseldorf. Vor seiner heutigen Tätigkeit war er als Referent und Geschäftsführer eines evangelischen Krankenhausverbands sowie als Verwaltungsdirektor in einem diakonischen Grund- und Regelversorger tätig. Er leitet seit Oktober 2022 den Fachausschuss für Betriebswirtschaft im VKD, in dieser Funktion ist er als beratendes Mitglied in den Fachausschuss für Krankenhausfinanzierung der Deutschen Krankenhausgesellschaft berufen. Zudem ist er seit September 2014 im Fachausschuss für Krankenhausorganisation der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) engagiert und hat im November 2022 den Vorsitz in diesem Ausschuss übernommen. Er ist seitdem auch beratendes Mitglied im Vorstand der KGNW.



Bild: Hochschule Osnabrück

### Prof. Dr. Julia Oswald

Julia Oswald ist seit 2014 Professorin für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Krankenhausmanagement und -finanzierung an der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Osnabrück sowie Beauftragte des Studiengangs Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen (BIG). Julia Oswald ist u. a. Mitglied im Fachausschuss Betriebswirtschaft des Verbands der Krankenhausesdirektoren Deutschlands (VKD) und des Editorial Boards zum jährlichen WidO-Krankenhaus-Report. Außerdem ist sie als Dozentin in der Krankenhauspraxis mit den Schwerpunkten Finanzierung, Management und Controlling tätig. Zuvor übte Julia Oswald mehrere Jahre lang Tätigkeiten in Führungspositionen im Krankenhaus aus.



---

**Dr. med. Jens-Uwe Schreck, MPH**

Dr. Jens-Uwe Schreck ist seit 2019 Geschäftsführer des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD). Zuvor trug er für zehn Jahre Verantwortung als Geschäftsführer der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e. V. in Potsdam sowie von 2002 bis 2008 als stellvertretender Geschäftsführer des Dezernats Personalwesen und Krankenhausorganisation der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in Berlin. Der Facharzt für Chirurgie promovierte an der Humboldt Universität zu Berlin und absolvierte Anfang der Zweitausender Jahre zusätzlich ein Studium der Gesundheitswissenschaften an der TU in Dresden.

# Nachwort

Die Mitglieder der Task-Force haben sich in gut zwei Jahren gemeinsamer Arbeit der Aufgabe gestellt, die Rahmenbedingungen und deren Auswirkungen auf die Arbeit der Führungskräfte in den Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken heute und morgen zu definieren und daraus auch Hinweise für die praktische Arbeit zu entwickeln.

Mit der Broschüre „Entscheidungsorientiertes Krankenhausmanagement 2.0 Rahmenbedingungen – Ziele – Perspektiven“ ist eine Arbeitshilfe für unsere Mitglieder entstanden, die nun sowohl digital als auch als gedrucktes Medium zur Verfügung steht.

Diese Arbeit der Task-Force-Mitglieder, die sie neben ihren eigentlichen Aufgaben in den Kliniken leisteten, kann nicht genug gewürdigt werden. Es waren engagierte Praktiker – und mit ihnen als erfahrener Senior auch Dr. Rudolf Hartwig – am Werk, die Kompetenzen aus Kliniken verschiedener Träger und Größen mitbrachten und unterschiedlichen Altersgruppen angehörten.

Herausragend und für uns alle in der Task-Force auch inspirierend war die wissenschaftliche Leitung der Gruppe sowie die Moderation durch Prof. Dr. Julia Oswald von der Hochschule Osnabrück, die als Grundlage der Arbeit auch eine entsprechende Projektskizze erarbeitet hat. Ihr ist ganz besonders zu danken!

Nochmals – meinen ganz herzlichen Dank an die gesamte Task-Force verbunden mit dem Wunsch, dass ihre Arbeit vielen unserer Mitglieder eine Hilfe sein wird.

Ihr

**Dr. Jens-Uwe Schreck**

Geschäftsführer des  
Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)



# Verzeichnisse

---

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Externe Rahmenbedingungen - Status Quo für ausgewählte Schwerpunkte	12
Tabelle 2: Externe Rahmenbedingungen - Perspektiven für ausgewählte Schwerpunkte	14
Tabelle 3: Managementebenen im Krankenhaus	20
Tabelle 4: Strategische Entscheidungen	24
Tabelle 5: Dispositive Entscheidungen	32
Tabelle 6: Operative Entscheidungen	36
Tabelle 7: Patientenbezogene Entscheidungen	39
Tabelle 8: Anforderungen an das Management in Bezug auf ausgewählte Schwerpunkte	52

# Impressum

## **Herausgeber    Redaktion**

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland  
e. V.

Prof. Dr. Julia Oswald  
Dr. Jens-Uwe Schreck  
Oranienburger Straße 17  
10178 Berlin-Mitte  
Kontakt: vkdgs@vkd-online.de

## **Geschäftsstelle**

Oranienburger Straße 17  
10178 Berlin  
www.vkd-online.de  
vkdgs@vkd-online.de

## **Layout und Satz**

3MAL1 GmbH  
Am Carlsgarten 10 B  
10318 Berlin  
3mal1.de

## **Redaktionsschluss**

Februar 2024

ISBN: 978-3-9824997-2-7

Alle nach Redaktionsschluss gesundheitspolitisch in Bund und Ländern entschiedenen Gesetze und Regelungen konnten von den Autoren nicht berücksichtigt werden.



Verband der  
Krankenhausdirektoren  
Deutschlands e.V.