

1 Stationsorganisation

»Die Stationsleitung ist der unterschätzteste Faktor zum Erfolg der Organisation.« (Martin Mengel)

1.1 Einbindung der Station in das Unternehmen Krankenhaus

Die Station ist ein fester Bestandteil des Krankenhauses. Sie als Stationsleitung sind eine der wichtigsten Größen des operativen Betriebes. Das Krankenhaus benötigt die Station als eine der wesentlichen Organisationseinheiten, um dem Versorgungsauftrag gerecht zu werden und um somit Erlöse zu generieren. Die Station kann die Patient*innen nur versorgen, wenn das Krankenhaus beziehungsweise die Einrichtung die Räumlichkeiten, das Personal und das Material zur Verfügung stellt. Diese symbiotische Verknüpfung der Interessen gewährleistet die Existenz eines Krankenhauses. Bedingt durch diese gegenseitige Abhängigkeit kann es bei gegensätzlichen Interessen von Stationspersonal und Krankenhausleitung zu tiefgreifenden Konflikten kommen, die unter Umständen die Existenz eines Krankenhauses bedrohen können.

Das Unternehmen Krankenhaus steht in unserer Zeit unter einem enormen Druck zum wirtschaftlichen Handeln. Zudem befinden sich die Organisationen in einer ständigen Konkurrenzsituation mit anderen Krankenhäusern und Leistungserbringenden. So mit müssen alle Akteur*innen sich laufend einer neuen Gesetzgebung anpassen und wer-

den mit den wachsenden Qualitätsansprüchen der Patient*innen konfrontiert (opta data Zukunfts-Stiftung gGmbH 2024).

Das Pflegepersonal der Station beziehungsweise des Bereiches sollte den wachsenden Qualitätsansprüchen der Patient*innen durch professionelle Pflegekonzepte gerecht werden, hat jedoch weniger Personal zur Verfügung als in der Bedarfserfassung erhoben wurde (Aussetzung der Pflegepersonalregelung = PPR). Dies führt dazu, dass auch ein geringeres Budget zur Verfügung steht als auch mehr Patient*innen pro Jahr versorgt werden müssen. Auch nimmt die Verweildauer zu, was bedeutet, dass kürzere Liegezeiten kompensiert werden. Wichtig ist letzteres da gerade in den ersten Tagen die Patient*innen sehr pflegeaufwändig sind. Der Pflegeberuf, der schon seit jeher zu den physisch und emotional am stärksten belastenden Berufen gehört, ist nun dazu aufgefordert, diesen neuen Anforderungen gerecht zu werden.

Eckdaten der Zahlen aus dem Jahr 2022 der Krankenhäuser in Deutschland

- 1891 Krankenhäuser in Deutschland
- 16,8 Millionen Patient*innen

1 Stationsorganisation

- 480.382 Betten aufgestellt
- 16.802.693 Fallzahlen
- Verweildauer 7,2 Tage
- 12,7 Milliarden Euro Kosten

Zur besseren Visualisierung der Daten ist die folgende Abbildung gut geeignet. Die ► Abb. 1.1 zeigt die 1891 Krankenhausseinrichtungen welche mit Stand 2022 an der Versorgung in Deutschland beteiligt waren.

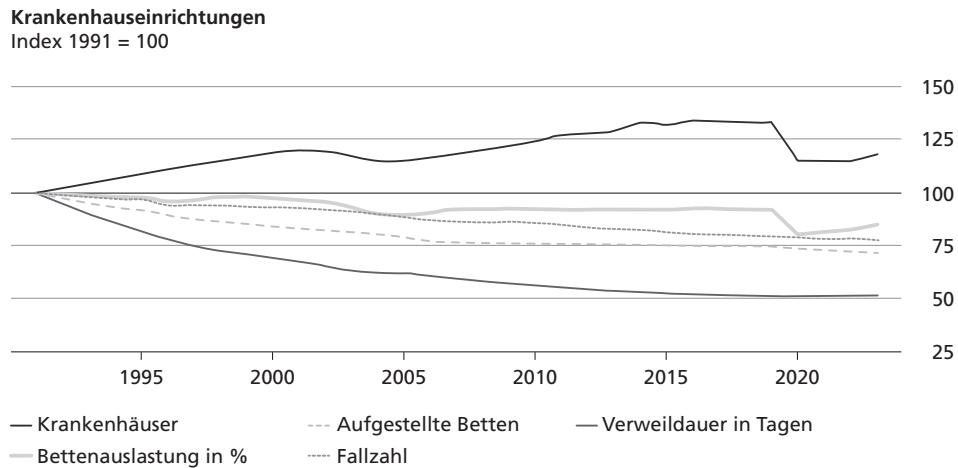


Abb. 1.1: Krankenhouseinrichtungen in 2022 (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html#sprg229152).

Zur besseren Kenntlichmachung der Daten zu den Beschäftigungszahlen ist die folgende ► Abb. 1.2 wirklich geeignet. Diese Abbil-

dung zeigt die Anzahl der Beschäftigten im Krankenhaus, welche mit Stand 2022 an der Versorgung in Deutschland beteiligt waren.

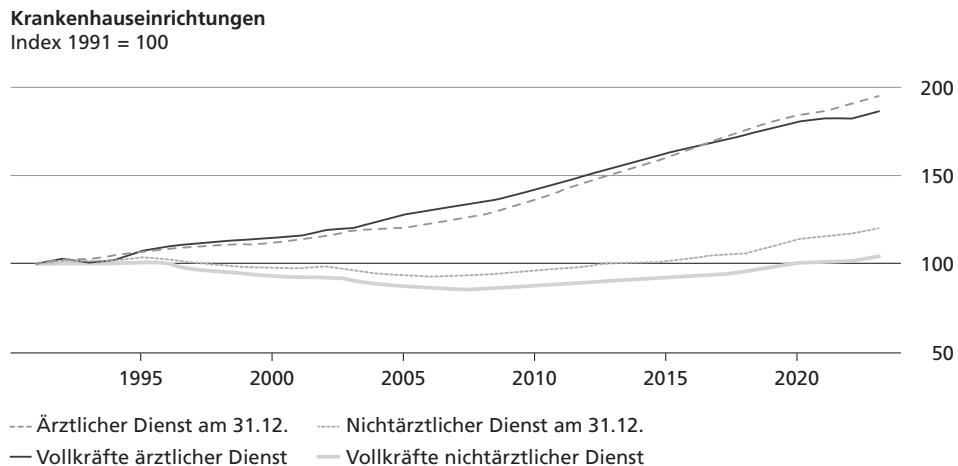


Abb. 1.2: Beschäftigte im Krankenhaus in 2022 (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/_Grafik/_Interaktiv/krankenhausbeschaeftigte.html).

Praxishinweis

Zur Einführung ist es sinnvoll Zahlen die bundesdeutschen Krankenhäuser aufzuzeigen. Die nachfolgenden Daten stammen aus dem Statistischen Bundesamt und wurden unter folgender Url: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html am 18.02.2025 abgerufen. Noch ausführlichere Informationen zu den Zahlen im Gesundheitswesen finden Sie regelhaft bei DESTATIS. Eine kurze Internetrecherche bringt Sie ans Ziel.

Um unter diesen Bedingungen zu bestehen, stellt hoch motiviertes, kreatives und innovatives Personal, das die gemeinsamen Interessen vertritt, eine der wichtigsten Voraussetzungen dar. Dieser Denkansatz wird weiterverfolgt in dem Konzept der Unternehmenskultur, auch geläufig als Corporate Culture oder Corporate Identity bezeichnet. Die Bedeutung dieser Begriffe ist jedoch tiefgreifender. Es geht hierbei nicht nur um das Miteinander der Mitarbeiter*innen, sondern vielmehr um die Identifizierung mit den Werten und Normen des gesamten Unternehmens, um Sinngabe, positives Auftreten, Engagement, die Integration von unterschiedlichen Interessen und die Bildung eines positiven Betriebsklimas.

Ein Beispiel für den Aufbau einer Corporate Identity innerhalb des Krankenhauses kann eine Abteilung selbst leisten. Beispielsweise bietet sich hier die Leitbilderstellung der Zentralen Notaufname an, welcher Bestandteil des Werkes ist (► Kap. 1.9).

Diese Ansprüche sind gewaltig und umso schwerer zu verwirklichen, je größer das Unternehmen ist. So kann beispielsweise eine Universitätsklinik oder Universitätsmedizin, die über 2000 Patient*innenbetten zur Verfügung stellt, an die 9.000 Mitarbeitenden haben. Im Vergleich kann ein neu gegründeter Pflegedienst mit unter zehn Mitarbeiten-

den auch einen wichtigen Beitrag innerhalb des gesamten Gesundheitswesens beitreten.

Die Einführung einer Unternehmenskultur im Krankenhaus ist deshalb so schwierig, weil eine klare Abgrenzung zwischen den Berufsgruppen besteht, mitunter eine strenge Hierarchie herrscht, Macht- beziehungsweise Einflussinteressen einzelner Akteur*innen oder von Gruppen vorherrschen, verschiedene Ideologien der Berufsgruppen bestehen weiterhin. Eine Unternehmenskultur kann ebenso keine Dienstanweisung oder ein reines Marketinginstrument sein. Sie muss von den Mitarbeiter*innen verinnerlicht werden, um erfolgreich zu sein. Die Einführung einer Kultur ist ein langwiger Prozess, der schon in den Zeiten wirtschaftlicher Stabilität beginnen muss, um in schwierigen Zeiten die Existenz des Krankenhauses zu garantieren.

Die Pflege, als die zahlenmäßig größte Berufsgruppe im Krankenhaus, muss sich ihrer Verantwortung im Unternehmen zunehmend bewusstwerden. Als eigenständige und vollwertige Partner*innen anderer Berufsgruppen kann sie mit Maßnahmen und Strategien zur Entwicklung der Unternehmenskultur beitragen. Ein Erfolg dieser Bemühungen

- stärkt ein wir-Gefühl der Profession Pflege im Krankenhaus,
- ermöglicht pflegerische Höchstleistungen,
- schafft einen Innovationsspielraum,
- verstärkt das Gefühl, an etwas Besonderem mitzuarbeiten,
- macht die Umsetzung von hohen Qualitätsansprüchen möglich,
- verringert die Personalflokuation und
- sichert einen attraktiven zukunftsfähigen Arbeitsplatz.

Einbindung einer ambulanten Einrichtung in das soziale Netz

Die wachsende Bedeutung der ambulanten pflegerischen Versorgung hängt mit der zunehmenden Lebenserwartung der Menschen

zusammen, die zurzeit für neugeborene Jungen bei 78,3 und für Mädchen bei 83,2 Jahren liegt (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/>

demografie-lebenserwartung.html). Heute kann ein 60-jähriger Mann noch mit über 15 Jahren rechnen, eine 60-jährige Frau sogar mit über 20 weiteren Lebensjahren.

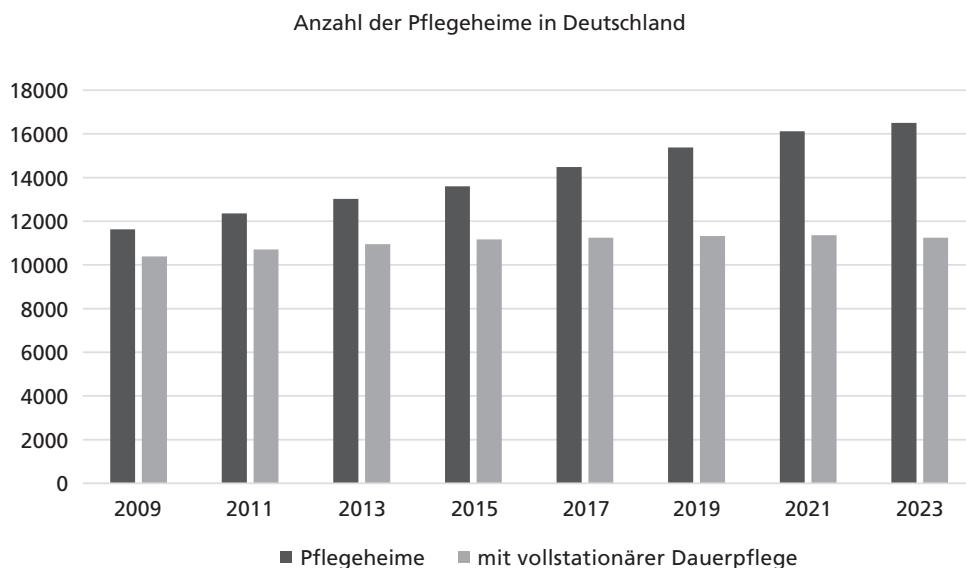


Abb. 1.3: Anzahl Pflegeheime (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegeeinrichtungen-deutschland.html>).

Gleichzeitig ändern sich die Familienstrukturen und damit verbunden sinkt die innerfamiliäre Pflegekapazität. Weiterhin zeigt sich eine eindeutige Tendenz von der stationären hin zur ambulanten Pflege (► Abb. 1.4) aufgrund der damit verbundenen Kostensenkung sowie des Personalengpasses. Unterstützt wird diese Entwicklung durch die Pflegeversicherung, die die Entwicklung durch gezielten Einsatz der Zahlung des Pflegegeldes sowie der ambulanten Sachleistungsbezüge fördert und mitfinanziert. Auch die Intensivierung der Beratungsstrukturen rund um die Pflegeberatung unterstreichen dies. Die Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege sowie der Ambulanten Pflegedienste ist in der nachfolgenden Übersicht aufgeführt.

Die Einbindung von ambulanten Pflegediensten in unser soziales Netz ist eine gesetzlich

geforderte Leistung zur Sicherung der Ansprüche der Versicherten gemäß § 3, SGB XI. Im Jahr 2021 waren mehr als 15.000 ambulante Pflegeeinrichtungen in Deutschland tätig. Zu den ambulanten Einrichtungen gehören ambulante Pflegedienste, Familienpflegeeinrichtungen, Dorfhelperinnenstationen, Selbsthilfegruppen und nicht zuletzt die Tagespflegeeinrichtungen als auch Betreuungsdienste. Die ambulanten Einrichtungen werden flächendeckend von freigemeinnützigen, kirchlichen oder privaten Trägern unterhalten. Sie sichern dem alten, kranken oder behinderten Menschen die Möglichkeit, das Leben so lang wie möglich in der gewohnten Umgebung zu führen. Ebenso werden pflegende Angehörige, Nachbar*innen und Freunde in ihrer Pflegebereitschaft unterstützt. Das Aufgabenspektrum der ambulanten Pflegeeinrichtungen umfasst Grundpflege, medizi-

nische Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Die Kosten für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden

zum Teil von den Pflegekassen getragen. Die medizinische Behandlungspflege finanzieren zum Teil die Krankenkassen.

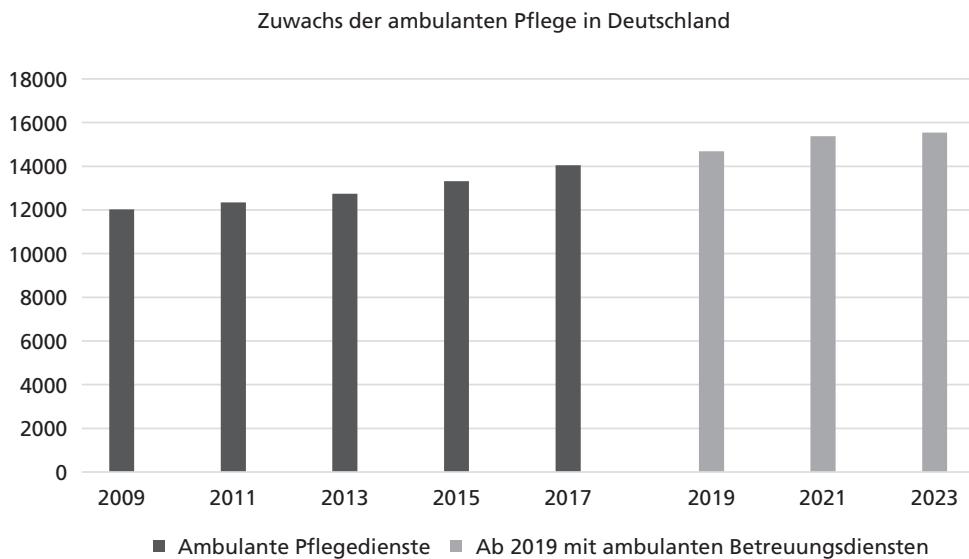


Abb. 1.4: Zuwachs ambulante Pflege (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegeeinrichtungen-deutschland.html>).

Die ambulanten Dienste stehen heute, genauso wie die Krankenhäuser, unter einem enormen Druck zum wirtschaftlichen Handeln. Die niedrige Vergütung der Einzelleistungen gemäß SGB V und SGB XI lässt nur noch kurze Anwesenheitszeiten des Pflegepersonals bei den Patient*innen zu und das bei gleichzeitig wachsenden Qualitätsansprüchen des Gesetzgebers, der Kostentragenden und der Kund*innen. Unter diesen Bedingungen geraten viele Pflegekräfte an den Rand ihrer persönlichen Leistungsgrenzen sowie an die Grenzen des empfundenen und erlernten Pflegeverständnisses.

Die gesellschaftliche Thematik der Pflege zeigt sich auch in der nachfolgen ► Abb. 1.5. Diese Abbildung zeigt die Anzahl der Beschäftigten im Krankenhaus, welche mit Stand 2022 an der Versorgung in Deutschland beteiligt waren. Die Anzahl der Beschäftigten nimmt offenkundig zu.

Die Betrachtung der Beschäftigten ist im Hinblick auf die Anzahl der steigenden Pflegebedürftigkeit wichtig. Als Beispiel dient hier das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern: In der aufgeführten ► Abb. 1.6 ist deutlich erkennbar, dass jeder Landkreis eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit feststellt.

1 Stationsorganisation

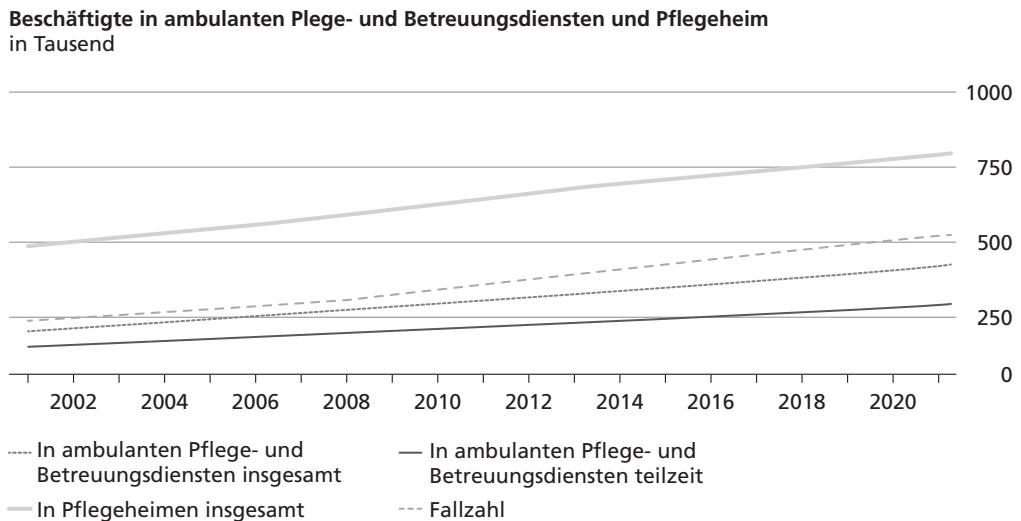


Abb. 1.5: Beschäftigte in der ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten und Pflegeheimen (https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Grafiken/Gesundheit/2023/_Interaktiv/20230511-beschaeftigte-pflege.html).

SPV - Pflegebedürftige Anzahl je 1.000 Einwohner 2019 / 2021 | Landkreise / kreisfreie Städte MV

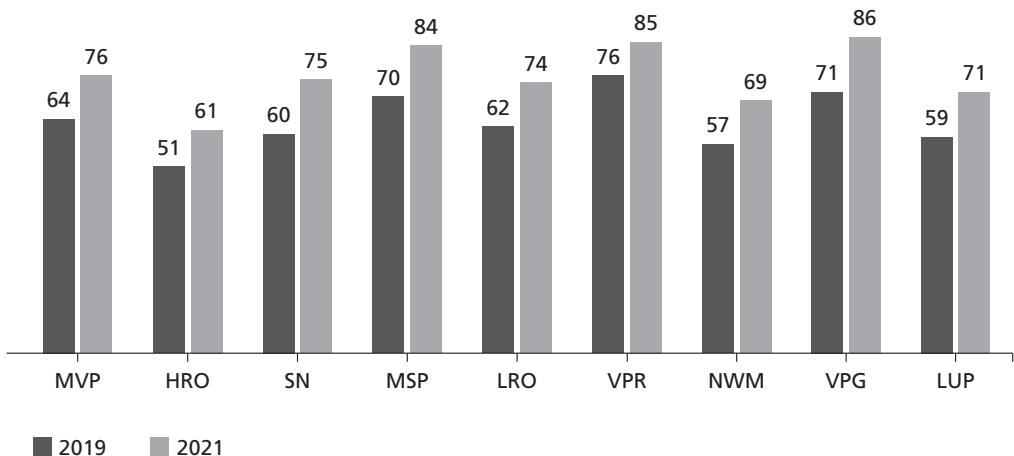


Abb. 1.6: Pflegebedürftigkeit in Mecklenburg-Vorpommern nach Landkreisen unterteilt (<https://www.vdek.com/LVen/MVP/fokus/Basisdaten-Mecklenburg-Vorpommern-2023-24/vdek-Basisdaten-MV-2023-24-Pflege/vdek-Basisdaten-Gesundheitswesen-MV-Pflege.html>).

1.2 Krankenhausfinanzierung

Bevor die Einordnung der Finanzierung erfolgt ist es wichtig die Krankenhäuser grundlegend zu klassifizieren (► Tab. 1.1). Die Klassifizierung dient dazu, die Krankenhäuser in der Ausstattung sowie der regionalen Einbindung als auch des schwerpunktmaßigen

Auftrages einordnen zu können. Gerade im Hinblick auf die Krankenhausreform wird mit neuen Klassifikationen zu rechnen sein. Hier werden wahrscheinlich die Wörter Level oder auch Sicherstellungshaus hinzukommen.

Tab. 1.1: Arten der Krankenhäuser in Deutschland (modifiziert nach Grethler 2023).

Art des Krankenhauses	Kurzbeschreibung
Krankenhaus der Grundversorgung	gewährleistet eine Versorgung auf den Gebieten der inneren Medizin und der allgemeinen Chirurgie.
Krankenhaus der Regelversorgung	muss darüber hinaus weitere Fachabteilungen betreiben, zumeist für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie für Hals Nasen Ohren Heilkunde, Augenheilkunde oder Orthopädie
Krankenhaus der Schwerpunktversorgung	deckt ein noch breiteres Spektrum ab, darunter Fachabteilungen für Pädiatrie Kinderheilkunde und Neurologie.
Krankenhaus der Maximalversorgung	zum Beispiel Universitätskliniken oder Universitätsmedizinen, bieten ein sehr breites Leistungsspektrum an und behandeln auch besonders seltene oder schwere Erkrankungen.

Das moderne Krankenhaus hat sich von einer rein sozialen Institution zu einem hoch technisierten Dienstleistungsbetrieb entwickelt. Krankenhäuser stehen heutzutage untereinander in einer Konkurrenzsituation und müssen qualitativ hochwertige Leistungen zu akzeptablen Konditionen erbringen. Handlungskonzepte und Grundsatzentscheidun-

gen, die zum Führen von Krankenhäusern von grundlegender Bedeutung sind, werden insbesondere von finanziellen Erwägungen beeinflusst. Die Krankenhausfinanzierung erfolgt in Deutschland nach dem Grundsatz der dualen Finanzierung. Die Aufteilung ist in der nachfolgenden Übersichtig verdeutlicht (Grethler 2023).

Praxishinweis

In Führungskräftekursen werden und wurden folgende Inhalte von angehenden Stationsleitungen benannt, welche zum Kontext Krankenhausfinanzierung wichtig scheinen:

- Pflegesatzverhandlungen,
- das jeweilige Einzugsgebiet,
- die Auslastung der Betten,
- PPR 2.0

- Investitionen und Instandhaltung,
- Technik,
- Spezialisierung des Hauses,
- Versicherungen,
- Spenden und Drittmittel,
- Wettbewerb,
- ambulante Versorgung,
- interne und externe Budgetierung,
- Arbeitszeitgesetz,
- Anteil der Privatpatienten
- gesellschaftliche Trends,
- Politik,
- Anteil der alten Menschen in einer Bevölkerung,
- Anteil der Verdienenden in einer Bevölkerung,
- Gesetzgebung,
- Pharmaindustrie,
- Umlage der Defizite,
- Events,
- Personalkosten,
- Verwaltungskosten,
- Legislative,
- Versorgungsstufe des Krankenhauses,
- Lobbyist*innen,
- Aktuelle Gesetzgebung wie die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung oder dem Einfluss der Regelungen des Gemeinsamen Bundesauschusses

Um ein Verständnis der heutigen Krankenhausfinanzierung zu erlangen, ist ein kurzer Rückblick in die vergangene deutsche Krankenhausfinanzierung hilfreich.

Externes Budget (Budget = Haushaltplan)

Das externe Budget ist das Gesamtbudget des Krankenhauses, das zwischen den Vertragsparteien in den Pflegesatzverhandlungen vereinbart wird. Die Grundlage hier ist die duale Finanzierung welche nachfolgen dargestellt ist (► Tab. 1.2).

Tab 1.2: Krankenhausfinanzierung: die duale Finanzierung (eigene Darstellung).

Art der Kosten	Beschreibung
Betriebskosten	Alle Kosten, die für die Behandlung von Patient*innen entstehen, werden von den Krankenkassen finanziert
Investitionskosten	Werden durch die Bundesländer finanziert. Demzufolge entscheiden die Länder, wo beispielsweise ein Krankenhaus gebaut, erweitert oder geschlossen wird und finanzieren demnach diese Investitionsmaßnahmen

Praxishinweis

Um im gesamten Themengebiet der Krankenhausfinanzierung einen Einblick zu gewinnen, ist es wichtig die wesentlichen Begriffserklärung zum Kontext einzuordnen.

Tab. 1.3: Begriffe im Kontext Krankenhausfinanzierung (modifiziert nach Grethler 2023).

Begriff	Kontext
aG-DRG	G-DRG ohne Pflegepersonalkosten
Baserate	Basisfallpreis = Bewertung der Bezugsleistung des durchschnittlichen Behandlungsfalls
Basis-DRG	Wird anhand einer Hauptdiagnose und der notwendigen Prozeduren bestimmt
CC	Complication or Comorbidity (Komplikation oder Komorbidität)
CCL	Complication or Comorbidity Level (Schweregrad von Komplikationen und Begleiterkrankungen): Gewicht einer Nebendiagnose
CM	Case-Mix = Bewertungs- und Vergleichswert bezogen auf einzelne Fälle wie auch auf das in einem Krankenhaus behandelte Patient*innenspektrum, oftmals wird der Begriff »Case Mix« auch synonym für Patient*innenklassifizierung angewendet
CMI	Case Mix Index = durchschnittlicher Fallschweregrad der Patientenklientel einer Abteilung/Klinik (Summe der Relativgewichte aller Behandlungsfälle dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle)
CW	Cost Weight (Kostengewicht, auch Relativgewicht oder Bewertungsrelation genannt)= relativer »Wert« einer Fallgruppe bezogen auf einen durchschnittlichen, üblicherweise mit 1,0 bewerteten Fall.
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik
DRG	Diagnosis Related Group = Zusammenfassung von Diagnosen und Prozeduren zu klinischen- und aufwandshomogenen Behandlungsfallgruppen (Diagnosebezogene Fallgruppen)
Fehler-DRGs	Rest- oder Fehler-DRG; dient der Zuordnung von fehlerhaft kodierten, unzulässigen oder nicht zuzuordnenden Patient*innenfällen zu einer DRG, um dem Anspruch der vollständigen Zuweisung aller akutstationären Fälle zu DRGs zu entsprechen
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
Grouper	Software zur Gruppierung aller Krankenhausfälle in MDCs und DRGs
Hauptdiagnose (HD)	Die Diagnose, die nach dem gesamten Aufenthalt als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes der Patient*innen verantwortlich ist.

Tab. 1.3: Begriffe im Kontext Krankenhausfinanzierung (modifiziert nach Grethler 2023).
– Fortsetzung

Begriff	Kontext
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification = amtlicher Katalog für die Verschlüsselung von Haupt- und Nebendiagnosen
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
MDC	Major Diagnostic Category = organbezogene Gliederung der DRG in Hauptdiagnosegruppen
Nebendiagnose (ND)	»Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt« (DKR D003u). Eine Nebendiagnose muss Einfluss auf das Patient*innenmanagement haben, das bedeutet, es werden entweder diagnostische oder therapeutische Maßnahmen durchgeführt, es besteht ein erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand und die Nebendiagnose verlängert üblicherweise die Dauer des stationären Aufenthaltes.«
NUB	neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel = amtlicher Katalog für die Verschlüsselung abrechenbarer Prozeduren
Partition	Unterteilung der Hauptdiagnosegruppe in Abhängigkeit von der Kodierung einer Prozedur. Es werden drei Partitionen unterschieden: operative, medizinische und andere Partition.
PCCL	Patient Clinical Complexity Level (patient*innenbezogener Gesamtschweregrad) = mathematisch ermittelter Fallschweregrad. Aus den Gewichten der Nebendiagnosen (siehe CCL) wird unter Einbeziehung weiterer Parameter ein Fallschweregrad errechnet, der Ausgangspunkt für die Zuordnung zu Fallschweregruppen ist.
Pflegeentgeltwert (krankenhaus-individuell)	ergibt sich durch Division des vereinbarten Pflegebudgets und durch die nach dem Pflegeerlöskatalog ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr (§ 6a Abs. 4 KHEntgG)
Prä-MDC	sind besonders kostenaufwendige und seltene Fälle, z. B. Transplantationen. Den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe.
tagesbezogene Pflegeentgelte	werden ermittelt, indem die im Pflegeerlöskatalog maßgebliche Bewertungsrelation pro Tag mit dem krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert multipliziert wird (§ 7 Abs. 1 Nr. 6a KHEntgG)

Durch bestimmte Parameter wird die Diagnosis Related Group (DRG) ermittelt. Wesentlich hierfür ist das Hauptgruppierungsmerkmal der Hauptdiagnose sowie der durchgeführten Prozeduren. Die Hauptdiagnose stellt für den Aufenthalt in der jeweiligen stationären Krankenhausversorgung sowie den zugehörigen Aufenthalt

die Grundlage zur Behandlung als auch späteren monetären Vergütung und Ressourcenverteilung der Einrichtung (Grethler 2023).

- Hauptdiagnose
- Nebendiagnosen
- Operationen und Prozeduren