

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Die deutschen Krankenhäuser – international nach wie vor auf einem hervorragenden Niveau. . . . .</b>	<b>1</b>
1.1	Im internationalen Vergleich arbeiten deutsche Krankenhäuser sehr kostengünstig. . . . .	2
1.2	Die Produktivität deutscher Krankenhäuser. . . . .	7
1.3	Uneingeschränkter Zugang und große Angebotsbreite sind die großen Stärken des deutschen Krankenhaussektors. . . . .	9
1.4	Auch die Behandlungsqualität ist im Durchschnitt gut, bei hoher Varianz zwischen den Leistungserbringern. . . . .	11
<b>2</b>	<b>Herausforderungen und Handlungsfelder für die Krankenhausführung. . . . .</b>	<b>17</b>
2.1	Sicherung künftiger Wirtschaftlichkeit. . . . .	21
2.2	Wettbewerb um qualifiziertes Personal. . . . .	24
2.3	Verstärkter Wettbewerb um Patienten. . . . .	27
2.4	Ausbau der Digitalisierung. . . . .	30
2.5	Zunehmender Druck aus dem ambulanten Bereich. . . . .	32
2.5.1	Zunehmende Verlagerung traditionell stationärer Leistungen in die Ambulanz. . . . .	32
2.5.2	Zunehmende Ökonomisierung des Einweiserhaltens. . . . .	33
2.6	Erfordernis, die Infrastruktur nachhaltig zu erneuern. . . . .	36
2.7	Ringieren um mehr Qualität. . . . .	40
<b>3</b>	<b>Strategische Ausrichtungen eines Krankenhauses. . . . .</b>	<b>47</b>
3.1	Definition des klinischen Leistungsspektrums. . . . .	48
3.1.1	Die Leistungsmatrix als primäres Instrument zur Bestimmung des Angebotsportfolios. . . . .	48
3.1.2	Ermittlung einer quantifizierbaren Leistungsmatrix. . . . .	50
3.1.3	Restriktionen bei der Definition des klinischen Leistungsspektrums. . . . .	55

3.2	Typologie verschiedener Krankenhäuser und deren Positionierung am Markt . . . . .	56
3.2.1	Das Allgemeinkrankenhaus mit flachem Leistungsprofil . . . . .	56
3.2.2	Das Fachkrankenhaus mit einer oder mehreren Spezialisierungen . . . . .	58
3.2.3	Der Maximalversorger . . . . .	63
3.3	Transformation traditioneller Allgemeinkrankenhäuser als strategische Managementaufgabe. . . . .	65
3.3.1	Antworten finden für eine Vielzahl von Problemen und Herausforderungen. . . . .	65
3.3.2	Ansätze zu Revision und Redefinition des klinischen Leistungsspektrums . . . . .	68
3.3.3	„Vom Königreich zur Wohngemeinschaft“: Vergemeinschaftung von Infrastruktur und Ressourcen . . . . .	70
3.3.4	„Leuchttürme errichten“: Erhöhung des Spezialisierungsgrades für ausgewählte ICD-Bereiche . . . . .	72
3.3.5	„Versorgungstiefe statt Versorgungsbreite“: die schrittweise Umwandlung zum Fachkrankenhaus . . . . .	75
3.4	Aufbau einer neuen Versorgung in der Fläche . . . . .	76
3.5	Vorteile einer Führung von Krankenhäusern im Verbund . . . . .	79
3.5.1	Fortschreitende Konsolidierung im deutschen Krankenhaussektor. . . . .	79
3.5.2	Erweiterte Handlungsspielräume durch Verbundstrukturen . . . . .	82
3.5.3	Wege zum Erfolg im Verbund . . . . .	86
3.6	Transsektorale Versorgungsformen innerhalb des klinischen Leistungsspektrums . . . . .	89
3.6.1	Bisherige Initiativen des Gesetzgebers – aus Krankenhaus Sicht . . . . .	89
3.6.2	Behandlung ambulanter Patienten am Krankenhaus . . . . .	92
3.6.3	Erbringung ambulanter Leistungen durch MVZen . . . . .	96
3.6.4	Einbindung niedergelassener Ärzte in das Krankenhaus . . . . .	103
3.6.5	Vertragliche Vereinbarung integrierter Versorgungsverträge. . . . .	105
3.6.6	Chancen zur Weiterentwicklung durch den Gesetzgeber . . . . .	107
<b>4</b>	<b>Innovatives Personalmanagement als Schlüssel zum Erfolg . . . . .</b>	<b>117</b>
4.1	Auf- und Ausbau einer inspirierenden Unternehmenskultur als zentrales Element des Personalmanagements. . . . .	119
4.1.1	Etablierung einer Leistungsethik . . . . .	120
4.1.2	Schaffen attraktiver Rahmenbedingungen . . . . .	121
4.2	Führen durch Vorbild und Vertrauen in die Mitarbeiter . . . . .	125

4.3	Attraktivere Arbeitsplätze und Entlastung durch neue Berufsbilder an der Schnittstelle zwischen Medizin und Pflege . . . . .	127
4.3.1	Berufsbilder zur Entlastung innerhalb des ärztlichen Dienstes . . . . .	129
4.3.2	Berufsbilder zur Entlastung des Pflegedienstes . . . . .	130
4.4	Gewinnung von neuen Mitarbeitern als wesentliche Managementaufgabe . . . . .	133
4.5	Bedarfsgerechte Personalallokation als Schlüssel zur Wirtschaftlichkeit . . . . .	136
4.5.1	Personalkalkulation auf der Basis von Schichtbesetzungsmodellen . . . . .	137
4.5.2	Personalkalkulation Pflege auf der Basis gesetzlicher Vorgaben. . . . .	137
4.5.3	Personalkalkulation auf der Basis von VK-Benchmarks . . . . .	138
4.5.4	Personalbenchmark auf der Basis von InEK-Erlösen . . . . .	139
4.6	Dynamisches Personalmanagement als Antwort auf sich stetig ändernde Rahmenbedingungen . . . . .	140
4.6.1	Effizienzgewinne aus dem Übergang zur interdisziplinären Patientenversorgung . . . . .	141
4.6.2	Verantwortung auf möglichst viele Schultern verteilen. . . . .	142
4.6.3	Klar separierbare Spezialbereiche auslagern und verselbstständigen . . . . .	143
4.6.4	Zeitgemäße, moderne Infrastruktur und Geräteausstattung bereitstellen . . . . .	144
<b>5</b>	<b>Patientenzentrierte Behandlungsabläufe – Schlüssel zu höherer Qualität und besserer Wirtschaftlichkeit . . . . .</b>	<b>149</b>
5.1	In der Ambulanz/Notaufnahme: neue, effizientere Lösungen an der Schnittstelle von Notfall- und elektiver Behandlung einerseits sowie ambulanter und stationärer Versorgung andererseits . . . . .	152
5.1.1	Trend zu separaten Elektivambulanzen . . . . .	154
5.1.2	Die „zentralisierte, interdisziplinäre Notaufnahme“ – das Organisationsmodell für Notaufnahmen . . . . .	155
5.1.3	Best-Practice-Ansätze für den operativen Betrieb von Notaufnahmen. . . . .	159
5.2	Im OP-Bereich: Produktivitätsverbesserungen durch strukturierte Abläufe und Interaktionen . . . . .	166
5.2.1	Etablierung eines gesamtverantwortlichen OP-Managements. . . . .	167
5.2.2	Effizienter Einsatz von Sachressourcen . . . . .	170
5.2.3	Effizienter Einsatz von Personalressourcen . . . . .	174

5.2.4	Anpassungen in der Materialwirtschaft im OP .....	176
5.2.5	Baumaßnahmen zur Erneuerung von Infrastruktur und Ausstattung .....	178
5.3	Auf der Intensivstation: Die Etablierung fester Standards ermöglicht eine patientenzentrierte und zugleich wirtschaftliche Betreuung .....	185
5.3.1	Die Intensivstation – Aushängeschild und Nukleus intensivmedizinischer Versorgung .....	186
5.3.2	Dringlichkeit eines effizienteren Ressourceneinsatzes .....	188
5.3.3	Schwerpunkte einer gesamtheitlichen Neuausrichtung von Intensivstationen .....	192
5.4	Auf den Normalstationen: die Pflege als wesentliches Element des Heilungsprozesses .....	195
5.4.1	Die Abteilungsstruktur in der Pflege .....	196
5.4.2	Pflegeorganisation und Personalplanung .....	199
5.4.3	Das Belegungsmanagement als überaus wichtiges Managementmodell .....	206
5.4.4	Die Architektur und Gestaltung von modernen Stationen .....	208
5.5	In der Radiologie: Innovationen und Prozessoptimierungen erhöhen die Leistungsfähigkeit der Abteilung .....	209
5.5.1	Durchgängige Prozessoptimierung – von der Anmeldung bis zur Befundung .....	212
5.5.2	Flankierende Maßnahmen zur Prozessunterstützung .....	214
5.5.3	Effizienter und flexibler Personaleinsatz .....	216
5.5.4	Kooperationsmodelle auf dem Weg zu einer idealen Ressourcenauslastung .....	217
5.5.5	Teleradiologie .....	220
5.5.6	Künstliche Intelligenz und strukturierte Befundung in der Radiologie .....	222
5.6	Im Labor: der Spagat zwischen Wirtschaftlichkeit und schneller Verfügbarkeit .....	224
5.6.1	Überblick zu unterschiedlichen Betreibermodellen für den Laborbereich .....	225
5.6.2	Absicherung eines akzeptablen Serviceniveaus bei Fremdvergabe von Laborleistungen .....	228
5.6.3	Management von Mengenausweitung und Nachfragedifferenzierung .....	228
5.6.4	Vordringen von „Point-of-Care-Diagnostik“ .....	230
<b>6</b>	<b>Vorbereitung auf die nächste Pandemie .....</b>	<b>235</b>
6.1	Regional abgestimmtes, abgestuftes Versorgungsangebot im Pandemiefall .....	236

6.2	Verfügbarkeit der für die Pandemiebekämpfung erfolgskritischen Ressourcen . . . . .	238
6.2.1	Bereitstellung von medizinischem Verbrauchsmaterial und Arzneimitteln. . . . .	238
6.2.2	Bevorratung mit Beatmungsgeräten. . . . .	239
6.2.3	Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal. . . . .	240
6.3	Umfassendes Hygienekonzept für den Pandemiefall. . . . .	242
6.3.1	Schutz von Patienten . . . . .	243
6.3.2	Wahrung der Interessen von Besuchern. . . . .	244
6.4	Krisensichere Krankenhausfinanzierung im Pandemiefall . . . . .	247
<b>7</b>	<b>Optimierung der „Hotelleistungen“ – für das Wohlergehen der Patienten sorgen ohne Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit aus den Augen zu verlieren. . . . .</b>	<b>253</b>
7.1	Kosten- und Produktivitätsmessung als Basis für einen präziseren, effizienteren Ressourceneinsatz. . . . .	254
7.2	Systematische Erschließung von Leistungsreserven durch OE-Maßnahmen. . . . .	256
7.2.1	Erschließung von Leistungsreserven in der Speiseversorgung. . . . .	259
7.2.2	Wahl des geeignetsten Verpflegungskonzepts . . . . .	260
7.2.3	Erschließung von Leistungsreserven in der Textil- und Wäscheversorgung. . . . .	266
7.2.4	Effizienz- und Qualitätsverbesserungen bei Hygiene und Reinigung . . . . .	270
7.3	Optimierung der Leistungserbringung durch Anpassungen in der Betriebsform . . . . .	273
<b>8</b>	<b>Digitalisierung als Herausforderung – im Mittelpunkt muss stets die Optimierung von Heilungserfolg und Patientenwohl, aber auch die Sicherung der Wirtschaftlichkeit stehen. . . . .</b>	<b>279</b>
8.1	Performante und sichere Infrastruktur . . . . .	284
8.1.1	LAN- und WAN-basierte Netzwerklösungen . . . . .	286
8.1.2	Nutzung von Serverfarmen . . . . .	288
8.1.3	Anschluss an öffentliche Netzwerke . . . . .	288
8.1.4	IT- und Ausfall-Sicherheit . . . . .	288
8.1.5	Ausstattung mit netzwerkfähigen End- und Medizingeräten. . . . .	290
8.2	Sinnvolle Software-Applikationen für das Krankenhaus. . . . .	290
8.2.1	Patientenportale . . . . .	291
8.2.2	Dokumentation des klinischen Geschehens. . . . .	294
8.2.3	Digitale Leistungsanforderung und Befundung (LSTM). . . . .	296

8.3	Klinische Zusammenarbeit zwischen medizinischen Leistungserbringern .....	297
8.3.1	Telematik-Infrastruktur .....	298
8.3.2	Telemedizin .....	299
8.4	Entscheidungsunterstützung im klinischen Behandlungsprozess .....	300
<b>9</b>	<b>Qualität im Krankenhaus – was Heilungserfolg und wirtschaftlichen Erfolg verbindet .....</b>	<b>307</b>
9.1	Qualität ist als Faktor im Wettbewerb um Patienten und Zuweiser immer wichtiger .....	308
9.1.1	Qualität als Auswahlkriterium für Einweiser und Patienten ...	308
9.1.2	Qualität als Steuerungskriterium für Krankenkassen. ....	311
9.1.3	Qualität als neues Leitmotiv der Gesundheitspolitik. ....	314
9.2	Messbarkeitsprobleme: von der Erhebung der Patientenzufriedenheit zur Ermittlung der Ergebnisqualität .....	316
9.2.1	Bestehende Systeme zur Messung von Ergebnisqualität. ....	317
9.2.2	Notwendige Weiterentwicklungen im Bereich der Ergebnismessung .....	319
9.3	Kulturwandel: Dreh- und Angelpunkt für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement. ....	320
<b>10</b>	<b>Der Weg zur erfolgreichen Vermarktung von Krankenhausleistungen. ....</b>	<b>327</b>
10.1	Eigene Stärken setzen und Marktchancen ausnutzen. ....	328
10.2	Zielgruppenspezifische Vermarktung medizinischer Versorgungsqualität .....	331
10.2.1	An Patienten. ....	333
10.2.2	An Partner .....	338
10.2.3	An das Personal .....	343
<b>11</b>	<b>Wirtschaftlichkeit – kein hehrer Wunsch, sondern ein Resultat der medizinischen Qualität. ....</b>	<b>349</b>
11.1	Bereitstellung relevanter, handlungsorientierter Kennzahlen für den Klinikbetrieb .....	350
11.1.1	Kennzahlen primär für Kliniker. ....	350
11.1.2	Kennzahlen primär für Manager .....	356
11.2	Gestaltung des betrieblichen Planungsprozesses .....	358
11.2.1	Abwägung von Aufwand und Nutzen .....	358
11.2.2	Top-down- vs. Bottom-up-Planerstellung .....	359
11.2.3	Einstellung der Planungsergebnisse in die Planungs- und Steuerungssysteme des Krankenhauses .....	361

---

11.2.4	Prognose der Preis- und Kostenentwicklung bei externen Faktoren . . . . .	365
11.2.5	Festlegung des Planungsturnus . . . . .	366
11.3	Sicherstellung der Liquidität . . . . .	367
11.3.1	Ermittlung des Cashflows . . . . .	367
11.3.2	Finanzierung des Klinikbetriebs aus dem Cashflow . . . . .	369
<b>Literatur.</b> . . . . .		377
<b>Stichwortverzeichnis.</b> . . . . .		395