

Zu den Begrifflichkeiten in diesem Buch

- »**Was ist Medizin?**« Unter »Medizin« verstehen wir in diesem Buch alles, was mit der Patientin / dem Patienten bezogen auf seine Gesundheit gemacht wird. Diese medizinischen Leistungen können Diagnostik, Therapie, Physiotherapie, medikamentöse Behandlung etc. sein. Und es können pflegerische Tätigkeiten, ärztliche Tätigkeiten oder Tätigkeiten anderer Berufsgruppen sein. Alle derart »medizinisch« Tätigen fassen wir in diesem Buch unter »Medizinische Akteure« oder »Medizinisches Personal« zusammen.
- Von »**Krankenhäusern**« (im allgemeinen Sprachgebrauch »Akutkliniken«) unterscheidet das Gesetz »Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen« (im allgemeinen Sprachgebrauch »Rehabilitationskliniken«). Deren wesentlicher gesetzlicher Auftrag ist die Vorsorge bzw. Milderung von Krankheitsfolgen (Rehabilitation).
- Wir sind es im Krankenhaus gewohnt, die von uns Behandelten »**Patienten**« zu nennen. Ein höchst unpassender Begriff – stammt er doch aus einem zutiefst patriarchalischen Denken und Arztdenken: der Patient als »Leidender« (so die Übersetzung aus dem Lateinischen). Weil aber »Kunde« auch nicht viel besser ist, lassen wir es beim »Patienten«, bis uns etwas Besseres einfällt.
- **Unser Musterklinikum:** Wir werden in diesem Buch immer wieder Sachverhalte an einfachen Beispielen erläutern. Dabei werden wir uns immer wieder ein gedachtes Musterklinikum vorstellen: Ein Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft (Kreiskrankenhaus) in ländlich geprägter Umgebung mit 250 Betten (Innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe und eine Hals-Nasen-Ohr-Belegabteilung).
- **Gendering:** Achtung für einander ist für uns selbstverständlich. Das gilt auch dann, wenn wir – der Sprache und der Lesbarkeit zuliebe – nicht durchgehend weibliche und männliche Formen nebeneinander nennen.

1

Aufgaben von Krankenhäusern



Krankenhäuser haben ein unternehmerisches Ziel. Sie sind ihren Kunden wie ihren Mitarbeitern gleichermaßen verpflichtet und sie müssen darauf achten, selbst am Leben zu bleiben – das heißt, ein Gleichgewicht zu halten zwischen Einnahmen und Ausgaben. Organisatorisch hat das letzte Wort – auch bei Krankenhäusern – der Eigentümer. Im Alltag übernimmt eine wie auch immer geartete Führungsspitze die Leitung. Deren Führungstechniken/Managementtechniken sind dieselben wie bei jedem anderen Dienstleistungsunternehmen.

1.1 Kernaufgaben

Die **Kernaufgabe** eines Krankenhauses ist die stationäre Behandlung von Patienten. Dies ergibt sich aus dem gesetzlichen Auftrag im Sozialgesetzbuch, 5. Buch (§ 107 SGB V):

»Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuches sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen....,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem... Personal darauf eingerichtet sind, und in denen...
4. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.«

Das bedeutet rein formal ein Zusammenspiel von Untersuchung (Diagnostik), Behandlung (Therapie), Unterbringung und Verpflegung mit ständig verfügbarem Personal unter ärztlicher Leitung. Fachlich-inhaltlich bedeutet es ein Zusammenwirken von zwischen drei und bis zu dreißig medizinischen Professionen auf engem Raum und zur gleichen Zeit. Und das mit sehr viel Personal aller Qualifikations-Schattierungen. Dies stellt eine ungemeine **zeitliche, räumliche und fachliche Verdichtung** von medizinischen Leistungen dar, wie wir sie in sonst keiner anderen Konstellation finden. Möglich ist das nur

durch eine immense **Vorhaltung** von Personen, Know-how und Technik:

Wenn man eigentlich dabei ist, bei einem Patienten einen unklaren Tumor im Bauch diagnostisch zu klären, und es fällt plötzlich (und unerwartet) auf, dass man zusätzlich auch einen Augenarzt benötigt: Dann ist der im Krankenhaus halt da – nächste Tür, heute Nachmittag.

Dieses Konstrukt, das so viele Dinge gleichzeitig kann – und diese auch noch (wenn es sein muss) ungeplant sowie bis zu 7 x 24 Stunden – dieses Konstrukt hat notwendigerweise zwei Eigenschaften: Es ist nur dann gut, wenn es gut »funktioniert«, wenn alle »Rädchen ineinander greifen«. Und es ist zwangsläufig teuer: Vorhalteleistungen sind immer teuer; hochqualifizierte Menschen auch; und eine große Zahl Hochqualifizierter »auf Vorrat« erst recht.

1.2 Spektrum der Aufgaben

Die Kernaufgabe eines Krankenhauses ist die stationäre Behandlung von Patienten. Durch die Zulassung als Krankenhaus übernimmt es diese Aufgabe gleichzeitig auch als **Pflicht** – Im Grunde könnte es ein Krankenhaus dabei bewenden lassen. Je nach Situation treten weitere Aufgaben dazu:

- **Notfallaufnahme/Rettungsstelle:** In irgendeiner Form nimmt jedes Krankenhaus an der stationären Notfallbehandlung der Bevölkerung der Region teil: Das macht es notwendig, dort eine Ambulanz, eine Erstbehandlungsstelle zu haben, die die ersten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einleitet. Es ist unvermeidbar, dass in diesem Zusammenhang auch Patienten

identifiziert werden, die (nach einer Diagnostik und Behandlung) nicht stationär aufgenommen werden müssen. Damit führt das Krankenhaus eigentlich eine ambulante Behandlung durch, zu der es normalerweise gar nicht zugelassen ist (siehe unten). Gänzlich vermeiden kann ein Krankenhaus solche Behandlungen »am Übergang ins Krankenhaus« bei Notfallpatienten nicht (zu den Problemen der »überlaufenden Ambulanzen« siehe unten).

- **Ausbildung von Pflegekräften (und vergleichbaren Berufen):** Die Ausbildung zur / zum Gesundheits- und Krankenpfleger(in) ist bundeseinheitlich geregelt und dauert in der Regel drei Jahre. Pflegefachschulen sind in der Regel an Krankenhäusern angesiedelt. Vergleichbares gilt für Laborfachkräfte, Röntgenfachkräfte etc. Weiteres hierzu im Kapitel »die Medizinischen Akteure«.
- **Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten:** Die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten ist Aufgabe von Universitäten und dort der Universitätskliniken. Für den letzten Teil des Studiums kooperieren alle Universitätskliniken mit normalen öffentlichen Krankenhäusern (sogenannte »Akademische Lehrkrankenhäuser«), an denen die Studierenden das letzte Jahr des Studiums in einer Kombination aus theoretischem und praktischem Lernen verbringen.
- **Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten:** Kaum ein Krankenhaus wird ausschließlich Fachärztinnen/Fachärzte beschäftigen. Ärztinnen und Ärzte auf dem Weg zum Facharztstatus befinden sich in der »Weiterbildung«. Zu dieser muss der betreffende Chefarzt gesondert zugelassen sein.
- **Behandlung von Patienten mit Arbeitsunfällen:** Die gesetzliche Unfallversicherung (im Volksmund bekannt als »die Berufsgenossenschaft«) ist ein eigener Zweig der deutschen Sozialversicherung. Sie ist zuständig für die umfassende Behandlung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (einschließlich Prävention, Rehabilitation und Rentenleistungen). Dafür hat sie sich ein eigenes Netz von Kooperationspartnern aufgebaut – vornehmlich Ärzte und Krankenhäuser. Diese Ärzte (sog. »Durchgangsärzte« oder »D-Ärzte«) sind für die ambulante Behandlung im Namen und

auf Rechnung der Unfallversicherung ausdrücklich zugelassen. Ebenso einzelne Krankenhäuser für schwerere Verletzungen.

- **Belegabteilung:** In vielen Fächern (zum Beispiel Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten, Augenkrankheiten) werden die meisten Behandlungen ambulant erbracht – bei niedergelassenen Fachärzten. Für die wenigen Situationen, in denen deren Patienten eine kurzzeitige stationäre Behandlung benötigen, gibt es die Möglichkeit, sogenannte Belegabteilungen an einem Krankenhaus einzurichten: Dem niedergelassenen Facharzt (»Belegarzt«) sind im Krankenhaus vielleicht 6 oder 8 Betten zugewiesen; die kann er nach eigenem Ermessen belegen. Die ärztliche Behandlung erfolgt durch ihn (also nicht durch Krankenhausärzte). Die pflegerische Behandlung und die ganze übrige Logistik stellt das Krankenhaus. Die Vergütungen teilen sich das Krankenhaus und der Belegarzt. In manchen Ländern (zum Beispiel USA) sind solche Belegabteilungen viel weiter verbreitet als bei uns.
- **Dienstleistungen der mittelbaren Patientenversorgung für andere Krankenhäuser:** Ein Krankenhaus, welches eine gut funktionierende Laborabteilung hat oder zum Beispiel spezialisierte Leistungen der Radiologie vorhält, kann diese für andere Krankenhäuser als Dienstleistung erbringen. Das lohnt sich für das anbietende Krankenhaus jedoch nur, wenn diese Leistungen in hoher Qualität und zu einem guten Preis angeboten werden können.

1.3 Das medizinische Leistungsangebot

Krankenhäuser sind über weite Strecken vergleichsweise frei, ihr medizinisches Leistungsangebot zu gestalten und zu formulieren. Vielfach wird den Krankenhausträgern durch das Bundesland nur eine bestimmte Gesamtgröße des Krankenhauses (meist in Form einer Bettenzahl) zugewiesen.

1.3.1 Die medizinischen Fächer

Es hat sich eingebürgert, die im Krankenhaus angebotenen medizinischen Fächer nach demselben Schema zu gliedern und zu benennen, wie dies in der bundesweit gültigen Form der ärztlichen Weiterbildungsordnung festgelegt ist. Anhang 1 zeigt die aktuell benannten Gebiete. Man sieht, dass vor allem die beiden großen Fächer (»Gebiete«) Innere Medizin und Chirurgie in viele »Schwerpunkte« aufgegliedert werden können (rechte Spalte in ► Anhang 1). Gleichzeitig gibt es diese Gebiete auch noch ungeteilt. Die mit (*) gekennzeichneten Gebiete treten nicht in Zusammenhang mit Krankenhäusern bzw. Kliniken auf.

Was ist der Rahmen, was sind die Parameter, innerhalb derer ein Krankenhaus mit seinem Träger zusammen über die Ausgestaltung seines medizinischen Leistungsangebots entscheidet? Drei Überlegungen hierzu sollen skizziert sein:

- ♦ Was darf nicht jedes Krankenhaus? (► Kap. 1.3.2)
- ♦ Wie aufwändig ist Spezialisierung? (► Kap. 1.3.3)
- ♦ Die ökonomische Vernunft (► Kap. 1.3.4)

1.3.2 Was darf nicht jedes Krankenhaus?

Der Gesetzgeber hat unter der Überschrift »Qualitätssicherung« vorgegeben, dass sich der Gemeinsame Bundesausschuss (ein Gremium der Gesundheitsselbstverwaltung, ► Kap. 6.2) unter anderem mit der Frage befassen soll, für welche aufwändigen Leistungen Mindestanforderungen an die vorhandenen Strukturen bzw. an die Fallzahlen im Krankenhaus zu stellen seien. Auf diese Weise kamen sehr detaillierte Strukturvorgaben zu Stande für die Herzchirurgie (einschließlich der Herzkappeneingriffe über Katheter) und für die Behandlung von Frühgeborenen und Mehrlingen. Diese Strukturbedingungen werden nur von einem kleinen Teil der Krankenhäuser erfüllt. Darüber hinaus dürfen unter anderem folgende Eingriffe nur erbracht werden, wenn davon pro Jahr eine Mindestzahl anfällt:

Operationen an der Bauchspeicheldrüse, der Speiseröhre und der großen Bauchschlagader, sowie Kniegelenkstotalendoprothesen. Gesetzesvorhaben zum Jahresende 2020 lassen einen weiteren Ausbau des Prinzips »Mindestmengen« erwarten.

Schließlich sind durch die Länder die Zulassungen für Herzchirurgie und Organtransplantation (vor allem Leber, Niere, Lunge, Herz) auf jeweils ausgewählte Kliniken begrenzt.

1.3.3 Wie aufwändig ist Spezialisierung?

Man liest und hört immer wieder von Kliniken, denen es nicht so recht gut geht und die deshalb eine neue Spezialleistung anbieten wollen. Es soll hier am Beispiel durchdekliniert werden, was dies bedeutet und welche Chancen ein derartiges Vorhaben hat.

Etablierung eines neuen Schwerpunktes

Wir gehen davon aus, dass an unserem Musterkrankenhaus (s. oben) der langjährige internistische Chefarzt in den Ruhestand geht. Die Krankenhausleitung hat deshalb den Plan, die Innere Abteilung zu teilen – in eine Kardiologie und eine Allgemeine Innere. Die Kardiologie soll mit einem Herzkathetermessplatz ausgestattet werden und dort hochpreisige Leistungen erbringen, die »Allgemeine Innere Medizin« soll ein breites Spektrum wie bisher anbieten und den Rest der Inneren Medizin abdecken. Man muss dazu einen künftigen Kardiologen finden, der die einschlägige Erfahrung hat und für ein noch erträgliches Gehalt kommen würde. Und es muss gelingen, den Herzkathetermessplatz über Investitionsmittel des Landes zu finanzieren. Folgende To-do-Liste ergibt sich zusätzlich (mindestens): Einen Chefarzt finden, der kompetent die übrige Innere Medizin abbildet. Für die Kardiologie einen vollwertigen ärztlichen Stellvertreter und größtenordnungsmäßig sechs Fachpflegekräfte finden. Einbindung der Kardiologie und des Herzkatherlabors in alle logisti-

schen Abläufe; Platz für kardiologische Patienten auf der Intensivstation usw.

Man sieht: Das Vorhaben von Landrat und Geschäftsführer, in die Herz-Spezialbehandlung einzusteigen und nun auch dort vom großen Kuchen zu partizipieren, ist äußerst aufwändig: Es könnte sich auch als unternehmerischer Flop erweisen.

1.3.4 Die ökonomische Vernunft

Auch dort, wo einem Krankenhaus keine Begrenzungen in der Gestaltung seines medizinischen Leistungsangebots auferlegt sind, wird unternehmerische Klugheit (gepaart mit Verantwortungsbewusstsein gegenüber den Patienten) dazu führen, dass ein Krankenhaus nicht alles behandelt, was sich ihm so an Möglichkeiten bietet. Beispiel:

Die kritische Masse

Angenommen, in unserem Musterkrankenhaus käme man auf die Idee, eine urologische Abteilung zu etablieren. Noch vor den dafür nötigen internen Detailplanungen (► Kap. 1.3.3) wird man überlegen, ob diese Urologie voraussichtlich überhaupt in der Lage sein würde, genügend Patienten anzuziehen, damit das vorgehaltene Personal und die vorgehaltenen Strukturen überhaupt ausgelastet werden. Stark vereinfacht ergäbe sich folgende Überlegung: Die zur Urologie gehörenden Leistungen¹ weisen (stark vereinfacht) eine stationäre Behandlungsdauer von ca. 8 Tagen je Behandlungsfall aus. Wollte man 20 Betten (mit dem dazugehörigen Personal und der dazugehörenden Struktur) über

1 Im Fallpauschalenkatalog MDC 11 und MDC 12 (► Kap. 2.2).

80 % der Tage auslasten, müsste man im Jahr $20 * 365 * 0,8 = \text{ca. } 5.840$ Behandlungstage im Jahr zusammenbekommen, also etwa 730 Fälle im Jahr.

Der DRG-Browser² weist für das Jahr 2019 bundesweit größtenteils 200.000 stationäre Fälle aus, die für die Behandlung durch diese urologische Abteilung in Frage kämen. Wenn man annimmt, dass sich diese Erkrankungen über ganz Deutschland (alle 82,5 Mio. Einwohner) gleichmäßig verteilen, dann müsste unsere Klinik eine Region von rund 300.000 Einwohnern urologisch betreuen, um eine Chance zu haben, auf die mindestens notwendigen stationären 730 Fälle im Jahr zu kommen. (Ggf. kämen ambulante bzw. belegärztliche Fälle dazu). Das wird schwierig. In einer **noch kleineren Abteilung** hingegen würde man die mindestens notwendigen zwei Fachärzte und das übrige Spezialpersonal gar nicht auslasten können.

Das bedeutet: Auch wenn ein Krankenhaus nach den formalen Regeln eher selten nachgefragte medizinische Fächer anbieten könnte: Unternehmerische Klugheit und Verantwortungsbewusstsein gegenüber Patienten gemeinsam sollten dafür sorgen, dass eine Klinik an Leistungen nur jeweils das anbietet, was sie »kann«, wofür sie das ausreichende Know-how vorhalten kann und was gleichzeitig in ausreichendem Umfang nachgefragt wird. Und **nur in dieser Konstellation** wird und kann dann ein Krankenhaus auch ökonomisch glücklich werden. Das gilt im Übrigen nicht nur für ganze Abteilungen oder Spezialgebiete, es gilt auch **innerhalb** etablierter Fächer für spezielle seltene Behandlungen (s. Beispiel ► Kap. 2.3)

² https://www.g-drg.de/Datenbrowser_und_Begleitforschung/G-DRG-Report-Browser