

# Arzt und Gesundheitsmanager

**KU**  
GESUNDHEITSMANAGEMENT

Aus dem klinischen Alltag ein Handbuch für Krankenhausärzte

Prof. Dr. Hans-Peter Busch



**Leseprobe!**

# **Arzt und Gesundheitsmanager**

Aus dem klinischen Alltag  
ein Handbuch für Krankenhausärzte

Prof. Dr. Hans-Peter Busch

1. Auflage 2017

© 2017 Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach

Druck: Generál Nyomda Kft., H-6727 Szeged

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.  
Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung und Einspeicherung und  
Verarbeitung in elektronische Systeme ist unzulässig und strafbar.

[www.ku-gesundheitsmanagement.de](http://www.ku-gesundheitsmanagement.de)

Titelbild: © Chepko Danil – Fotolia.com

ISBN: 978-3-947052-64-6

## Vorwort

In den letzten Jahren haben sich die Rahmenbedingungen und damit die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Weiterentwicklung von Krankenhäusern deutlich verändert.

Was hat sich verändert?

- Durch die Einführung der Fallpauschalen werden nicht nur abteilungsinterne sondern auch abteilungsübergreifende Gesamtprozesse von der Aufnahme bis zur Entlassung bewertet („In Gesamtprozessen denken, handeln und optimieren“).
- Neben der Quantität ist stärker die Qualität der Leistungserbringung in den Vordergrund gerückt („Qualitätsorientierte Vergütung“)
- Zunehmend muss sich das Krankenhaus neuen sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen und Anforderungen stellen.
- Der Wettbewerb in den Dimensionen Medizinische Qualität, Servicequalität, aber insbesondere Wirtschaftlichkeit hat deutlich an Intensität zugenommen („Verdrängungswettbewerb“)
- Das Spektrum der Patienten (zunehmend ältere multimorbide Patienten mit chronischen Erkrankungen) und die Erwartungshaltung der Patienten haben sich verändert.
- Die Ansprüche und Einstellung der Mitarbeiter haben sich verändert.

Was hat sich nicht verändert?

- Die hierarchisch fachorientierten Strukturen und Prozesse („Inseloptimierung“) im Krankenhaus sind unverändert geblieben.
- Das Anreizsystem ist weiterhin überwiegend Mengen- und nicht Qualitätsorientiert.
- Führungskräfte und Mitarbeiter denken weiterhin in der Dimension „Mehrarbeit“ und nicht in der Dimension, „anders“ zu arbeiten.
- In der Ausbildung von Medizinern steht weiterhin fast ausschließlich die Fachkompetenz im Vordergrund. Es fehlt eine systematische Entwicklung der Sozial- und Managementkompetenz.

Was muss geschehen?

- Prozesse, Strukturen, aber auch Personen müssen auf die neuen Herausforderungen eingestellt werden.

- Eine systematische Personalentwicklung insbesondere der Sozial- und Managementkompetenz muss die Köpfe für eine kontinuierliche Anpassung an veränderte Strukturen bereit machen.
- Im Mittelpunkt stehen der Patient **und** der Mitarbeiter. Veränderte Forderungen und Ansprüche müssen im Wettbewerb berücksichtigt werden.

Eine hohe medizinische Qualität bei der Leistungserbringung stellt zwar die Voraussetzung für einen (überlebens-) notwendigen wirtschaftlichen Erfolg dar, kann diesen aber alleine nicht garantieren. Den Patienten, aber auch den qualifizierten Mitarbeiter im Blick müssen für die erfolgreiche Weiterentwicklung von Abteilungen medizinische Qualität und Wirtschaftlichkeit d. h. Medizin und gutes Management eine gleichberechtigte Symbiose eingehen.

Auf Grund der ärztlichen Berufsziele ist der Blick der Mediziner eher und auch berechtigt auf medizinische Erfolge gerichtet. Doch auch herausragende medizinische Leistungen mit hohen Patientenzahlen, aber kontinuierlichen finanziellen Verlusten, führen über längere Zeit jedes Krankenhaus in den Ruin. Nur ein wirtschaftlich gesundes Krankenhaus kann langfristig den Patienten eine hohe medizinische Qualität garantieren. Diese anstrengende und komplexe Aufgabe verlangt, dass bei der täglichen Arbeit Parameter wie Effizienz, Effektivität, Produktivität und Wirtschaftlichkeit gleichberechtigt neben der Forderung nach hoher medizinischer Qualität stehen. Daraus folgt die Konsequenz, dass sich Mediziner persönlich um ein gutes Management kümmern müssen oder Führungskräfte aus anderen Berufsbildern werden diese Funktion übernehmen und dann die weitere Entwicklung der medizinischen Leistungserbringung „steuern“.

Nach einem häufig formulierten Satz steht der Patient im Mittelpunkt als Kunde, Partner und Gast. Nicht zu vergessen ist dabei aber auch die große Bedeutung der Mitarbeiterzufriedenheit. Eine systematische Optimierung der Wirtschaftlichkeit darf die Qualität der Leistungen, aber auch die Leistungsmotivation der Mitarbeiter nicht aus den Augen verlieren. Qualifizierte und motivierte Mitarbeiter, insbesondere qualifizierte Führungskräfte sind das höchste Gut einer Abteilung bzw. eines Krankenhauses. Wichtige Aufgabe der Führungskräfte ist dabei die Schaffung eines Arbeitsklimas in der Abteilung, welches Leistungsqualität, Leistungsmotivation und damit auch die Lebensqualität der Mitarbeiter als Erfolgsfaktoren berücksichtigt – und dies nicht nur in guten Zeiten. Eine klinische Abteilung bzw. ein Krankenhaus können scheitern an einer unzureichenden medizinischen Qualität, einer fehlenden Servicequalität, einer ungenügenden Wirtschaftlichkeit, aber auch an fehlenden qualifizierten und motivierten Ärzten und nichtärztlichen Fachkräften.

Was für einen Praxisinhaber „überlebensnotwendig“ ist, sowohl erfolgreicher Arzt als auch erfolgreicher „Manager“ zu sein, ist für viele Ärzte im Krankenhaus eine bisher noch schwer vorstellbare und lösbare Aufgabe. Das Klagen über die schwierigen Rahmenbedingung hilft dabei in der Regel nicht weiter, gefragt ist die Motivation, unter diesen schwierigen Bedingungen das Optimale für den Patienten, das Krankenhaus, aber auch die eigene Person zu erreichen.

Die vorgegebenen Rahmenbedingungen zwingen alle Beteiligten im Gesundheitsmarkt zu einer Optimierung der Schnittstellen, zur Optimierung eigener Strukturen und Prozesse und zur Nutzung von Synergieeffekten – und dies mit hoher professioneller Qualität. Dabei ist die Kenntnis des Gesundheitssystems mit seinen Spielregeln und Personen, d. h. den Gestaltungsmöglichkeiten und Grenzen, eine elementare Voraussetzung.

Aus der Praxis für die Praxis geschrieben, soll dieses Buch dem Arzt im Krankenhaus Informationen und Anregungen geben, diesen Umbruch zu verstehen und ihn motivieren die Herausforderungen erfolgreich anzugehen und zu meistern.

Trier im April 2017

Hans-Peter Busch

Prof. Dr. med. Dipl. Phys. Hans-Peter Busch  
Ehem. Leiter der Stabsstellen Medizin und Gesundheitspolitik  
Barmherzige Brüder Trier gGmbH  
Koblenz

Ehem. Chefarzt der Abteilung  
Radiologie, Neuroradiologie, Sonographie und Nuklearmedizin  
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder  
Trier

## Danksagung

*Hans-Peter Busch*

Bedanken möchte ich mich als ehemaliger Chefarzt der Abteilung für Radiologie, Neuro-radiologie, Sonographie und Nuklearmedizin bei dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier für 23 Jahre Berufserfahrung mit weitgehender Gestaltungsfreiheit und kontinuierlicher Unterstützung. Dies gilt auch für die Konzernleitung der Barmherzigen Brüder Trier gGmbH unter Führung von Bruder Peter Berg, die mir in meiner Funktion als Stabsstelle stets mit Erfahrung und Rat hilfreich zur Seite stand. Ohne diese Unterstützung wären meine Buchprojekte nicht zu realisieren gewesen.

Ich danke meinen Mitautoren Diplom-Ökonom Wilhelm Frewer (Stabsstelle Organisationsentwicklung und Prozessoptimierung im Zentrum für Radiologie, Neuroradiologie, Sonographie und Nuklearmedizin im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier) und Herrn Rechtsanwalt (Fachanwalt für Medizinrecht) Prof. Dr. Martin Spaetgens, Trier für Kritik und anregende Diskussionen, aber insbesondere für ihre wertvollen Beiträge.

Bedanken möchte ich mich auch bei der Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage und insbesondere bei der Produktmanagerin, Frau Anette Bayerlein, für die Unterstützung bei der Buchherstellung.

Bücher zu schreiben, kostet viel Zeit, die dem Familienleben entzogen wird. Insbesondere bei meiner Frau Hildegard Busch-Winter, aber auch bei meinen Kindern Stephanie und Thomas möchte ich mich für ihr Verständnis und ihre langjährige kontinuierliche Unterstützung bedanken.

In dieser Zeit habe ich meine kleinen Sterne (Enkelkinder) Josephine, Isabella, Carlotta, Ferdinand und Julie vermisst.

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	3
Danksagung .....	6
<b>1 Organisationen und Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem .....</b>	<b>13</b>
Wer trägt die Verantwortung für das Gesundheitssystem? .....	15
1.1 Organisationen .....	18
1.2 Gesundheitsversorgung .....	44
<b>2 Krankenhauslandschaft im Umbruch .....</b>	<b>79</b>
2.1 Status Quo .....	82
2.2 Herausforderungen .....	91
2.3 Strategische Antworten .....	93
2.4 Ideen für die Zukunft .....	96
<b>3 Qualitätsmanagement .....</b>	<b>97</b>
3.1 Abteilung für Qualität .....	102
3.2 Management Zertifizierungssysteme .....	105
3.3 Zertifizierungen von Zentren und Abteilungen .....	116
3.4 Qualitätsindikatoren .....	125
3.5 Qualitätsbericht .....	133
3.6 Risikomanagement .....	137
3.7 Beschwerdemanagement .....	138
3.8 Evidenzbasierte Medizin .....	140
3.9 Qualitätsorientierte Vergütung und Krankenhausplanung .....	146
3.10 Terminologie .....	157
<b>4 Die Krankenhausorganisation (Aufbau- und Ablauforganisation) (W. Frewer) .</b>	<b>163</b>
4.1 Organisationsstrukturen .....	166
4.2 Controlling .....	172
4.3 Budgetierung .....	174
4.4 Kennzahlen .....	177
4.5 Prozessorganisation .....	178
4.6 Klinische Behandlungspfade .....	183
4.7 Prozesscontrolling (Rückmeldemanagement) .....	185
4.8 Personalcontrolling .....	187
4.9 Jahresabschluss (Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung) .....	187



<b>5</b>	<b>Management von Abteilungen und Zentren</b>	<b>195</b>
5.1	Werkzeug	198
5.2	Prozessoptimierung	224
5.3	Leitlinien und Behandlungspfade	233
5.4	Benchmarking	240
5.5	Strategisches Management	248
<b>6</b>	<b>Der Grundsatz persönlicher Leistungserbringung (M. Spaetgens)</b>	<b>263</b>
	Einführung	265
6.1	Delegation ärztlicher Aufgaben	266
6.2	Dokumentationspflichten	273
<b>7</b>	<b>Das Berufsbild Arzt im Wandel</b>	<b>279</b>
7.1	Grundlagen der ärztlichen Tätigkeit	281
7.2	Fach- und Organisationshierarchie	287
7.3	Assistenzarzt	290
7.4	Chefarzt	294
7.5	Ärztlicher Direktor	307
7.6	Woran erkenne ich eine gute Klinik?	308
<b>8</b>	<b>Erkenntnisse, Tipps und Tricks aus 30 Jahren Berufs- und Führungserfahrung</b>	<b>319</b>
8.1	Aller Anfang ist schwer	324
8.2	Der mühsame Weg zur Führungskraft	332
8.3	Führungskraft – eine tägliche schwierige Herausforderung	337
	Literaturverzeichnis	345
	Stichwortverzeichnis	349
	Autorenverzeichnis	359

# 1 Organisationen und Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem

## Wer trägt die Verantwortung für das Gesundheitssystem?

Im Grundgesetz wird als staatliche Aufgabe die „Daseinsfürsorge“, d. h. die Bereitstellung von Gütern und Leistungen zur Grundversorgung der Bevölkerung definiert. So muss der Staat (Bund, Länder) für krankenversicherte Bürger und Bürgerinnen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung in einem geregelten Wettbewerb der Leistungserbringer garantieren.

Zum Schutz der Patienten (und der Steuerzahler) begleitet und steuert der Staat das Gesundheitssystem mit Gesetzen und Vorschriften – was manchmal gelingt, manchmal auch durch unvorhergesehene Nebenwirkungen, Umgehung und Missbrauch fehlschlägt. So können ökonomische Anreize zur Qualitätssteigerung, aber auch zu medizinisch nicht notwendigen Leistungen oder zum Erhalt schlecht geführter Gesundheitseinrichtungen führen. Zur Korrektur und Reparatur müssen dann neue Gesetze und Vorschriften bzw. Änderungen geschaffen werden – ein kontinuierlicher Kreislauf.

Jedes neue Gesundheitsgesetz, jede medizinische Entscheidung stellt einen Kompromiss zwischen dem Streben nach höchster Qualität und der Begrenzung durch die aktuelle „Kassenlage“ dar. Alle in der medizinischen Versorgung Tätigen kennen das Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualität, Ethik, aber auch berechtigten persönlichen Vorteilen (Geld, Karriere, Freizeit). In den Blick kommt dabei täglich die Grenze zwischen „wünschbar“ und „machbar“.

Da Bund und Länder keine eigenen Praxen und Krankenhäuser betreiben, ist es notwendig, Aufgaben der Gesundheitsversorgung freiberuflichen Ärzten und kommunalen, kirchlichen und privaten Krankenhausträgern zu übertragen. Bei kommunalen und kirchlichen Unternehmen liegt die Motivation zur Übernahme dieser Aufgaben in einer sozial ethischen bzw. christlichen Verantwortung, bei privaten Unternehmen und Praxen in dem Bestreben, Gewinne zu erzielen.

Dabei gilt für alle Gesundheitseinrichtung die Regel:

**Zur Existenzsicherung müssen mittelfristig die Einnahmen die Ausgaben übersteigen.**

In den letzten Jahren wurde immer deutlicher, dass im bestehenden Gesundheitssystem die Entwicklung der medizinischen Möglichkeiten an ökonomische Grenzen stößt. Teure „High-Tech“ – Geräte und Medikamente in Verbindung mit einer begrenzt verfügbaren Anzahl notwendiger Spezialisten stellen Beispiele für Einschränkungen dar.

### **Nicht alles was machbar ist, ist auch bezahlbar.**

Natürlich muss kritisch hinterfragt werden, ob auch alles Machbare sinnvoll und ethisch gerechtfertigt ist.

Die Anwendung des medizinischen Fortschritts in Verbindung mit der demographischen Entwicklung führt zu einem gesteigerten Finanzbedarf und somit bei stagnierenden oder rückläufigen Einnahmen der Krankenkassen zu Finanzierungsproblemen. Da in unserem Sozialsystem die Einnahmen der Krankenkassen durch Steigerung der Beitragssätze nicht deutlich zu erhöhen sind, die persönlichen Eigenbeiträge des Patienten (Zusatzbeiträge) nicht wesentlich gesteigert werden sollen (können) und ein konstant hohes Wirtschaftswachstum mit anteilig hohen Versicherungsbeiträgen nicht vorausgesetzt werden darf, bleibt als Lösung nur die Anpassung der Ausgaben an die Einnahmen. Dies kann im Gesundheitssystem durch höhere finanzielle Beiträge der Versicherten und Steuern, durch Leistungsbeschränkung, durch Qualitätsminderung oder durch Verbesserung von Effektivität und Effizienz, d. h. durch eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit erreicht werden.

Während die Leistungserbringer die Lösung der finanziellen Probleme in einer Steigerung des Erlösvolumens (Preis und Menge), finanziert im Wesentlichen durch Beiträge, Eigenbeteiligung und Steuern, sehen, ist das primäre Ziel der Gesundheitspolitik vorrangig die Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven im System **ohne** Leistungseinschränkungen und Qualitätsminderung. Daraus folgt für Leistungsanbieter ein **Kostenwettbewerb mit definierter (möglichst hoher) Qualität** (Abb. 1.1).

Bedingt durch die finanzielle Belastungsgrenze von Versicherten und Steuerzahlern und dem Streben der Gesundheitspolitiker nach einer Wiederwahl ist die Prognose nicht schwer:

**Zusätzliche finanzielle Mittel werden in absehbarer Zukunft nicht oder nur in sehr beschränktem Rahmen zur Verfügung stehen – bei weiter steigenden Ansprüchen an das Gesundheitssystem.**

Die Gesundheitspolitik legt in finanzieller Hinsicht die Größe und Ausgangslage der „Tischdecke“ auf dem Tisch fest. Mit den vorgegebenen Spielregeln und Rahmenbe-

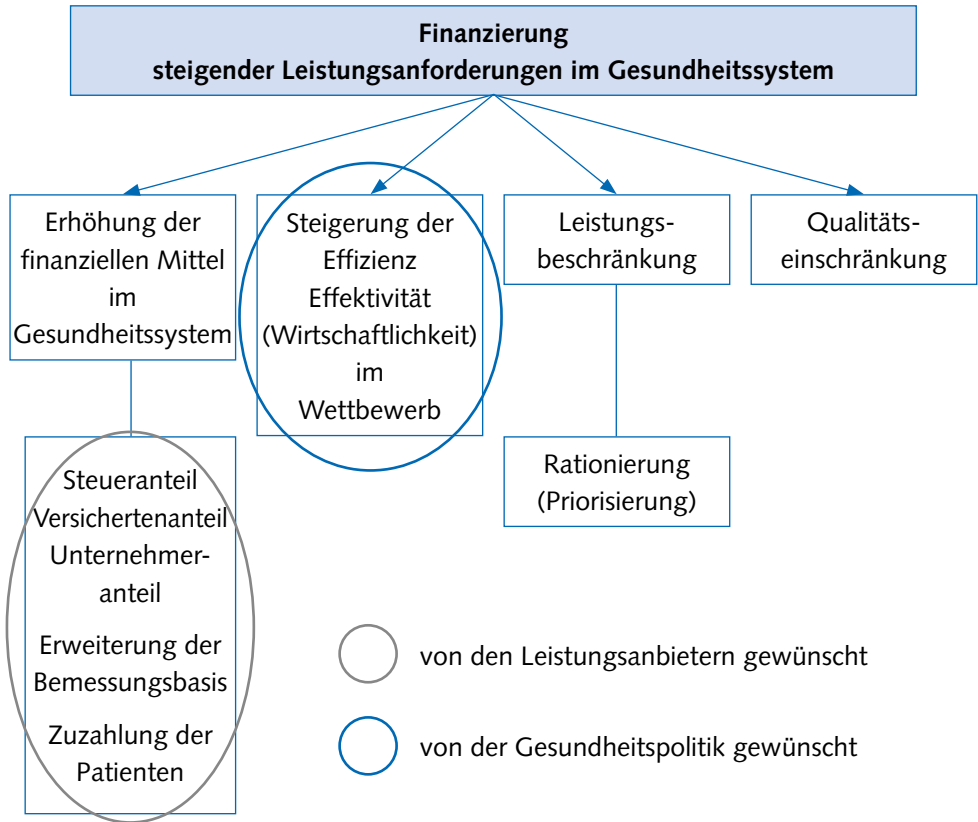


Abb. 1.1: Finanzierung steigender Leistungsanforderungen

dingungen verschieben dann die Teilnehmer im Gesundheitssystem und ihre politischen Interessenvertreter bei weitgehend konstanter Größe (konstantem Gesamtvolumen der finanziellen Ressourcen) die Lage, d. h. bei einer Umverteilung müssen Mehrausgaben durch Einsparungen an anderer Stelle weitgehend kompensiert werden.

### Umverteilung (Sparen) kennt immer Gewinner und Verlierer.

Ein typisches Ritual in der Gesundheitspolitik:

*Bei Einsparmaßnahmen oder einer Deckelung der Ausgaben wird von den betroffenen Leistungserbringern (ökonomischen Verlierern) und ihren Interessenorganisationen das Ende einer guten Gesundheitsversorgung und Schaden für den Patienten vorhergesagt, von der Gesundheitspolitik dagegen eine Welt beschrieben, die nur Gewinner kennt. Es wird die Illusion verbreitet, jedem Patienten die höchste medizinische Qualität an*

	Krankenhausbehandlung	Ärzte	Zahnärzte	Arznei-/Verbandmittel
	Mrd. €	Mrd. €	Mrd. €	Mrd. €
2003	46,31	23,33	8,03	23,40
2004	47,17	21,86	7,59	21,13
2005	48,53	21,95	7,50	24,67
2006	49,93	22,69	7,67	25,10
2007	50,42	23,55	7,85	27,64
2008	52,14	24,65	8,01	28,29
2009	55,42	26,39	8,19	30,00
2010	58,13	27,09	8,30	30,18
2011	59,95	27,63	8,47	28,98
2012	61,66	28,25	8,67	29,20
2013	64,19	31,43	9,51	30,09
2014	67,96	33,43	9,83	33,36

Verteilung (2014) und Entwicklung der GKV-Ausgaben

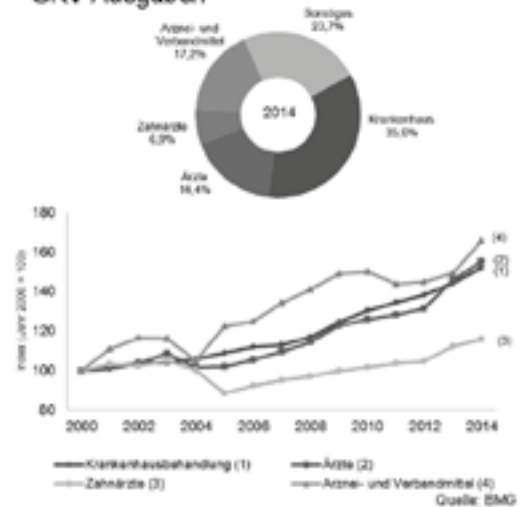


Abb. 2.11: Entwicklung der GKV Ausgaben 2000 – 2014 (Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft Dezember 2015)

## 2.2 Herausforderungen

Der Gesundheitsmarkt und damit die Krankenhäuser müssen einem veränderten Patientenspektrum mit gestiegenen Ansprüchen an die Behandlungsqualität, aber auch dem rasanten medizinischen Fortschritt und geänderten Rahmenbedingungen Rechnung tragen.

### Verändertes Patientenspektrum:

- Patienten werden multimorbider
- Patienten werden im Durchschnitt älter
- Zunahme von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (z. B. Demenz)
- Die Anzahl der Patienten wird weniger (evtl. teilweise kompensiert durch Flüchtlingsströme)
- Patienten verlagern zunehmend den Lebensmittelpunkt vom Land in die Stadt („Landflucht“)

### Veränderte Ansprüche an die Behandlungsqualität:

- Der gut informierte Patient vergleicht zunehmend qualitätsbewusst elektive Behandlungen der Leistungsanbieter und wählt aus. Für eine gute Behandlung nimmt er längere Wege in Kauf.

- Patienten legen neben der medizinischen Qualität größeren Wert auf die Servicequalität aber auch die Wirtschaftlichkeit (geringere Versicherungsbeiträge, niedrigere oder konstante Steuerlast)
- Für den Patienten ist nur bedingt die Qualität von einzelnen Behandlungsschritten wichtig. Im Mittelpunkt steht die Ergebnisqualität der Gesamtbehandlung im Krankenhaus oder Sektoren übergreifend im Gesundheitssystem. Damit ist die Qualität der Schnittstellen von großer Bedeutung.
- Der gut informierte Patient will am aktuellen Fortschritt der Medizin teilhaben. Dies bedeutet höchste Fachkompetenz, neueste Geräte bzw. Medikamente und evidenzbasiert neueste Behandlungsmethoden und Behandlungspfade.
- Er fordert eine hohe zeitliche und räumliche Verfügbarkeit und gute Koordination dieser Behandlungsmöglichkeiten.
- Für seine Erkrankung fordert er die durchgehende Begleitung durch medizinische „Generalisten“ als Lotsen, eine Behandlung aber durch „Spezialisten“ mit transparenter Qualität (Qualitätsindikatoren, Mindestmenge).
- Der Patient hat eine steigende Wertschätzung für „Zweitmeinungen“ von Spezialisten.

#### **Rasanter Fortschritt der medizinischen Möglichkeiten:**

- Neue Behandlungsmöglichkeiten mit neuen Geräten, Medikamenten und Fachwissen von Spezialisten
- Ständige Aktualisierung des medizinischen Wissens „vor Ort“
- Ambulantisierung von stationären Behandlungen
- Verringerung der Liegezeit
- Nutzung der Telemedizin zur Qualitätssteigerung und Überbrückung von räumlichen Entfernungen

#### **Neue gesundheitspolitische Rahmenvorgaben**

- Hohe Anforderungen an das Qualitätsmanagement (Zertifizierung, Mindestmengen, Qualitätsindikatoren)
- Hohe Transparenz und Möglichkeit zum Benchmarking der Qualität
- Forderung nach höchster Wirtschaftlichkeit ohne Qualitätsverlust

## 2.3 Strategische Antworten

Nach einer Studie von Viering & Stöhnle (Viering & Stöhnle 2010) sind erfolgreiche Strategien im Wettbewerbsmarkt:

1. **Kosten senken**
2. **Qualität steigern**
3. **Angebot erweitern**

Bei der Kostenreduktion haben zwei Drittel der Krankenhäuser die Materialkosten im Blick. 50 % der Kliniken wollen an der baulichen Instandhaltung sparen. Nur 4 % wollen interne Prozesse und die Organisation des Krankenhauses optimieren. Hier liegen sicherlich noch Effizienzreserven.

Aus Sicht der Krankenhäuser spielen auch Investitionen in eine höhere Qualität eine bedeutende Rolle. Bei der geplanten konkreten Umsetzung zeigt sich aber, dass insbesondere kostenneutrale Maßnahmen oder Maßnahmen mit geringen Kosten bevorzugt werden. **Zusätzliches Personal nicht in ein größeres Leistungsvolumen sondern in eine höhere Qualität zu investieren steht am Ende der Planungsliste!** Dies wird sich im Rahmen der qualitätsorientierten Vergütung sicherlich ändern.

Eine Erweiterung des Angebotes hat eine relativ geringe Bedeutung bei den geplanten Investitionen. Im Vordergrund steht die Verbesserung der Privatstationen zur Steigerung der Ertragssituation.

Krankenhäuser, welche die Herausforderungen akzeptieren und flexibel im Gesundheitsmarkt reagieren, werden sich erfolgreich weiterentwickeln. Die bekannte Darstellung von Untergangsszenarien, wie sie seit vielen Jahren üblich ist, hilft nicht weiter. Stillschweigend wird die Schließung von Krankenhäusern in Kauf genommen, es will nur keiner öffentlich für diese undankbare Aufgabe die „politische“ Verantwortung übernehmen, das soll der Wettbewerb im Gesundheitsmarkt regulieren.

**Nicht die großen werden die kleinen, sondern die schnellen (flexible) und kreativen Krankenhäuser die langsamen verdrängen.**

Nach einer aktuellen Krankenhaus-Restrukturierungsstudie 2016 von Roland Berger rechnen 70 % der befragten Krankenhäuser mit einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation. Positive Erwartungen werden im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes sowohl an den Qualitätswettbewerb als auch die Möglichkeiten der Digitalisierung (Kom-

munikation, Analytik, Verbesserung der Behandlungsprozesse) gerichtet, negative Trends in dem Fachkräftemangel und dem hohen Effizienzsteigerungsdruck gesehen.

Im Jahr 2015 konnten 94 % der Krankenhäuser den Umsatz steigern, für das Jahr 2016 werden 87 % erwartet. Nach Ansicht der Studie sind Gründe neben der Steigerung der Landesbasisfallwerte, die demographische Entwicklung, die steigende Multimorbidität und der medizinisch technische Fortschritt. Die Folge sind eine höhere Fallzahl und ein Anstieg der Fallschwere.

Als Wachstums- und Investitionsschwerpunkte werden Fachabteilungen mit hohem Anteil an älteren Personen gesehen (Kardiologie, Neurologie, Geriatrie). Stärker im Fokus stehen Neurochirurgie und Psychiatrie.

In einer Phase der Restrukturierung, die auch intensiv in den kommenden Jahren weitergeführt werden soll, befinden sich 65 % der befragten Krankenhäuser.

Erstaunlich ist, dass trotz Mehrerlösausgleich bzw. Fixkostendegression die Steigerung stationärer Erlöse weiterhin im Blickfeld steht. Weiteres Optimierungspotential wird im Bereich des Sachbedarfs, aber auch bei den Personalkosten gesehen. Als zusätzliche Einnahmequellen werden insbesondere ambulante Erlöse genannt.

Trotz aller Anstrengungen bei der Restrukturierung sind 46 % der Krankenhäuser mit dem „messbaren“ Erfolg unzufrieden. Als größte Herausforderung werden hierbei in der Studie von Roland Berger die Maßnahmenumsetzung, die Mitarbeiterwiderstände und die Abwägung medizinischer/wirtschaftlicher Perspektiven genannt. Bei der Umsetzung der Restrukturierung sind die größten Erfolgsfaktoren die Unterstützung durch Führungskräfte bzw. Mitarbeiter, die klare Kommunikation der Ziele und Fortschritte und die Unterstützung durch den Träger bzw. Aufsichtsrat.

Für die Schwierigkeit der Aufgaben spricht die hohe Fluktuation der Geschäftsführung. In 51 % der Krankenhäuser wurde in den letzten 3 Jahren die Geschäftsführung gewechselt. Während früher in dem Anforderungsprofil die Projektmanagementfähigkeit im Vordergrund stand, wird jetzt mehr Wert auf die Kommunikationsfähigkeit gelegt.

Der häufige Geschäftsführerwechsel kann Altersgründe oder persönliche Veränderungswünsche als Ursache haben, aber auch auf eine vorausgegangene Fehlbesetzung hinweisen. Eine systematische retrospektive Analyse von Managementfehlern ist nicht unbedingt die starke Seite des Krankenhaus Managements (aus eigenen Fehlern für die Zukunft lernen – man redet lieber nicht darüber). Ein Grund für Fehlbesetzungen könnte



## 8 Erkenntnisse, Tipps und Tricks aus 30 Jahren Berufs- und Führungserfahrung

In diesem Kapitel sollen Erfahrungen und Ratschläge aus dem eigenen Berufsleben zur Anregung, Reflektion und Diskussion gestellt werden. Erfahrung ist immer eine Betrachtung von Abläufen, Ursachen und Wirkungen aus dem Blickwinkel der eigenen Vergangenheit. Sie kann nicht repräsentativ im statistischen Sinne sein. Die resultierenden Erkenntnisse, Tipps und Tricks garantieren keinen sicheren Weg zum Erfolg. Sie erhöhen aber die Wahrscheinlichkeit, erfolgreich zu sein und aktuelle Situationen besser zu verstehen und zu meistern. **Die letzte Entscheidung und das Risiko bleiben beim Leser.**

### Von großer Bedeutung ist die Wahl der „richtigen“ Arbeitsstelle.

Erfolg im Berufsleben ist eine Kombination von eigenem Können und Wollen, aber auch Ergebnis einer glücklichen oder unglücklichen Wahl der Arbeitsstelle und damit auch der Kollegen und Vorgesetzten. Sicheres Zeichen einer glücklichen Wahl ist die Vorfreude auf den nächsten Arbeitstag oder den Wiederbeginn der Arbeit nach einem schönen Urlaub, Zeichen einer unglücklichen Wahl täglicher Frust und Ärger verbunden mit Hoffnungslosigkeit. Eine unglückliche Wahl kann zu schwer heilbaren persönlichen Verletzungen bzw. Vorurteilen führen. Häufig geht dadurch die Eigenschaft verloren, neuen Aufgaben, Institutionen, Mitarbeitern und Vorgesetzten mit Offenheit, Optimismus und einem Vertrauensvorschuss zu begegnen (an das Gute im Menschen glauben) – eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg. Dann entstehen Vorgesetzte, die an ihre Mitarbeiter das „zurückgeben“, was sie selbst erdulden mussten.

### Das Berufsleben soll in der Regel, kann aber nicht zu jeder Stunde, Freude bereiten.

Es muss in jedem Beruf akzeptiert werden, dass schwere Stunden und Entscheidungen zum Berufsleben gehören genauso wie Erfolg, Zufriedenheit und Zuversicht. Daher ist der Hinweis leichter gesagt als getan, das Berufsleben nicht wichtiger zu nehmen als es ist. Das Leben besteht nicht nur aus Arbeit sondern hoffentlich zum größten Teil aus freier Zeit im Privatleben außerhalb der Klinik mit einer Vielzahl attraktiver Möglichkeiten, d. h. man muss im Privatleben einen Ausgleich finden, der Freude bereitet und über schwere Stunden im Berufsleben hinweg hilft. Wer hat sich noch nie „von Herzen“ über Vorgesetzte, Mitarbeiter, die Verwaltung oder auch Patienten geärgert. Jeder ist manchmal froh, das rettende Zeitende eines Arbeitstages zu erreichen. Wichtig ist, „Kurzschluss Reaktionen“ zu vermeiden, die man anschließend bereut und welche die Situation nicht

lösen sondern nur noch komplexer machen. Das Geheimnis im Alltag besteht darin, nach einer kurzen notwendigen „Ärgerarbeit“ neben sich zu treten, die Lage zu analysieren und den Grund des Ärgers dann **subjektiv** für „relativ“ unwichtig zu erklären. Hilfreich kann dabei eine sorgfältige Abwägung der Vor- und Nachteile in emotionaler Ausgeglichenheit (mindestens eine Nacht darüber schlafen) sein, d. h. den Anteil von Käse und Löchern zu bewerten – es besteht immer die Möglichkeit wegen relativer Kleinigkeiten, subjektiv empfunden als „Nabel der Welt“, sich das Leben sehr schwer zu machen. Nach einer gelungenen Freizeitgestaltung und einer guten Nacht bzw. einem gelungenen Wochenende sieht die Welt am nächsten Morgen oder am Montag wieder deutlich freundlicher aus. Dann heißt es, mit neuem Mut und neuer Energie weiter zu kämpfen. Die Kraft zur Regeneration kommt dabei aus beruflichen Erfolgen, im Wesentlichen aber aus einem erfüllten Privatleben. Es zeigt sich immer wieder: Wer große Probleme mit sich selbst und seinem Privatleben hat, wird auch nicht als guter Arzt und Freund im Berufsleben wahrgenommen.

Ein guter Morgen beginnt mit dem freundlichen Begrüßen der Kollegen, Vorgesetzten und Patienten als sichtbares Zeichen „Ich freue mich auf euch“ an diesem Arbeitstag – keine Selbstverständlichkeit mehr. Häufig wird lieber zur Begrüßung über die schlechten Rahmenbedingungen und die Unfähigkeit der Verwaltung geklagt. Diese „Kultur des täglichen Klagens“ verändert wenig (man gewöhnt sich nur daran), verschlechtert die Arbeitsatmosphäre, hilft aber manchen Mitarbeitern (besonders problematisch wird es, wenn dies auch noch Führungskräfte sind), den Alltag leichter zu ertragen. Entscheidend ist immer, welche Fraktion in einer Abteilung die Mehrheit bildet, die Optimisten (Wir schaffen das schon) oder die Jammerer und Bedenkenträger. Wehe, wenn das Stimmbiotop der Abteilung umschlägt. Die Verantwortung dafür tragen der Chefarzt und die Führungskräfte „vor Ort“, nicht die allgemeine Gesundheitspolitik und die „da oben“ d. h. die Krankenhaus- und Konzernleitung.

Auch hier gilt der Satz: „Wie man in den Wald hineinruft, so kommt es wieder zurück“. Und bleibt ein Gruß ohne Antwort – versuch es bitte noch einmal. Möglicherweise hat der Chefarzt oder der kaufmännische Direktor den Assistenzarzt ja doch nicht absichtlich übersehen. Dabei ist Freundlichkeit eine innere Einstellung, die man nur begrenzt erlernen, schon gar nicht erzwingen kann (daher ein wichtiges Einstellungskriterium). Wichtiger als der Satz über der Tür: Hast Du heute schon begrüßt? Ist der Satz: Hast Du heute schon gelacht? Eine Kombination von lachen und hart arbeiten ist das Charakteristikum einer guten Arbeitsatmosphäre. Jeder trägt seinen Anteil dazu bei.

**Sei selbst ein Vorbild und zeige aktiv wie du es gerne hättest – auch als Assistenzarzt.**

## Autorenverzeichnis

**Prof. Dr. med. Dipl. Phys. Hans-Peter Busch**

Ehem. Chefarzt

Zentrum für Radiologie, Neuroradiologie, Sonographie u Nuklearmedizin

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier

Ehem. Leiter der Stabstellen Medizin und Gesundheitspolitik

Barmherzige Brüder Trier gGmbH, Koblenz

hp.busch@t-online.de

**Wilhelm Frewer, Diplom Ökonom**

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier

Zentrum für Radiologie, Neuroradiologie, Sonographie und Nuklearmedizin

Stabsstelle Prozessoptimierung und Organisationsentwicklung

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier

Nordallee 1, 54292 Trier

w.frewer@bk-trier.de

**Prof. Dr. Martin Spaetgens, Rechtsanwalt**

Fachanwalt für Medizinrecht

Fachanwalt für Arbeitsrecht

Fachanwalt für Handels- und Gesellschaftsrecht

Dietrichstraße 18, 54290 Trier

mail@spacetgens.com

www.spacetgens.com



**Prof. Dr. med. Dipl. Phys. Hans-Peter Busch**, geb. 1949, Studium der Physik und Medizin in Kiel und Mainz, radiologische Ausbildung im Universitätsklinikum Mannheim, Institut für Klinische Radiologie und Nuklearmedizin (Prof. Dr. M.Georgi), 1993–2014 Chefarzt der Abteilung für Radiologie, Neuroradiologie, Sonographie und Nuklearmedizin im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier, 2001–2007 Ärztlicher Direktor, 2006–2014 Leiter der Stabstelle Medizin der Barmherzige Brüder Trier gGmbH in Koblenz, 2014–2017 Leiter der Stabstelle Gesundheitspolitik der Barmherzige Brüder Trier gGmbH, jahrelange Erfahrung im Bereich Klinikmanagement u. a. Leitung von Managementkursen, zahlreiche Veröffentlichungen, Vorträge und Bücher zu medizinischen und Managementthemen, Mitglied in zahlreichen Ausschüssen und Gremium der Bundesgesundheitspolitik und in berufspolitischen Verbänden.

### **Der Weg vom Arzt zum Arzt und Gesundheitsmanager – Anregung und Anleitung aus dem klinischen Alltag**

Aus dem Erfahrungsschatz eines Chefarztes und Gesundheitsmanagers soll der heute notwendige Brückenschlag von einer erfolgreichen medizinischen Tätigkeit zum begleitenden erfolgreichen Gesundheitsmanagement beschrieben werden. Dazu wird an Beispielen aus der Praxis dargestellt, wie Medizin und Management eine **gleichberechtigte** Symbiose eingehen können. Eine hohe medizinische Qualität stellt zwar eine (überlebens-) notwendige Voraussetzung für den wirtschaftlichen Erfolg dar, kann diesen aber alleine nicht mehr garantieren.

Das Klagen der Ärzte über schwierige Rahmenbedingungen hilft alleine nicht weiter. Notwendig sind Motivation und Fähigkeit unter diesen schwierigen Bedingungen das Optimal für den Patienten, das Krankenhaus, die Mitarbeiter, aber auch die eigene Person zu erreichen. Hierbei muss der Unterschied zwischen „wünschbar“ und im klinischen Alltag „machbar“ im Auge behalten werden.

Als Folge zwingen die sich kontinuierlich verändernden Rahmenbedingungen alle Beteiligten im Gesundheitsmarkt zu einer Optimierung der Schnittstellen, zur Optimierung eigener Strukturen und Prozesse und zur Nutzung von Synergieeffekten – dies erfordert von Ärzten zusätzliche professionelle Fähigkeiten. Dabei ist die Kenntnis des Gesundheitssystems mit seinen Gestaltungsmöglichkeiten und Grenzen eine elementare Voraussetzung.

Aus der Praxis für die Praxis geschrieben, soll dieses Buch Ärzten im Krankenhaus nützliche Informationen und „machbare“ Anregungen geben, den Umbruch zu verstehen und sie motivieren, die Herausforderungen erfolgreich zu meistern.

