



**Arbeitnehmerkammer
Bremen**

Discussion Paper

Die Zukunft des Krankenhauses neu denken, miterstreiten und mitgestalten!

Expertise erstellt durch das Institut Arbeit und Technik (IAT)
der Westfälischen Hochschule und der Ruhr-Universität
Bochum

6/2019

Die Zukunft des Krankenhauses neu denken, miterstreiten und mitgestalten!

- Überlegungen zur Renaissance von
Konfliktpartnerschaft zwischen Management,
Beschäftigten und ihren Interessenvertretungen

Expertise für die Arbeitnehmerkammer Bremen, erstellt durch das
Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule
und der Ruhr Universität Bochum

Michaela Evans, Jens Herrmann, Josef Hilbert, Oliver Pfirrmann

06/2019

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
1. Zusammenfassung für eilige Leserinnen und Leser	5
2. Einleitung und Hintergrund:	6
3. Ausgewählte Profilmerekmale der Krankenhauslandschaft in Deutschland	7
3.1 Gesundheitsstandort D: hohe Bedeutung der stationären Versorgung	7
3.2 Von Schrumpfung und Strukturwandel geprägt:	8
3.3 Dauerhaft dramatische Engpässe bei der öffentlichen Krankenhausfinanzierung	9
3.4 Bedeutungsgewinn privater Träger	11
3.5 Prekäre wirtschaftliche Lage: Für viele Krankenhäuser ein Normalzustand	12
3.6 Leistungs- und Erneuerungsdruck als ständige Wegbegleiter	14
4. „Under Pressure“: Krankenhäuser unter Wirtschaftlichkeitsdruck und in der Privatisierungsversuchung	15
Exkurs: Die Folgen von Privatisierungen für Beschäftigte	17
5. „Winds of Change“: Sich ändernde Rahmenbedingungen unterminieren bisherige Muster des Krankenhausmanagements	22
6. „Working on a dream.“ Partizipation zum Treiber für zukunftsfähige Krankenhäuser machen	24
Literaturverzeichnis	28

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Starke Bedeutung der stationären Versorgung	7
Abbildung 2: Krankenhausdichte und Bevölkerungsdichte in OECD-Mitgliedstaaten 2017	8
Abbildung 3: Entwicklung der Eckdaten deutscher Krankenhäuser seit 2007.	9
Abbildung 4: Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser durch die Bundesländer in 2017	10
Abbildung 5: Kumulierte KHG-Fördermittel nach Bundesländern 1991 bis 2017	10
Abbildung 6: Krankenhäuser nach Betten und Trägerschaft	11
Abbildung 7: Marktanteil nach Trägerschaft gemessen in Zahl der Fälle	12
Abbildung 8: Ertragslage nach dem DKI-Barometer	13
Abbildung 9: Verteilung und Entwicklung der Personalbestände nach Dienstart	16
Abbildung 10: Casemix-Punkt je Vollkraft	18
Abbildung 11: Vollkräfte im Pflegedienst altersgewichtete Fälle	19
Abbildung 12: Vollkräfte im Pflegedienst altersgewichtete Belegungstage	19
Abbildung 13: Durchschnittliche aggregierte SMR insgesamt und nach Trägerschaft	20
Abbildung 14: Patientenzufriedenheit	21
Abbildung 15: Gegenüberstellung von Anteilen der Trägertypen am Gesamtsample und den Ergebnissen der Monita.	21

1. Zusammenfassung für eilige Leserinnen und Leser

Die Arbeitnehmerkammer Bremen hat das IAT gebeten, in einer Expertise zu umreißen, was auf öffentliche Krankenhäuser (und vor allem auf die dort Beschäftigten) zukommt, wenn sie von einem privaten Träger übernommen werden. Herausgekommen ist zum einen eine Skizze dessen, was in der Vergangenheit bei solchen Eigentümerwechseln zu beobachten war, zum anderen die Einsicht, dass sich die (ohnehin schon herausfordernden) Handlungsbedingungen für Krankenhäuser seit 2018 gravierend verändern – und gerade mit Blick auf arbeitsbezogene Fragestellungen einen drastisch steigenden Gestaltungsbedarf bringen.

In Deutschland arbeiteten Ende 2017 rund 900.000 Menschen (Vollkräfte) in 1.942 Krankenhäusern, in denen insgesamt 523.824 Betten aufgestellt waren. Die Zahl der Krankenhäuser ist in der letzten Dekade (von 2007 nach 2017) um sieben Prozent leicht gesunken, die Zahl der Krankenhausbetten ging um 2 % zurück. Parallel stieg die Zahl der Fälle kräftig, erst 2017 fand dieser Prozess ein (vorläufiges) Ende. Die Zahl der Vollkräfte stieg um insgesamt 13 %, wobei insbesondere Ärztinnen und Ärzte mit einem Plus von 28 % stark dazugewonnen haben, während die Pflege nur ein Plus von 10 % realisieren konnte. Trotz der gesunkenen durchschnittlichen Verweildauer ist die Gesundheitsversorgung in Deutschland im internationalen Vergleich durch eine hohe Bedeutung von Krankenhäusern, überdurchschnittlich lange Krankenhausaufenthalte und eine dominierende Rolle der Ärzteschaft geprägt. Gesundheitssystemforscher, Gesundheitsökonominnen wie auch große Teile der Gesundheitspolitik in Deutschland plädieren vor diesem Hintergrund für Strukturreformen, neuerdings sogar die Deutsche Krankenhausgesellschaft (Bertelsmann Stiftung 2019, DKG 2019). Weniger, aber größere und leistungsfähigere Krankenhäuser als Teil einer integrierten Landschaft der Gesundheitsversorgung ist hier die am häufigsten umrissene Orientierung.

In der letzten Dekade haben private Krankenhausträger in der Krankenhauslandschaft stark an Bedeutung gewonnen. Sie besitzen mittlerweile ca. 36,5 % der Häuser, 17,8 % der Betten und bearbeiten 17,2 % der Fälle. Der Zuwachs der privaten Träger geht nicht auf Neugründungen, sondern auf Übernahmen von ehemals öffentlich-kommunalen und freigemeinnützigen Häusern zurück, die in aller Regel verkauft wurden, weil sie mit großen wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu kämpfen hatten und saniert oder sogar neu aufgestellt werden mussten. Die Sanierungs- und Managementstrategien privater Träger, die in der überwiegenden Zahl der Fälle wieder zu ‚schwarzen Zahlen‘ führten, akzentuierten

- eine Fokussierung auf Leistungen, Fallgruppen und Fälle, die gut beherrscht, häufig erbracht und mit Ertrag abgerechnet werden können,
- vielfältige Anstrengungen für ein effizienzorientiertes Prozessmanagement,
- systematische, dichte und oft sehr ‚ermunternde‘ Wege eines Monitorings des Leistungsgeschehens,
- ein oft zu beobachtendes Outsourcing medizinischer Leistungen, was zum einen darauf zielt, die Kompetenz- und Effizienzvorteile spezialisierter Dienstleister zu nutzen, und zum anderen von ‚arbeitgeberfreundlicheren‘ Arbeitsbedingungen in den zuliefernden Branchen profitiert.

Unter dem Strich gelingt privaten Krankenhausträgern (zumindest im Branchendurchschnitt) eine höhere Produktivität als ihren öffentlichen und freigemeinnützigen Mitbewerbern.

In der Öffentlichkeit – aber auch bei vielen Beschäftigten – stoßen die Arbeitsbedingungen privater Träger auf vielfältige und z. T. massive Kritik. Nicht selten wird auch moniert, die Effizienz- und Gewinnorientierung privater Träger habe auch systematisch negative Auswirkungen auf die Leistungsqualität, auf das Patientenwohl. Während sich der höhere ‚Workload‘ bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern privater Krankenhausträger wirtschaftsstatistisch abbilden lässt, liegen sichere und empirisch repräsentative Belege für eine unterdurchschnittliche Qualität nicht vor. Auf Einzelfallbasis wird allerdings immer wieder von krassen Qualitätsproblemen berichtet.

Der in Deutschland immer stärker werdende Fachkräftemangel, die Kritik an den belastenden Arbeitsbedingungen (gerade auch in den privatisierten Teilen der Gesundheitslandschaft) sowie der politische Druck auf Strukturwandel („weniger und bessere Krankenhäuser“) und Erneuerungen haben die Notwendigkeit einer neuen Arbeitspolitik auf die Tagesordnung gesetzt. Einen ersten signifikanten Niederschlag fand sie in der Personaluntergrenzenverordnung (von Ende 2018), die es effizienzorientierten Krankenhäusern zukünftig erschwert, durch ‚sparsam-produktiven‘ Pflegeeinsatz Vorteile zu erwirtschaften. Für die Zukunft ist die Gestaltung attraktiver Arbeitsbedingungen, die gleichzeitig Patientenorientierung sicherstellen und nachhaltiges Wirtschaften ermöglichen, die Schlüsselherausforderung. Einen zusätzlichen Schub bekommt die Suche nach mehr Arbeitsorientierung derzeit auch noch dadurch, dass das Groß- und Dauerprojekt Digitalisierung nicht von außen in die Krankenhauslandschaft implantiert werden kann, sondern eine aktive Mitgestaltung und Aneignung durch die Belegschaften braucht.

Die Konturen einer neuen ‚Arbeitspolitik Krankenhäuser‘ lassen sich bereits erkennen. Zwei wichtige Eckpunkte werden etwa eine Aufwertung der nicht-ärztlichen Fachberufe und ein erheblicher Bedeutungsgewinn von Partizipation, d. h. der Mitgestaltung von Erneuerungen und Strukturveränderungen durch die Beschäftigten und ihre Interessenvertretungen, sein. Dies entspricht nicht nur den Gedanken und Vorgaben des deutschen Arbeitsrechts, sondern ist auch eine immer wichtiger werdende Voraussetzung dafür, um Zielgenauigkeit und Wirkungskraft von Erneuerungen zu gewährleisten und um unnötige Innovationshavarien zu vermeiden. Die (Bundes-)Politik und die Tarifpolitik sind gefordert, die Rahmenbedingungen für eine Renaissance oder sogar eine Aufwertung des Faktors Arbeit in der Gesundheitsversorgung zu schaffen. „Vor Ort“ jedoch erfolgt die konkrete Ausformung und Umsetzung. Die Durchsetzung von Beschäftigteninteressen (Löhne/ Gehälter, Arbeitszeiten, informationelle Selbstbestimmung, Work-Life-Balance, Fort- und Weiterbildung etc.) kann hierbei mit der Mitgestaltung zukunftsfähiger Dienstleistungswelten in einer neuen Art von „Konfliktpartnerschaft“ verbunden werden. Bremen könnte zu einem Pilotierungsfeld für die neue ‚Arbeitspolitik Krankenhäuser‘ werden.

2. Einleitung und Hintergrund:

Die Arbeitnehmerkammer Bremen hat das Institut Arbeit und Technik (IAT) gebeten, eine Expertise dazu zu erstellen, was mit Blick auf Beschäftigte zu erwarten ist, wenn Krankenhäuser privatisiert werden. Im Laufe der Bearbeitungszeit des Projektes – Herbst 2018 bis Frühjahr 2019 – haben sich die Handlungsbedingungen für die Entwicklung von Krankenhäusern fundamental verändert. Sie sind zum einen noch deutlich unübersichtlicher geworden als sie ohnehin schon waren; zum anderen sind Krankenhäuser immer stärker gefordert, sich als Kernelemente von Gesundheitslandschaften aufzustellen. Vor diesem Hintergrund hat das IAT (in Abstimmung mit der Auftraggeberin) seinen Auftrag umdefiniert und Ansatzpunkte identifiziert, wie Mitbestimmung und Mitgestaltung für die Berücksichti-

gung von Beschäftigteninteressen bei der zukünftigen Krankenhausentwicklung besser zur Geltung gebracht werden können.

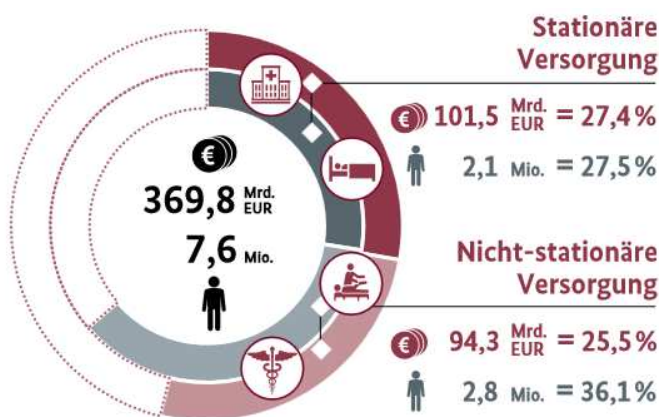
Die nachfolgende Skizze von Entwicklungen, Umbrüchen und Gestaltungsherausforderungen und -perspektiven beruht auf insgesamt sechs Betriebsrecherchen und 12 leitfadengestützten Experteninterviews im stationären Krankensektor in Deutschland. Zusätzlich wurden gegenwärtige Debattenlagen in branchenspezifischen Fachmagazinen gesichtet, inhaltsanalytisch ausgewertet und mit Blick auf zentrale Gestaltungsherausforderungen zusammengefasst. Darüber hinaus konnte einer der Autoren ein einschlägiges Fachforum bei dem Gesundheitskongress Salut! In Saarbrücken (10. bis 12. April 2019) und Fachveranstaltungen beim Hauptstadtkongress für Medizin und Gesundheit (HSK 2019 vom 21. Bis 22. Mai) mitorganisieren, moderieren, besuchen und auswerten.

3. Ausgewählte Profilerkmale der Krankenhauslandschaft in Deutschland

3.1 Gesundheitsstandort D: hohe Bedeutung der stationären Versorgung

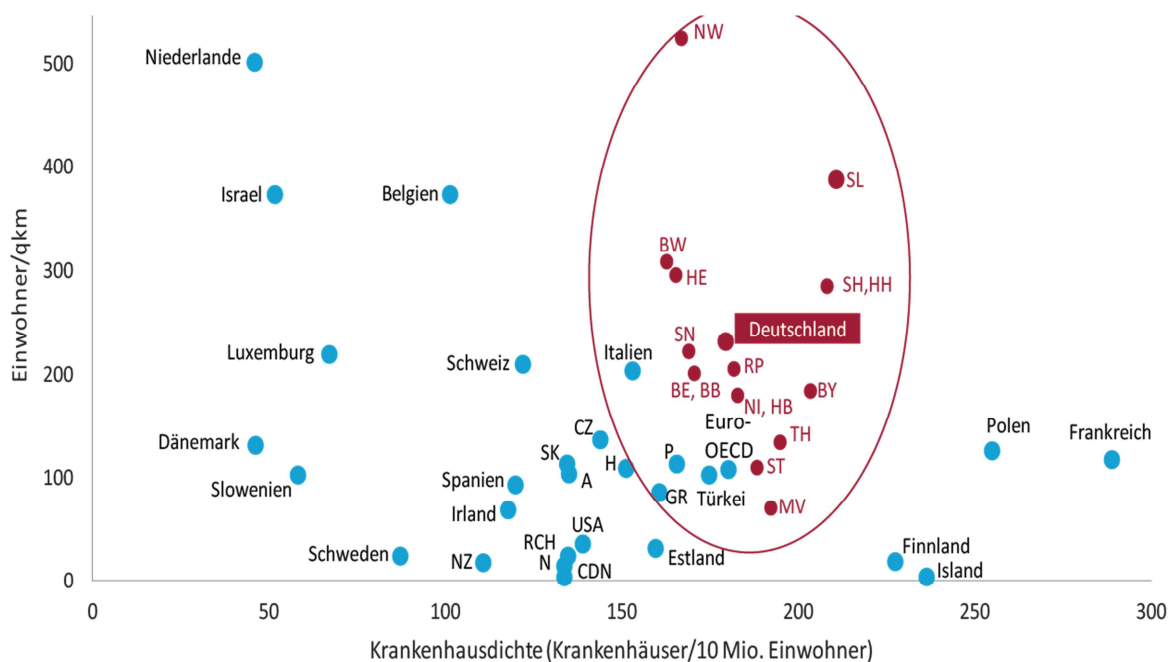
Das deutsche Gesundheitssystem weist im internationalen Vergleich eine Menge an Besonderheiten auf. Zwei der auffälligsten sind, dass es stark durch die Federführung der Ärzteschaft bei allen Schritten der Diagnose und Therapie geprägt ist und dass stationäre Versorgungsformen, genauer: Krankenhäuser, als Träger der Versorgung außerordentlich bedeutsam sind. 27,5 % aller Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft sind in Kliniken, Krankenhäusern, stationären Reha-Einrichtungen tätig und erwirtschafteten dort in 2017 27,4 % der gesamten Bruttowertschöpfung dieses Wirtschaftszweiges Gesundheitswirtschaft (s. Abb. 1).

Abbildung 1: Starke Bedeutung der stationären Versorgung



Quelle: BMWi 2019: 27.

Abbildung 2: Krankenhausdichte und Bevölkerungsdichte in OECD-Mitgliedstaaten 2017

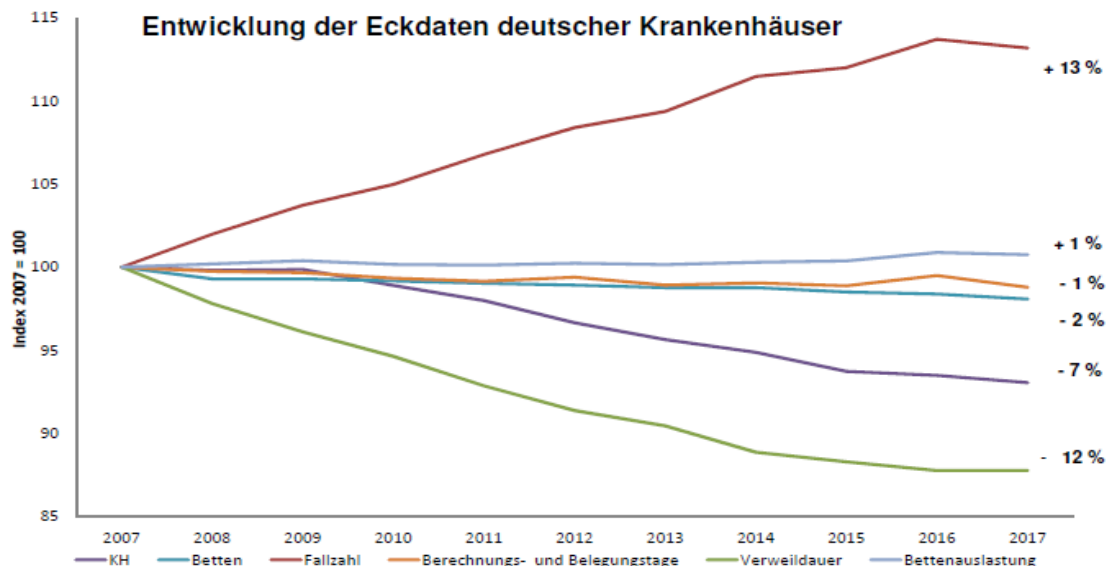


Quelle Augurzky u.a. 2019: 33.

3.2 Von Schrumpfung und Strukturwandel geprägt:

In den letzten Jahren war in Deutschland ein leichter Rückbau der Krankenhauskapazitäten zu beobachten. Von 2007-2017 sank die Zahl der Krankenhäuser um 7 %, die Zahl der Betten in diesen Häusern um 2 %, während die Zahl der Fälle um 13 % stieg. Zu bewältigen war dies nur dadurch, dass die Verweildauer um 12 % sank, die Zahl der Berechnungs- und Belegungstage hingegen in etwa stabil blieb (s. Abb. 3).

Abbildung 3: Entwicklung der Eckdaten deutscher Krankenhäuser seit 2007



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft (2018): Eckdaten der Krankenhausversorgung, Berlin: 4.

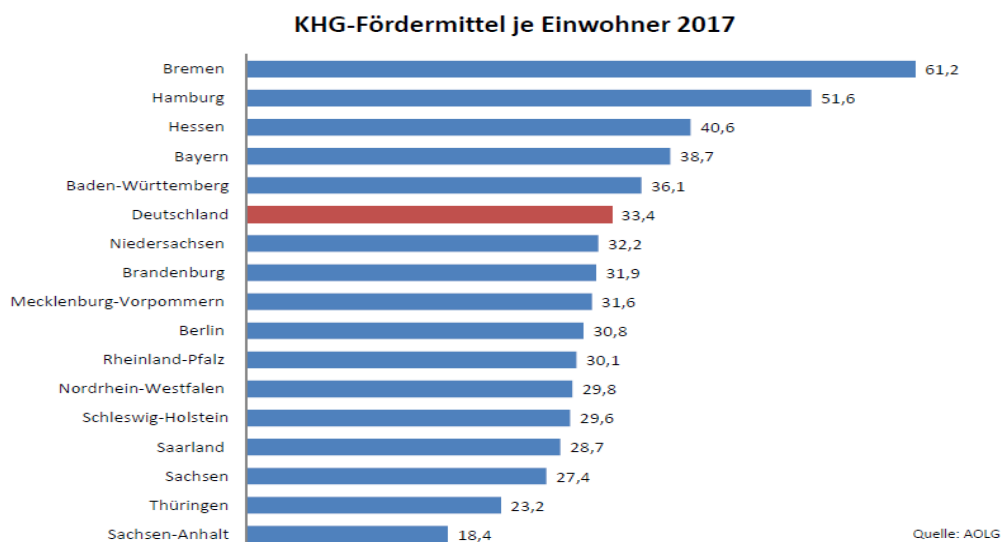
Der Schrumpfungs- und Strukturwandel schlug sich übrigens auch in einem leichten Trend zur Verbundbildung und Schwerpunktsetzung zwischen verschiedenen Häusern nieder. Außerdem konnte das Engagement von Krankenhäusern in der ambulanten Versorgung gesteigert werden. Im Jahre 2017 kam es erstmalig zu einem Rückgang bei der Zahl der Fälle (s. Abb. 5). Der Krankenhausratingreport 2019 vermutet dafür viele Ursachen, eine könnte sein, dass der Einstieg vieler Krankenhäuser in den Aufbau ambulanter Versorgungsformen (u.a. krankenhausgetragene Medizinische Versorgungszentren mit niedergelassenen [Fach-] Ärzten) erste ‚Früchte‘ trägt und den Drang in die Krankenhausversorgung dämpft.

3.3 Dauerhaft dramatische Engpässe bei der öffentlichen Krankenhausfinanzierung

Die umrissenen Veränderungen haben vielfältige Ursachen. Stark getrieben wurden sie unter anderem dadurch, dass die Bundesländer, die eigentlich in Deutschland für die Finanzierung von Investitionen in Krankenhäusern zuständig sind, ihr einschlägiges Engagement erheblich zurückgefahren haben. Insgesamt sanken die Krankenhausgesetz-Fördermittel von 1993 bis 2017 von 3,9 Milliarden € auf 2,76 Milliarden € ab, ein Minus von 29,2 % (Augurzky u. a. 2019: 29, Schaubild 34).

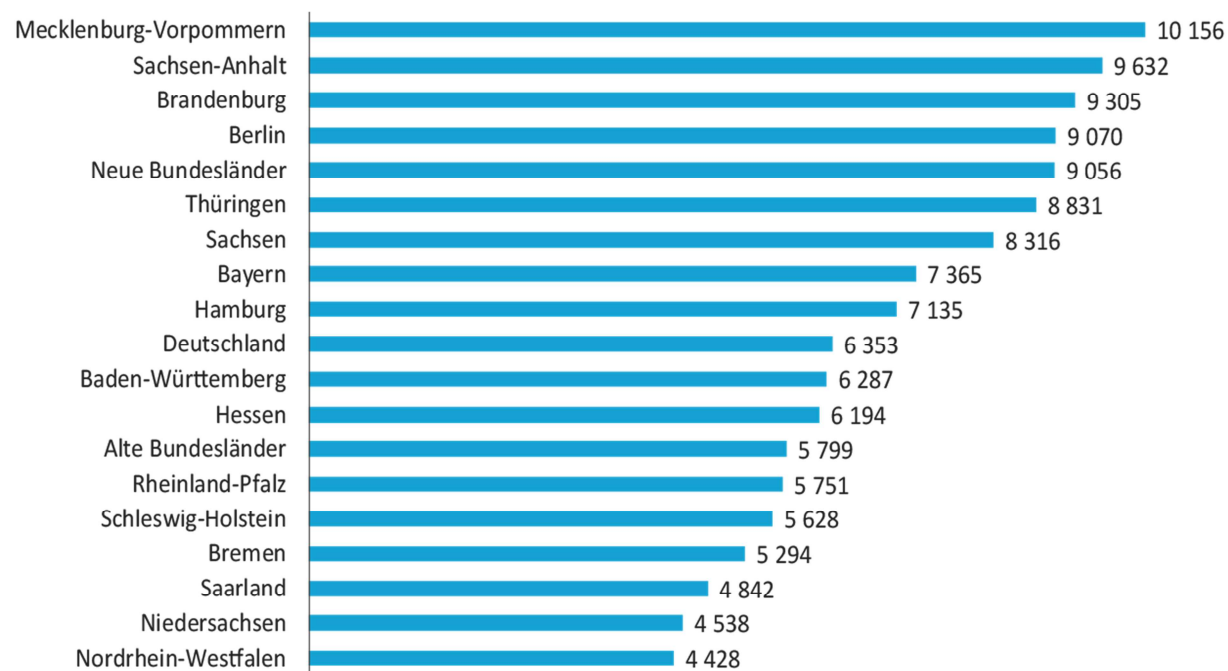
Im Jahre 2017 war Mecklenburg-Vorpommern das Bundesland, das am meisten in seine Krankenhäuser investiert hat. Der Blick auf die kumulierten Fördermittel in der Zeit von 1991-2017 zeigt hier, dass Bremen im Langenfristrend bei der Krankenhausfinanzierung eher zu den zurückhaltenden Bundesländern zählte (s. Abb. 8).

Abbildung 4: Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser durch die Bundesländer in 2017



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft (2018): Eckdaten der Krankenhausversorgung, Berlin: 9.

Abbildung 5: Kumulierte KHG-Fördermittel nach Bundesländern 1991 bis 2017; in € je Fall (in Preisen von 2017, nur Plankrankenhäuser, keine Universitätskliniken), in aktuellen Preisen, d. h. unter Beachtung der Inflation bei Investitionsgütern seit 1991, Casemix bezogen auf Behandlungsort, nicht Wohnort



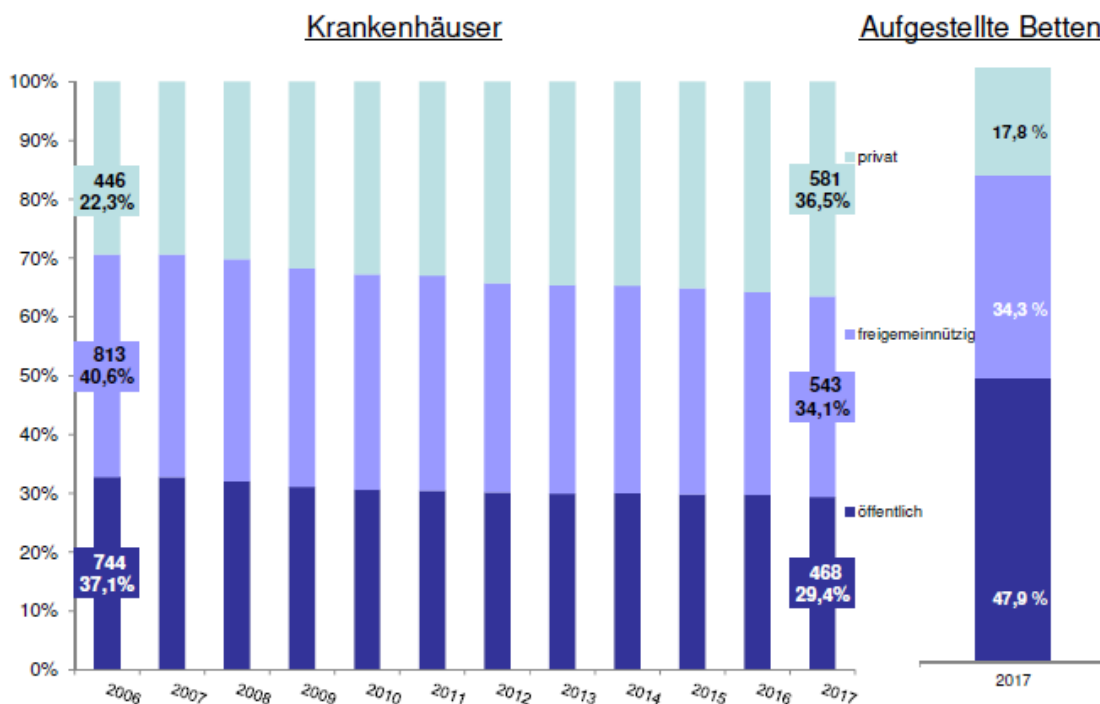
Quelle: Augurzky u. a. 2019; 30.

3.4 Bedeutungsgewinn privater Träger

In der Öffentlichkeit werden viele Veränderungen in der Krankenhauslandschaft oft als eine Folge eines Privatisierungstrends wahrgenommen. Und in der Tat lässt sich ein Bedeutungsgewinn privater Krankenhäuser ausmachen. Während zwischen 2006 und 2017 die Zahl der Krankenhäuser insgesamt von 2003 auf 1529 (um 474) abnahm, stieg die Zahl privater Krankenhäuser im selben Zeitraum von 446 auf 581 an. Gemessen an der Zahl der Häuser hatten private Träger einen Anteil von 36,5 %.

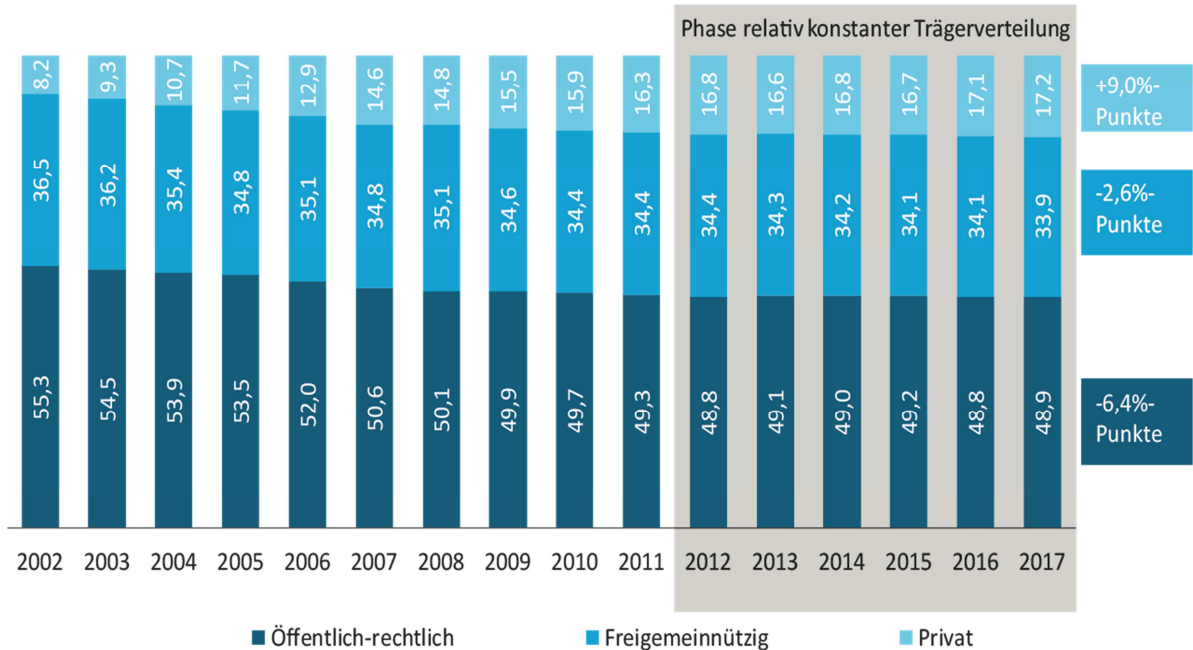
Beim Blick auf die Zahl der aufgestellten Betten und erst recht beim Blick auf die Zahl der behandelten Fälle ist das Gewicht der privaten Anbieter jedoch deutlich niedriger. Zwar ist auch hier der Anteil der Krankenhäuser im öffentlichen und frei-gemeinnützigen Besitz seit 2006 nahezu kontinuierlich gesunken und der der Häuser in privatem Besitz deutlich gestiegen; allerdings verantworteten die öffentlichen und freigemeinnützigen Häuser zusammen noch mehr als 4/5-tel (genau 82.2 %) aller Betten und Fälle (s. Abb. 4 & 7). Von einer Marginalisierung öffentlicher und privater Krankenhausträger kann mithin keine Rede sein.

Abbildung 6: Krankenhäuser nach Betten und Trägerschaft



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft (2018): Eckdaten der Krankenhausversorgung, Berlin: 6.

Abbildung 7: Marktanteil nach Trägerschaft gemessen in Zahl der Fälle



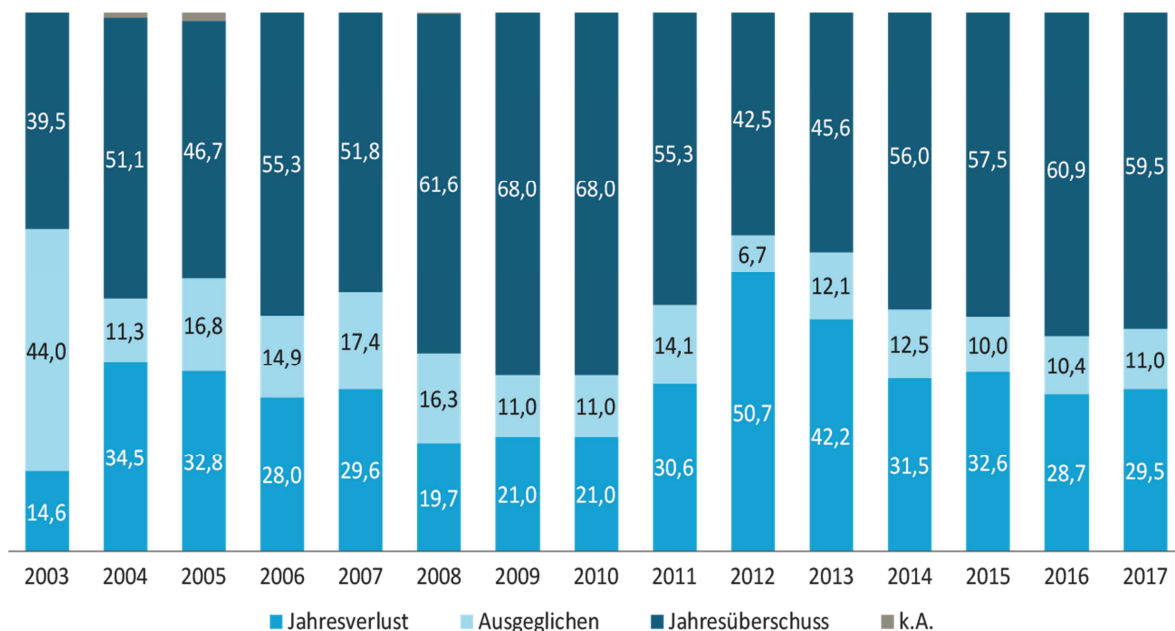
Quelle: Augurzky u. a. 2019: 33.

3.5 Prekäre wirtschaftliche Lage: Für viele Krankenhäuser ein Normalzustand

Seit Jahren, wenngleich in unterschiedlicher Intensität, sind ‚rote Zahlen‘ für viele Krankenhäuser eine massive Bedrohung. Für große Teile der Krankenhauslandschaft ist eine prekäre wirtschaftliche Lage zum Normalzustand geworden. Probleme waren und sind vor allem bei öffentlich getragenen Krankenhäusern zu verzeichnen. Aber auch freigemeinnützige Häuser haben oft Schwierigkeiten – wenngleich abgeschwächt. Seit 2017 sind aber auch in der Landschaft der privaten Träger deutlich erkennbar Risiken auszumachen (Augurzky u.a. 2019: 90f.).

Nach den Daten des Krankenhaus Rating Report 2019 (Augurzky u.a. 2019) schlossen 27,9 % aller Krankenhäuser mit negativen Erträgen ab. Besonders kritisch sah es bei den öffentlichen Krankenhäusern aus; hier konnten 2017 nur etwas mehr als 50 % der Häuser Erträge erwirtschaften (s. Abb. 8 & 9). Dies schlägt sich wiederum in der Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser nieder, die auch in Zusammenhang mit der bereits erwähnten Problematik gesunkener Fördermittel in immer mehr Krankenhäusern einen kritischen Level erreicht. So zeigt sich im Zeitverlauf der letzten Jahre, dass auch dort die öffentlichen Kliniken am schlechtesten gestellt sind, gefolgt von den freigemeinnützigen und privaten, bei denen die Lage in den vergangenen Jahren ebenfalls schlechter geworden ist (s. Abb. 10). Die Autoren des Krankenhaus Rating Report 2019 sehen keine Gründe, die für eine kurzfristige Verbesserung der Lage der Krankenhäuser sprechen. Im Gegenteil: Selbst bei einem Zukunftsszenario, das eine Optimierung der Krankenhausstrukturen, Produktivitätsverbesserungen der Krankenhäuser – insbesondere im Zuge einer stärkeren Digitalisierung – und eine weitere Ambulantisierung der Medizin in Rechnung stellt, „lägen 2025 demgegenüber nur 21 % der Kliniken im roten Rating-Bereich und wiesen 48 % einen Jahresverlust auf.“ (Augurzky u.a. 2019: 8).

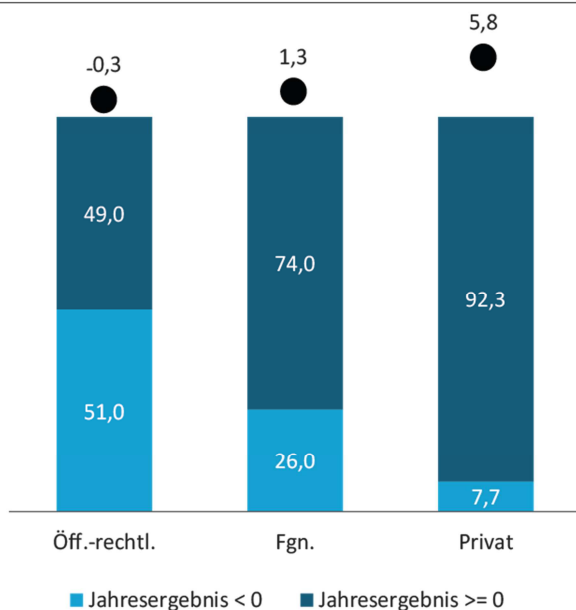
Abbildung 8: Ertragslage nach dem DKI-Barometer¹



Quelle Augurzky u.a. 2019: 61.

Abbildung 9: Jahresergebnis der Trägerschaften nach EAT-Marge in %

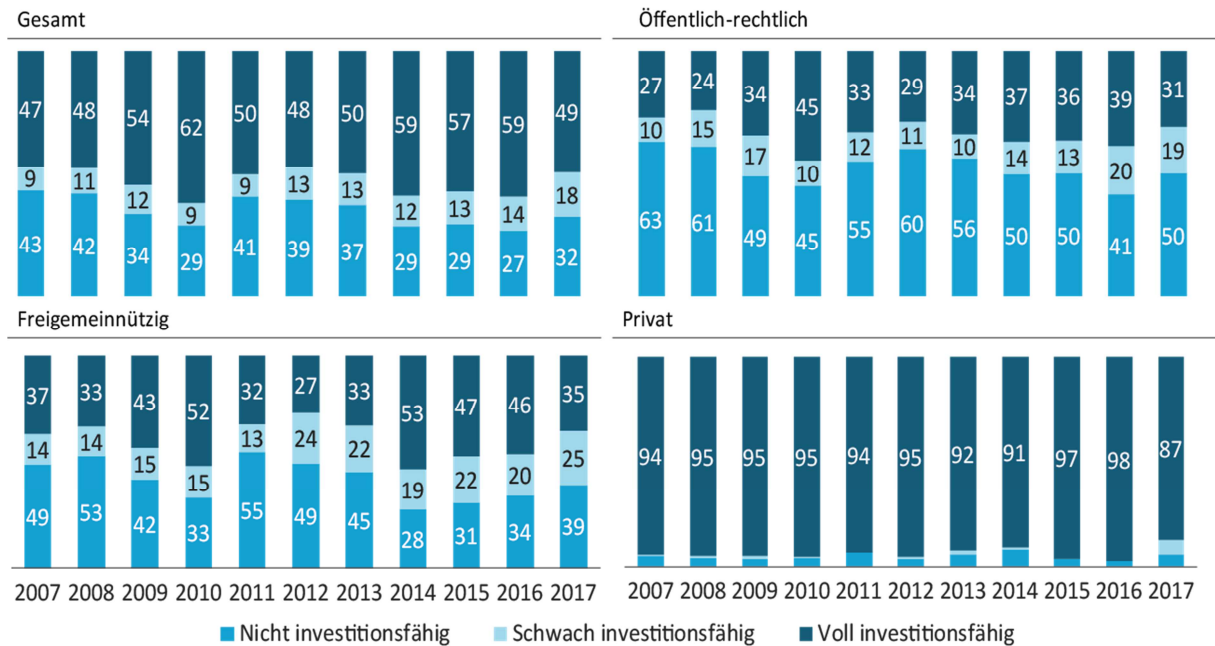
Verteilung nach Höhe des Jahresergebnis, EAT-Marge in %



Quelle: Augurzky u. a. 2019:74.

¹ DKI steht für Deutsches Krankenhausinstitut

Abbildung 10: Investitionsfähigkeit nach Trägerschaft 2007 bis 2017



Quelle Augurzky u. a. 2019: 91.

3.6 Leistungs- und Erneuerungsdruck als ständige Wegbegleiter

Gesundheits- und Wirtschaftsforscher sind überzeugt, dass in den kommenden Jahren und Dekaden der Bedarf und die Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Dienstleistungen deutlich steigen werden. Drei Gründe sind dafür ausschlaggebend: Erstens wird der soziodemografische Wandel, also das Alter und die Individualisierung der Gesellschaft, die Nachfrage nach professionell erbrachten Gesundheits- und Sozialdienstleistungen wachsen lassen. Zweitens bringen der medizinische und technische Wandel – in Verbindung mit neuen gesundheitswissenschaftlich fundierten Versorgungskonzepten – bislang ungekannte neue Chancen für Verbesserungen bei der Gesunderhaltung, Heilung und auch für den Umgang mit chronischen Erkrankungen und auch mit Pflegebedürftigkeit; viel spricht dafür, dass Dienstleister wie politische Entscheidungsträger dazu gedrängt werden, diese Möglichkeiten auch zu realisieren. Und drittens hat der gesellschaftliche Wertewandel schon in den zurückliegenden Jahren zu einem gestiegenen Interesse an immateriellen Werten wie Gesundheit, intakte Umwelt oder Sicherheit geführt und es ist damit zu rechnen, dass sich dieser Trend weiter fortsetzt.

Um diesen Herausforderungen und Zukunftschancen gerecht werden zu können, sind Politik wie Gesundheitswirtschaft gefordert. Alternativlos wird wahrscheinlich sein, dass die Gesundheitsausgaben absolut als auch relativ steigen – als Beiträge zu den Sozialversicherungen, als Anteil an den Staatshaushalten sowie auch als Anteil am Bruttosozialprodukt. Für unerlässlich, aber auch für machbar gehalten wird darüber hinaus, dass verstärkt auf Bemühungen gesetzt wird, Gesundheitsdienstleistungen qualitativ deutlich verbessert und erheblich effizienter zu erbringen.

Parallel zu diesen generellen Gestaltungsperspektiven zeichnen sich – gerade auch für Krankenhäuser - weitere Anforderungen ab. An ihrer Spitze steht, dass die Gesundheitsforschung bei den zentralen Schwerpunktsetzungen des deutschen Gesundheitswesens

Änderungen anmahnt. Zentrale Ansatzpunkte hierfür sind v.a. der Ausbau präventiver und rehabilitativer Angebote, eine Aufwertung der Pflege und anderer nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe (auch im Krankenhaus) sowie Verbesserungen bei der patientenorientierten Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit den vor- und nachgelagerten Versorgungsbereichen. In diesen Diskussions- und Gestaltungszusammenhängen ist weitgehend unstrittig, dass zur Realisierung dieser Rufe nach mehr Qualität und Effizienz ein Rückbau stationärer Versorgungsangebote und parallel dazu ein Ausbau ambulanter Gesundheitsdienste Vorteile bringen könnte. „Das Problem ließe sich über eine Strukturbereinigung im Krankenhaussektor lösen. Flankiert werden müsste dies durch eine Finanzierungsreform und eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, und zwar aus medizinischen und wirtschaftlichen Gründen.“ (Rürup, 2019: 16)

Für Krankenhäuser bedeuten die umrissenen Trends und Argumentationslinien Stress: Unter dem Druck, effizienter und besser zu werden, reicht es nicht nur, schneller und intelligenter zu arbeiten, gleichzeitig sind auch fachliche, professionspolitische und institutionelle Neuerungen gefragt.

4. „Under Pressure“: Krankenhäuser unter Wirtschaftlichkeitsdruck und in der Privatisierungsversuchung

In der deutschen Krankenhauslandschaft gibt es selten Stillstand. In den letzten Jahren haben die Debatten um die Krankenhausstruktur und um das Management von Krankenhäusern jedoch immer mehr an Aufmerksamkeit gewonnen – und zwar sowohl in Fachkreisen als auch in der Öffentlichkeit und in der Politik. Gelegentlich ging es dabei um medizinische Fragen im engeren Sinne, zumeist standen jedoch betriebswirtschaftliche Re-Organisationsdiskurse im Mittelpunkt. Bei Letzteren ging es dann zumeist darum, ob und wie wirtschaftlicher gearbeitet werden kann und ob und wie es unter den obwaltenden Rahmenbedingungen

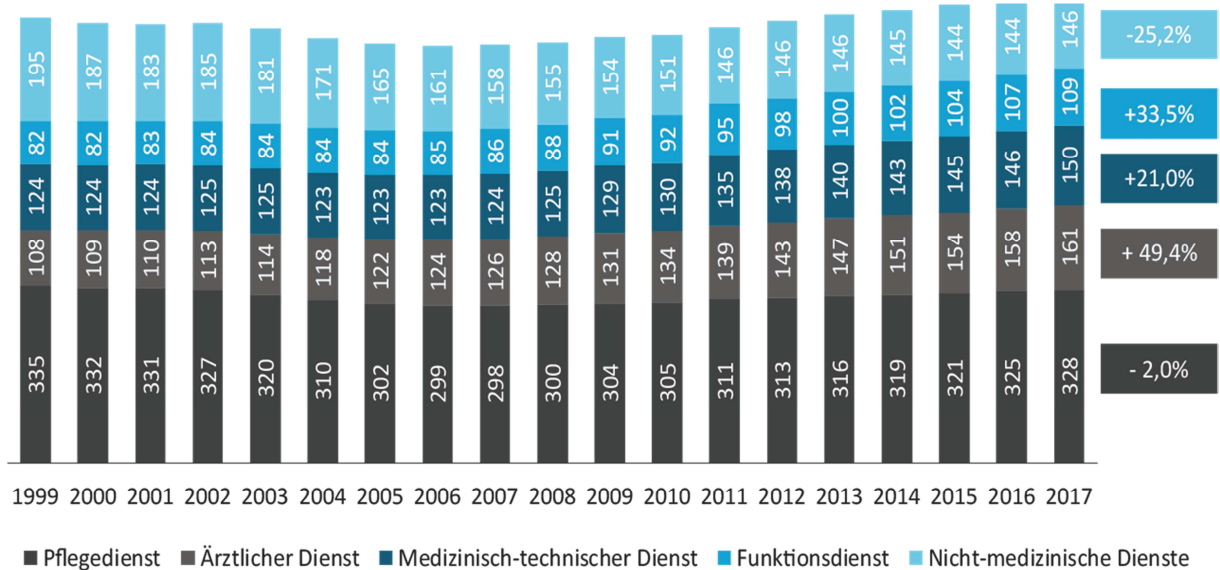
- einer unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer,
- einer Behandlungsfinanzierung auf Basis von Fallkostenpauschalen im DRG-System sowie
- eines zunehmenden Qualitäts- und Rechtfertigungsdrucks von Kostenträgern

gelingen kann, eine existenzgefährdende Entwicklung der Krankenhäuser in dauerhaft ‚rote Zahlen‘ oder sogar eine Insolvenz zu vermeiden.

Berater und Praktiker haben bei den Bemühungen um ein solches Wirtschaftlichkeitsmanagement im Laufe der Zeit vielfältige Vorgehensweisen und Instrumente entwickelt. Ziel war dabei zum einen, dringend notwendige Investitionsfinanzierungen aus Erträgen des normalen, durch Fallpauschalen finanzierten Leistungsgeschehens zu erwirtschaften und – dies spielte insbesondere bei etlichen privaten Krankenhausträgern mit Blick auf ihre Stakeholder eine gewichtige Rolle – möglichst auch noch Gewinne zu erzielen. Im Mittelpunkt der Strategien zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und – zumindest bei einigen – der Gewinnerzielung stand zum einen die Konzentration auf spezifische Leistungsangebote (Indikationen, Fallgruppe), die im jeweiligen Haus überdurchschnittlich gut beherrscht wurden und oft anfielen und gut refinanziert wurden, auf der Tagesordnung. Zum anderen waren strategische Orientierungen der Krankenhäuser vielfach durch das Bemühen charakterisiert, das Personal – vor allem das Pflegepersonal – effizienter einzusetzen, intensiver arbeiten zu lassen. Dies führte personalpolitisch zumeist in einen Aufbau des ärztlichen Personals bei einem zunächst gleichzeitigen Rückbau des Pflegepersonals. In den letzten Jahren kam es dann wieder zu Zuwächsen pflegerischen Personals in den Krankenhäusern, allerdings konnte auch dieser Trend nicht dazu beitragen, den Rückbau pflegerischen Personals in der

Vergangenheit auszugleichen (s. Abb. 11). Nicht nur, aber gerade auch private Krankenhaus-träger entwickelten bei diesen Wegen des Krankenhausmanagements große Fähigkeiten.

Abbildung 11: Verteilung und Entwicklung der Personalbestände nach Dienststart



Quelle: Augurzky u.a. 2019: 24.

Unter dem Strich ist der Leistungs- und Effizienzdruck in den Kliniken enorm gestiegen. Für etliche Krankenhäuser wurde dieser Entwicklungspfad allerdings zu einer Überforderung, die zu ‚roten Zahlen‘ und sogar zu Insolvenzrisiken führte. „Tatsächlich gab es in jüngerer Vergangenheit einige größere Insolvenzen, die der Markt so noch nie gesehen hat. Die Paracelsus-Kliniken aus Osnabrück etwa, die im vergangenen Sommer vom Schweizer Investor Porterhouse gekauft wurden. Ende Dezember 2018 hatte die DRK-Krankenhausesellschaft Thüringen-Brandenburg mit vier Standorten Insolvenz in Eigenregie angemeldet. Seit Anfang April läuft das Insolvenzverfahren der Katharina Kasper ViaSalus Gesellschaft mit Sitz in Dernbach.“ (Teigheder 2019)²

Die umrissenen Veränderungen in der Welt der Krankenhäuser stießen in der Öffentlichkeit wie auch bei großen Teilen des Personals auf zum Teil massive Kritik. Besonders heftig fiel und fällt diese immer dann aus, wenn insbesondere bei öffentlichen Krankenhäusern Insolvenzen und eine Übernahme durch private Krankenhaus-träger drohen.

² Im Mai 2019 wurde diese Gesellschaft von der (freigemeinnützigen) Alexianer Gruppe übernommen.

Exkurs: Die Folgen von Privatisierungen für Beschäftigte

Die Folgen für Krankenhaus Privatisierungen für Beschäftigte und Patienten sind in der Öffentlichkeit ein bedeutsames Thema. Die Asklepios Kliniken in Hamburg – dabei handelt es sich um die im Jahr 2007 privatisierten Einrichtungen des ehemaligen Landesbetriebs Krankenhäuser – brachte es zu einem Titelthema im Spiegel (51/2016): „In der Krankenhausfabrik – ausgelieferte Patienten, ausgebeutete Ärzte – Innenansichten eines Klinikkonzerns“. Das Buch von Prof. Dr. Ulrich Hildebrandt (2016) - einem ehemaligen Chefarzt eines privatisierten Krankenhauses - „Die Krankenhausverdiener“ erreichte enorme Verkaufszahlen. Der privatisierungskritische Film „Der marktgerechte Patient“ (von Leslie Franke und Herdolor Lorenz aus dem Jahre 2015) thematisiert – neben anderen Missständen - ebenfalls Entwicklungen aus Asklepios-Kliniken in Hamburg. Er erreicht nicht nur hohe Zuschauerzahlen, sondern viele der Besucher bleiben nach den Vorführungen, um über Probleme in (privatisierten) Krankenhäusern zu diskutieren. Und in den Medien - sowohl in den Fachjournalen, als auch in der Tagespresse sowie in Rundfunk und Fernsehen - stoßen ‚schlechte‘ Nachrichten aus privatisierten Gesundheitseinrichtungen auf allergrößte Aufmerksamkeit. Der ehemalige Präsident der Bundesärztekammer Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery knüpft an diese öffentlichen Diskussionen an und kritisiert das Geschehen ebenfalls mit klaren Worten. Er moniert vor allem fünf Punkte:

- Schnellen Management Wechsel
- Personalentscheidungen nach Gutsherrenart
- ‚Hire and Fire‘-Prinzip in der Personalpolitik
- Medizin nach EBITDA
- Entmündigung der Klinikärzte durch Betriebswirte.

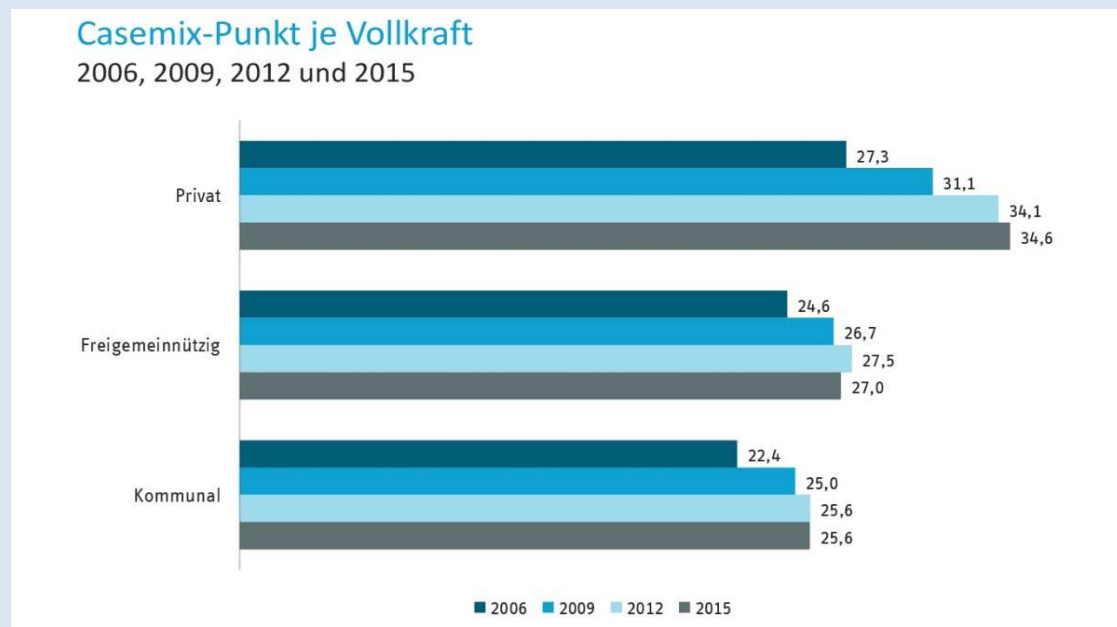
In den Experten Interviews, die für die vorliegende Expertise durchgeführt wurden, wurde gefragt, was auf Belegschaften in Krankenhäusern zukommt, wenn diese privatisiert werden. Alle Interviewpartner weisen darauf hin, dass generalisierte Antworten nicht möglich sind. Gleichwohl ließen sich einige Trends ausmachen:

- Mit einem Outsourcing medizinischer Tätigkeiten und damit auch mit dem Versuch, entsprechendes Personal ‚loszuwerden‘ oder zu verlagern, sei mit hoher Wahrscheinlichkeit zu rechnen.
- Personalfreisetzung durch betriebsbedingte Kündigungen sei nicht der Normalfall, aber durchaus möglich.
- Ein Monitoring des Leistungsgeschehens wird vom Management aufgebaut. Personal mit Leistungswerten unterhalb der Erwartungen muss dann mit Nachfragen und ‚Hilfen‘ rechnen. Unter dem Strich führt dies zu einer Leistungsverdichtung.
- Wo für das Management Gestaltungsspielräume bestehen, wird eine Verjüngung der Belegschaften angestrebt.
- Ältere Arbeitnehmer haben oft enorme Schwierigkeiten, beim verdichteten Leistungsgeschehen mitzuhalten.

Systematische, auf empirischen Erhebungen basierende Analysen zu den Unterschieden beim Arbeitseinsatz zwischen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern sind den Autoren der vorliegenden Studie nicht bekannt. Augurzky u.a. (2018) haben eine Art Fahrtenbuch vorgelegt, in dem private Krankenhäuser auf empirischer Basis mit öffentlichen und privaten Krankenhäusern verglichen werden. Das Leistungsgeschehen und die Betriebswirtschaft standen dabei im Vordergrund, jedoch enthält die Studie auch zahlreiche Informationen zu arbeitsbezogenen Fragestellungen. Sie lassen sich wie folgt umreißen:

- Im Durchschnitt haben es private Krankenhäuser mit ‚schwereren‘ Fällen zu tun, d.h. pro Kopf des medizinischen Personals werden mehr Case Mix Punkte erzielt (s. Abb. 12). Belege dafür, dass dies die Arbeit erschwert, gibt es im engeren Sinne nicht, der entsprechende Zusammenhang steht allerdings zu vermuten.

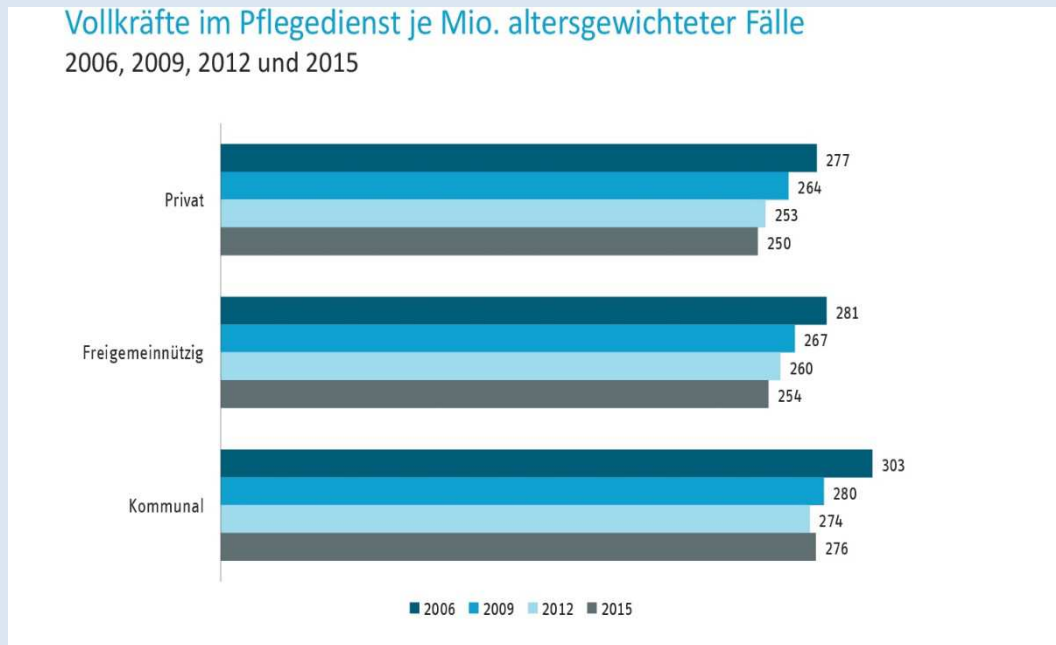
Abbildung 12: Casemix-Punkt je Vollkraft



Quelle: Augurzky u.a. 2018: 27

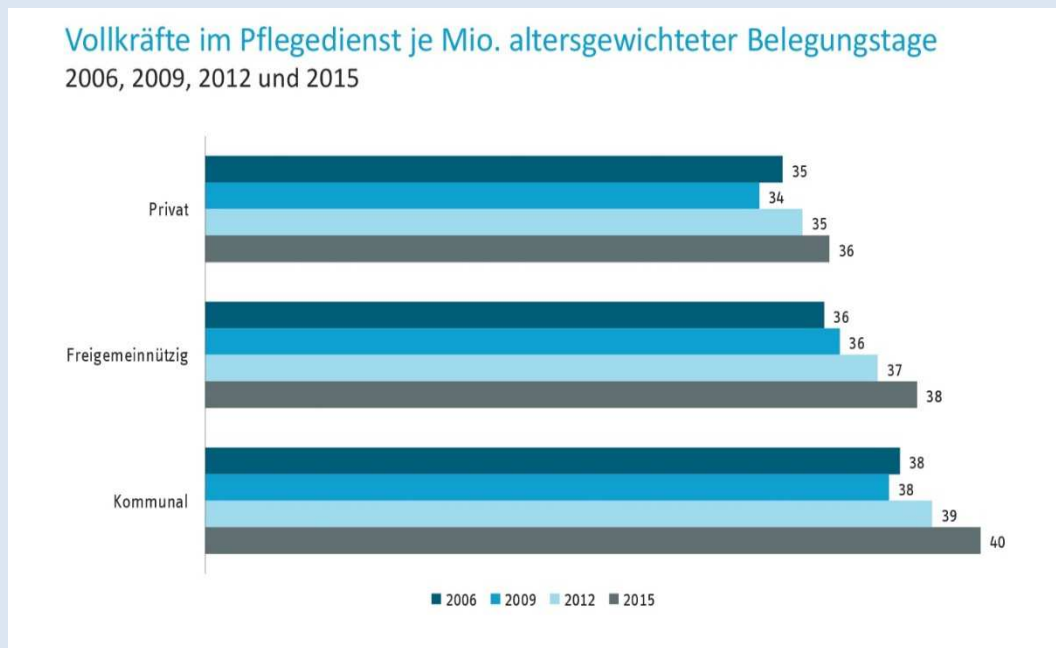
- Bei Privaten ist das Verhältnis Pflege/Ärztenschaft so, dass Pflege stärker vertreten ist als im öffentlichen und freigemeinnützigen Bereich.
- Der ‚Workload‘ pro Kopf eines Beschäftigten scheint in privaten Krankenhäusern höher als in öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern zu sein. Bei Privaten werden mehr Fälle und Belegungstage pro Beschäftigtem bearbeitet (s. Abb. 13 & 14). Dies gilt gerade auch dann, wenn in Rechnung gestellt wird, dass der Aufwand bei älteren Patienten (die sind in privaten Häusern überdurchschnittlich stark vertreten) höher ist als bei jüngeren (Altersadjustierung). Wenngleich dies ein starker Hinweis dafür ist, dass die Anforderungen an das Personal in privaten Häusern höher sind als in öffentlichen und freigemeinnützigen, warnen die Autoren des Faktenbuchs vor einer Überinterpretation. Ihrer Ansicht nach „lässt sich nicht schlussfolgern, dass generell bei Krankenhäusern die ‚Pflege am Bett‘ problematisch sei. Eine Aussage dazu ist erst möglich, wenn außerdem die Qualifikation und Motivation der Pflegekräfte auf der einen Seite sowie die Ergebnisqualität der Leistungserbringung auf der anderen Seite mitberücksichtigt werden können.“ (Augurzky u.a. 2018: 34)

Abbildung 13: Vollkräfte im Pflegedienst altersgewichtete Fälle



Quelle: Augurzky u.a. 2018: 33.

Abbildung 14: Vollkräfte im Pflegedienst altersgewichtete Belegungstage



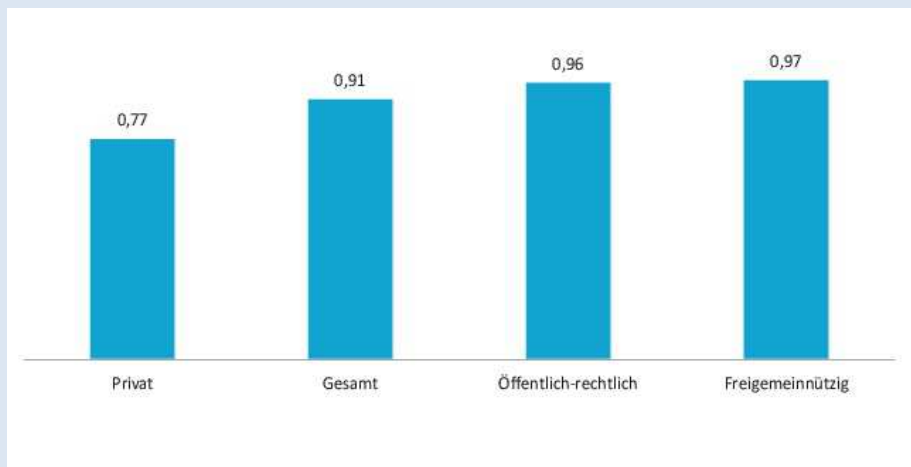
Quelle: Augurzky u.a. 2018: 33.

Unter dem Strich ergibt unsere Betrachtung der Arbeitsbedingungen in privat geführten Krankenhäusern zwei zentrale Erkenntnisse:

- Von Beschäftigten wie in der Öffentlichkeit wird eine deutliche Verschlechterung der Arbeitsbedingungen gefühlt und kommuniziert.
- Die wenigen vorliegenden wissenschaftlich empirisch fundierten Kenntnisse zeigen ebenfalls in Richtung steigender Belastung, sind jedoch keineswegs so drastisch und so alarmierend wie die Berichte in den öffentlichen Debatten.

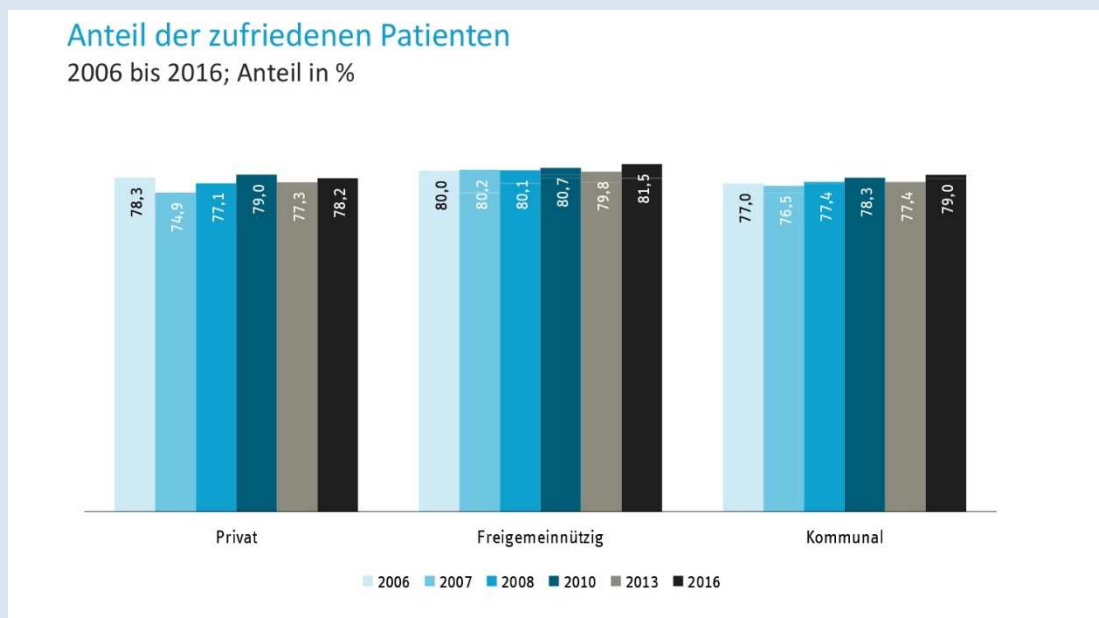
Das Faktenbuch liefert ebenfalls Vergleichsdaten zur Qualität in den verschiedenen Krankenhaus-träger-Gruppen. Gemessen werden hier die Mortalität (auf Basis der sog. Standardized Mortality Rate, SMR) sowie die Patientenzufriedenheit. Bei der SMR lagen die privaten Krankenhäuser im Durchschnitt besser als ihre öffentlichen und privaten Mitbewerber (s. Abb. 15). Bei der Patientenzufriedenheit sind die Unterschiede gering; allerdings zeigen die aktuellsten Zahlen aus dem Jahre 2016 leichte Vorteile für freigemeinnützige und öffentliche Häuser (s. Abb. 16).

Abbildung 15: Durchschnittliche aggregierte SMR insgesamt und nach Trägerschaft



Quelle: Augurzky u. a. 2018: 5.

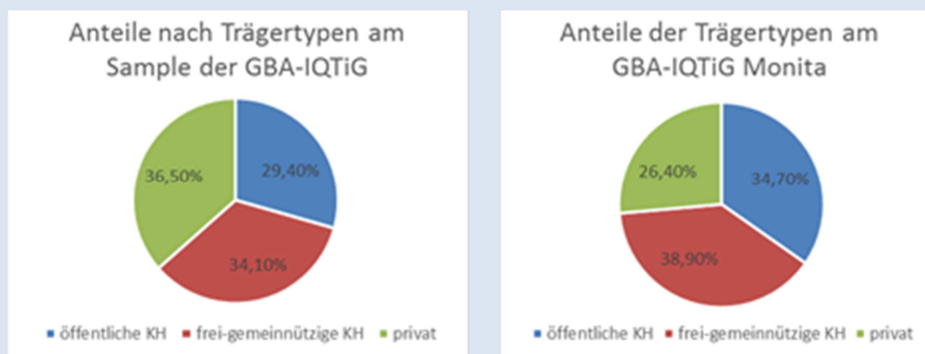
Abbildung 16: Patientenzufriedenheit



Quelle: Augurzky u. a. 2018: 59.

Dass es nicht gerechtfertigt werden kann, privaten Krankenhasträgern uneingeschränkt ausgeprägte Qualitätsprobleme zu attestieren, geht auch aus den Vorarbeiten des GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss)/IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) für planungsrelevante Qualitätsindikatoren hervor. Auf Basis der diesbezüglich veröffentlichten Daten von 2017 ließ sich durch eigene Berechnungen am Beispiel dreier exemplarischer Bereiche: Mammachirurgie, Geburtenhilfe und Gynäkologische Operationen erkennen, dass die privaten Träger dort besser abschnitten als ihre freigemeinnützigen und öffentlichen Mitbewerber (s. Abb. 17).

Abbildung 17: Gegenüberstellung von Anteilen der Trägertypen am Gesamtsample und den Ergebnissen der Monita



Quelle: G-BA (2018), eigene Berechnung und Darstellung.

5. „Winds of Change“: Sich ändernde Rahmenbedingungen unterminieren bisherige Muster des Krankenhausmanagements

„Viele Jahre galt die deutsche Krankenhausbranche als stabil wachsender Markt, doch nun zeichnet sich ein Wendepunkt ab.“ (Teigheder 2019) Dies galt auch trotz der Tatsache, dass viele (und gerade auch öffentliche Krankenhäuser) temporär oder sogar über längere Zeiträume mit massiven wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu kämpfen hatten. Seit Anfang 2019 wird immer deutlicher, dass die bisherigen Muster der Krankenhausentwicklung wie auch des Krankenhausmanagements an ihre Grenzen stoßen. Dies geht auf eine Fülle von Entwicklungstrends und (rechtlichen) Veränderungen zurück, die sich wechselseitig verstärken und bisher gängige Orientierungen in der Krankenhauspolitik, im Krankenhaus- und Personalmanagement fundamental in Frage stellen. Daisy Hünefeld, die Vorstandsvorsitzende der Franziskusstiftung in Münster, bezeichnete die turbulente und unübersichtliche Lage in der Welt von „Gesundheit und Krankenhäusern“ im Mai 2019 mit der Überschrift: „Gesundheitswirtschaft – wir wissen zwar nicht wohin, aber wir werden uns beeilen“ (Hünefeld 2019, S. 1). Dieses Statement verdeutlicht hohen Veränderungsdruck wie auch die Suche nach neuen Orientierungsmaßstäben im Krankenhausmanagement gleichermaßen. Gleichwohl lassen sich auch in dieser unübersichtlichen und volatilen Ausgangslage einige zentrale Veränderungstrends ausmachen:

Die Engpässe am Arbeitsmarkt machen es zunehmend schwerer, auf Kosten und zu Lasten des Personals Effizienzvorteile zu erwirtschaften: Nahezu im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen ist die lang prognostizierte und befürchtete Personalknappheit nachgerade flächendeckend Realität geworden. Gesucht werden vor allem Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegerinnen und Pfleger, aber auch andere strukturelevante Berufsgruppen von Krankenhäusern (z. B Hebammen) werden knapp (Augurzky u. a. 2019: 96). Die bisher übliche Mobilisierung von Investitionskraft oder von Profiten über den Weg der Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für das Personal ist unter solchen Arbeitsmarktbedingungen weder betriebswirtschaftlich noch personalpolitisch eine vernünftige Strategie.

Rechtliche Veränderungen zum Personaleinsatz machen die bisher üblichen Geschäftsmodelle von Krankenhäusern obsolet: Mit der Personaluntergrenzen-Verordnung (von Ende 2018) wurden Vorgaben für die Mindestbesetzung mit Pflegepersonal gemacht. Sie gelten zunächst ‚nur‘ für vier große und pflegeintensive Bereiche (Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie), sollen aber später sukzessive auf weitere Bereiche ausgedehnt werden. So ist derzeit auch ein Geburtshilfe-Stärkungsgesetz mit verbindlichen Personal- und Betreuungsschlüsseln in der Debatte. Das ‚alte‘ Rezept von investitionswilligen (oder profitorientierten) Krankenhausmanagern, am (Pflege-)Personal zu sparen (Teigheder 2019) lässt sich unter diesen Bedingungen nicht mehr realisieren.

In der Öffentlichkeit wächst die Kritik an schlecht ausgestatteten, sehr sparsam oder gar gewinnorientiert arbeitenden Krankenhäusern: Empirische Studien, auf deren Basis sich diese Alltagsbeobachtung verifizieren ließe, gibt es zwar (noch) nicht, jedoch zeigt etwa das große und bundesweite öffentliche Interesse an den Vorführungen des Films „Der marktgerechte Patient“ (von Herdolor Lorenz und Leslie Franke) aus dem Jahre 2018 sowie die aufgeregte Aufmerksamkeit in Ärzteorganisationen an dem Engagement von Private Equity in der deutsche Gesundheitsbranche (Scheuplein/Evans/Merkel 2019), dass ein „Weiter so“ im Krankenhausmanagement an seine Grenzen kommt.

Krankenkassen bzw. deren Medizinischer Dienst achten immer rigoroser auf Qualität und unstrittige Abrechnungen: Prüfungen und Beanstandungen von Rechnungen und den dahinterstehenden Leistungen führen zu Rückforderungen oder sogar zu Zahlungsverweigerungen, was etliche Krankenhäuser wirtschaftlich schwer belastet. Die skizzierten Probleme mit den Rückforderungen sind ein Vorbote der Kostenerstattung auf Basis einer

qualitätsorientierten Erstattung. Ab 2019 wird die Bezahlung von Krankenhausdienstleistungen durch Krankenkassen sukzessive nach Qualitätskriterien gestaffelt erfolgen.

Deutsche Krankenhausgesellschaft signalisiert Bereitschaft, an Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft mitzuwirken: In einem Eckpunktepapier zur Krankenhausstruktur- und -kapazitätsentwicklung erklärte die deutsche Krankenhausgesellschaft (und mit ihr ihre Mitgliedsorganisationen aus den Bundesländern), an einer Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung mitwirken zu wollen, wobei ein Um- oder sogar Rückbau von Kapazitäten, Schwerpunkt- und Verbundbildung auf der Tagesordnung stehen können (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019).

Digitalisierung wird zu einer experimentell geprägten Großbaustelle für Krankenhäuser, für die es noch wenig detaillierte und bewährte Orientierungen gibt. Wichtige Stichworte sind hier etwa: Digitalisierung von Informations- und Kommunikationsprozessen, Künstliche Intelligenz, Robotik, Sensorik, Telemedizin und Fernbehandlung. Krankenhäuser stehen unter einem hohen Handlungs- und Erneuerungsdruck und dieser wird in den nächsten Jahren zu erheblichen Investitions- und Innovationsaktivitäten in Krankenhäusern führen. Für deren Ausrichtung und Gestaltung gibt es allerdings noch keine Königswege.

Öffentlichkeitswirksame Mobilisierungskampagnen von Gewerkschaften für gute Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern haben die Aufmerksamkeit für den Zusammenhang von Personalausstattung und Versorgungsqualität deutlich erhöht. Insbesondere die großen Streiks zum Thema „Aufwerten und Entlasten“ in öffentlichen Krankenhäusern, etwa in Berlin, im Saarland oder in NRW, konnten in den vergangenen Jahren dazu beitragen, dass personalpolitische Problemlagen nicht nur innerhalb der Krankenhäuser thematisiert wurden sondern in der öffentlichen Debatte durch mediale Unterstützung sichtbar geworden sind.

Unter dem Strich drängt sich ein klares und für viele Krankenhäuser und ihr Management eine alarmierende Diagnose auf: Die kommenden Jahre werden in der Welt der Krankenhäuser gravierende Umbrüche bringen. Das Verhalten der öffentlichen Hand, des Bundes und der Länder bei der Krankenhausfinanzierung signalisiert, dass gravierende Strukturveränderungen auf der Tagesordnung stehen. Zum einen ist keine Umkehr bei der Zurückhaltung der Bundesländer bei der Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern zu erkennen und die ohnehin schon gravierende Investitionslücke wird größer. Ende 2018 wurde im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) der Krankenhaus-Strukturfonds aus dem Jahre 2016 bis 2022 verlängert und ergänzt. Mit Mitteln der Krankenkassen (aus dem Gesundheitsfonds) können der dauerhafte Abbau, die standortübergreifende Konzentration und die Umwandlung vorhandener Versorgungskapazitäten gefördert werden.

Case-Mix-Optimierung und das Personal zu höheren Leistungen zu Lasten der Arbeitsbedingungen bewegen, das war gestern, neue Versorgungsstrukturen schaffen, die gleichzeitig mehr Gesundheit schaffen, Arbeit intelligenter organisieren und attraktiver gestalten sowie wirtschaftlich nachhaltig werken, das ist die Herausforderung der Zukunft. Spätestens bei den Debatten um die Zukunft des Krankenhauses beim Hauptstadt Kongress für Medizin und Gesundheit 2019 (Ende Mai) wurde deutlich, dass diese Quadratur des Kreises in der Welt des Krankenhauses ein neues „Wir“ braucht, d.h. die gestaltungsorientierte Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhausmanagement einerseits und den Belegschaften und ihren Interessenvertretungen andererseits. Werden Krankenhäuser zu einem Aktivposten für eine Renaissance der „Konfliktpartnerschaft“ (Müller-Jentsch 1993) bei Arbeitsgestaltung und Organisationsentwicklung?

6. „Working on a dream.“ Partizipation zum Treiber für zukunftsfähige Krankenhäuser machen

Die Erkenntnisse aus den Recherchen für das vorliegende Papier drängen zu dem Rückschluss, dass es in der Welt der Krankenhäuser eine neue Notwendigkeit und Chance für einen arbeitsorientierten Modernisierungs- und Mitgestaltungspfad geben wird. Die wichtigsten Gründe dafür sind, dass (1.) ein massiver Arbeitskräftemangel droht, ja bereits begonnen hat, dass (2.) die künftigen Re-Organisationsherausforderungen ein Maß an nicht-kalkulierbarer Unsicherheit (im Gegensatz zum Risiko) erreichen werden, das mit bisherigen Re-Organisationskulturen und -praktiken nicht oder nur kaum bewältigbar sein wird (3), das Wissen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die anstehenden und unvermeidbaren Erneuerungsprozesse gebraucht wird. Im Folgenden sollen vor diesem Hintergrund einige Überlegungen umrissen werden, die sowohl für das Management als auch für die Beschäftigten und ihre Interessenvertretungen Orientierungen geben könnten.

„Mehr Gesundheit wagen!“ zum Leitbild für zukunftsfähige Versorgungsstrukturen entwickeln. In der Welt der Krankenhäuser wie auch bei den Krankenhausträgern wird es in den kommenden fünf bis zehn Jahren eine intensive und zumeist auch vielpolig-kontroverse Debatte über die Weiterentwicklung, Neuausrichtung und auch Verschlankeung der Krankenhausstruktur geben. Bislang wurden solche Veränderungen zumeist durch die Notwendigkeit der Casemix-/Fallschwere-Optimierung und andere Maßnahmen zur Verbesserung der Ertragslage begründet, um Krankenhäuser ertragsstark und zukunftsfähig zu machen. Bedingt durch die Veränderung der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen des Krankenhausmanagements macht es in Zukunft jedoch mehr Sinn, sich an lokalen und regionalen Versorgungsfragen zu orientieren, d.h. die wirtschaftliche Tragfähigkeit mit einem guten und effizient erstellten Versorgungsangebot in Einklang zu bringen. Eine patientenorientierte Verbesserung der Versorgung wird dabei zum Leitbild für die Gestaltung von (regionalen) Gesundheits- und Krankenhauslandschaften.

Synergie und Kooperation werden zu Lektorientierungen gestufter und vernetzter Versorgungslandschaften: Eine patienten- und versorgungsorientierte Krankenhausentwicklung wird nicht als „Weiter so“ gelingen. Angebotsstrukturen und fachliche Schwerpunktsetzungen sind genauso zu überprüfen wie die Frage, ob nicht ein Teil der Leistungen in ambulanten Strukturen oder sogar von anderen Klinikträgern erbracht werden kann. Auch sind bauliche Infrastrukturen ebenso zu hinterfragen wie Unterstützungsmöglichkeiten des medizinischen/pflegerischen Personals durch assistive Technik. Es läuft insgesamt vieles darauf hinaus, dass Krankenhäuser Aktivposten beim Aufbau umfassend gestufter und integrierte Versorgungsstrukturen werden, neue Produktivitätsstrategien an patientenorientierten Qualitätsverbesserungen ausrichten und hierzu die Zusammenarbeit und den Ausbau ambulanter und vernetzter Versorgungsstrukturen weiter vorantreiben.

Das Wissen und die Mitgestaltung von Beschäftigten sind unerlässliche Ressourcen für zukunftsfähige Versorgungs- und Verbundstrukturen: In vielen Regionen haben Diskussionen und Veränderungen im Sinne neuer Verbundstrukturen bereits begonnen, in anderen ist es absehbar. Betroffen sind sowohl ländliche als auch großstädtische Regionen. Bei der Planung und Umsetzung der Veränderungen werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie ihre Interessenvertretungen bislang in aller Regel erst sehr spät und oftmals eher symbolisch beteiligt. Die aus verschiedenen Gründen massiv wachsende Angewiesenheit auf ausreichendes, qualifiziertes und engagiertes Personal macht es für die Zukunft zur „Conditio sine qua non“, die Beschäftigtenseite frühzeitig zu beteiligen. Dabei geht es nicht um eine politische Legitimation des Vorgehens, sondern um fachliche Zielorientierung, betriebskulturelle Angemessenheit und betriebswirtschaftliche Vernunft. Denn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden bei den zu erwartenden Veränderungen mit ihrem Wissen als Expertinnen und Experten gebraucht. Künftige Re-Organisationspfade werden insbesondere

dadurch gekennzeichnet sein, dass Beschäftigte weder „*passive Ausführende*“ noch „*teilhabende Legitimatoren*“ vorgegebener betrieblicher Re-Organisationsmaßnahmen sind. Vielmehr geht es darum, neue Strukturen aus einer professionell-fachlichen Perspektive heraus zu entwickeln, zu gestalten und umzusetzen. Ausgehend hiervon wird es künftig an Bedeutung gewinnen, ob und wie gut es Krankenhäusern gelingen wird, Beschäftigte als „*aktive Innovationspromotoren und -multiplikatoren*“ zu gewinnen.

Pflege und Gesundheitsberufe aufwerten: In den Gesundheitswissenschaften, aber auch in der Gesundheitsökonomie wie bei zahllosen Praktikern wird verstärkt dafür geworben, die Pflege aufzuwerten, ihr mehr Kompetenzen und Verantwortung zu übertragen. Im Ausland (etwa in Schweden und Kanada) ist dies bereits gelungen (Augurzky u.a. 2019); in Deutschland beginnt gerade eine Such- und Experimentierphase. Auch erste Modellversuche für andere Gesundheitsfachberufe, etwa zu hebammengeleiteten Kreißsälen, zeigen an, dass Krankenhäuser mit neuen Wegen professioneller Gestaltungs- und Verantwortungsautonomie experimentieren. Dieser kommt zugute, dass insbesondere aus der jüngeren Ärzteschaft für Augenhöhe zwischen den Gesundheitsberufen und für einen Rückbau von Hierarchien plädiert wird (bvmd der Bundesvertretung der Medizin Studierenden in Deutschland e. V.). Die Stärkung der grundständig-akademischen Berufsqualifizierung, wie sie mit dem Pflegeberufereformgesetz beschlossen wurde, wird auch die Krankenhäuser vor neue Herausforderungen stellen. Nicht zuletzt aufgrund der Personalknappheit münden entsprechende Absolventen derzeit noch häufig auf normalen Stellen in den Klinikalltag ein. Dies führt dazu, dass wichtige Kompetenzen für den Erneuerungsprozess der Krankenhäuser nicht abgerufen, Bildungsinvestitionen versenkt und fachlich-professionelle Gestaltungsperspektiven unerschlossen bleiben.

Ohne die Verbesserung der Rahmenbedingungen der Arbeit im Krankenhaus geht nichts: Der Ruf nach höheren Gehältern, einem avancierten betrieblichen Gesundheitsmanagement, berechenbaren Arbeitszeiten, Strategien zur Reduzierung unfreiwilliger Teilzeitarbeit, guten betrieblichen Sozialleistungen [etwa Kitas oder Betreuungsangebote für zu pflegende Angehörige] wurde vor einigen Jahren noch mit Kopfschütteln zur Kenntnis genommen. Angesichts der veränderten Lage am Arbeitsmarkt, angesichts des massiven Fachkräftemangels werden sie zu einer „*Conditio sine qua non*“ für zukunftsfähige Krankenhäuser. Die überbetrieblichen Sozialpartner, Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften und Mitarbeitervertretungen können dazu beitragen, verlässliche Regelungen und Verfahren zu schaffen; allerdings bestehen auch auf betrieblicher Ebene große Gestaltungsmöglichkeiten.

Keine Aufspaltung des Personals in Kern- und Randbelegschaften: Personalmanagement in Krankenhäusern war in den letzten Jahren von In- und Outsourcing gekennzeichnet. Diese waren oft, aber keineswegs immer zum Nachteil für die Beschäftigten. Auch aus der Sicht des Managements macht es Sinn, zum Vermeiden betriebspolitischer Turbulenzen, zur Sicherung stabiler Gestaltungskoooperation und zur personalpolitischen Vertrauenswürdigkeit und Verlässlichkeit Aufspaltungen aus dem Instrumentenkasten zu verbannen.

Statt auf betriebsbedingte Kündigungen auf eine vorausschauende und systematische Personalentwicklung setzen: Die zukünftige Entwicklung in der Welt der Krankenhäuser wird zu vielfältigen und oft auch grundlegenden Veränderungen führen. Dazu können auch Veränderungen der Organisationsabläufe oder sogar der Rechtsform führen. Es ist sehr unwahrscheinlich, aber nicht ausgeschlossen, dass dabei auch Personal zurückgebaut werden wird. Für diesen Fall scheint es angemessen, eine Vereinbarung zu treffen, dass auf betriebsbedingte Kündigungen verzichtet wird. Hierbei geht es insbesondere darum, eine vorausschauende Personalentwicklung zu implementieren und Beschäftigten frühzeitig die Chance von Fort- und Weiterbildung oder einer Umqualifizierung zu eröffnen.

„Gute Arbeit“ als Gestaltungskompass vereinbaren: Die internationale und deutsche Arbeitswissenschaft und die Arbeitspolitik haben ein Konzept für „gute Arbeit“ (die International

Labour-Organization ILO spricht von „decent work“) entwickelt. Unter dem Dach des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) wird es als ein Monitoring System für die Beobachtung und Bewertung der Entwicklung der Arbeit in Deutschland genutzt. Dessen Indikatorik, die von körperlichen, sozialen und emotionalen Anforderungen der Arbeit über Fragen der Arbeitszeitlage bis hin zu Sinnfragen reicht, kann auch für die Bewertung und Gestaltung der Arbeit „vor Ort“ genutzt werden. Eine Verständigung zwischen Management und Interessenvertretungen, sich bei der partizipativen Gestaltungsarbeit am Konzept „Guter Arbeit“ zu orientieren, könnte am Anfang einer neuen Mitbestimmungskultur stehen.

Auf Diversitätsmanagement achten: In den letzten Jahren sind Ältere oft Opfer von Umstrukturierungen und eines neuen Managements in (privatisierten) Krankenhäusern geworden, weil sie besondere Schwierigkeiten hatten, den neuen und gewachsenen Anforderungen gerecht zu werden. Ältere, Zuwanderer, Menschen mit niedrigen und bislang nicht passenden Qualifikationen werden aber mit Blick nach vorne wichtiger. Um hinreichend Personalressourcen zu haben, wird es unerlässlich sein, die Leistungspotentiale dieser Teile des Arbeitsmarktes zu erschließen und durch ein entsprechendes Management systematisch zu entwickeln.

Digitalisierung nicht als Selbstzweck und Kontrolle, sondern als Arbeitserleichterung und mit mehr Freiräumen für die Interaktionsarbeit: Aus Umfragen ist klar, dass Beschäftigte in Krankenhäusern mehr Digitalisierung nicht nur begrüßen, sondern sogar einfordern. Worauf bei der kommenden Digitalisierungswelle aus Beschäftigtensicht zu achten sein wird, das ist noch weitgehend unklar und wird in sog. „Experimentierräumen“ erarbeitet. Heute ist aber bereits absehbar, dass ein offensiver Digitalisierungskurs nur dann eine Chance hat, wenn er nicht als Selbstzweck eines überambitionierten Managements im HighTech-Rausch und mit Kontrollabsichten angelegt ist. Konkrete Arbeitserleichterungen (gerade auch bei physischen Belastungen), der Abbau von Verwaltungsaufwand und mehr Zeit für Interaktion mit Patienten könnten wichtige Ziele sein.

Neuorientierung vom technologischen zum professionellen Imperativ und die Unterstützung von „Aneignungsstrategien“: Zu den am häufigsten genannten Gründen für den Innovationsrückstand deutscher Krankenhäuser gehören die Investitionsfinanzierung, eine mangelnde technische Infrastruktur wie auch große Herausforderungen beim Datenschutz und bei der Datensicherheit. Die Politik reagiert hierauf, und versucht u.a. im Rahmen eines „Digitalisierungsgesetzes“ den zügigen Ausbau einer digitalen Infrastruktur voranzutreiben. Auch von Seiten der Forschung wird mittlerweile ein „Digital Boost“-Förderprogramm eingefordert (Eilrich 2019). Damit solche oder ähnliche Forderungen nicht in einer techno-industriell getriebenen Reorganisationspraxis enden, ist es notwendig, konkrete Entwicklungs- und Gestaltungsperspektiven aus fachlich-professioneller Sicht zum Ausgangspunkt betrieblicher Digitalisierungsstrategien zu machen. Hierzu gehören mit Blick auf die Beschäftigten auch eine Abkehr von einer reinen „Akzeptanzorientierung“ neuer technischer Lösungen und eine gezielte Förderung und Unterstützung der Beschäftigten, entsprechende Prozesse mit ihrer Fachlichkeit in transdisziplinären und hierarchieübergreifenden Teams unter verlässlichen Rahmenbedingungen mitentwickeln und mitgestalten zu dürfen und zu können.

Kritisch-konstruktive Rolle betrieblicher Interessenvertretungen und Aufbau vertrauensvoller, verlässlicher betrieblicher Strukturen und Verfahren: Spricht man mit Betriebs- und Personalräten oder Mitarbeitervertretungen in Krankenhäusern, so werden oft noch Vorbehalte gegenüber technologischen Innovationen deutlich. Dies ist nicht zuletzt der Tatsache geschuldet, dass betriebliche Re-Organisationen in der Vergangenheit auch deutliche Nachteile für die Beschäftigten mit sich brachten. Diese Re-Organisationserfahrungen sind gewissermaßen die Hypothek, die viele Interessenvertretungen zurückschrecken lässt. Gleichzeitig machen viele Betriebsräte aber auch die Erfahrung, dass Beschäftigte neuen (auch digitalen) Lösungen gegenüber durchaus aufgeschlossen sind und sie bei der Belegschaft auch auf Verwunderung stoßen, wenn einzelne Modernisierungsmaßnahmen von

ihren Interessenvertretungen kritisch gesehen werden. Umso wichtiger ist es, dass sich betriebliche Interessenvertretungen einmischen und im Rahmen ihrer gesetzlich verankerten Informations-, Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte den Umbau der Krankenhauslandschaft konstruktiv-kritisch im Sinne der Beschäftigten durch die Initiierung und Mitgestaltung vertrauensvoller, verlässlicher betrieblicher Strukturen und Verfahren mitgestalten. Dies erfordert auch eine Neuorientierung in der eigenen Gremienarbeit, eine aktivere Rolle bei der Suche nach passgenauen Beteiligungsstrukturen, -formen und -verfahren sowie eine Stärkung fachlicher Spezialisierungen in der Betriebsratsarbeit. Darüber hinaus wird es für betriebliche Interessenvertretungen zunehmend wichtiger werden, das Wissen um alternative Gestaltungspfade zu verbreitern und zu vertiefen, eigene Gestaltungsvorschläge und Gestaltungsalternativen zu kommunizieren und deren Vorteile sachlich zu begründen. Nur so kann verhindert werden, dass die Chancen einer echten „Konfliktpartnerschaft“ allzu vorschnell in ungewollten Formen des „Co-Managements“ enden.

Ansprechpartnerin: Carola Bury

Referentin für Gesundheitspolitik

Tel: 0421 36301-990

bury@arbeitnehmerkammer.de

Literaturverzeichnis

- Augurzky, Boris; Beivers, Andreas; Pilny, Adam (2018): Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018. Essen (RWI Materialien Heft, 122).
- Augurzky, Boris; Krolop, Sebastian; Mensen, Anne; Pilny, Adam; Schmidt, Christoph M.; Wuckel, Christiane (2019): Krankenhaus Rating Report 2019. Das Ende des Wachstums?
- Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (Hg.) (2018): Krankenhaus statt Fabrik. Bedarfsgerecht gemeinwohlorientiert. Fakten und Argumente zum DRG-System und gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser. 3. geringfügig überarbeitete und erweiterte Auflage. Maintal. Online verfügbar unter [file:///C:/Users/herrmann/Downloads/Broschuere_KrankenhausstattFabrik_3.Aufl%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/herrmann/Downloads/Broschuere_KrankenhausstattFabrik_3.Aufl%20(1).pdf), zuletzt geprüft am 24.06.2019
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2018): Krankenhausstatistik. Eckdaten der Krankenhausversorgung. Online verfügbar unter: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.2_Zahlen-Fakten/Foliensatz_KHstatistik20181016.pdf, zuletzt geprüft am 25.06.2019.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2019): Pakt für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Online verfügbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2019/Eckpunktepapier_Krankenhausstruktur-_und_Kapazitaetsentwicklung.pdf, zuletzt geprüft am 24.06.2019.
- Eilrich, Jan (2019): Digitalisierungsrückstände deutscher Krankenhäuser: Bilanz und Ursachen. Zum WIdO-Krankenhaus-Report 2019. In: das Krankenhaus (6), S. 456-458.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2018): Richtlinie zur planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Veröffentlichung des Berichts 2017. Online verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/3545/>, zuletzt geprüft am 25.06.2019.
- Hildebrandt, Ulrich (2016): Die Krankenhausverdiene. Wollen Sie noch mal krank sein? Ich nicht! Das Resümee eines langjährigen Chefarztes. 2. Aufl. Berlin: Schwarzkopf & Schwarzkopf Verlag GmbH.
- Hünefeld, Daisy (2019): Editorial. Gesundheitswirtschaft - Wir wissen zwar nicht wohin, aber wir werden uns beeilen. In: *Klinik Markt [inside]* 17 (10), S. 1
- Müller-Jentsch, Walther (Hrsg.). (1993). Konfliktpartnerschaft: Akteure und Institutionen der industriellen Beziehungen (Schriftenreihe Industrielle Beziehungen, 1). München: Hampp. (open access: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-324094>)
- Scheuplein, Christoph; Evans, Michaela; Merkel, Sebastian (2019): Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor. Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018. IAT Discussion Papers, 19/1, Januar 2019.
- Rürup, Bert (2019): Viel hilft viel – gilt nicht in der Medizin. In: Handelsblatt, Wochenende 21./22./23. Juni 2019 (Nr. 117), S. 16.
- Teigheder, Maike (2019): Sinkende Patientenzahlen und Überregulierung: Klinikkonzern Sana schlägt Alarm. Der drittgrößte private Klinikbetreiber Sana ächzt unter den Lasten der Gesundheitsreformen. Konzernchef Thomas Lemke fordert Lösungen von der Politik. In: Handelsblatt, 02.05.2019. Online verfügbar unter <https://www.handelsblatt.com/technik/medizin/sana-chef-thomas-lemke-sinkende-patientenzahlen-und-ueberregulierung-klinikkonzern-sana-schlaegt-alarm/24272504.html?ticket=ST-5579877-uNhLOUafxW4acojAlkuA-ap3>, zuletzt geprüft am 24.06.2019.