

BBDK 35. Frühjahrskolloquium:  
Faszination Krankenhaus – Impulse für gute Führung

Arbeitswelt Krankenhaus – neu denken  
was kommt, was bleibt, was geht!

Prof. Dr. Winfried Zapp

Im Folgenden wird der Vortrag mit den wesentlichen Inhalten wiedergegeben:

Wie sollen wir vorgehen, in der Frage, was bleibt und was geht, um dann zu überlegen, was kommen wird.

Eine Möglichkeit ist die Betrachtung aus der Zeitperspektive. Eine andere Möglichkeit ist es herauszuarbeiten, wo denn die Brennpunkte der Entwicklung und der Änderungen liegen. Hier soll kombiniert vorgegangen werden. Die Kristallisationspunkte sind als Ausgangslage zu wählen, was geht oder bleibt.

Im Vordergrund stehen die Sichtweisen aus der

1. Außen-Perspektive und aus der
2. Internen-Perspektive eines Krankenhauses.

1. Auf das Krankenhaus wirken von außen

- 1.1. Das Finanzierungssystem,  
das außerhalb des Krankenhauses vorgegeben wird und das zu akzeptieren ist.

Viel Geld hohe Investitionen  
viel Geld gute Bezahlung

- 1.2. Die Umwelt-Entwicklung, der man sich in einer bestimmten Bandbreite anpassen kann

## 2. Im Krankenhaus wirken

2.1. Die Organisationsstruktur, die zwar mehrere Möglichkeiten der Gestaltung offen lässt, aber doch restriktiv vorgegeben ist

Im Einzelnen sind das

2.1.1 Konfiguration und

2.1.2. De-Zentralisation

2.2. Die Aufgabenperspektive, die höhere Gestaltungsspielräume lässt

Im Einzelnen sind das

2.2.1 Spezialisierung und

2.2.2. Spezialisierung versus Koordination: Schnittstellen

2.3.3. Exkurs: Personal

Gestaltung Perspektive	<b>A. Regelungs-orientiert</b>	<b>B. Anpassungs-orientiert</b>
<b>1. Außen-Perspektive</b>	1.1. Finanzierungs-System	1.2 Umwelt-Entwicklung
<b>2. Innen-Perspektive</b>	2.1. Organisations-Struktur 2.1.1. Konfiguration 2.1.2. De-Zentralisation	2.2. Aufgaben-Betrachtung 2.2.1. Spezialisierung 2.2.2. Koordination 2.2.3. Exkurs: Personal

Abb.: Vorgehensweise

Ausgangspunkt des Vortrags ist das Finanzierungssystem. Es folgt die Darstellung der Organisationsstruktur, gefolgt von der der Aufgabenbetrachtung. Die Umweltentwicklung schließt den Vortrag ab.

# 1. Außenperspektive

## 1.1. Finanzierungssystem

### 1.1.1 Ausgangspunkt

Ausgangspunkt ist also die soziale Sicherung mit der gesetzlichen Krankenversicherung, die für uns hier im Vordergrund stehen soll.

Die Blickrichtung ist das Krankenhaus

Soziale Sicherung in Deutschland				
Kranken-	Renten-	Unfall-	Arbeitslosen-	Pflege-
Versicherung				
1883	1889	1884	1927	1995

Abb. Beginn der sozialen Sicherung in Deutschland

Der Personenkreis war damals im auslaufenden 19. Jahrhundert begrenzt auf abhängig Beschäftigte mit einem Jahreseinkommen von maximal 2.000 Reichsmark.

Im Krankheitsfall wurden für dreizehn Wochen gewährt; u.a.

- Arzt- und Arzneikosten,
- ein Krankengeld (die Hälfte des damals üblichen Tagelöhnerlohns),
- Wochenhilfeunterstützung und
- Sterbegeld.

Bezogen auf Bergbau, Industrie, Eisenbahn, Binnendampfschiffahrt, Handwerk und Gewerbe.

Die Finanzierung erfolgte durch die Arbeitgeber zu einem Drittel und durch die Arbeiter und zu zwei Drittel.

Wir wollen nicht weiter untersuchen,

- wie die Beitragssätze sich veränderten,
- wie die Zahl der Kassen sich verringerte und
- die Ausgleichszahlungen strukturiert sind.

### **Als Zwischenfazit lässt sich festhalten:**

Was bleibt ist die Krankenversicherung für alle in welcher Form auch immer.

### 1.1.2. Reformen und Anpassungen

Ab den 70 er Jahren des letzten Jahrhunderts wurden dann weitere Veränderungen sichtbar(hier nur auszugsweise und beispielhaft):

1972: Selbstkostendeckungsprinzip; Duale Finanzierung; Staatliche KH-Planung  
Wahlleistungen – Die Ausgaben steigen dennoch weiter

1981: Mitwirkung der Krankenkassen bei der Krankenhaus-Planung;  
Investitionskostenänderung (Ersatzbedarf von Antragsförderung in  
Pauschalförderung)

1982: Prospektive Budgetverhandlungen; 16 pauschalierte Sonderentgelte

1988: Kündigung der Versorgungsverträge durch die Krankenkassen

1991: Aufnahme der 540 Krankenhäuser in das Gesundheitssystem

So können man die weiteren Jahre betrachten.

#### **Was bleibt:**

1. Der Wandel ist das System: Wenn es eng wird für den Staat, dann leitet er Veränderungen ein – und relativ schnell. Man könnte auch sagen mit Jens Spahn immer schneller...

2. Die Maßnahmen greifen oft nicht: Mit dem Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen 1988 wurde versucht, strukturelle Veränderungen im Krankenhaussektor vorzunehmen.

Krankenkassen konnten Versorgungsverträge mit nicht wirtschaftlichen und leistungsfähigen Krankenhäusern kündigen, haben das aber nur begrenzt durchgeführt. Bis Anfang 1991 wurden insgesamt nur sieben Krankenhäuser aufgrund des GRG geschlossen.

3. Das Geld bleibt knapp!

Die durchschnittlichen Kosten pro Fall sind gestiegen und steigen weiter. Demgegenüber sinkt die Verweildauer zwischen 1999 und 2009 um ca. 20 %. Die Fallzahl steigt ab dem Jahr 2005 rapide an, da aus ökonomischer Sicht eine optimale Verweildauer und Forcierung der Fallzahl zum besseren Ergebnis führen. Geld ist und bleibt knapp.

Das ist für Ökonomen eine bekannte Größe und ein bekanntes Phänomen. Das sollte uns herausfordern!

#### 4. Countervailing power

Die Krankenhäuser haben keine Countervailing power, auf der bundesweiten Verbandsebene. Die Krankenhäuser sollten sich an Swimmy ein Beispiel nehmen und sich zusammenschließen gegen verfehlte Krankenhauspolitik.

Und es fehlt der charismatische Führer.

#### **Was bleibt Zusammenfassung :**

Es war (fast) schon immer so – ähnlich. Die Unsicherheit bleibt, die Wellenbewegungen legen sich nicht. Ein Geschäftsführer kann das Finanzierungssystem kaum beeinflussen, er kann es nutzen, um für sein Haus Vorteile zu realisieren. Sein Betätigungsfeld wird also eher an der internen Perspektive ansetzen!

#### **Was kommt?**

Das Bleibende bleibt. Das Krankenhaus muss sich auf diese außen gesteuerten Änderungen einstellen. Was heißt das: Es bleibt kosten- orientiert besser kosten-optimierend und Erlaubt nur begrenzte erlösorientiert Zugriffe

Ein guter Fallmix muss her!

Abrechnungsmechanismen sind immer wieder zu überprüfen und optimieren.

Wir sehen in der Begleitung von Abschlussarbeiten im Bereich des berufs begleitenden MBA´s, wo Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Manager sich gerade mit diesem Thema der Abrechnungen beschäftigen und feststellen, dass immer wieder Erlösoptimierungen herausgefunden werden, die zu Mehreinnahmen führen. Die Zusammenarbeit mit Ärzten, Medizin-Controllern, Kodierkräften und Managern ist unerlässlich für ein gute geführtes Haus.

Das Krankenhaus muss flexibel und anpassungsfähig bleiben. Dabei ist die ökonomische Kompetenz der Manager zur Entfaltung zu bringen – ohne die Grenze der Legalität und der Ethik zu überschreiten. Manger sind für die Ökonomie zuständig, Betriebswirte in besonderer Weise.

## **2. Innenperspektive**

### **2.1 Organisationsstruktur**

Die Organisationsstruktur lässt zwar mehrere Möglichkeiten der Gestaltung offen, aber diese sind relativ restriktiv vorgegeben.

#### **2.1.1. Konfiguration**

Ab Mitte der siebziger Jahre wird das Führungskonstrukt des Dreier-Direktoriums eingeführt: Ärztlicher Direktor, Pflege-Direktor und Verwaltungsdirektor. Das ist so nicht geblieben, sondern hat sich weiterentwickelt. Mittlerweile haben sich daraus Geschäftsführer-Positionen abgehoben:

- Singularinstanzen (ein kaufmännisch geschulter Geschäftsführer) oder ein
- Zweierdirektorium (der Kaufmännisch geschulte Geschäftsführer wird ergänzt durch einen Mediziner).
- Eine personelle Ausweitung auf drei Positionen ist dabei ebenfalls denkbar. Im Abgleich mit den Vorständen tritt dann ein Arbeitsdirektor auf, mit den Zuständigkeiten für Personal oder Leistungsmanagement.

Das liegt im Gleichklang mit amerikanischen Boards, wo ein Chairman oder Chief Executive Officer (CEO) die Geschicke der Company leiten und mit deutschen Vorständen, in denen der Vorstandsvorsitzende ein besonderes Gewicht erhält und die Kontakte zum Aufsichtsrat gestaltet.

Ob diese Tendenz anhält, weg vom Krankenhaus-Dreierkollegium hin zum Geschäftsführermodell ist nicht deterministisch absehbar. Aber vieles spricht für diese Entwicklung, weil so

- die strategische Ausrichtung besser gestaltet werden kann und
- die Zuständigkeit der operativen Aufgaben beim VD, PD und AD verbleiben und somit
- eine Konzentration auf das Operative Geschäft (Ausführung) erfolgt
- die Stärkung der Leitung der Abteilungen (middle-line) einhergeht.

Beim Haupt- Geschäftsführer oder dem Vorsitzenden erfolgt

- die Bündelung von Normativem Denken und Strategischem Handeln und
- die Verbindung zum Aufsichtsratsvorsitzenden, der Gesellschafterversammlung oder ähnlichem.

Zum Aufsichtsgremium ist Reinhard Mohn zu zitieren, der bereits 1984 angemahnt hat: "Es ist nicht möglich, angesichts der umfangreichen und komplexen Kontrollaufgaben ausreichende Informationen zu gewinnen und dann in üblicherweise vier Halbtagsitzungen pro anno die zugestandene Funktion auszuüben."

Auch der Aufsichtsrat muss professioneller besetzt werden. Deshalb ist hier eine Zusammensetzung anzustreben, die es ermöglicht, mehr Aufsicht als Rat im Gremium zu erhalten und mehr professionelle Vertreter zu bestellen als Interessenvertreter.

Die Hierarchieebenen und Aufgabenzuordnungen verändern sich somit. Wenn wir nun diese Entwicklung im Krankenhaus nachvollziehen, dann benötigen wir Geschäftsführer,

- a) die strategisch denken
- b) operativ delegieren
- c) zielorientiert entscheiden
- d) kommunikativ agieren
- e) reflektieren und sich hinterfragen (lassen).

Aufgabenorientierung findet auf der operativen Ebene statt - in der Krankenhausleitung.

## 2.1.2. De-Zentralisation

Anfangs waren die Strukturen ganz einfach:

### Was war

Hier die Krankenhausleitung - dort die Stationen  
Hier die Chefärzte und Pflege - dort die Verwaltung  
Hier bettenführende Abteilungen - dort mit vielen Stationen zusammen-  
gefaßte große Abteilungen

Nur die Verwaltung blieb so wie sie war.

Dann veränderte sich das langsam:

Aus wenigen großen Abteilungen mit vielen Stationen wurden viele kleine Abteilungen mit wenigen Stationen und aus Abteilungen oder Stationen wurden Zentren. Grund waren die Spezialisierungen, die zu differenzierten Strukturen aufforderten.

Nur die Verwaltung blieb so wie sie war; man sprach aber immer mehr vom Management.

### Was bleibt:

Abteilungen, Stationen o.ä. - Leitende Ärzte –Pfleger -Administrative Prozesse

### Was Kommt:

Es gibt schon Innovationen:

#### A) Team- oder budgetorientierte Verfahren

- a) In der Schweiz entwickelte sich eine Struktur, in denen abteilungsorientiert Arzt und Pflege Entscheidungskompetenz besitzen und ihnen eine kaufmännische Beratung zur Seite gestellt wird.
- b) In einem anderen Fall wurde dem Ärztlichen Direktor eine kaufmännische Beratung an die Seite gestellt.
- c) In einem anderen Fall wird daran gearbeitet, ein dezentrales Entscheidungsgremium aufzubauen, überlegt wird mit Entscheidungsbefugnis der betriebswirtschaftlichen Kompetenz.



Das ist die Sperrspitze. Es kommen aber auch dazu:

B) Kennzahlenorientierte oder rechnungswesenorientierte Verfahren:

- d) Ganz am Anfang stand eine Überlegung, eine abteilungsorientierte Deckungsbeitragsrechnung auf zu bauen.
- e) Geführt wird über Spitzenkennzahlen EDIT oder EBITDA (auch EVA oder ROCE) .

Eine abteilungsorientierte Deckungsbeitragsrechnung ist eher eine Ergebnisrechnung, bei der man nicht erkennen kann, welche DRG ein positives Ergebnis erwirtschaftet. Das erfolgt erst mit der kostenträgerorientierten Deckungsbeitragsrechnung.

Bei einem negativen DB, aber auch bei einem nicht gewünschten EBIT oder EBITDA ist nicht bekannt, was zu tun ist: Fixkosten senken oder Variable Kosten senken, OP Zeiten kürzen oder Gleichzeitigkeitsfaktor kürzen, weniger oder nicht so teures Personal einsetzen etc. pp.

Der Unterschied zwischen den Änderungen der teamorientierten Strukturierung und den eher rechnungswesenorientierten Änderungen ist der, dass bei DB und EBIT die Leitung die Aufgaben dezentralisiert, aber dennoch starken Einfluss beibehält.

Mit der teamorientierten Änderung erfolgt eine budgetorientierte Dezentralisation im eigentlichen Sinne. Denn hier bildet sich ein Team, das die Probleme gemeinsam vor Ort lösen muss. Dieser Ansatz fördert eine Teambildung, verfügt über kurze Entscheidungswege und dürfte der rein informationsorientierten Führung überlegen sein.

Was bedeutet das für die Führung: Ärzte und Pflege sollen entlastet werden durch Manager und Ökonomen.

Dieses teamorientierte Gremium entscheidet und handelt vor Ort dezentral und ist mit der Geschäftsführung über die normativ ausgerichtete Strategie verbunden. Die Normative strategische Ausrichtung erfolgt in der Geschäftsführung mit operativen Vorgaben, die dezentral umgesetzt werden. Die Geschäftsführung muss sich entlasten, abgeben und loslassen, führen. Dabei bedeutet Führung eine Dienstleistung und kein Dienstwagen.

## **2.2. Die Aufgabenperspektive, die höhere Gestaltungsspielräume lässt**

### **2.2.1. Spezialisierung**

Die Spezialisierung in der Medizin ist so weit fortgeschritten, dass die einzelnen Abteilungen in Zentren wieder koordiniert werden müssen. Die Pflege ist spezialisiert auf Pflege und gibt damit Aufgaben an andere Personengruppen ab. Das Management ist so differenziert, dass manchmal die rechte Hand nicht weiß, was die Linke tut. Neue Berufe greifen Platz; z.B. Physician Assistant (PA). Die Spezialisierung und damit verbunden die Arbeitsteilung führt zu weiterer Professionalität und intensivem Fachwissen. Diese Spezialisierung führt zu neuem Selbstbewusstsein bei den nicht ökonomisch ausgerichteten Leistungserbringern. Denn die Leistungserbringer sind die wesentlichen Akteure und fühlen sich oft durch das Management begrenzt.

Manager, Betriebswirte und Ökonomen sind am unmittelbaren Geschehen der Patientenversorgung nicht beteiligt. Sie können nicht pflegen, und selbst bei der Erlös-Ermittlung sind ihnen die Kodierkräfte und Mediziner überlegen.

Damit besteht die Gefahr, dass das Management

- sich seiner speziellen Professionalität nicht sicher ist.
- sich seiner Stärken nicht bewusst ist und
- sein Kerngeschäft nicht in den Fokus seines Handelns stellt.

Es werden Mitarbeiter des Managements benötigt, die sich ihrer Gaben und Fähigkeiten bewusst sind, aber auch wissen, wo ihre Grenzen liegen und dennoch von ihren Partnern in der Leistungserbringung Erfolge einfordern.

Keine Ahnung von der patientenorientierten Leistung - aber Leistungen einfordern! Das muss ein Betriebswirt können! Die Betriebswirtschaftslehre muss sich wieder auf ihr Grundverständnis berufen und dieses voll ausfüllen: Die BWL befasst sich mit der Ökonomie in Unternehmungen - hier Krankenhäuser. Was heißt das: Kerngeschäft ist Beschreibung der Ist-Darstellung, die Ist-Analyse, die Erklärung und Unterstützung der zumeist von mehreren Personen getragenen Entscheidungsprozesse. Erkenntnisobjekt ist das Krankenhaus. Das (!) ist ihre Kernkompetenz!

Dirk Becker, einer der größten deutschen Soziologen formuliert:

Als sich die Betriebswirtschaftslehre ab 1960 begann, vom engen gutenbergschen Fokus zu emanzipieren und sich vom Untersuchungsobjekt Betrieb entfernte und verhaltenswissenschaftliche und handlungsorientierte Konzeptionen entwickelte, fiel auf, »dass die Betriebswirtschaftslehre zwar eine Fülle neuer Gegenstände und Themen gefunden hat, aber ihrer Problemstellung verlustig gegangen ist«.

Das sollte uns – die Betriebswirte - zum Nachdenken anregen!

### **2.2.2. Spezialisierung versus Koordination: Schnittstellen**

Je differenzierter die Spezialisierung vorangetrieben wird, umso größer ist der Bedarf an Koordination. Je höher die Spezialisierung

- desto größer der Bedarf an Koordination,
- desto höher die Kosten dieser Koordination
- desto mehr Aufwand, um die Probleme zwischen Spezialisierung und Koordination zu beheben, zu minimieren oder zu vermeiden.
- desto intensiver sind die auftretenden Schnittstellen zu bearbeiten.

Da die Spezialisierung bereits sich etabliert hat und sich weiter fortsetzen wird, ist die Frage, wie der daraus folgende Koordinationsbedarf geregelt wird.

#### **1. Installation von Routineprogramme**

Am einfachsten sind der Einsatz von Routineprogrammen oder Routineabläufe, die möglichst unabhängig voneinander durchgeführt werden oder durch ein Ereignis ausgelöst werden:

- Küchenbestellungen werden zeitlich ausgelöst
- Patiententransporte werden durch Vorbestellung oder Anruf ausgelöst

#### **2. Optimierung von Prozessabläufen**

Die Aufnahme des chirurgischen Patienten erfolgt in der administrativen Patientenaufnahme, folgt dann über den Anästhesisten, dem EKG oder anders mit dem Abschluss auf der Station. So können Wegezeiten vermieden werden, wenn der Patient zum Arzt oder zum Funktionsbereich kommt.

### 3. Fall- oder Stationsmanager

Physiotherapie und Ergotherapie, Untersuchungen, Entlassungen mit weiteren Koordinationspunkten (Arztbriefe u. ä.) müsste durch Fallmanager begleitet sein, die die Stationsabläufe patientenorientiert gestalten.

### 4. Prozessmanager

Der Prozessmanager wird dann stationsübergreifend agieren.

Egal wie man das sieht, die Organisation wird zunehmend verändert und damit auch das Führungsverständnis. Spezialisten werden ihre Aufgaben professionell begrenzt durchführen.

Die Koordination - verstanden als das Verbindende oder die Abstimmung - wird durch Personen organisiert, strukturiert, gelenkt und gesteuert, die managementorientiert arbeiten. Diese Puzzleteile tragfähig zu verbinden wird zukünftig ein Haus auszeichnen. Diese Prozessmanager zeichnen sich durch eine hohe Koordinationsprofessionalität aus. Der Patient wird geräuschlos von diesen Personen durch das Krankenhaus begleitet und geschleust – das ist mit Entscheidungen verbunden. Das Ziel ist die Entscheidung, der Weg ist die Kommunikation und nicht umgekehrt.

Spezialisierungen erfordert also Koordination. Beides benötigt Personal:

- Spezialisierungen erfordern Personal mit Experten-Wissen.
- Koordination erfordert Management-Wissen.

Personalreduzierungen sind insoweit fast nur durch Prozessoptimierungen möglich. Das wird das zukünftige Thema sein.

Damit sind wir bei einem wichtigen Thema!

### 2.2.3. Exkus Personal

Wir haben eine enorme Verdichtung in den letzten Jahren erfahren:

- Steigerung der Fallzahlen
- Erhöhung der Bettenauslastung
- Senkung oder Beibehaltung der Berechnungstage - und Belegungstage
- Abbau von Betten
- Abbau von Krankenhäuser
- Reduzierung der Verweildauern.

Gleichzeitig ist das Personal um ca. 11% gestiegen; davon Pflege mit Schwankungen mit einer Steigerung um 9% gestiegen. Ärzte mit einer Steigerung von ca. 26 %.

Wir wissen auch, dass die Pflege Schwankungen zu verzeichnen hatte.

Wir können jetzt über empirische Abhängigkeiten philosophieren. Aber ich möchte den Schwerpunkt darauf legen, dass sich hinter dieser Entwicklung handelnde Personen bewegen. Und das es darum geht, die Werte beispielhaft herauszuarbeiten, die uns im Krankenhaus bestimmen sollten!

Wir können doch nicht sagen, dass das alles vom Himmel gefallen ist, auch wenn im BBDK viele kirchliche Krankenhäuser zusammengeschlossen sind. Es sind fünf Entwicklungen zu beachten:

1. Es gibt einen Fachkräftemangel.

Es sind zu wenig qualifizierte Mitarbeiter im Krankenhaus. Das war so und das wird bleiben über eine gewisse Zeit.

Dinge, die man nicht ändern kann sind keine Probleme, sondern Tatsachen!

2. Man hat bestimmte Bereiche (z.B. die Pflege) instrumentalisiert, um Kosten, Überschüsse und anders zu finanzieren.

Quersubventionierungen zu Lasten unternehmungswichtiger Stellen sind keine Lösung. Alkohol ja auch nicht

3. Konzentration auf spezielle Kernkompetenzen führt weg von Leitung.

Ein Mitarbeiter, der nur bucht oder nur pflegt kann nicht leiten.

Hier gilt: Operatives Handeln versus managen (Können versus Wissen)

Angestellte sind operative Köpfer; Manager haben eine Problemlösungsfähigkeit und fachspezifisches Wissen.

4. Im Krankenhaus herrscht eine personalintensive Leistungserstellung vor-  
Die Erstellung personalintensiver(!) Leistungen hängen vom jeweiligen Mitarbeiter ab (Fertigkeiten, Fähigkeiten, Professionalität, Tagesform ...)  
Aber: Personalbedarfsberechnungen sind notwendig.  
Wie viele Personen sind notwendig für eine Erfüllung der Aufgaben, die das Krankenhaus als sinnvoll ansieht! Es sind klare Personalausagen zu machen zu einem Pflegecontrolling!  
Folgende Aussagen reichen nicht: 3-2-1 für Früh- Spät- oder Nachschicht oder 1-2-6 für Chef-, Ober-, und Assistenzarzt.  
In der Intensivabteilung ist durch INPULS einiges in Bewegung geraten (Pflegekategorien) .
5. Wer verändern will, benötigt nachvollziehbare logische Erklärungen und Begründungen.

Wir wechseln jetzt wieder auf die Außenperspektive und damit auf den Gliederungspunkt 1 (s.o.).

## **1. Auf das Krankenhaus wirken von außen**

### **1.2. Die Umwelt-Entwicklung**

#### 1. 2.1. Demographie und Bevölkerungsstruktur

##### 1.2.1.1. Beschreibung

Bei der demographischen Komponente handelt es sich wahrscheinlich um die wichtigste, von außen beeinflussende Komponente. Dabei ist zu beachten:

Die demografische Verteilung hängt zusammen mit

- a) der Altersstruktur: Von 1990 – 2014 hat sich die Zahl der Menschen über 65 Jahre um 43 % erhöht auf 17,1 Millionen;
- b) der gestiegene Lebenserwartung: Die Lebenserwartung bei der Geburt lag im Jahr 2016 in Deutschland bei rund 80,64 Jahren;
- c) und mit dem Geburtenrückgang: Bundesweit sind auf 1,57 Kinder pro Frau im Jahr 2017 geboren;
- d) Weiterhin ist dabei zu beachten die Anzahl und Entwicklung der Familien-/ Nichtfamilienhaushalte: 2011 lebte in 40,4 Prozent aller Haushalte nur eine Person;
- e) die geographischen Bevölkerungsverlagerungen, die innerhalb von Deutschland zu verzeichnen sind;
- f) Und die Starke Migrationswanderungen (durch Aussiedler, Ausländer und eingebürgerte Menschen).

Daraus folgt für Mitarbeiter und Patienten:

#### - Wertevorstellungen

Die Stigmatisierung der alten Generation bricht zunehmend auf. Die heutigen Senioren sind abwechslungsreicher, aufgeschlossener, nicht stereotyp. Begriffe, die das „Altsein“ in den Vordergrund stellen, sollten vermieden werden. Senioren möchten sensibel angesprochen werden und nicht mit einem negativ besetzten Altersbild gleichgesetzt werden. So werben Kosmetikartikelhersteller z. B. heutzutage für eine Haarpflegeserie für das „anspruchsvoll gewordene Haar“ um den Begriff „Alter“ zu umgehen. Die neuen „jungen“ Alten empfinden sich einer Studie zufolge ab einem Alter von 66 Jahren im Schnitt 10 Jahre jünger als sie tatsächlich alt sind.

#### - Wertewandel

Traditionellen Werten wie Leistungsstreben, Fleiß und Pflichterfüllung werden zum Teil um die neuen Werte wie Lebensfreude, Spaß und

Spontaneität ergänzt. Hieraus resultiert der Begriff der Spaßgesellschaft  
 – statt Sinnfrage

### 1.2.1.2. Wirkungsanalyse

Kennzahl	Wirkung
Bevölkerungswachstum Seniorenanteil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Steigender Bedarf an Versorgungsleistungen nach einem Krankenhausaufenthalt</li> <li>• Steigende Versorgung alter multimorbider Kranker</li> </ul>
Haushaltstypen Anzahl der Singles / Familien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale (Familien-)Strukturen brechen auf</li> <li>• Angehörige übernehmen weniger Pflege</li> <li>• Verzahnung von Institutionen nach Krankenhausaufenthalt</li> </ul>
Bildungsstand / Anzahl der hoch qualifizierten Kräfte pro Region	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinkt der Bildungsgrad einer Region, siedeln sich weniger junge Familien an.</li> <li>• Dann siedeln sich auch größere Industrieunternehmen nicht an.</li> <li>• Die Region benötigt zur Erbringung der Dienstleistungen hoch qualifiziertes Personal</li> <li>• Der Qualität der betrieblichen Aus-, Fort- und Weiterbildung ist eine höhere Aufmerksamkeit zu widmen</li> </ul>

Abb.: Wirkungsanalyse Demografie

## 1.2.2. Ökonomische Umwelt

### 1.2.2.1. Beschreibung

Die Arbeitslosigkeit, das Volkswirtschaftliche Einkommen und die Renten nehmen Einfluss auf die Entwicklung. Die private Vorsorge wird aber grundsätzlich eine wachsende Bedeutung erlangen. Das soziale Netz wird hier nicht mehr ausreichen, die private Vorsorge hält stärker Einzug und das Subsidiaritätsprinzip wird sich zu Lasten des Solidaritätsprinzips durchsetzen.

### 1.2.2.2. Wirkungsanalyse

Kennzahl	Wirkung
Entwicklung der Renten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei hohen Renten steigt die Nachfrage nach Zusatzleistungen</li> <li>• Gut situierte ältere Menschen haben höhere Ansprüche</li> <li>• Die Streuung der Renten ist zu beachten: Ein Teil der Rentner erzielen hohe Renten, andere Rentner wenig Rente. Beide Gruppen treten als Nachfrager am Markt auf.</li> </ul>
Geldvermögen in privater Hand	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neben der absoluten Zahl ist die Verteilung entscheidend</li> <li>• Die „Generation der Erben“ fragt soziale Dienstleistungen nach</li> </ul>
Ausgaben-Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Finanzierung von Leistungen für pflegebedürftige Menschen wird sich wandeln, da wenig Junge für viele Alte aufkommen müssen (Demografie s.o.)</li> <li>• Bei sinkenden Einnahmen der KV werden Veränderungen eingeleitet (Leistungen eingeschränkt, Versicherte zahlen mehr)</li> </ul>

Abb.: Wirkungsanalyse Ökonomie



### **1.2.3. Ökologisch-Technologische Umwelt**

#### 1.2.3.1. Technologie

Es gibt heute kaum mehr einen Bereich des sozialen Lebens, in dem nicht über beziehungsweise mit Medien kommuniziert wird, und es kommen immer weitere Informations- und Kommunikationstechniken hinzu.

Soziale Beziehungen werden immer weniger an wohnort-/wohnungsnahe Sozialräume gebunden.

Neue Informations- und Kommunikationstechnologien eröffnen in diesem Zusammenhang viele Möglichkeiten, Kontakte auch über große Entfernungen und bei eingeschränkter Mobilität aufrecht zu erhalten oder in Chatrooms, in virtuellen Diskussionsrunden, Selbsthilfe- und Interessengruppen neu zu knüpfen.

Veränderungen in der Kommunikationstechnik, Zunahme des Automatisierungsgrades sind nur einige Beispiele, die Veränderungen bewirken, ohne den Begriff Digitalisierung weiter ausführen zu wollen.

#### 1.2.3.2. Marketing

Die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien sind auch für die Vermarktung der sozialen Einrichtungen zukünftig mehr und mehr relevant.

Der Einsatz von Hinweisen, Webauftritte, Auflistung in Online-Datenbanken und E-mail ist zum heutigen Zeitpunkt schon undenkbar. Aufgrund der wachsenden Internetanwender wird diese Form der Informationsverbreitung einer Einrichtung in den kommenden Jahren zum Standard werden und sollte bei allen Präsentationsüberlegungen zwingend beachtet werden.

#### 1.2.3.3. Ökologische Umwelt

Ökologie spielt zunehmend auch im Gesundheitswesen eine bedeutende Rolle.

#### 1.2.3.4. Lage / Standort

Der Standort stellt auch für Einrichtungen im Gesundheitswesen als Erbringer sozialer Dienstleistungen einen wichtigen Faktor dar. So sind bei der Neuerrichtung von Gebäuden die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln (für Kunden und Mitarbeiter) aber auch Folgekosten zu beachten.

### 1.2.3.5. Wirkungsanalyse

Kennzahl	Wirkung
Elektronischen Medien	<ul style="list-style-type: none"><li>• Steigender Bedarf der Online-Informationen für die Kunden über Angebote der jeweiligen sozialen Einrichtung .</li><li>• Werbung und Web-Auftritt werden wichtiger</li></ul>
Standortkosten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Für jede Einrichtung ist abzuwägen, ob höhere Kosten innerhalb einer Stadt gerechtfertigt sind.</li><li>• Gemeindenahe Krankenhäuser sind zu hinterfragen</li></ul>
Erreichbarkeit der Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Auf eine geeignete Anbindung ist bereits bei der Planung der Einrichtung zu achten (Patienten und Mitarbeiter)</li></ul>
Energie, Abfall u.a.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alternative Konzepte sind zu entwickeln.</li></ul>

Abb.: Wirkungsanalyse Ökonomie

## 3. Resümee

Was kommt, und was wollen wir!

### 1. Betriebswirtschaftliche Professionalität einbringen!

Niemand ist perfekt, aber als Betriebswirt ist man verdammt nah dran!

### 2. Werteorientiert handeln

„Der wirtschaftliche Vorteil muss nicht unmoralisch sein und ethische Ziele können ökonomischen entsprechen“ (Ulrich, 2008)

### 3. Es gilt: Ökonomisch handeln in ethischer Verantwortung