

Profit-Center OP

Wertschöpfung neu erfinden Um die Qualität und damit auch die Wirtschaftlichkeit zu steigern, denken immer mehr Kliniken darüber nach, den OP als Profit-Center zu gestalten. Das schürt Unsicherheit und Ängste – nicht nur bei den Mitarbeitern. Unsere Autoren haben deshalb Klinik- und Pflegeleitungen, OP-Manager und Medizincontroller gefragt, wie sie das Thema Profit-Center einschätzen und inwiefern sowohl die Klinik als auch die Mitarbeiter davon profitieren können. Einzelaspekte werden in weiteren Artikeln unserer neuen Serie „Wertschöpfung neu erfinden“ aufgegriffen.



Pavvo Bildfeld

Sinkt durch Profit-Center die Qualität der Patientenversorgung?

– Dipl.-Kfm. Harri Fechtner,
Prof. Dr. med. Ulrich Finke –

Krankenhäuser kämpfen ums Überleben, 40 Prozent arbeiten defizitär. Wirtschaftlich zu arbeiten, nicht mehr zu verbrauchen als finanzierbar ist, scheint unausweichlich. Investitionen müssen aus Eigenmitteln finanziert werden, Gewinnerzielung ist jedoch ein kontrovers diskutiertes Thema.

Vielfach entfallen mehr als ein Drittel der gesamten Krankenhauskosten auf den OP-Bereich. Investitionsaufwand wird dabei nicht einmal berücksichtigt, obwohl Krankenhäuser diesen immer häufiger selber finanzieren müssen. Es ist heute

notwendig, alle Ressourcen bestmöglich zu nutzen, um Leistung am Patienten („Wertschöpfung“) zu erbringen und im Wettbewerb um Innovation und Qualität zu bestehen; dazu ist „(...) ein Mindestgewinn erforderlich, um regelmäßig die notwendigen Investitionen in Bauen, Betriebsmittel und Personalqualifikation sicherzustellen“, erklärt Holger Stürmann, Geschäftsführer der Mühlenkreiskliniken. Experten schätzen diesen notwendigen Gewinn auf mindestens drei bis fünf Prozent der Umsatzrendite.

Der Begriff „Profit-Center“ (→ **Info Definition**) wird in diesem Beitrag aufgegriffen, um zu beschreiben, wie Krankenhäuser

über eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit zu einem Ergebnis gelangen, das den Erhalt des Bestehenden und die Eigenfinanzierung der zur Zukunftssicherung notwendigen Investitionen ermöglicht.

Aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen im OP-Pflegemanagement stellen sich zum Beispiel für Cornelia Mattes, Universitätsmedizin Mainz, und Gisela Schwab, Leopoldina-Krankenhaus Schweinfurt, unter anderem folgende Fragen:

- „Sinkt die Qualität in der Patientenversorgung?“
- „Entsteht eine Fließbandabfertigung?“
- „Ist leistungsorientierte Beurteilung sozial verträglich?“

Insgesamt führt die Entwicklung zum Teil zu Verunsicherung, der im Nachfolgenden ansatzweise begegnet werden soll.

Entwicklungspfade zu mehr Wirtschaftlichkeit

Die knappe Ressource OP-Kapazität muss vernünftig eingesetzt werden, um „Vergeudung“ zu vermeiden. Mit dem OP-Bereich ist, grob abgegrenzt, der (zentrale) OP und die Kapazitäten im Aufwachraum mit den dort tätigen nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gemeint.

Bei der Frage nach der Wirtschaftlichkeit der OP-Nutzung geht es darum, ob die vorhandenen OP-Ressourcen möglichst zweckmäßig eingesetzt werden, um Erlöse aus Diagnosis Related Groups (DRG; deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen) sowie aus Zusatz- und sonstigen Entgelten zu erwirtschaften.

Traditionell wurden Operationsäle als Kostenverursacher betrachtet, die in klassischen Klinikstrukturen Teil einer Fachabteilung waren. In der Kostenstellenrechnung wurden sie erfasst und der





Definition: Profit-Center

Ein Profit-Center ist eine Organisationseinheit im Unternehmen, die von anderen Einheiten (Abteilungen, Bereichen) klar abgegrenzt wird. Für diese Einheit werden alle Erlöse, die sie erwirtschaftet, und alle Kosten, die sie verursacht, gesondert ermittelt. Daraus lässt sich der „Profit“, den diese Einheit erwirtschaftet, ermitteln⁵, gemessen mit dem englischen Begriff EBITDA, das heißt dem Ergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen im Verhältnis zu den Erlösen.

übergeordneten (bettenführenden) Abteilung zugerechnet. Nach der Bildung von Zentral-OP wird die Organisationseinheit OP als eigenständiges Cost-Center ausgewiesen.

Von einer Organisationseinheit wird dagegen als einem Profit-Center gesprochen, „[...] wenn sie wirtschaftlich selbsttragend ist, rechnermäßig abgegrenzt einen Erfolg ausweist, [...] und somit in der Lage ist, die volle Gewinnverantwor-

tung für den eigenen Leistungsbereich zu tragen“¹ (→ Abb. 1).

Wie kann Wirtschaftlichkeit gemessen werden?

Der meistverwendete Ansatz, um Wirtschaftlichkeit zu messen, verrechnet die tatsächlichen Kosten des OPs mit den verschiedenen Fachabteilungen/Kliniken, die die Leistungen in Anspruch nehmen (Cost-Center-Ansatz); dies ist vergleichsweise einfach, wenn es nur eine operative Einheit gibt, die den OP auf immer gleiche Weise in Anspruch nimmt – diese Voraussetzung ist aber schon bei unterschiedlichen Verfahren nicht mehr gegeben.

Dazu werden die Kosten einer OP-Minute ermittelt. Das Grundprinzip ist, die Zeit zu erfassen, in der ein Patient den OP-Saal „beansprucht“ und die entsprechenden Kosten dem Nutzer zu berechnen. Eine Annäherung an die effektive Nutzung bieten die im OP-Management häufig genutzten Indikatoren², zum Beispiel Schnitt-Naht-Zeit (Netto-Nutzungszeit), Naht-Schnitt-Zeiten (Wechselzeiten).

Alle verfügbaren Werte können die komplexe Nutzung des OPs und der damit

verbundenen Leistungen, zum Beispiel Lagern, immer nur annähernd erfassen. Das genügt zumindest, um allen Beteiligten eine grobe Vorstellung der Ressourcenbeanspruchung durch die verschiedenen Nutzer (Fachabteilungen) zu geben. Auf diesem Wege entstehen interne Kostenverrechnungen, die das „Bereichsergebnis OP“ idealtypisch „auf null“ setzen. Ein Cost-Center erwirtschaftet also kein eigenes (positives) Ergebnis für die eigene Wertschöpfung.

Anders ist es dagegen bei einem Profit-Center. Dieses sollte mit einem „positiven“ Ergebnis abschließen. Dazu müssen die tatsächlichen Kosten geringer sein, als die auf den OP entfallenden DRG-Erlöse – ermittelt durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), zuzüglich der Zusatzentgelte. Letztlich muss jedoch das Krankenhaus als Gesamteinheit – und nicht eine interne Serviceabteilung – ein positives Ergebnis erzielen. Für Experten ist es jedoch unabdingbar, die Kosten zumindest transparent zu machen: „Die Kosten des OPs verschwinden sonst im Grundrauschen der Fachabteilungen“, sagt Dr. Philip Düwel, medizinischer Unternehmensberater.

Mit Fakten OP-Prozesse und Zusammenarbeit verbessern

Für die Geschäftsführungen und die internen Kunden des OPs wirkt der komplexe OP-Bereich häufig wie ein Schwarzes Loch – darauf antwortet die Diplom-Ökonomin/Medizin Judith Holtmann: „Zahlen, Daten, Fakten können das Schwarze Loch OP transparent machen, sie sollen sensibilisieren und Anhaltspunkte für Verbesserungen liefern, Hinweise, um detaillierter hinzuschauen. Sie helfen, suboptimalen Prozessen und mangelnder Kooperation auf die Spur zu kommen.“

„Letztlich geht es um die Veränderung von Denkmustern: Wie kann der Ablauf im OP in Richtung Verlässlichkeit verändert werden?“, erläutert Ralf Weckenbrock, OP-Manager an der Johannes Gutenberg Universität Mainz. Verrechnungspreise sollen Disziplin und Verbindlichkeit ermöglichen.³

Thorsten Grätz, Mitglied der Geschäftsleitung VAMED Deutschland, hat folgende Erfahrung gemacht: „Der OP lässt sich letztlich nur über Zahlen steuern, sonst schlagen Emotionen zu sehr durch und be-

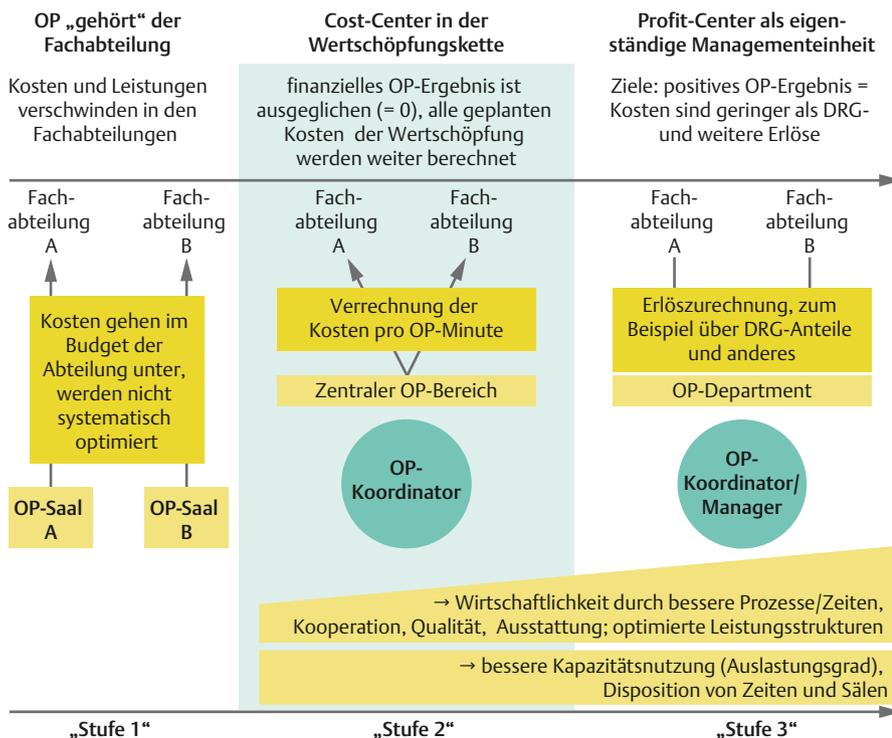


Abb. 1 Idealtypische OP-Strukturen: auf dem Weg zum wirtschaftlichen OP (eigene Darstellung).



hindern Entscheidungen, um die Auslastung der OP-Kapazitäten sicherzustellen.“

Es scheint Übereinstimmung darüber zu bestehen, dass der Pfad in Richtung Wirtschaftlichkeit beschriftet werden muss. Jedoch sind sich die Befragten darüber uneinig, wie rigoros dies geschehen soll: „Eine transparente Ökonomisierung des Medizinbetriebs ist unvermeidlich, dazu bedarf es aber nicht zwingend einer Profit-Center-Bildung im Sinne einer vollständigen Zurechnung aller Erlöse“, meint Dr. Holger Thiemann, Lehrbeauftragter Krankenhausbetriebslehre Technische Hochschule Mittelhessen. Allerdings sei auch „(...) der Overhead für ein professionelles OP-Management (...) für kleine und auch mittlere Häuser oftmals nicht vertretbar“, findet Frank Dünnwald, Geschäftsführer der Martha-Maria Krankenhaus gGmbH in Nürnberg.

Wie kann Wirtschaftlichkeit beeinflusst werden?

Die Steuerung der Personalkosten obliegt in „klassischen“ Organisationsstrukturen der Pflegedirektion, in neueren Strukturen dem OP-Management oder der mehrköpfigen Leitung eines großen OP-Zentrums (Department-Struktur; zum Beispiel Charité Universitätsmedizin, Berlin). Durch die Einflussgrößen („Hebel“) Prozessmanagement, Kapazitätssteuerung und Qualifizierung können die Verantwortlichen auf die Kostenentstehung einwirken.

Prozesse zu optimieren meint,

- Arbeitsteilung so zu organisieren und Tätigkeiten so zu standardisieren,
- dass sie von allen Beteiligten in gleicher Weise routiniert, das heißt eingeübt und vervollkommen, erbracht werden können,
- sodass sie mit geringem Zeit- und Mitteleinsatz ausgeführt (zum Beispiel Einsparen von Blutkonserven)
- und mit hoher Qualität durchgeführt werden können (zum Beispiel schnelles Aufwachen nach Anästhesie).

Zudem werden Komplikationen und Revisionen vermieden, was zur Kostenvermeidung beiträgt.

Den Bedenken im Hinblick auf die Qualität für den Patienten begegnet Marcus Kirchmann, Geschäftsführer EVK Hamm:

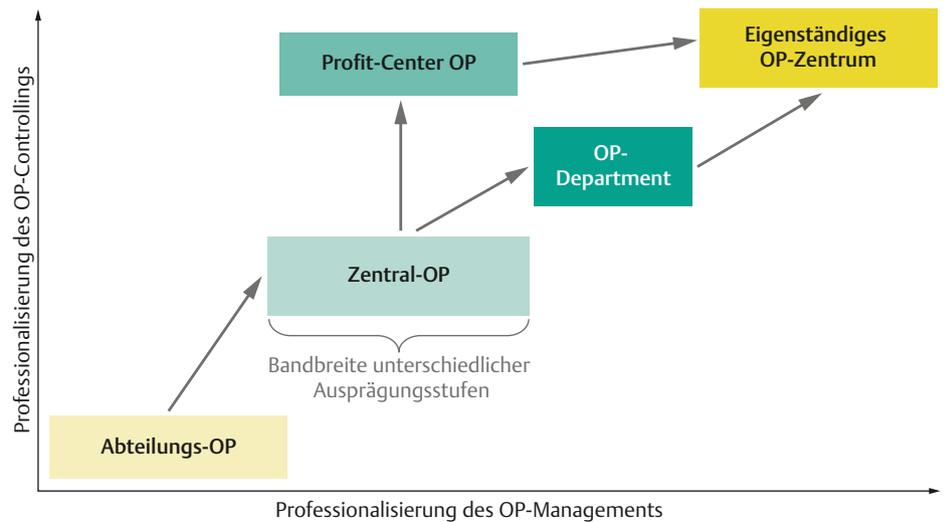


Abb. 2 Entwicklungspfade und Perspektiven der OP-Organisation (eigene Darstellung).

Die Abbildung zeigt anhand der beiden Gestaltungsdimensionen „Professionalität des OP-Managements“ (OPM) und „Professionalität des OP-Controllings“ (OPC) die bisherigen Entwicklungsschritte und möglichen Optionen zur Weiterentwicklung der Professionalität des OP-Managements und des Medizincontrollings für die Zukunft.

Dabei werden die unterschiedlichen Dimensionen als prinzipiell voneinander unabhängig betrachtet. Ein Zentral-OP muss nicht zwingend mit einer Erlösverteilung wie in einem Profit-Center verbunden sein. Ein umfassendes OP-Department muss nicht zwingend das Controlling-Instrumentarium und die Ergebnis-Bilanzierung eines Profit-Centers oder rechtlich eigenständigen OP-Zentrums aufweisen. Innerhalb dieser verschiedenen Organisationsformen gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, die Kosten- und Erlöszurechnung auszugestalten oder die disziplinarische Verantwortung für das Personal dieser Bereiche zu definieren.

„Qualität leidet dann am meisten, wenn der Standardisierungsgrad niedrig ist und Berufsgruppen organisatorisch und prozessual unkoordiniert zusammenarbeiten.“

Gerald Tomenendal, Kaufmännischer Direktor des Robert-Bosch-Krankenhauses in Stuttgart, unterstreicht: „Prozessoptimierung zielt nicht auf die Verdichtung von Arbeit, sondern auf (...) mehr Zeit für wertschöpfende Tätigkeiten.“

Prozessoptimierung erfordert aber auch eine stärkere Regulierung, dazu Dr. Malte Reatzell, Klinikexperte aus Kiel: „Eine unumgängliche Arbeitsverdichtung führt zu Entlastung bei Überstunden; durch verstärkte Abhängigkeiten erhöht sich die Konfliktwahrscheinlichkeit. Daher werden Regeln notwendig, die generell gültige Vorgehensweisen beschreiben, wie das OP-Statut.“

Um „Vergeudung“ zu vermeiden, versuchen die Personalverantwortlichen, Leerzeiten der Mitarbeitenden zu vermeiden und einen flexiblen Einsatz der Funktionskräfte zu ermöglichen.

Das Zusammenfassen von Operationssälen zu einem Zentral-OP (→ Abb. 2), mit einer übergeordneten Steuerung der OP-Kapazität durch einen OP-Koordinator, ermöglicht es, Pflegekräfte ohne Zeitverluste am Patienten einzusetzen, also ungeplanten Leerlauf zu vermeiden. Auch „(...) gelingt in größeren Organisationseinheiten der Ausgleich von Ausfällen und die Berücksichtigung von Arbeitszeitwünschen eher“, erklärt Vera Lux, Pflegedirektorin der Universitätsklinik Köln.

Für den Personaleinsatz wie für die Nutzung des Operationsaals gilt, dass eine Zentralisierung der Kapazitätssteuerung nachweislich zu einer besseren Nutzung der vorhandenen Kapazität führt, wodurch kostenträchtige Investitionen vermieden werden. Allerdings sind optimierte Prozesse, beschleunigte Durchlaufzeiten, qualifiziertes und flexibles Personal sowie flexible Arbeitszeitregelungen für die Teams die Voraussetzungen für die wirtschaftliche Auslastung der Sachkapazitäten.



Der OP-Manager: Navigator oder Kapitän?

Prozesse zu optimieren erfordert von allen Beteiligten einen übergeordneten Blick auf die Kooperationsanforderungen: „In den OP-Teams ist es notwendig, nicht nur sich selber zu organisieren, sondern auch die Einwirkungen auf die Kolleginnen und Kollegen zu verstehen und den Prozess aus der Vogelperspektive zu betrachten“, sagt Andrea Albrecht, Pflegedirektorin am Lukaskrankenhaus Neuss.

„Bei angemessenen und realistischen Zeitvorgaben und damit erhöhter Planbarkeit der Arbeitszeit und Entfall von Überstunden oder systematischer Regelarbeit in der Bereitschaft vermindern sich Belastung und Beanspruchung der Beschäftigten. OP-Management leistet auch einen Beitrag zur Arbeitgeberqualität“, erläutert Frank Dünnwald.

Laut Thomas Wytrieckus, OP-Manager am Klinikum Solingen, ist eine entscheidende Voraussetzung für einen wirtschaftlichen OP-Betrieb Flexibilität, das heißt die entsprechende Einstellung und Qualifikation der Mitarbeitenden in den Funktionsdiensten. Dieser Qualifikationsstand müsse immer wieder aufrechterhalten und aktualisiert werden.

„Durch die Komplexität heutiger Eingriffe und deren kurze Taktung ist es notwendig, in die Qualifikation der Beschäftigten zu investieren – und zwar im Vorfeld der Veränderung von Prozessen und der Standardisierung von Vorgehensweisen“, meint Andrea Albrecht, Pflegedirektorin Lukaskrankenhaus Neuss. Hier, wie auch in anderen weitsichtigen Häusern, werden dazu sowohl wöchentliche Kurzschulungen vor OP-Beginn für ärztliches und pflegerisches Personal durchgeführt, als auch regelmäßige Rotationen. Dieses Vorgehen korreliert offensichtlich positiv mit einem guten wirtschaftlichen Status.

Die Aufgaben des OP-Managers werden in den einzelnen Häusern oder Klinikgruppen unterschiedlich definiert: Die einen sehen diese Funktion in der Rolle eines „Navigators“ in Stabs-Funktion, der die Geschäftsführung mit Informationen und Zahlen versorgt sowie für Probleme sensibilisiert. Andere definieren diese Rolle als die eines „Kapitäns“ mit der Funktion und der Mentalität eines Managers, der für die

Ergebnisse des OP-Bereichs verantwortlich ist und entsprechende Entscheidungsfreiheit hat.

„Der Servicebetrieb OP braucht jemanden, der sich um die Prozesse kümmert, diese Person muss aber nicht zwingend auch finanzielle Verantwortung tragen, denn sie hat – je nach Position – auch nur bedingt Einfluss auf das finanzielle Ergebnis“, sagt Gerald Tomenendal. Wichtiger als eine Ergebnis- oder Renditegröße ist es, den OP über Prozessindikatoren laufend zu monitoren, also Zeiten, Personaleinsatz sowie Behandlungsqualität zu beobachten (Judith Holtmann nennt dies „Cockpit-Ansatz“).

Cornelia Mattes und Gisela Schwab stellen die Frage, „(...) ob der Trend zur Wirtschaftlichkeit nicht auch die Behandlungsqualität infrage stellt.“ Sie stehen nicht allein: „Effizienzdruck und Verdichtung werden sich weiter erhöhen, etwa durch kürzere Wechselzeiten. Dafür müssen Sicherungsmechanismen etabliert werden, die die Qualität sicherstellen – Standardisierungen und Prozessvorgaben müssen Freiheitsgrade einschränken“, meint Dr. Philip Düwel. Und Martin Gösele, Vorstand der Wertachkliniken, findet: „Ein verbessertes OP-Management dient dazu, Qualität und Wirtschaftlichkeit voranzutreiben. Eine Wendung der Kliniken zu Dienstleistungsunternehmen ist erforderlich.“

Change Management im Krankenhaus

Die beschriebenen Veränderungen benötigen eine zentrale Steuerung und organisierte Beteiligung aller. Das bestätigt auch Vera Lux: „Veränderungen im Denken sind notwendig. Wirtschaftlichkeit muss Statusdenken ersetzen; dazu müssen alle Hierarchien und Berufsgruppen eingebunden werden. Transparenz durch eine offene Informations- und Kommunikationspolitik ist dabei von hoher Bedeutung.“

Aber auch die Leitung steht vor einer Herausforderung: „Die Krankenhausleitung hat jetzt die schwierige Aufgabe, eine mächtige Abteilung ‚OP‘ steuern zu können und zu wollen, das heißt: saubere Schnittstellen definieren und zwei Sprachen sprechen beziehungsweise übersetzen können. Dazu gehört einerseits Offenheit für die wirklichen Bedürfnisse der Bereiche und andererseits eine gegenseitige Kultur von

Fairness und Verlässlichkeit“, erklärt Dr. Malte Reatzell.

Diese Aufgabe des Change Managements muss von der Unternehmensleitung wahrgenommen werden, insbesondere bei so einer grundlegenden Veränderung wie der Einführung eines OP-Managements: „Die Krankenhausleitung muss die Funktion OP-Management ernst nehmen und mit einer klar definierten Verantwortung und Stellung im Organigramm ausstatten. Nur so kann Glaubwürdigkeit entstehen. Es ist immer dann eine Alibiveranstaltung, wenn die Leitung nicht erkennbar dahinter steht“, bekräftigt Matthias Diemer von der Charité Berlin.

Dies betrifft nach Einschätzung von OP-Managern, wie Thomas Wytrieckus, 80 Prozent dieser Stellen. Deshalb fordert Matthias Diemer: „Die Krankenhausleitung muss allen Beteiligten die übergeordnete Zielsetzung deutlich machen und die Verantwortlichkeiten klar definieren – immer mit Blick auf das gesamte Unternehmen. Das OP-Management muss seriös definiert und sauber in praktisches Vorgehen umgesetzt werden. Dazu gehört eine klare Zielsetzung, Verbindlichkeit und ein gemeinsames Verständnis der Funktion.“

Neben Konsequenz und Verbindlichkeit werden Prozesskompetenz und Moderationsfähigkeit als Kompetenzanforderungen für die Leitung hervorgehoben. „Das Suchen nach sinnvollen Veränderungen von Abläufen sollte zur Tagesroutine gehören, auch wenn es unbequem, anstrengend und konfliktär ist“, unterstreicht Gerald Tomenendal.

Die Rolle der Krankenhausleitung verändere sich „(...) in Richtung einer moderierenden Funktion und der Einführung von Spielregeln, um ein konstruktives Miteinander sicherzustellen, um dann konsequent Entscheidungen zu treffen“, sagt Dr. Ulf Dennler, Geschäftsbereichsleiter Medizincontrolling an der Universitätsklinik Jena.

In ähnlicher Weise betont Lothar Stein, Verwaltungsdirektor am Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein: „In Krankenhäusern mit einer offenen Diskussions- und Streitkultur lassen sich Veränderungsprozesse besser bewältigen – darin erweist sich Unternehmens-Führung.“



Kompetenz zur Wertschätzung

Vom OP-Management wird Moderationskompetenz und Empathie gefordert: „OP-Management ist auch Beziehungsmanagement, man muss sich einfühlen können. Zum Veränderungsprozess gehört auch, dass die Fachabteilung ihr Rollenverständnis anpasst, sie muss loslassen lernen, wird vom Oberhaupt zum Kunden und muss diese Kundenrolle auch erst lernen“, erklärt Dr. Malte Reatzell.

„Aufgabe der Führungskraft ist es, die Mitarbeitenden bei Veränderungsprozessen mitzunehmen, Vertrauen spielt dabei eine zentrale Rolle“, bekräftigt Gerald Tomenendal. Diese Auffassung teilt Sabine Synnatzschke, Qualitäts- und Risikomanagement am Uniklinikum Leipzig: „Aufgabe der Pflegeleitungen ist es, die Beschäftigten mitzunehmen, ihnen Sicherheit zu vermitteln und positives Denken zu verbreiten – nicht Bedenken zu unterstreichen, sondern Lösungen zu entwickeln.“

Die Stärkung der Führungskompetenz wird auch seitens Vera Lux eingefordert: „Immer mehr ist eine individualisierte Personalführung erforderlich, um auf die speziellen Bedürfnisse der Beschäftigten einzugehen, diese entsprechend ihrer Qualifikationen gezielt einzusetzen beziehungsweise ihren Potentialen entsprechend zu fördern und Verantwortung zu übertragen. Nur so gelingt es heute überhaupt noch, gut qualifiziertes OP-Personal zu gewinnen und zu halten.“

Die Gesprächspartner haben den Bedarf betont, fachliche Qualifikationen unter dem Gesichtspunkt der Einsatzflexibilität zu erweitern. „In einem gut funktionierenden OP sind die Prozessbeteiligten alle gleich, sie funktionieren als Team und nehmen aufeinander Rücksicht“, bekräftigt Andreas Kohlschreiber, Pflegedirektor am St. Clemens-Hospital in Geldern.

„Auch eine enge Taktung von OP kann gut funktionieren und Er-

folgerlebnisse vermitteln, wenn Reibungsverluste durch Führung und Sozialkompetenz der Beteiligten vermieden werden können“, sagt Sabine Synnatzschke.

Gerald Tomenendal hat aber auch erkannt: „Prozesse lassen sich schneller verändern als Verhalten und Denkweisen.“ Fachliche Breite, Flexibilität, Kooperationsfähigkeit und persönliche Kompetenzen können in allen Berufsgruppen weiterentwickelt und damit dem veränderten Wettbewerbsumfeld angepasst werden. Für Andrea Albrecht kennzeichnen folgende Kompetenzen das „(...) Anforderungsprofil im OP- beziehungsweise Anästhesiefunktionsdienst:

- breite fachliche Ausbildung für eine eigenverantwortliche Tätigkeit;
- Verständnis für Prozesse und gegenseitige Abhängigkeiten;
- vorausschauendes Denken, Abstraktions- und Kombinationsfähigkeit;
- Kooperations- und Teamorientierung;
- Persönlichkeit: Eigenständigkeit und Initiative, positive Grundfärbung.“

Auch im ärztlichen Dienst ist ein Qualifizierungsbedarf erkennbar: „In der Ausbildung, insbesondere auch im Medizinstudium, sollten Prozessorientierung und Wirtschaftlichkeitsdenken entwickelt werden, ein Defizit an ökonomischem Grundverständnis wird systematisch erzeugt, Nachholbedarf jedoch nicht mehr systematisch bereinigt“, gibt Holger Stürmann zu bedenken. Neben der Weiterentwicklung der Kompetenzen des ärztlichen und nichtärztlichen Personals kommt den Aspekten Führung und Zusammenarbeit eine bisher vielleicht unterschätzte Bedeutung für die Wertschöpfung zu: „Im Mittelpunkt des OP-Managements sollten „(...) nicht die OP-Berichte stehen, sondern ein eingespieltes, interdisziplinäres Team, das für gut laufende Prozesse und ein Klima der Zusammenarbeit im OP sorgt“, erklärt Judith Holtmann.

Literatur

- 1 Ulrich P, Fluri E. Management 1995. Zitiert nach Wacker F. Grundlagen der Erlösverteilung im Krankenhaus. In: Zapp W, Terbeck J, Hrsg. Kosten- versus Erlösverteilung im DRG-System. Wiesbaden: Springer Gabler; 2014: 7
- 2 Vgl. Tsekos E. OP-Kennzahlen aus Sicht der Anästhesie. In: Busse T et al. a.a.O., S. 19 ff
- 3 Ein Teamleiter OP-Pflege zitiert Prof. Thomas Busse, FH Frankfurt: „Unterm Strich erzieht Geld Erwachsene.“ Andreas Straub, Teamleiter eines Schwerpunktkrankenhauses in Frankfurt
- 4 Zum selben Ergebnis im Hinblick allein auf die Rechnungslegungsverfahren kommen auch Craselt N et al. Stand der Kosten- und Erlösverteilung in deutschen Krankenhäusern. In: Zapp W, Terbeck J, Hrsg. a.a.O. S. 37
- 5 business-wissen.de. Profit-Center. Im Internet: <http://www.business-wissen.de/hb/funktion-und-aufgaben-von-profit-centern/>; Stand: 4.2.2016. Die betriebswirtschaftlichen Zusammenhänge der Kostenrechnung und Internen Leistungsverrechnung (ILV) werden grob vereinfacht dargestellt. Ihre nähere Erörterung ist nicht Gegenstand dieser Betrachtung. Bei Interesse kann die Thematik vertieft werden bei Zapp W, Terbeck J, Hrsg. Kosten- versus Erlösverteilung im DRG-System. Wiesbaden: Springer Gabler; 2014; Hesse S et al. Benchmarking im Krankenhaus. Wiesbaden: Springer; 2013

Autoren

Harri Fechtner

Diplom-Kaufmann; Geschäftsführender Gesellschafter des Instituts für Management und Organisation (IMO) GmbH, Bochum; Lehrbeauftragter in Management-Studiengängen
E-Mail: harri.fechtner@imo-bochum.de

Professor Dr. med. Ulrich Finke

MBA, e. m. Leiter der Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie Sankt Katharinen Krankenhaus Frankfurt, Delegierter der Landesärztekammer Hessen, Leiter des Arbeitskreises „Medizin und Ethik“ des Bistums Limburg
E-Mail: ulrichfinke@t-online.de

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0042-102819
Im OP 2016; 6: 102–106
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 1611-7905



Fazit

Dieser kleine Einblick in die Krankenhauslandschaft hat deutlich gemacht, dass Krankenhäuser in Deutschland von den Möglichkeiten einer Aufstellung als Profit-Center weit entfernt sind⁴, sich zum Teil aber auch bewusst anders organisieren, je nach Komplexität der OP-Organisation und der Krankenhausstruktur insgesamt. Als komplexitätsgestaltende Einflüsse sind insbesondere zu betrachten: Leistungsspektrum (Anzahl und Verschiedenartigkeit der Eingriffe), Versorgungsstufe, Ausgestaltung der baulichen und technischen Infrastruktur, Abrechnungsstrukturen und Finanzierungsmöglichkeiten.