

Anlage 1

52025

Prüfung der Organisations- und Gesellschaftsstruktur der Gesundheit Nord gGmbH

Analyse bisheriger Entscheidungsprozesse

1.	Steuerung von Arbeitsabläufen	2
2.	Prozess- und Qualitätsmanagement	5
3.	Personalmanagement	7
4.	Ausrichtung medizinischer Leistungsangebote	10
5.	Finanzmanagement.....	11
6.	Kosten der Holdingstruktur	12

Die Verlagerung von Tätigkeiten in zentrale Servicebereiche und damit die Verlagerung von Entscheidungskompetenzen aus den Krankenhäusern auf die Geschäftsführung der GeNo hat Auswirkungen auf alle Ebenen des Klinikverbunds. Das betrifft sowohl Arbeitsprozesse und Personalmanagement, aber auch Tätigkeiten zur wirtschaftlichen Steuerung (Controlling) und medizinischen Ausrichtung der Krankenhäuser (Unternehmensentwicklung). Das Gesundheitsressort hat exemplarisch Aufgabenbereiche an Schnittstellen zwischen GeNo und Krankenhäusern daraufhin analysiert, ob die dort in Entscheidungsprozessen und bei der Umsetzung von Maßnahmen auftretenden Probleme in der derzeitigen Organisationsstruktur der GeNo begründet sind.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass problematisch verlaufende Entscheidungs- und Arbeitsprozesse in Organisationen verschiedene Ursachen haben können. Das können sowohl individuelles Fehlverhalten als auch Managementfehler sein, die unabhängig von Strukturen in jeder Organisationsform auftreten können, oder nicht geeignete Organisationsstrukturen. Diese Ursachen können sich zudem überlagern. Daher ist die Analyse unter der Prämisse durchgeführt worden, die agierenden Per-

sonen verhielten sich in ihren Rollen konform in Bezug auf ihre Aufgabenstellungen und Verantwortlichkeiten, also in der „Logik“ ihrer Organisations- und Gesellschaftsstruktur und ihres Auftrags.

Im Folgenden werden die Aufgabenbereiche (1) Steuerung der Arbeitsabläufe, (2) Prozess- und Qualitätsmanagement, (3) Personalmanagement, (4) Ausrichtung medizinischer Leistungsangebote, (5) Finanzmanagement sowie (6) Kosten der Holdingstruktur analysiert. Dabei werden wichtige, aber auch weniger bedeutsam erscheinende Beispiele aufgegriffen, um auf verschiedenen Ebenen der Frage nachgehen zu können, ob feststellbare Mängel auf Strukturproblemen gründen, die viele Entscheidungs- und Arbeitsprozesse an den Schnittstellen zwischen GeNo und Krankenhäusern beeinträchtigen.

1. Steuerung von Arbeitsabläufen

Krankenhäuser sind Organisationen mit hochgradig arbeitsteiligen Prozessen. Die konkrete Abfolge der Arbeitsschritte in den Krankenhäusern hat sich durch die Zentralisierung von Tätigkeiten in Servicebereichen der GeNo nicht wesentlich geändert. Aber die dort tätigen Personen und Berufsgruppen gehören seitdem verschiedenen Gesellschaften an. Der ärztliche und pflegerische Dienst sind nach wie vor dem jeweiligen Krankenhaus, die Beschäftigten der Servicebereiche dagegen der Geschäftsführung der GeNo unterstellt. Mit der Zentralisierung der patientenfernen Leistungsbereiche haben sich Schnittstellen im Arbeitsprozess, die vormals innerhalb einer Organisation geregelt werden konnten, zu Schnittstellen zwischen Beschäftigten verschiedener Gesellschaften gewandelt.

Kodierung und Abrechnung

Kodierung und Abrechnung ist ein Beispiel von Belang, weil hier Verwaltungstätigkeiten sowie tagtägliches ärztliches und pflegerisches Handeln miteinander verwoben sind. Die Dokumentation von Erkrankungen, Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen im Verlauf der Patientenbehandlung bildet die Grundlage für Erlösgenerierung im Krankenhaus. Das ärztliche und pflegerische Personal dokumentiert den Behandlungsverlauf. Auf Grundlage dieser Dokumentation und in enger Zusammenarbeit mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst leiten Beschäftigte des Servicebereichs „Medizincontrolling und Patientenmanagement“ daraus einzelfallbezogen Diagnosen und Prozeduren entsprechend den Kodierrichtlinien ab. Die Kodierung von Erkrankungen und Begleiterkrankungen eines Patienten stellt im Abrechnungssystem nach DRG (Diagnosis-Related-Groups) die Grundlage für eine abzurechnende Fallpauschale dar.

Die GeNo hat die Kodierung medizinischer Leistungen und den Abrechnungsprozess in einem Servicebereich zentralisiert. Der Effizienzgewinn besteht darin, dass Leistungsstruktur, Fachwissen für Patientenabrechnung sowie Konzeptentwicklung für den Arbeitsprozess nur einmal in einer Organisationseinheit vorhanden sein müssen, aber allen vier Krankenhäusern zur Verfügung stehen. In den Prozess der Kodierung abrechnungsrelevanter Daten ist gleichzeitig das ärztliche und pflegerische Personal in den Krankenhäusern eingebunden. Sie haben neben der medizinischen Dokumentation der Patientenbehandlung die Aufgabe, in jedem Fall die vom Servicebereich erstellten Kodierungen freizugeben und zur Klärung von strittigen Behandlungsfällen beizutragen.

Hier treffen, nicht ungewöhnlich für Arbeitsabläufe im Krankenhaus, berufsgruppenspezifisch unterschiedliche Prioritätensetzungen zwischen patientenbezogenen Aufgaben und Verwaltungstätigkeiten aufeinander. In der täglichen Arbeit kommt es daher zu Unstimmigkeiten. Aus Sicht der Beschäftigten des Servicebereichs ist z.B. die medizinische Dokumentation zu wenig ausführlich. Probleme gibt es auch immer wieder mit dem Zeitpunkt, wann und wie diese Dokumentation der Abrechnung zur Verfügung steht. Nach Auffassung des medizinischen Personals überlässt ihnen der Servicebereich immer noch zu viele Verwaltungsaufgaben. Sie sind z.B. nicht damit einverstanden, wie Beschäftigte des Servicebereichs Rückfragen an das medizinische Personal handhaben.

Viele der dabei auftretenden Probleme werden durch individuelle Verhaltensweisen ausgelöst. Aber losgelöst von allzu menschlichem Verhalten und ggf. Managementfehlern vor Ort bleibt als Kern der ständigen Auseinandersetzung: Der ärztliche und pflegerische Dienst in den Krankenhäusern sieht vor allem die Optimierung der Behandlung und die Minimierung administrativer Aufgaben; die Beschäftigten des Servicebereichs erwarten dagegen eine maximale Zuarbeit des ärztlichen und pflegerischen Personals, um die Erlösgenerierung bei minimalem eigenem Aufwand zu optimieren. Misslingt im Konfliktfall auf Arbeitsebene eine Abstimmung zwischen dem medizinischen Personal einer Fachabteilung und dem Servicebereich, sind die Leitungen der jeweiligen Bereiche gefordert, den Konflikt zu lösen. Weil es sich dabei immer um einen Konflikt zwischen zwei Gesellschaften handelt, stehen sich die Geschäftsführungen zweier Gesellschaften gegenüber. So gelangen auch alltägliche Probleme zwangsläufig bis auf die oberste Leitungsebene und müssen dort geklärt werden. Für den Servicebereich ist das die Geschäftsführung der GeNo, für den medizinischen Bereich die Geschäftsführung eines der Krankenhäuser. Jede Geschäftsführung ist der eigenen Gesellschaft verpflichtet und gehalten, den eigenen Bereich zu optimieren. Jede der Geschäftsführungen verhält sich in dem Klärungsprozess rational im Sinne ihres Auftrags, wenn sie bestrebt ist, den Aufwand für ihre Gesell-

schaft möglichst gering zu halten. Die sich aus der organschaftlichen Stellung ergebende Verpflichtung der jeweiligen Geschäftsführung für ihre Gesellschaft steht als Interessenkollision einer Lösung im Gesamtinteresse des Klinikverbunds im Wege.

Sollte aus der Lösung eines Einzelkonflikts ein Vorschlag zur Modifikation der Arbeitsprozesse für die Kodierung und Abrechnung entspringen, behindert ebenfalls die Interessenkollision zwischen den Geschäftsführungen zweier Gesellschaften den Entscheidungs- und Umsetzungsprozess. Die neue Regelung muss aufwendig in fünf Gesellschaften – GeNo und vier Krankenhäuser – beschlossen und umgesetzt werden. Auch dabei ist jede Gesellschaft wiederum bemüht, ihren Aufwand möglichst gering zu halten.

Strukturell bedingte unterschiedliche Interessenlagen führen so zu Verzögerungen im Entscheidungsprozess. Das wiederum verstärkt Resignation bei den Beschäftigten und löst Blockaden in der Umsetzung aus, die nur sehr schwer aufgelöst werden können. Das führt dazu, dass bestehende Ansprüche für erbrachte Leistungen bei den Kostenträgern nicht zeitnah abgerechnet werden können. Dadurch wird die Liquidität der GeNo geschwächt.

Bettenaufbereitung

Eine Vielzahl der Arbeitsprozesse in den Krankenhäusern der GeNo, bei denen zentrale Servicebereiche in die Arbeitsabläufe eingebunden sind, „leiden“ mehr oder weniger an Problemen nach dem Muster, wie sie hier für die Kodierung und Abrechnung von Behandlungsfällen beschrieben sind. Ein weiteres Beispiel dafür ist die Bettenaufbereitung. Darüber hinaus steht die Bettenaufbereitung stellvertretend für viele Tätigkeiten im Krankenhaus, die zeitkritisch erbracht werden müssen, um Patientinnen und Patienten überhaupt und in der gebotenen Qualität versorgen zu können. Konflikte im Ablaufprozess der Bettenaufbereitung müssen umgehend gelöst werden, weil sonst das Krankenhaus ggf. keine weiteren Patientinnen und Patienten aufnehmen kann.

Betten werden vor Ort in den Krankenhäusern der GeNo vom Servicebereich „Wirtschaftsbetriebe“ aufbereitet. Benötigt ein Krankenhaus an einem Tag zusätzliche Betten, weil die zu erwartende Zahl der Aufnahmen überschritten werden könnte, hat das Auswirkungen auf die Arbeitsabläufe des Servicebereichs. Je nach Zahl der verfügbaren Betten muss der Servicebereich ggf. zusätzliche Arbeitsstunden erbringen und mehr Betten aufbereiten, als vertraglich vereinbart worden sind. Lässt sich der Konflikt nicht unmittelbar vor Ort klären, bleibt den bettenführenden Fachabteilungen des Krankenhauses nur der Weg über ihre Geschäftsführung. Diese muss sich, weil sie keine Weisungsbefugnis gegenüber dem Servicebereich hat, an die zentrale Ser-

vizebereichsleitung und in Einzelfällen sogar bis an die Geschäftsführung der GeNo wenden, um zu versuchen, die Situation zu klären.

Für einen nicht unmittelbar zeitkritischen Arbeitsprozess wie bei der Kodierung und Abrechnung kann die Klärung auf Geschäftsführungsebene ein zwar mühsamer und damit ineffizienter, aber von der Sache her gangbarer Weg sein. Bei allen Tätigkeiten von Servicebereichen, die sich wie die Bettenaufbereitung zeitkritisch auf die Patientenbehandlung auswirken, entsteht dagegen ein Konflikt in einer „Grauzone“, der zudem noch unmittelbar gelöst werden muss. Eine Grauzone entsteht deshalb, weil nicht jede Situation im Arbeitsprozess planbar ist und im Vorhinein als Leistung vereinbart werden kann. In einer akuten Situation muss es Raum für flexible, individuelle Entscheidungskompetenzen vor Ort geben. Die Geschäftsführung des Krankenhauses trägt zwar die Verantwortung für die Patientenaufnahme und ist in jedem Fall und jeder Situation verantwortlich, verfügt aber in der konkreten Situation nicht über die Arbeitsmittel zur Bettenaufbereitung. Entscheidungskompetenzen bestehen neben-einander in zwei Gesellschaften. Auch in diesem Beispiel hindert der Interessenkonflikt zwischen zwei Gesellschaften eine unmittelbare Konfliktlösung. Beide Seiten sind auch bei der Bettenaufbereitung gehalten, jeweils ihren Bereich zu optimieren. Konflikte in akuten, die Patientenbehandlung tangierenden Situationen führen, wenn sie sich nicht unmittelbar vor Ort klären lassen, zu einer schwer erträglichen „nervenaufreibenden“ Auseinandersetzung zwischen Beschäftigten und werden vielfach auch so wahrgenommen, obwohl es sich im Grunde um wirtschaftlich begründete Interessengegensätze zweier Gesellschaften handelt.

2. Prozess- und Qualitätsmanagement

Die GeNo kann Effizienzgewinne durch Zentralisierung nur heben, wenn es ihr auch gelingt, Tätigkeiten krankenhausübergreifend zu vereinheitlichen. Soll der Ablauf für einen krankenhausübergreifenden Aufgabenbereich neu geregelt werden, z.B. bei der Kodierung und Abrechnung, oder werden hygienische Anforderungen z.B. für die Bettenaufbereitung geändert, müssen Prozesse neu definiert werden. Das kann mit Verlagerungen von Teilprozessen und Verschiebungen von Verantwortlichkeiten zwischen den Gesellschaften verbunden sein. Die GeNo muss solche Prozesse jedes Mal mit vier eigenständigen Krankenhäusern zeitaufwendig entwickeln. Anschließend müssen neue oder geänderte Dienstanweisungen von der Geschäftsführung und dem Betriebsrat der GeNo sowie von vier Geschäftsführungen und Betriebsräten der Krankenhäuser beschlossen werden, bevor eine solche Lösung bundweit einheitlich umgesetzt werden kann.

Arztbriefschreibung

Nicht in jedem Fall ist sichergestellt, dass die auf einem langwierigen Weg krankenhausübergreifend eingeführten Regelungen auch umgesetzt werden oder Bestand haben. Nachdem z.B. in allen vier Krankenhäusern beschlossen worden war, die Arztbriefschreibung einheitlich in das Krankenhausinformationssystem (SAP) einzubinden, hat die Geschäftsführung eines der vier Krankenhäuser den Beschluss für sich wieder aufgehoben und ein anderes Vorgehen beschlossen, weil dem ärztlichen Dienst in ihrem Krankenhaus die Arztbriefe in der verbundweit entwickelten Form nicht zusagten. Eine erneute, sechsmonatige Diskussion und weitere Anpassungen haben schließlich zu einer Einigung und zu einer verbundweiten Umsetzung geführt.

An diesem Beispiel lässt auch sich der begrenzte Einfluss der Geschäftsführung der GeNo auf die Entscheidungen in den Krankenhäusern zeigen, obwohl jeweils eine der beiden Personen in der Geschäftsführung der GeNo auch der Geschäftsführung eines Krankenhauses angehört. Die Geschäftsführung der GeNo hat über diesen Weg lediglich ein Vetorecht in Geschäftsführungssitzungen der Krankenhäuser; damit kann sie Entscheidungen aussetzen, aber nicht im Verbundinteresse aktiv herbeiführen.

Patientensicherheitsarmbänder

Patientensicherheitsarmbänder sind ein Baustein im Sicherheitssystem für Patientinnen und Patienten, um in kritischen Situationen eine eindeutige Identifizierung zu ermöglichen. Nach mehreren Monaten hatten sich alle vier Krankenhäuser auf ein Konzept verständigt. Bei der Umsetzung in den Krankenhäusern wurde dort aber erneut diskutiert, ob die Information aus dem Krankenhausinformationssystem (SAP) auf ein Etikett, das auf ein Patientensicherheitsarmband geklebt wird, oder direkt auf ein Armband gedruckt werden soll. Die beiden Verfahren unterscheiden sich in ihren Kosten. Aber anstatt den Konflikt zu lösen, hat die Geschäftsführung der GeNo in Abwägung der Situation entschieden, beide Verfahren zuzulassen, weil die Kostendifferenz zwischen beiden Verfahren letztlich gering ist im Vergleich zum Aufwand für die bereits stattgefundenen und noch zu erwartenden Diskussionen. Die Einführung von Patientensicherheitsarmbändern mag ein allzu banales Beispiel sein. Es steht aber für eine Vielzahl von Versuchen, auch Abläufe von geringerer finanzieller Bedeutung zu optimieren. Viele dieser Versuche verlaufen nach erheblichem Aufwand „im Sande“, und es bleibt nicht mehr zurück, als der Personal- und Sachaufwand für einen Prozess, der zu keinem Ergebnis geführt werden konnte. Neben dem Verzicht auf erhebliche Effizienzgewinne, die durch die Summe vieler kleinerer Prozessoptimierungen zusammengetragen werden könnten, ist eine schwerwiegende

Folge solcher vergeblichen Versuche, dass sie dazu führen, erst gar keine Anläufe mehr in Richtung einer Optimierung und Standardisierung von Arbeitsabläufen unternehmen zu wollen.

Befragungen, Datenerhebungen und Zertifizierungen

Grundsatzentscheidungen im Qualitätsmanagement, z.B. Befragungen, Datenerhebungen und Zertifizierungen, werden von der GeNo getroffen und sollen vom Servicebereich „Prozess- und Qualitätsmanagement“ umgesetzt werden. Ziel ist es, krankenhausübergreifend einheitliche Standards zu etablieren. Die daraus resultierenden Konzepte und Maßnahmen müssen anschließend mit den vier Geschäftsführungen und Betriebsräten der Krankenhäuser beraten werden. Diese Umsetzungsverfahren sind sehr zeitaufwendig, weil jeder Änderungswunsch einer Geschäftsführung erneut mit allen Geschäftsführungen und Betriebsräten verabredet werden muss.

Die GeNo hatte sich bereits 2012 einvernehmlich mit allen vier Krankenhäusern auf ein Verfahren für interne Audits geeinigt. Interne Audits dienen dazu, den Ist-Zustand einer Organisation zu analysieren und Verbesserungsbedarf aufzuspüren. Es ist ein Instrument, um festzustellen, ob gesetzte Ziele erreicht werden, ob z.B. die Vorgaben für Prozessabläufe umgesetzt und eingehalten werden. Bei der Umsetzung zeigte sich, dass Geschäftsführungen einzelner Krankenhäuser den Sinn von Audits erneut generell in Zweifel gezogen und bei Verweis auf ihre zuvor erfolgte Zustimmung mit der Begründung eines Personalmangels Termine nicht wahrgenommen haben.

Bei den hier aufgeführten Aktivitäten im Zusammenhang mit Prozess- und Qualitätsmanagement handelt es sich wieder um einen Interessenkonflikt zwischen eigenständigen Gesellschaften. Es geht insbesondere um die Frage, wer wofür die Arbeitszeit seiner Beschäftigten verwendet und wessen Budget durch diese Aufgaben belastet wird. Diese Hürde in der Entscheidungsfindung und Umsetzung zu überwinden, kostet viel Zeit und somit Aufwand. Oft behalten dabei die Interessen der einzelnen Krankenhäuser gegenüber einem abgestimmten, gemeinsamen Vorgehen im Verbundinteresse die Oberhand.

3. Personalmanagement

Das Personalmanagement ist von herausgehobener Bedeutung, weil einerseits die Beschäftigten die wichtigste Ressource und andererseits Personalkosten der größte Aufwandsposten für ein Krankenhaus sind. Deshalb sind alle Anstrengungen, einen leistungsstarken und wirtschaftlichen Krankenhausbetrieb als Sanierungsziel zu erreichen, vor allem mit Personalmaßnahmen verbunden.

Personalbinnenmarkt

Die GeNo hat im November 2008 einen Tarifvertrag zum Personalbinnenmarkt abgeschlossen. Dieser sollte als gemeinsame Anstrengung der Arbeitgeberseite und der Arbeitnehmervertretung zu einem bedarfsgerechten und flexiblen Einsatz der Beschäftigten der vier eigenständigen Krankenhäuser innerhalb des gesamten Klinikverbunds beitragen. Die Erwartungen an dieses Instrument haben sich jedoch nicht erfüllt. Personalaustausch zwischen den Krankenhäusern der GeNo hat nicht im erwarteten Umfang stattgefunden.

Unterhalb der Ebene eines dauerhaften Arbeitsplatzwechsels zwischen Krankenhäusern gestalten sich in der GeNo auch befristete Personalüberlassungen zwischen Krankenhäusern schwierig. Gründe für einen zeitweisen oder punktuellen Einsatz an einem anderen Arbeitsplatz der GeNo sind z.B. ein vorübergehender Personalengpass, ein kurzfristiger Ersatz einer fachlichen Expertise in einer anderen Abteilung, ein Konsil- oder Hintergrunddienst durch fachärztliches Personal einer Fachrichtung, die in einem Krankenhaus der GeNo nicht ausreichend vertreten ist oder nur selten benötigt werden.

Befristete wie punktuelle Personalüberlassungen in der GeNo müssen arbeitsvertraglich geregelt und verrechnet werden, weil es sich dabei um einen Arbeitgeberwechsel und einen Leistungsaustausch zwischen zwei eigenständigen Krankenhäusern handelt. Insbesondere in der derzeitigen angespannten wirtschaftlichen Situation der GeNo ringen Geschäftsführungen der Krankenhäuser, die für das wirtschaftliche Wohl ihrer Gesellschaft verantwortlich sind, auch um kleinere Summen. Damit befinden sich die Geschäftsführungen in einem Interessenkonflikt. Sie sind zunächst ihrem Krankenhaus gegenüber verpflichtet und nur nachgeordnet dem Klinikverbund. Dieser Interessenkonflikt besteht auch für Betriebsräte, die ebenfalls vordringlich für die Beschäftigten ihres Krankenhauses und nur sehr bedingt für die Beschäftigten der anderen Krankenhäuser oder des Klinikverbunds eintreten müssen.

Interessenkonflikte auf Geschäftsführungs- und Betriebsratsebene machen es sehr schwer, zu flexibleren verbundweit geltenden Regelungen zu kommen. Die GeNo kann auf Änderungen innerhalb des medizinischen Leistungsspektrums, sei es durch Verschiebung der Patientenströme oder aufgrund eigener Entscheidungen, aufwandsseitig nur sehr schwerfällig reagieren. Sie kann Personalmangel in einem Krankenhaus kaum durch Überhänge in einem anderen Krankenhaus ausgleichen, sondern ist vor allem auf Fremdpersonal angewiesen, um personelle Engpässe zu überbrücken. Das wiederum erhöht den Anteil an medizinischen Dienstleistungen beim Sachaufwand und das Ergebnisdefizit an einzelnen Standorten.

Auswahl von Leitungen medizinischer Fachabteilungen

Die Auswahl von ärztlichen und pflegerischen Leitungen medizinischer Fachabteilungen liegt gemäß Gesellschaftsvertrag (§ 7 IX Nr. 8) jeweils in der Hand der Krankenhäuser der GeNo. Somit bestimmt das einzelne Krankenhaus aus seiner Sicht und Interessenlage mit der Auswahl der Leitungsperson auch zukünftige Schwerpunkte im Leistungsspektrum. Es legt damit ohne Beteiligung der Geschäftsführung der GeNo auch das Leistungsspektrum im Klinikverbund fest. Die Schwerpunktsetzung eines Krankenhauses muss aber nicht unbedingt mit dem Verbundinteresse übereinstimmen und kann so auch der Ausrichtung medizinischer Leistungsangebote des Klinikverbunds, wie sie im Zukunftsplan 2017 beschrieben sind, entgegenstehen.

Die Geschäftsführung der GeNo legt zwar die strategische Ausrichtung für die Krankenhäuser im Klinikverbund fest, kann aber die Auswahl von Leitungen medizinischer Bereiche nicht aktiv beeinflussen. Sie verfügt, wie bei allen Entscheidungen der Geschäftsführungen der Krankenhäuser lediglich über ein Vetorecht. Das ist insofern von großer Bedeutung, als sich in der Regel erst mit der Personalauswahl entscheidet, welcher Schwerpunkt damit innerhalb einer medizinischen Fachrichtung gesetzt wird. In der derzeitigen Organisationsstruktur der GeNo kann das Interesse des Klinikverbunds, das medizinische Leistungsspektrum nach übergreifenden Gesichtspunkten auszurichten, nicht direkt gegen die Interessen und Vorgehensweise eines einzelnen Krankenhauses durchgesetzt werden. Eine Folge könnte sein, dass Änderungen im medizinischen Leistungsspektrum, die lt. Zukunftsplan 2017 vorgesehen sind, nicht erfolgreich umgesetzt werden können.

Personalgewinnung

Fachkräftemangel im ärztlichen, therapeutischen und auch pflegerischen Bereich hat dazu geführt, dass Personalgewinnung zu einer wichtigen Aufgabe für Krankenhäuser geworden ist. Inwieweit es gelingt, qualifiziertes Personal für ein Krankenhaus zu gewinnen und zu binden, entscheidet in hohem Maße über den wirtschaftlichen Erfolg eines Hauses. Prognosen wissenschaftlicher Institute, die sich mit der wirtschaftlichen Entwicklung von Krankenhäusern befassen, gehen sogar davon aus, dass die Personalgewinnung zur entscheidenden Frage für die wirtschaftliche Zukunftsfähigkeit eines Krankenhauses wird.

Einzelne Krankenhäuser der GeNo haben bereits jetzt Probleme, ihre Stellen im ärztlichen und pflegerischen Bereich adäquat zu besetzen. Insbesondere für Fachabteilungen mit weniger umfangreichem medizinischem Leistungsspektrum ist es sehr schwer, ärztliches Personal zu finden. Eine Abteilung kann zwar über eine Weiterbil-

dungsberechtigung verfügen, aber für angehende Ärztinnen und Ärzte ist die Weiterbildung zum Facharzt dort nicht attraktiv genug.

Die GeNo als Klinikverbund mit vier großen Krankenhäusern hat dagegen die Chance, in nahezu allen Fachrichtungen und gleichermaßen für alle vier Krankenhäuser ein herausragendes Weiterbildungsangebot zu bieten. Dafür müsste die GeNo die medizinischen Leistungsangebote der Fachrichtungen krankenhausübergreifend bündeln. Durch systematische, verbundweite Rotation von ärztlichem, therapeutischem und auch pflegerischem Personal zwischen Fachabteilungen könnte die GeNo ein deutlich verbessertes Weiterbildungsangebot an allen vier Krankenhäusern bereithalten und würde damit über eine hervorragende Ausgangsbasis zur Personalgewinnung verfügen.

Tatsächlich finden in der Weiterbildung standortübergreifende Fachabteilungswechsel derzeit lediglich auf Absprache zwischen „befreundeten“ Fachabteilungen statt. Eine systematische Rotation zur Weiterbildung gibt es in der GeNo nicht. Ein wesentliches Hindernis besteht in dem derzeit hohen Verwaltungsaufwand, der sich nicht von dem unterscheidet, der in der GeNo für eine zeitweise oder punktuelle Personalgestellung zwischen den Krankenhäusern nötig ist. Damit ist dem Klinikverbund die Chance genommen, als großer Leistungsanbieter mit einem Versorgungsgrad, der bis zur Maximalversorgung reicht, dem „nachwachsenden“ ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Dienst in allen vier Krankenhäusern ein hoch attraktives Weiterbildungsangebot machen zu können.

4. Ausrichtung medizinischer Leistungsangebote

Als kommunaler Klinikverbund ist die GeNo verpflichtet, in Abstimmung mit der Landeskrankenhausplanung auch medizinische Leistungen von allgemeinem öffentlichem Interesse anzubieten, selbst wenn diese nicht auskömmlich durch die Kostenträger finanziert werden. Weniger einträchtige Leistungen (z.B. Schmerztherapie) müssen durch ertragreiche (z.B. Kardiologie) ausgeglichen werden. Seit Gründung des Klinikverbunds liegt die strategische Entscheidung über die Verortung medizinischer Leistungsbereiche bei der Geschäftsführung der GeNo. Sie ist dafür verantwortlich, die Verteilung der Leistungsbereiche so auf die vier Krankenhäuser auszurichten, dass damit ein positives wirtschaftliches Ergebnis für den Klinikverbund insgesamt erzielt wird. Die Geschäftsführungen der einzelnen Krankenhäuser müssen sich ihrerseits dafür einsetzen, möglichst einträchtige Leistungsbereiche zu führen und weniger ertragreiche an andere Krankenhäuser der GeNo abzustoßen, denn sie sind in ihrer organschaftlichen Stellung als Geschäftsführung einem möglichst guten wirtschaftlichen Ergebnis ihrer Gesellschaft verpflichtet. Eine unternehmensweite

Neuausrichtung medizinischer Leistungsangebote und die damit verbundenen Investitionsentscheidungen werden durch den strukturbedingten „Standortegoismus“ der Geschäftsführungen der Krankenhäuser erheblich erschwert.

Insbesondere medizinische Fachabteilungsleitungen, die bei der Entwicklung des Leistungsangebots in ihrem Fachbereich über die Grenzen des eigenen Krankenhauses hinausdenken, müssen durch ihre Geschäftsführung gebremst werden. Wenn Zielsetzungen medizinischer Abteilungsleitungen zwar den Verbundinteressen, aber nicht den wirtschaftlichen Interessen des einzelnen Krankenhauses entsprechen, müssen sie als Geschäftsführung einschreiten, weil sie für das Ergebnis ihres Krankenhauses verantwortlich sind. Ein Beispiel dafür ist die Pädiatrie im Klinikverbund. Einerseits verkörpern die pädiatrischen Fachabteilungen in der GeNo einen Fachbereich, der deutlich mehr als andere verbundweit orientiert ist und auch standortübergreifend zu handeln versucht. Auf der anderen Seite zeigt sich gerade deshalb, wie schwierig die Umsetzung von standortübergreifenden Zielen in der derzeitigen Organisationsstruktur ist. So haben in den vergangenen Jahren die Interessengegensätze zwischen zentraler Geschäftsführung der GeNo, Geschäftsführungen der einzelnen Krankenhäuser und den medizinischen Fachabteilungsleitungen vielfach bereits auf der Ebene der Konzeptentwicklung einen strukturierten Prozess für eine Neuausrichtung des medizinischen Leistungsspektrums im Klinikverbund verhindert.

Gemäß Zukunftsplan 2017 sollen die medizinischen Leistungsangebote über die strategische Ausrichtung hinaus krankenausübergreifend koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Dem stehen strukturbedingte „Standortegoismen“ der Geschäftsführungen der vier Krankenhäuser entgegen. Die ärztlichen und pflegerischen Leitungen der Fachabteilungen in den Krankenhäusern müssten in der derzeitigen Organisationsstruktur an ihrer Geschäftsführung vorbei mit der Geschäftsführung der GeNo die dafür erforderlichen Konzepte entwickeln. Der Klinikverbund verfügt in der derzeitigen Organisationsstruktur über keine krankenhausübergreifende Ebene, um die Ausrichtung medizinischer Leistungsangebote der GeNo fortzuschreiben.

5. Finanzmanagement

Abhängig davon, wie das medizinische Leistungsspektrum auf die Krankenhäuser der GeNo verteilt ist, führt das jeweilige Leistungsportfolio zu einem unterschiedlichen wirtschaftlichen Ergebnis je Krankenhaus. Solange die wirtschaftlichen Ergebnisse positiv ausfallen, besteht keine Notwendigkeit für einen Finanzausgleich zwischen den Häusern. Das stellt sich anders dar, sobald ein Krankenhaus oder mehrere Krankenhäuser der GeNo negative Ergebnisse ausweisen. Der Verlustausgleich

für ein Krankenhaus kann grundsätzlich nicht von der Geschäftsführung des Finanzmittel „abgebenden“ Krankenhauses mitgetragen werden, weil sie aufgrund ihrer organschaftlichen Stellung als Geschäftsführung der eigenen Gesellschaft verpflichtet ist. Dieser Interessenkonflikt stellt aber innerhalb des Klinikverbunds kein gravierendes Problem dar, weil Entscheidungen wie z.B. ein Verlustausgleich über Gesellschafteranweisungen¹ getroffen werden können.

Schwerwiegender für die Steuerung des Klinikverbunds wirkt sich allerdings aus, dass regelmäßige Verlustausgleiche falsche Anreize für die Geschäftsführungen der Krankenhäuser setzen. In der derzeitigen Organisationsstruktur wäre für Geschäftsführungen mehr als eine schwarze „Null“ als wirtschaftliches Ergebnis nicht interessant, weil der Zugewinn ohnehin nicht im eigenen Krankenhaus (z.B. für Investition) verbleibt. Umgekehrt wäre für Geschäftsführungen der Verlustausgleich die einzige mögliche Option, ihr Krankenhaus überhaupt wirtschaftlich führen zu können.

6. Kosten der Holdingstruktur

Die derzeitige Organisationsstruktur der GeNo führt dazu, dass Patientinnen und Patienten, wenn es der Behandlungsverlauf erfordert, zwischen den Krankenhäusern der GeNo – wie zu jedem anderen Krankenhaus – „verlegt“ werden müssen. Dadurch entstehen für eine Behandlung im Klinikverbund zwei oder mehrere abrechenbare Fälle, denn als eigenständiges Krankenhaus kann jedes Krankenhaus der GeNo einen eigenen Behandlungsfall abrechnen. Diese Verlegungen führen zu Mehrerlösen für den Klinikverbund, die ggf. nicht mehr erzielt werden könnten, sollten die Krankenhäuser ihre Eigenständigkeit verlieren. Die Geschäftsführung der GeNo hat in einer Simulation auf der Grundlage der Abrechnungsdaten für das Jahr 2011 errechnet, um wie viel die Erlöse ggf. zurückgehen würden, wenn eine Verlegung im Klinikverbund mit einem Institutskennzeichen (IK) statt mit vier nicht mehr als jeweils einzelner Fall je Krankenhaus, sondern als ein Fall des Klinikverbunds abgerechnet würde (Fallzusammenführung). Das Ergebnis zeigt, dass ggf. dadurch die Erlöse für die GeNo um rd. 100 Case-Mix-Punkte (rd. 300 T€) p.a. geringer ausfallen würden.

Die Geschäftsführung der GeNo hat 2011 gleichfalls den Mehraufwand für die derzeitige Organisationsstruktur mit vier eigenständigen Krankenhäusern gegenüber einer einzigen Gesellschaft mit vier Standorten untersucht. Der zusätzliche Aufwand entsteht vor allem durch konzerninterne Verrechnungen sowie Vertragsgestaltungen der Krankenhäuser untereinander und mit der GeNo. Weiteren Aufwand verursachen

¹ Möglichkeit der Gesellschafterin, mittels Anweisung an die Geschäftsführung des Tochterunternehmens in operative Handlungen einzutreten.

die Steuerung (z.B. Aufsichtsräte) und die Erstellung der Jahresabschlüsse für fünf Gesellschaften. Der Mehraufwand, der sich direkt beziffern lässt, beträgt demnach rd. 1 Mio. € p.a. für die GeNo als Holding mit vier eigenständigen Krankenhäusern.

Erhebliche zusätzliche Kosten, die sich nur schwer beziffern lassen, entstehen durch ständige Reibungsverluste, verursacht durch deutlich längere und kompliziertere Entscheidungswege bei fünf eigenständigen Gesellschaften.