



Steuerungsherausforderungen im Krankenhaus

Nikola Blase, Julia Oswald, Frank Wacker und Jürgen Wasem

Inhaltsverzeichnis

- 12.1 Einleitung – 218**

- 12.2 Managementaufgaben – 219**
 - 12.2.1 Patientensteuerung – 219
 - 12.2.2 Personalmanagement – 222

- 12.3 Betriebswirtschaftliche Steuerung – 223**

- 12.4 Handlungsempfehlungen für das
Krankenhausmanagement – 226**
 - 12.4.1 Managementbezogener Gesamtrahmen – 226
 - 12.4.2 Konzeptioneller Gesamtrahmen – 228
 - 12.4.3 Strukturierte Handlungsempfehlungen – 229
 - 12.4.4 Fazit – 231

- Literatur – 231**

■ Zusammenfassung

Der Beitrag analysiert den Umgang mit der Covid-19-Pandemie innerhalb der Krankenhäuser und leitet davon Handlungsempfehlungen für das Krankenhausmanagement ab. Dabei geht es sowohl um die Organisation und Ausgestaltung der Patienten- und Personalsteuerung (vorgelagerte Notaufnahmen, Aufnahmestationen, Triage, Covid-19-Testung etc.) als auch um die sich durch die Kontaktbeschränkung ergebende Herausforderung im Umgang mit Besuchern und Lieferanten. Des Weiteren wird auch die betriebswirtschaftliche Steuerung in einer – in allen Belangen – ungewohnten Situation beleuchtet.

The article analyses the handling of the Covid-19 pandemic within hospitals and derives recommendations for action for the hospital management (upstream emergency rooms, admissions, triage, Covid-19 testing, etc.) and with the challenge of dealing with visitors and suppliers resulting from contact restriction. Furthermore, the article illuminates business management in an – in all respects – unfamiliar situation.

2020 in einem Brief an die Geschäftsführer der Krankenhäuser mit der Bitte, alle planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe zu verschieben. Er appellierte zudem, die Etablierung von Intensiv- und Beatmungsmöglichkeiten zu prüfen und zusätzliches Personal zu rekrutieren. Gleichzeitig sicherte er den Klinik-Geschäftsführern einen Ausgleich der wirtschaftlichen Folgen zu, die aus den Maßnahmen resultierten (BMG 2021).

In der Folge wurde am 27. März 2020 der „1. Krankenhaus-Rettungsschirm“ – das Covid-19-Krankenhausesentlastungsgesetz – verabschiedet (BMG 2020a). Das Gesetz beinhaltete Regelungen zum finanziellen Ausgleich für leerstehende Betten sowie neu geschaffene Beatmungsplätze nebst Vorgaben zur Liquiditätssicherung und zur Kompensation der Mehrkosten für Schutzausrüstung etc. Neben den Maßnahmen zum Ausgleich wirtschaftlicher Folgen wurden erleichternde Regelungen bezüglich des Personaleinsatzes in den Krankenhäusern vereinbart. So wurden einerseits die Pflegepersonaluntergrenzen bis zum Ende des Jahres 2020 ausgesetzt (BMG 2020b). Ergänzend sollte temporär keine Prüfung der Mindestmerkmale bestimmter Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) durch den Medizinischen Dienst (MD) stattfinden (BMG 2020c). Weitreichende Erleichterungen durch die Absenkung der Prüfquote bei den Rechnungsprüfungen und die verzögerte Einführung der Strukturprüfungen durch den MD zielten auf den Bürokratieabbau in den Krankenhäusern ab (BMG 2020a).

Gestützt durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen sahen (und sehen) sich die Krankenhäuser vor der Herausforderung, ein Nebeneinander von Covid-19- und Non-Covid-Behandlungen wie der Notfallversorgung oder der Behandlung chronisch Kranker unter Vermeidung nosokomialer Infektionen sicherzustellen. Bei der Patientensteuerung spielen unter anderem räumliche sowie prozedurale Aspekte eine entscheidende Rolle. Diese implizieren Maßnahmen in Bezug auf die Personalsteuerung, um den erhöhten Personalauf-

12.1 Einleitung

Die erste SARS-CoV-2-Infektion in Deutschland wurde am 27. Januar 2020 nachgewiesen. Drei Tage später stufte die Weltgesundheitsorganisation die Situation als „gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite“ und am 11. März 2020 als Pandemie ein.

Die Eindrücke der zunächst betroffenen Nachbarländer (Italien, Spanien) vor Augen galt es, kurzfristig die Behandlungskapazitäten in den Krankenhäusern für eine nicht absehbare Zahl an Covid-19-Erkrankten zu erhöhen, um eine Überforderung des Gesundheitssystems zu verhindern (Fagioli et al. 2020). Vor diesem Hintergrund wandte sich Gesundheitsminister Jens Spahn am 13. März

wand rund um die Behandlung von SARS-CoV-2-Infizierten bewerkstelligen zu können. Dem Schutz der Mitarbeitenden kommt ergänzend eine entscheidende Rolle zuteil, da es eine weitere Verknappung der Krankenhausmitarbeitenden durch (krankheitsbedingte) Ausfälle oder infolge von Quarantänemaßnahmen zu vermeiden gilt. Des Weiteren ist die betriebswirtschaftliche Steuerung von Krankenhäusern Voraussetzung, um eine nachhaltige Existenz der Einrichtungen in Zeiten der Pandemiebewältigung und darüber hinaus abzusichern.

Um auf diese Herausforderungen adäquat zu reagieren, muss von herkömmlichen Praktiken abgewichen werden (Begun und Jiang 2020). Auf die sich gegenseitig bedingenden Managementaufgaben sowie die betriebswirtschaftliche Steuerung wird im Folgenden näher eingegangen. Daraus werden Handlungsempfehlungen für das Krankenhausmanagement abgeleitet.

12.2 Managementaufgaben

Multiprofessionelle Gremien wie die „Corona-Taskforce“ tagten zu Beginn der Pandemie täglich, um sich ein Bild über die aktuelle Lage vor Ort in den Kliniken zu verschaffen, Konzepte zu erarbeiten und Maßnahmen einzuleiten. Der Teilnehmerkreis setzte sich dabei zumindest aus dem ärztlichen Dienst (hierbei insbesondere aus den Fachbereichen Anästhesie und Notfallmedizin und Pulmonologie, Hygiene, Infektiologie und/oder Virologie), Vertretern der Pflegedienstleitung sowie der Geschäftsführung zusammen (Dommasch et al. 2020). Vorteilhaft zeigten sich bereits bestehende Vernetzungen im Kontext anderer Infektionskrankheiten (Rieg et al. 2020) und bestehende, kurzfristig (re-)aktivierbare Katastrophenpläne (Dommasch et al. 2020). Da auch das Krankenhausmanagement nicht vor dem Risiko der Exposition oder Erkrankung gefeit ist, erscheint die Etablierung einer verteilten Führung, bei der die Führungsver-

antwortung auf mehrere Personen übertragen wird, als zielführend (Bourgeault et al. 2020). In Klinikverbänden wurden die örtlichen Krisenstäbe durch standortübergreifende, zentrale Gremien ergänzt. Hier standen Strategien zur Kooperation der einzelnen Häuser im Fokus, um beispielsweise der Knappheit von Schutzausrüstung zu begegnen oder die Versorgung von Covid-19-Infizierten und Non-Covid-Patienten klinikübergreifend zu steuern. Eine frühzeitige und enge Zusammenarbeit mit weiteren Partnern außerhalb der Krankenhäuser erwies sich zudem als förderlich. Exemplarisch sind die örtlichen Gesundheitsämter, die jeweilige Stadt oder Gemeinde, benachbarte Krankenhäuser, aber auch die Niedergelassenen inklusive der Kassenärztlichen Vereinigungen und Träger von Pflegeeinrichtungen zu nennen (Rieg et al. 2020).

12.2.1 Patientensteuerung

Das Robert Koch-Institut (RKI) empfiehlt eine strikte organisatorische Trennung von SARS-CoV-2-Infizierten und anderen Patientinnen und Patienten im Krankenhaus (RKI 2021a), um eine Transmission zu vermeiden. Mit dem Ziel, die Separierung bereits in den Notaufnahmen praktizieren zu können, haben einige Krankenhäuser mit vorgelagerten Notaufnahmen, Covid-19-Screening- oder Triagezentren reagiert (Banysch et al. 2020; Hoffmann et al. 2020). Die zumeist kurzfristig etablierten Anlaufstellen haben anhand von Triagealgorithmen eine erste Einschätzung des patientenindividuellen SARS-CoV-2-Risikos vorgenommen. Im Fokus des Interesses standen neben klinischen Symptomen wie Husten, Geschmacksverlust oder Fieber anamnestische Angaben beispielsweise zu einem möglichen Kontakt mit infizierten Mitmenschen oder (insbesondere zu Beginn der Pandemie) vorangegangenen Reisen. Die Checklisten mussten insbesondere am Anfang der Pandemie hochfrequent entsprechend den neuen Erkenntnissen angepasst werden (Hoffmann et al. 2020).

Ergänzend wurde zum Teil bereits in den Triagezentren die Temperatur gemessen sowie auf SARS-CoV-2 getestet. Idealerweise wurden diese Covid-19-Scening-Stellen durch Mitarbeitende des öffentlichen Gesundheitsdienstes unterstützt, was sich als hilfreich bei der Kontaktverfolgung herausstellte (Augustin et al. 2020).

Den (vorgelagerten) Notaufnahmen kamen hierbei als „Gatekeeper“ besondere Funktionen zu. Im Vordergrund standen entgegen der primären Befürchtung nicht die Identifikation und Versorgung von Covid-19-Fällen, sondern vielmehr die aufwendige SARS-CoV-2-Ausschlussdiagnostik, um ein nosokomiales Ausbruchsgeschehen zu vermeiden und damit die Sicherheit der Patienten sowie der Mitarbeitenden zu gewährleisten. Mit Hilfe von Verfahrensanweisungen oder Standard Operating Procedures (SOPs) waren dabei die einzuleitenden diagnostischen Schritte sowie das weitere Vorgehen zur Allokation und Verlegung von Verdachtsfällen zumeist standardisiert (Finke et al. 2020).

Kern der (Ausschluss-) Diagnostik stellte die SARS-CoV-2-Testung dar. Die Teststrategie zum Nachweis einer Infektion bedurfte im Verlauf der Pandemie regelmäßiger Anpassungen. Die vom RKI veröffentlichten Ablaufdiagramme zur besseren Orientierung boten den Kliniken eine Grundlage bei der Entwicklung eigener Strategien. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass die Testkriterien sowie die Definition von Hochrisikogebieten der hochdynamischen Epidemie aufgrund von Meldeverzögerungen, notwendigen Validierungsschritten und weitreichenden Implikationen hinterherhinkten (Augustin et al. 2020). Zudem reichten zu Beginn der Pandemie vielerorts die Testkapazitäten nicht aus, sodass anhand entsprechender klinischer und epidemiologischer Kriterien eine Allokation vorgenommen werden musste (Hoffmann et al. 2020). Eine zusätzliche Schwierigkeit stellte der sehr zeitintensive Polymerase-Chain-Reaction-(PCR-)Test dar, der teilweise eine Priorisierung der Proben nach sich zog (Rieg et al. 2020). Mit Erweiterung der Verfüg-

barkeit und Einführung eines Zusatzentgelts für die SARS-CoV-2-Testung (BMG 2020d) konnte die Indikation zum PCR-Test vielerorts weiter gefasst werden, sodass zum Teil alle stationär aufgenommenen Patienten einer SARS-CoV-2-Testung zugeführt wurden. Mit Zulassung der Antigen-Schnelltests ließ sich das Verfahren relevant beschleunigen, allerdings auf Kosten der Sensitivität (Schlenger 2020). Unter Abwägung dieser limitierenden Aspekte fanden die Antigen-Schnelltests in vielen Kliniken Einzug in die Teststrategien. Da es sich bei der Testung um eine Momentaufnahme handelt und sich der Status während des stationären Aufenthalts ändern kann, wurde eine Re-Evaluation und ggf. erneute Testung im Verlauf der stationären Behandlung zumeist mitbedacht.

Bei festgestellter Notwendigkeit für eine stationäre Behandlung erfolgte aus der Notaufnahme die Aufnahme auf die Stationen. Die Empfehlung des RKI sah hierbei „nach Möglichkeit räumlich und personell voneinander getrennte Bereiche“ vor: einen Covid-Bereich, einen Bereich für Covid-Verdachtsfälle und einen Nicht-Covid-Bereich (RKI 2021a). Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurden in den Kliniken die Bettenverteilung umorganisiert, Stationen leergezogen, ggf. baulich und apparativ an die neuen Anforderungen angepasst und zu Quarantäne- oder Covid-Infektionsstationen umfunktioniert. Bereits bestehende Spezialstationen wie Chest Pain Units oder Intermediate-Care-(IMC-)Stationen mit Überwachungsplätzen konnten, um Beatmungsgeräte ergänzt, zu Covid-Intensivstationen umgewandelt werden (Settelmeier et al. 2020; Rieg et al. 2020).

Die Quarantäne- oder Aufnahmestationen erfüllten hierbei den Zweck, stationär aufgenommene Patienten bis zum Ausschluss einer SARS-CoV-2-Infektion zu isolieren. Dies konnte zum Teil einige Stunden bis zu Tagen in Anspruch nehmen (Dommasch et al. 2020). Wurde eine Infektion ausgeschlossen, erfolgte die Weiterverlegung auf die Normalstationen; bestätigte sich hingegen der Verdacht, wurde in den Covid-Bereich verlegt. Dieses Prozedere

re setzte jedoch entsprechende räumliche wie personelle Kapazitäten voraus. Um die Anzahl der Fälle auf den Quarantänestationen zu reduzieren, haben die Kliniken teilweise mit gestuften Quarantäne-Regelungen reagiert: Ergab das Covid-19-Screening ein nur geringes Risiko, erfolgte vielerorts bis zum Eintreffen des negativen Testergebnisses eine Isolation auf den regulären Bettenstationen. In einigen Kliniken wurde hingegen bei Vorliegen lediglich „weicher“ Verdachtsfaktoren auf eine Isolation gänzlich verzichtet und die Patienten wurden direkte Verlegung auf die Normalstationen aufgenommen (Finke et al. 2020).

Bei der Umsetzung von (zentralen) Covid-Stationen besteht die Herausforderung, den verschiedenen Krankheitsbildern – Covid-19, aber auch anderen Grunderkrankung bei begleitender SARS-CoV-2-Infektion – medizinisch gerecht zu werden. Darauf wurde mit interdisziplinären und -professionellen Behandlungsteams zumeist unter Leitung internistischer Fachärzte reagiert, was jedoch einerseits einen höheren personellen Aufwand darstellte und andererseits klarer Zuständigkeitsabsprachen bedurfte. Um eine einheitliche Behandlung auf den Stationen sicherzustellen, wurden infolgedessen zumeist fach- und berufsgruppenübergreifende SOPs etabliert (Rieg et al. 2020). Aufgrund personeller und räumlicher Restriktionen bestand eine weitere praktizierte Option in der dezentralen Unterbringung SARS-CoV-2-Infizierter in Isolierzimmern auf den jeweiligen Stationen.

Bei der operativen Versorgung von SARS-CoV-2-Infizierten sind zudem die Abläufe im Operationsbereich zu berücksichtigen. Hier sind insbesondere die Schleusung, Narkoseein- und -ausleitung sowie die postoperative Überwachung zu bedenken (Mahlke et al. 2020). Auch die Wegeführung war anzupassen. Um den Zugang zum Klinikum steuern zu können, wurden vielerorts die Eingänge reduziert und es wurde ein ausgewiesener Zutritt zum Krankenhaus für SARS-CoV-2-Infizierte bzw. -Verdachtsfälle eingerichtet. Häufig wurde in diesem Zusammenhang die

Unterstützung durch externe Sicherheitsdienste gesucht (Banysch et al. 2020). Die innerklinische Wegeführung für die Non-Covid-Fälle wurde nach Möglichkeit nicht verändert. Ergänzend wurden alternative (Transport-)Wege für Covid-19-Patienten etabliert.

Die für die Patienten wohl gravierendste Maßnahme zur Vermeidung einer Transmission im Krankenhaus bestand im Besuchsverbot. Dazu wurden von den Landesregierungen im März 2020 Vorgaben getroffen, die zumeist eine strikte Reglementierung von Besuchen vorsah (bspw. CoronaSchVO 2020). Viele Erkrankte wie Angehörige haben dies als Belastung empfunden, auch wenn vielerorts auf alternative Kontaktaufnahme per Videotelefonie etc. oder auf Gesprächsangebote der Seelsorge zurückgegriffen wurde. Mit der Verfügbarkeit von Antigentests wurde zumeist ein Besuch bei Vorlage eines negativen Antigentestergebnisses zugelassen.

Vergleichbare Regelungen wurden für dienstliche Besuche wie die von Vertretern sowie für Mitarbeitende von Fremdfirmen beispielsweise bei Baumaßnahmen getroffen.

Viele Patienten sind aus Angst vor einer nosokomialen Covid-19-Infektion gar den Krankenhäusern ferngeblieben (Ärztblatt 2020b). Dieser Befürchtung wurde durch umfangreiche Informationen zu den aktuellen Hygienemaßnahmen wie Masken- oder Testpflicht sowie geltende Besuchsverbote, vornehmlich über die Internetauftritte der Kliniken, aber auch über Handzettel oder Infotafeln, begegnet. Zudem wurden Informationen rund um Covid-19 sowie ergänzende Angebote wie Teststellen etc. dargeboten. Ergänzt wurde das Angebot vielerorts über Telefonhotlines. Einschränkend ist anzumerken, dass relevante Inhalte für Patienten mit akuten oder chronischen Erkrankungen, die nicht auf eine Covid-19-Infektion zurückzuführen sind und zu einer gut begründeten Entscheidung hinsichtlich der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung führen können, häufig auf den Internetpräsenzen der Kliniken fehlten (Bitzer et al. 2020).

12.2.2 Personalmanagement

Dem Personal kommt in der Pandemiebekämpfung eine Schlüsselrolle zu, denn ein physisch vorhandenes Bett kann nur mit ausreichend qualifiziertem Personal betrieben werden. Ein Augenmerk lag daher auf einem bestmöglichen Mitarbeiterschutz (Hoffmann et al. 2020), die Ausstattung der Mitarbeitenden mit persönlicher Schutzausrüstung stellt dabei eine *Conditio sine qua non* dar (Schnitzbauer et al. 2020). Die Krankenhäuser sahen sich am Anfang der Pandemie jedoch häufig mit der Herausforderung konfrontiert, überhaupt ausreichend Schutzausrüstung für ihre Mitarbeitenden bereitstellen zu können (Osterloh 2020), sodass die krankenhaushygienischen Maßnahmen entsprechend den Vorgaben des RKI (RKI 2021b) nicht überall kurzfristig und vollumfänglich umsetzbar waren. Hierbei wurden die Risiken für Mitarbeitende in Verwaltung, Transport und Reinigung insbesondere anfangs unterschätzt (Bourgeault et al. 2020). Um den vollen Schutz entfalten zu können, musste der richtige Umgang mit der persönlichen Schutzausrüstung geschult werden. Hier wurde neben den gängigen Schulungsformaten neue Wege wie bspw. YouTube-Videos eingesetzt.

Die Behandlung und Versorgung von Covid-19-(Verdachts-)Fällen ist aufgrund der nötigen Schutzmaßnahmen deutlich aufwendiger (Hoffmann et al. 2020). Dies sollte sich entsprechend in der Personalplanung widerspiegeln. Um den insgesamt erhöhten Bedarf an Mitarbeitenden zu decken und für Personalausfälle durch Infektionen oder Quarantäne gewappnet zu sein, musste zusätzliches Personal rekrutiert werden. Aus diesem Grund wurden Studierende und Ärzte im Ruhestand zur Mithilfe aufgerufen (Ärzteblatt 2020a). Hierbei bestand allerdings das Dilemma, dass ausgerechnet die Älteren ein höheres gesundheitliches Risiko besaßen (Buerhaus et al. 2020). Der Ausbau der intensivmedizinischen Kapazität impliziert zudem Maßnahmen beim Personaleinsatz. Eine mögliche Reaktion stellte die Verschiebung

des pflegerischen und ärztlichen Personals der Normalstationen auf die Intensivstationen dar. „Gemischte Teams“ mit intensivmedizinisch Erfahrenen und Mitarbeitenden aus anderen Bereichen, deren Einarbeitung idealerweise mit Schaffung der Infrastruktur begann, sind als Antwort auf die qualitativen Anforderungen zu sehen (Rieg et al. 2020). Dabei wurde der flexible Einsatz der Pflegekräfte durch die Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen erleichtert. Bei der Personalplanung war ein Wechsel zwischen Covid- und Non-Covid-Bereich innerhalb einer Schicht zu vermeiden, um das Risiko nosokomialer Infektionen zu reduzieren (Hoffmann et al. 2020). Ein verantwortungsvoller Personaleinsatz unter Berücksichtigung des individuellen Risikos sowie unter Ausnutzung alternativer Arbeitskonzepte wie der Telemedizin und des Homeoffice war daher im Besonderen bis zur Verfügbarkeit eines Impfstoffs für alle Krankenhausmitarbeitenden das Gebot der Stunde.

Neben der Einrichtung von SARS-CoV-2-Teststellen für Patienten wurde ebenso zumeist ein Testangebot für Mitarbeitende etabliert. In Abstimmung mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst konnte im Verlauf auf Grundlage der „Corona-Testverordnung“ (BMG 2020d) eine krankenhausespezifische Teststrategie erarbeitet werden. Hierbei wurde häufig ein Testangebot – zu Beginn in erster Linie insbesondere für Rückreisende (Banysch et al. 2020) und Mitarbeitende mit Symptomen, später dann regelhaft – etabliert, das zwischen Testungen bei Symptomen, Routinetestungen und Testungen im Falle eines Ausbruchsgeschehens unterschied.

Die physischen wie psychischen Belastungen für die Mitarbeitenden im Krankenhaus in der Phase der Pandemiebewältigung war hoch (Bourgeault et al. 2020). Viele Krankenhäuser reagierten hierauf mit niederschweligen psychosozialen Interventionsangeboten an die Belegschaft, um Akutbelastungen vorzubeugen und Folgeschäden zu vermeiden (Rentrop et al. 2020).

In Krisenzeiten kommt der Kommunikation eine zentrale Rolle zu. Dabei kam in

den Krankenhäusern ein Kommunikationsmix zum Einsatz: Telefonhotlines gaben die Möglichkeit, niederschwellig in den Dialog zu treten; wertschätzende Videobotschaften der Geschäftsführung zielten auf die Motivation und den Zusammenhalt ab; Video-Clips informierten über Herkunft und Qualität der persönlichen Schutzausrüstung; Corona-Newsletter oder Covid-Cockpits im Intranet dienten der größtmöglichen Informationsvermittlung rund um die Hygienemaßnahmen, Behandlungs-SOP und zum Stand der Pandemie im Klinikum und damit auch zur Reduktion von Unsicherheit und Sorgen. Es galt sicherzustellen, dass Mitarbeitende bei Bedarf noch vor dem nächsten Dienstantritt über relevante Neuerungen informiert werden konnten.

12.3 Betriebswirtschaftliche Steuerung

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn avisierte in seinem Brief an die Krankenhausgeschäftsführer vom 13.03.2020 eine unbürokratische Lösung, die die wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser ausgleichen sollte. Wenig später fiel seinerseits in einer Telefonkonferenz mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) diesbezüglich der Ausspruch „Whatever it takes.“, auf den sich die Krankenhäuser im Verlauf der Pandemie noch oft beziehen sollten (Mau 2020). Das am 27.03.2020 in Kraft getretene Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz enthielt aus betriebswirtschaftlicher Steuerungssicht im Wesentlichen vier Bausteine, die die fehlende Fixkostenrefinanzierung durch das Freihalten von Behandlungskapazitäten und die Zusatzbelastungen durch den erhöhten Bedarf an Personal- und Sachmitteln sowohl erlös- als auch liquiditätsseitig ausgleichen sollten. Für jedes im Vergleich zum Vorjahr freigehaltene Bett konnte jedes Krankenhaus zunächst pro Tag 560 € geltend machen, diese „Freihaltepauschale“ wurde wöchentlich ausgezahlt. Im Sommer wurden die Beträge abgeändert

und nach Krankenhausgröße (unterschiedlichen Casemixklassen) differenziert. Da zunächst nicht klar war, ob – und wenn ja, wie – die Krankenhäuser nachweisen sollten, dass ein im Vergleich zur durchschnittlichen Belegung des Vorjahres freies Bett auch wirklich ein zur Schaffung von Behandlungskapazitäten von an Covid-19 erkrankten Patienten freigehaltenes Bett war, musste das Krankenhausmanagement prophylaktisch Nachweisinstrumente etablieren, die im Zweifel geeignet waren zu belegen, dass das freie Bett bestimmungsgemäß freigehalten wurde (z. B. Krankenhaus- und patientenseitige Absagelisten elektiver Behandlungen).

Die sofortige Liquiditäts- und generelle Ergebnisstütze wurde insbesondere zur Fixkostendeckung und zur Beschaffung von und Bevorratung mit persönlicher Schutzausrüstung benötigt. Um neben der Freihaltung bereits bestehender Intensiv-Behandlungskapazitäten mit Beatmungsmöglichkeit auch zusätzliche Kapazitäten zu schaffen, konnten Krankenhäuser zudem für die Schaffung eines neuen und betriebsbaren Intensivbehandlungsplatzes einmalig einen Betrag in Höhe von 50.000 € abrufen. Dies galt auch für die Aufrüstung bereits bestehender Bettenstellplätze. Auch hier mussten prophylaktisch Möglichkeiten eines späteren Nachweises etabliert werden. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht musste hierbei bedacht werden, dass der Betrieb dieser zusätzlichen Betten, der über (Beatmungs-)Diagnosis Related Groups (DRGs) und das Pflegebudget erfolgte, auch zusätzliches qualifiziertes Personal erforderte.

Die Ausgestaltung der Freihaltepauschalen als täglicher Fixbetrag pro freies Bett verstärkte insbesondere bei den Häusern und Fällen mit geringeren Erlösen pro Tag je belegtes Bett den durch Fallpauschalen ohnehin bestehenden Anreiz, die Verweildauer des einzelnen Falls zu reduzieren und sogenannte „ambulant sensitive“ Leistungen wo immer es möglich ist auch ambulant zu erbringen. Hier folgte somit der finanzielle Anreiz dem vom Gesetzgeber auch inhaltlich intendierten Ziel, nämlich so wenig Patienten wie möglich zu hospitalisie-

ren und so viele stationäre Betten wie möglich freizuhalten.

Im Gegensatz zur Freihaltepauschale folgten alle weiteren Liquiditätsstützen etablierten Abrechnungsformen, die lediglich angepasst werden mussten. Hierzu zählen der Zuschlag in Höhe von 50 € je abgerechneter Fall bzw. 100 € je abgerechneter Covid-19-Fall zur Refinanzierung von zusätzlichen Sachkosten, die Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts von 146,55 € auf 185 € und die Festsetzung dieses Betrages als Untergrenze. Ergibt sich dadurch eine Überfinanzierung der tatsächlichen der Pflegekosten, konnten diese Beträge bei den Krankenhäusern verbleiben. Eine weitere einmalige temporäre Liquiditätsstütze war die Verringerung des Zahlungsziels von Krankenhausrechnungen auf fünf Werkstage, zunächst bis zum 31.12.2020.

Auch wenn der erste Eindruck nahelegt, dass die Krankenhäuser mit diesen Maßnahmen ausreichend zumindest vor Liquiditätsengpässen geschützt sein sollten, war trotzdem eine ständige krankenhausesindividuelle Bewertung vorzunehmen, um die hausindividuelle Liquiditätserwartung weiterhin kurz- und mittelfristig abschätzen zu können. Die Freihaltepauschale refinanzierte dem Grunde nach die an das Preisniveau des Jahres 2020 angepassten Erlösausfälle im Vergleich zum durchschnittlichen Tageserlös des Jahres 2019. Nicht in die Freihaltepauschale einbezogen waren die Erlöse zur Refinanzierung der Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung am Bett somatischer Fachabteilungen sowie zur Refinanzierung variabler Sachkosten, da die Pflegepersonalkosten seit 2020 über das Pflegebudget refinanziert werden mussten und variable Sachkosten bei nichtbelegten Betten nicht anfallen sollten. Ob sich der Rückgang der Kosten, die gemäß der Kalkulation des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) als variabel gelten, im eigenen Krankenhaus tatsächlich in dieser Höhe manifestierte, war zu prüfen. Ebenso musste gemonitort werden, ob die Sachkostenzuschläge in Höhe von 50 € bzw. 100 € je abgerechneter Fall ausreichten, um die Zusatz-

kosten für persönliche Schutzausrüstung und sonstige Sachkosten zu refinanzieren. Insbesondere da es in der Anfangszeit der Pandemie noch große Unsicherheit darüber gab, wieviel Schutzausrüstung benötigt werden würde und ob diese dauerhaft am Markt zu stabilen Preisen eingekauft werden konnte. Aber auch notwendige bauliche Veränderungen, um eine Separierung von Covid-19-Erkrankten zu gewährleisten, mussten ggf. finanziert werden. Da der Rettungsschirm durch seinen Bezug auf die Erlöse des Jahres 2019 die Krankenhaus- und Leistungsstruktur des Jahres 2019 refinanzierte, mussten solche Krankenhäuser die Auswirkungen genau bewerten, die entweder im Jahr 2019 unterjährig oder ab 2020 eine Änderung der Leistungs- und somit Kostenstruktur aufwiesen, die ggf. andere Erlöse erforderte als der Rettungsschirm zugestand. Andererseits erlaubte es die Unschärfe des Rettungsschirms manchen Krankenhäusern auch, Gewinne zu generieren.

Bei der Refinanzierung der während der Pandemie entstehenden Pflegepersonalkosten drohte eine multifaktorielle Liquiditäts- und einzelnen Häusern auch eine bleibende Refinanzierungslücke. Zugleich implizierte der Pflegeentgeltwert von 185 € im Sinne einer Untergrenze aber auch, dass andere Krankenhäuser hier eine Überdeckung der Kosten erreichen konnten, sofern dieser Wert trotz des Leistungsrückgangs auskömmlich war. Die potenzielle Liquiditätslücke eines Hauses entstand durch die Nichtberücksichtigung der Pflegekosten in den Freihaltepauschalen, dem bundesweit anzuwendenden vorläufigen Pflegeentgeltwert sowie durch den ggf. entstehenden zusätzlichen Personalbedarf zur Ersetzung von Personalausfällen durch Erkrankung oder Quarantäne durch externes Honorarpersonal, für das in der Regel eine übertarifliche Vergütung zu zahlen ist. Rechnerisch ergibt sich die Liquiditätslücke wie folgt: Die zur Refinanzierung der Pflegepersonalkosten abgerechneten Beträge errechnen sich aus Preis (Pflegeentgeltwert) \times Menge (vereinfacht: adjustierte Berechnungstage). Beschäftigt ein Krankenhaus also Pflegepersonal, das auf die Leis-

tungsmenge und -struktur des Jahres 2019 ausgelegt ist, auch im Jahr 2020 und differiert der Krankenhausindividuell kalkulierte und nach Budgetvereinbarung anzusetzende Pflegeentgeltwert von dem bundeseinheitlich geltenden vorläufigen Pflegeentgeltwert nach oben, können hier erhebliche Differenzen zur Abrechnung einer üblichen Leistungsmenge unter Ansatz des krankhausindividuellen und auf den tatsächlichen Personaleinsatz bezogenen Pflegeentgeltwerts resultieren. Die Tatsache, dass bis Mitte 2021 kaum Pflegebudgets und damit abrechenbare auf das Personalgerüst des einzelnen Hauses bezogene Pflegeentgeltwerte vereinbart wurden, könnte einerseits darauf verweisen, dass hier offenbar großes Konfliktpotenzial besteht und ggf. auftretende Liquiditätslücken Krankenhäusern noch lange erhalten blieben, andererseits aber auch darauf, dass Krankenhäuser mit den Regelungen gut ausgekommen sind und somit einen Budgetabschluss nicht forcieren müssen. Dies betrifft insbesondere den Aspekt, dass die über den abrechenbaren Pflegeentgeltwert i. H. v. 185 € abgerechneten Pflegeerlöse im Sinne einer Untergrenze in jedem Fall beim Krankenhaus verbleiben. Klarheit darüber wird man erst erlangen können, wenn die Budgets für das Jahr 2020 verhandelt sind. Die für die Dauer der Pandemie bleibende Refinanzierungslücke entstand ggf. im Bereich des teureren externen Pflegepersonals, das nur in Höhe der tariflichen Vergütung im Pflegebudget angesetzt werden kann. An dieser Stelle greift somit nicht der Schutzschirm für die Krankenhäuser, der seinem Wesen nach den üblichen Personaleinsatz des Krankenhauses und die durch die Pandemie entstehenden Mehrkosten refinanzieren soll.

Damit etablierte Kennzahlen und Steuerungsinstrumente weiterhin aussagekräftig blieben, erschien es sinnvoll, Erlöse und Kosten im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie separat zu erfassen, um sie zur Beurteilung der eigenen Ertragskraft für Langzeitplanungen und Zeitreihenvergleiche aus dem betriebswirtschaftlichen Ergebnis später herauszurechnen oder der Refinanzie-

rung gegenüberstellen zu können. Zudem war im Frühjahr 2020 nicht abzusehen, ob die durch die Pandemie entstehenden Kosten der Krankenhäuser irgendwann einmal nachgewiesen werden müssen, falls sich herausstellt, dass die gesetzgeberischen Finanzhilfen nicht ausreichen, um wie angekündigt die Zusatzbelastungen zu refinanzieren.

Feinjustierungen der Schutzschirminstrumente, die in späteren Gesetzen und Verordnungen geregelt wurden, reduzierten die bundesweit für alle Krankenhäuser aller Größen und Versorgungsstufen geltenden Pauschalierungen dieses ersten Schutzschirms. Hierzu zählen z. B. die Case-Mix-Index-(CMI-)adjustierte Splittung der Freihaltepauschalen in der Somatik, die Absenkung und spätere Aussetzung der Freihaltepauschale in der Psychiatrie sowie Zusatzentgelte für PCR-Tests.

Neben dem Pflegebudget waren die Auswirkungen der Pandemie auf die Krankenhausbudgets nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Bundespflegegesetzverordnung (BPflV) auf die der Pandemie folgenden Jahre zu beurteilen. Würden die reduzierten Leistungsmengen die Krankenkassen dazu veranlassen, nur noch diese reduzierten und ggf. nicht bedarfsgerechten Leistungsmengen für Folgejahre zu vereinbaren? Dies hätte ggf. nicht sachgerechte Auswirkungen auf spätere Ausgleichs- und Fixkostendegressionsabschläge (FDA), falls die bewusst verschobenen elektiven Leistungen in Folgejahren nachgeholt und wieder das übliche Niveau erreichen würden. Es war also zu prüfen, ob ein Budgetabschluss für das Jahr 2020 trotz der mit einem Nichtabschluss verbundenen Liquiditätsauswirkungen im Pflegebudget ggf. auf die Zeit nach der Pandemie verlagert werden sollte. Der Gesetzgeber hat im Folgenden einige leistungsbegrenzenden Budgetmechanismen temporär außer Kraft gesetzt, um keine diesbezüglichen Hürden für einen Budgetabschluss zu setzen. Hierzu zählen insbesondere das Aussetzen der üblichen Mehr- und Mindererlösausgleichs für die Jahre 2020 und 2021 sowie das Fixieren der Vergleichsleistungsmenge für den FDA der Jahre 2022 ff.

auf die vereinbarte Leistungsmenge des Jahres 2019.

Um auch die Krankenhäuser finanziell abzusichern, die trotz der prospektiven unterjährigen Finanzhilfen die Erlöse des Jahres 2019 nicht erreichten, wurde ein Ganzjahresausgleich für die Erlöse des Jahres 2020 geschaffen, der über die Budgetverhandlungen auf Ortsebene zu vereinbaren war. Dieser Ausgleich kann nur in einer Richtung erfolgen: Liegt die Summe aus den Fallerlösen 2020 und den Freihaltepauschalen 2020 unter den Fallerlösen aus 2019, erhält ein Krankenhaus einen entsprechenden Ausgleich durch die Krankenkassen. Mehrerlöse bleiben hingegen bei den Krankenhäusern. Dieser wurde später in ähnlicher Form unter Anrechnung der für das Jahr 2021 gezahlten Freihaltepauschalen auch auf das Jahr 2021 ausgeweitet, nur dass der Ausgleich hier in beiden Richtungen erfolgen kann. Dadurch, dass dieser Ausgleich (wie alle Ausgleiche) erst ab der Umsetzung der Vereinbarung zum pandemiebedingten Erlösausgleich für das einzelne Krankenhaus fließt, hatte dies auf die Liquidität des Krankenhauses zunächst jedoch nicht den intendierten positiven Einfluss. Um dies zu heilen, bekam jedes Krankenhaus 2021 ein Recht, mit den Krankenkassen unterjährige Liquiditätszuschläge zu vereinbaren, die beim Ganzjahresausgleich berücksichtigt werden.

In der Zusammenschau galt es also, insbesondere die kurz- und mittelfristigen Liquiditätsüberwachungsinstrumente an die mit der geforderten Bettenfreihaltung verbundenen reduzierten leistungsbezogenen Einnahmen unter Einbezug der Schutzschirmausteine anzupassen und engmaschig zu kontrollieren. Insbesondere das durch die Schutzschirme zum Teil gegenläufige Verhalten von Leistungsmengenänderung und Liquiditätssituation sowie die ungewohnte Verzögerung der Ausgleichszu- und -abflüsse aus den Krankenhausbudgets (insbesondere beim Pflegebudget) mussten hierbei genau überwacht und antizipiert werden, um die liquiden Mittel unter diesen ungewohnten Wirkmechanismen im Blick zu behalten.

Bezogen auf das langfristige Verbleiben am Markt wurde es für die Langfristplanung wichtig, die Pandemie-bezogenen Erlöse und Kosten trennscharf zu erfassen und die Zusammensetzung des ambulanten und stationären Leistungsportfolios sowie die Verweildauern auch in den Perioden zwischen den Wellen genau zu analysieren, um realistische Leistungs-, Personal- und damit auch betriebswirtschaftliche Planungen für die Post-Pandemie-Zeit erstellen und Fehlentwicklungen frühzeitig steuernd entgegenwirken zu können. Hierzu gehörten auch die Auswirkungen des Wiedereinsetzens der temporär ausgesetzten Pflegepersonaluntergrenzen auf die Personalvorhaltung und die Auswirkung der Erhöhung der Anfragequoten bei den Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst auf die leistungsbezogenen Erlöse.

12.4 Handlungsempfehlungen für das Krankenhausmanagement

12.4.1 Managementbezogener Gesamtrahmen

Für das einzelne Krankenhausunternehmen hat die Covid-19-Pandemie zur Folge, dass mit den vorhandenen Ressourcen zusätzlich zur Normalversorgung die Versorgung von Covid-19-Patienten sowie von Verdachtspatienten sicherzustellen ist. Die damit verbundenen Steuerungsaufgaben in Bezug auf die Patientenversorgung, den Personaleinsatz und die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens sind vom Krankenhausmanagement wahrzunehmen, das als strategischer, dispositiver und operativer Entscheidungs- und Führungsprozess verstanden wird – institutionalisiert über die Leitungsorganisation entsprechend dieser Managementebenen (Krankenhausträger, Krankenhausleitung, Bereichsleitung Medizin, Pflege u. a.) (grundlegend Oswald et al. 2017).

Wie die vorangegangenen Ausführungen zeigen, sind von den Überlegungen und Lösungen der Krankenhäuser zur Bewältigung der Pandemiesituation – mal mehr, mal weniger stark – sämtliche betriebswirtschaftlichen Funktionen betroffen. Dies sind im Wesentlichen die Leistungserstellung (Patientenbehandlung), das Personalmanagement, das Finanz- und Investitionsmanagement, das Rechnungswesen und Controlling, der Einkauf und die Logistik, das Marketing, das Facility-Management sowie die Organisation als Querschnittsfunktion.

Die **Leistungserstellung** betrifft das Feststellen der Notwendigkeit der stationären Behandlungsbedürftigkeit der Patienten und die Erstversorgung in den Notaufnahmen getrennt nach Versorgungsbereichen (Covid- vs. Normalversorgung). Daran anknüpfend die Festlegung von Art, Umfang und Qualität des Behandlungs- und Pflegespektrums der Covid-19-Versorgung in Abhängigkeit der Krankheitssymptome in den beteiligten Abteilungen (Quarantäne- und Aufnahmestation, Normalstation, Intensivstation, medizinische Institutionen wie OP). Damit verbunden ist die Strukturierung der Leistungsprozesse von der Aufnahme der Patienten über die Belegung, ggf. interne Verlegung, bis hin zur Entlassung unter Beachtung der stark gestiegenen Anforderungen an die Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen. Parallel zur medizinisch-pflegerischen Patientensteuerung ist der gesamte Durchlauf der Covid-19-Patienten durch das Krankenhaus administrativ abzuwickeln (Patientenmanagement).

Das **Personalmanagement** stellt die Ausstattung des Personals mit Schutzausrüstungen und den richtigen Umgang damit sowie die Organisation der Testungen und Impfungen sicher. Zu regeln ist ferner, dass das aufgrund des Mehraufwandes zusätzlich benötigte Personal beschafft und über eine flexible Personaleinsatzplanung die unterschiedlichen Berufsgruppen zur richtigen Zeit am richtigen Ort unter Beachtung des individuellen Risikos der Mitarbeiter in den Versorgungsbereichen des Krankenhauses eingesetzt werden. Bei einer

ausgeweiteten Intensivversorgung betrifft dies vor allem das Fachpersonal auf den Intensivstationen. Sofern aufgrund des Fachkräftemangels Personal aus anderen Abteilungen eingesetzt werden muss, sind kurzfristige Schulungen zur Vorbereitung der fachfremden Mitarbeiter auf die Arbeit zu organisieren (AWMF 2020). Außerdem sind aufgrund der außergewöhnlichen Belastungssituation der Mitarbeiter psychosoziale Beratungsangebote zu etablieren.

Das **Finanzmanagement** betrifft Abrechnungsfragen und beinhaltet die kurz- und mittelfristige Liquiditätsplanung und -kontrolle vor dem Hintergrund der Erlös- und Kostensituation des einzelnen Krankenhauses sowie der finanziellen Fördermöglichkeiten durch den Bund, das Land bzw. die Krankenkassen. Das **Investitionsmanagement** bezieht sich auf notwendige Investitionen in medizintechnische Einrichtungen (z. B. Umwidmung von Räumlichkeiten) und zusätzlich benötigte Ausstattung zur Behandlung von Covid-19-Patienten (z. B. Intensivbetten, Beatmungsgeräte) sowie in andere Bereiche (z. B. Einrichtung von Heimarbeitsplätzen für das Verwaltungspersonal).

Das **Controlling** ist betroffen, weil aktuelle Informationen über die nutzbaren und geeigneten Behandlungskapazitäten zur Steuerung der Pandemie-Fälle und Behandlung von Elektiv-Patienten benötigt werden. Zur Personalsteuerung sind Daten und Informationen vom Personal-Controlling bereitzustellen. Monetäre Kennzahlen bilden die Grundlage für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses. Diese wird in den betroffenen Einrichtungen durch den Covid-19-bedingten Erlösrückgang beim Verschieben von geplanten Aufnahmen, zusätzliche Erlöseinnahmen in Form von Freihaltepauschalen, Ausgleichszahlungen und Zusatzentgelte sowie Kostensteigerungen für zusätzliche Sachmittel und die Umgestaltung der Krankenhausorganisation beeinflusst. Für das Rechnungswesen ergibt sich ein höherer administrativer Abrechnungsaufwand, da zusätzlich zur Leistungsabrechnung der Normalversorgung mit den Kosten-

trägern Datenstrukturen zu schaffen sind, die eine Verhandlung und Abrechnung der Covid-19-Finanzierungshilfen ermöglichen.

Der **Einkauf** verhandelt und beschafft über verschiedene Lieferkanäle zusätzlichen Sachbedarf insbesondere im medizinischen Bereich wie Medikamente, Schutzkleidung, SARS-CoV-2-Tests, Desinfektionsmittel und andere Schutzmaterialien. Die Logistik stellt sicher, dass die Waren aufgenommen sowie gelagert werden und sorgt dafür, dass die Materialien in die richtigen Bereiche gelangen. Außerdem organisiert der Hol- und Bringendienst für den Transport von Covid-19-Patienten alternative Transportwege.

Das **Marketing** ist betroffen, da es die Öffentlichkeitsarbeit und Krisenkommunikation mit den internen und externen Zielgruppen sicherstellen muss. Das Personal und die Patienten müssen regelmäßig über den aktuellen Krisenstand der Klinik, über notwendige Sicherheitsmaßnahmen und sonstige Handlungsanweisungen informiert werden (z. B. über Videobotschaften, Newsletter, Intranet). Auch potenzielle und reale Patienten und Besucher, niedergelassene Ärzte und andere Interessierte von außerhalb müssen sich tagesaktuell ein Bild von der Corona-Situation in der Klinik verschaffen können.

Für das **Facility-Management** bedeutet der Corona-Alltag zusätzliche Aufgaben im Bereich der Gebäudereinigung, der Speiserversorgung von Covid-19-Patienten, der Gebäudesicherung (z. B. Sicherung und ggf. Reduzierung der Krankenhausein- und -ausgänge, Einsatz von zusätzlichem Wachpersonal) sowie die Klärung technischer und baulicher Fragen (z. B. bei der Gestaltung von Warteräumen, der Errichtung von Isolierstationen u. a.).

Die **Organisation** durchzieht alle Funktionsbereiche. In Bezug auf die Aufbauorganisation geht es um die Festlegung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten auf zentraler Ebene über die Einrichtung eines unternehmensbezogenen, multiprofessionellen Krisenstabs, ggf. standortübergreifend bei einem Verbund und/oder in Kooperation mit anderen Gesundheitseinrichtungen der Region

(z. B. Gesundheitsamt, Pflegeeinrichtungen). Weitere Krisenstäbe oder Arbeitsgruppen können themen- oder bereichsbezogen etabliert werden. Außerdem geht es um organisatorische Festlegungen auf der Ebene der dezentralen Krankenhausbereiche (z. B. Zusammensetzung von Behandlungsteams auf der Intensivstation, Regelungen zu den Betriebs- und Dienstzeiten). Covid-gerechte Verfahrensanweisungen und Standards zur Ablauforganisation der Kern- und Unterstützungsleistungen sind entsprechend den Anforderungen der jeweiligen Leistungsbereiche auszugestalten. Diese bilden u. a. die Grundlage für die Etablierung standardisierter Teilprozesse und ihre Verknüpfung zu einem patientenintegralen Gesamtprozess, in dem die multidisziplinäre Behandlung der Covid-19-Patienten individuell erfolgen kann.

12.4.2 Konzeptioneller Gesamtrahmen

Deutlich wird, dass sich die ineinandergreifenden Managementaufgaben auf unternehmens- und bereichsbezogene Entscheidungsebenen verteilen und sachbezogene sowie verhaltensbezogene Aspekte umfassen. Davon ausgehend können Empfehlungen für das Krankenhausmanagement abgeleitet werden, die als Anregung zu verstehen sind, d. h. auf die spezifische Situation des Krankenhausunternehmens bezogen und ausgestaltet werden müssen. Die Krankenhausleitung, die Chefarzte, die Pflegedienstleitung u. a. Krankenhausexperten sind am ehesten in der Lage, die Herausforderungen in den Krankenhäusern zu identifizieren und geeignete Vorgehensweisen für eine bessere Reaktionsfähigkeit in Pandemiezeiten abzuleiten.

Die Entwicklung eines Managementkonzepts zur Sicherstellung der Versorgung in Pandemiezeiten beinhaltet im Sinne des integrierten Managementverständnisses ein Leistungs-, ein Organisations- und ein Führungskonzept. Dabei wird von ei-

nem Krankenhaus ausgegangen, das sowohl Normal- als auch Pandemieversorger ist.

■ ■ Leistungskonzept

Das Leistungskonzept zur Patientenversorgung definiert, wie das Ziel der Existenzsicherung des Krankenhauses bei gegebenem Versorgungsauftrag durch das Land – differenziert nach Normalversorgung und Pandemieversorgung – unter Beachtung der optimalen Betriebsgröße (betriebswirtschaftlich und leistungswirtschaftlich) realisiert werden kann und welche externen Rahmenbedingungen dafür notwendig sind. Es beinhaltet insbesondere die Festlegung der Kapazitäten für die Parallelvorhaltung der Versorgungsschwerpunkte, die Planung der Leistungsschwerpunkte incl. Test-, Hygiene- und Sicherheitskonzept und Zuordnung von Personal-, Sach- und Finanzressourcen zu den Leistungsprozessen sowie die Planung von zusätzlichen Investitionsmaßnahmen z. B. für Baumaßnahmen zur Trennung von Bereichen sowie zur Ausstattung der Stationen und ihre Finanzierung (ggf. gemeinsame Investitionen mit anderen Krankenhäusern oder Gesundheitseinrichtungen in der Region im Rahmen von Kooperationen). Außerdem beinhaltet das Leistungskonzept die Schritte zur stufenweisen Rückkehr in den Normalbetrieb.

■ ■ Organisationskonzept

Ausgehend vom Leistungskonzept sind flexible Organisationsstrukturen zu schaffen, die in einer Pandemiesituation zur Anwendung kommen und eine Abstimmung zu klinischen und nichtklinischen Fragestellungen beschleunigen. Das betrifft sowohl die Aufbau- als auch die Prozess- und Kommunikationsstrukturen auf der Ebene des Gesamtunternehmens und auf Bereichsebene. Außerdem müssen Managementsysteme zur Planung, Steuerung, Kontrolle und Informationsversorgung zusätzlich zur Anwendung kommen (z. B. Krisenplan, der sich an neue Problemlagen anpassen lässt) oder ausgebaut werden (z. B. Ausbau des Controllings zur frühzeitigen Identifikation krisenbedingter Entwicklungen).

■ ■ Führungskonzept

Formal verankerte Konzepte und Regeln werden durch informelle Gegebenheiten geprägt, d. h., dass auch das individuelle Verhalten der Führungskräfte und Mitarbeitenden mit ihren unterschiedlichen Persönlichkeiten die Steuerungsprozesse in Krisenzeiten mitbestimmen. Das macht es notwendig, im Führungskonzept neben Richtlinien zur Kompetenzentwicklung des Personals (Schulungsangebote u. a.) Führungsprinzipien mit Inhalten zum Umgang mit Mitarbeitern in Krisenzeiten aufzunehmen. Außerdem ist das begleitende Konzept zur Organisationsentwicklung unter Einbeziehung der Führungskräfte und Mitarbeiter so auszurichten, dass sich eine stabile Vertrauens- und Sicherheitskultur auch unter den Bedingungen einer Pandemie entwickelt. Daneben gilt es eine Kultur des Zusammenhalts zu fördern, damit das stark physisch und emotional belastete Personal die komplexen Anforderungen in Krisensituationen meistern kann. Die Kulturentwicklung kann Anreize zur Bindung von Personal freisetzen und dazu beitragen, dass auch die Personalgewinnung von Fachpersonal besser gelingt.

12.4.3 Strukturierte Handlungsempfehlungen

Ausgehend vom dargestellten Gesamtrahmen lassen sich für die Patientensteuerung, Personalsteuerung und betriebswirtschaftliche Steuerung folgende Einzelmaßnahmen skizzieren:

■ ■ Patientensteuerung

Für eine sinnvolle und zweckmäßige Steuerung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten ist die Planung und Organisation des Patientendurchlaufs von der Aufnahme über die Behandlung bis zur Entlassung unter Berücksichtigung folgender Maßnahmen notwendig:

- Klärung von Zuständigkeiten und Maßnahmen zur baulichen und technischen Umset-

zung der Separierung von Patienten in der Notaufnahme

- Definition von Verfahrensanweisungen, SOPs und Checklisten als Grundlage für die Diagnostik, Therapie und Pflege sowie das Belegungsmanagement bei der Aufnahme von Covid-19-Patienten und -Verdachtspatienten
- Festlegung von Regeln und Verantwortlichkeiten zur Umsetzung der Teststrategie incl. Bereitstellung ausreichender Testkapazitäten
- Klärung von Zuständigkeiten und Maßnahmen zur baulichen und personellen Umsetzung des Wegekonzeptes zur Trennung von Patienten und Mitarbeitern
- Organisation der Bettenverteilung und der Nutzung sowie Umfunktionierung von Stationen unter Berücksichtigung der zusätzlichen baulichen und apparativen Anforderungen
- Klärung der Zuständigkeiten und Abläufe zur Isolierung von Patienten in Quarantänestationen unter Berücksichtigung der Quarantänereglungen und ihre Verlegung auf Normalstationen
- Etablierung von fach- und berufsgruppenübergreifenden SOPs sowie Behandlungsteams incl. der Tätigkeiten und Zuständigkeiten ihrer Mitglieder zur Versorgung der Patienten auf den Stationen
- Organisation der angepassten OP-Schleusung, Anästhesieein- und -ausleitung und postoperative Überwachung von Covid-19-Patienten
- Gestaltung von sicheren Patiententransportwegen incl. Aufzüge und Wartebereiche
- Festlegung von Regelungen zum Umgang mit Besuchern incl. Ausnahmeregelungen und Zuordnung von Verantwortlichkeiten zur Sicherstellung der Einhaltung dieser Regeln

■ ■ Personalsteuerung

Die Personalsteuerung betrifft die Planung und Organisation des Arbeitseinsatzes und der Arbeitssicherheit der ärztlichen, pflegerischen,

versorgenden, technischen und verwaltenden Mitarbeiter in den betroffenen Krankenhausbereichen unter Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse dieser Leistungsstellen sowie der vor-, parallel- oder nachgeschalteten Leistungsstellen (insbesondere der Notaufnahme, der Aufnahmestation, der Normalstation und der Intensivstation):

- Organisation von ausreichender Schutzausrüstung zur Erfüllung der Hygiene- und Sicherheitsanforderungen und Organisation der Schulungen zum Umgang damit
- Festlegung der Aufgaben bzw. Einzeltätigkeiten (der zusätzlichen und/oder geänderten Arbeitsabläufe) und Planung des benötigten Personals (Quantität und Qualifikation) unter Berücksichtigung der geänderten Patientenstruktur (Normal- und Covid-19-Versorgung) und eines möglicherweise erhöhten Patientenaufkommens
- Qualifikation von fachfremdem Personal
- Organisation eines flexiblen, verantwortungsvollen Personaleinsatzes unter Berücksichtigung von internen Personalverschiebungen und der Anforderungen an neu gebildeten Teams
- Klärung von Zuständigkeiten und Maßnahmen zur Personalakquise
- Festlegung von Themen und Verantwortlichkeiten für das Krisenmanagement unter Berücksichtigung von Katastrophenplänen und krankenhausbereichübergreifenden Abstimmungsnotwendigkeiten
- Zielgruppenorientierte Entwicklung von Konzepten zur Darstellung der pandemie-spezifischen Krankenhausversorgung und Organisation der Kommunikationswege zur Krisenkommunikation nach innen und außen

■ ■ Betriebswirtschaftliche Steuerung

Die betriebswirtschaftliche Steuerung in Pandemie-Zeiten stellt auf die Sicherstellung des wirtschaftlichen Erfolgs und der Liquidität des Krankenhausunternehmens ab. Mit zusätzlichen Versorgungsaufgaben und ergänzenden Regelungen zur Krankenhausfinanzierung erweitern sich für Kranken-

häuser die Dokumentations-, Informations-, Kalkulations- sowie administrative Organisationsaufgaben. Im Einzelnen ergeben sich folgende Schwerpunkte:

- Anpassung der Kosten-, Leistungs- und Erlösrechnung und weiterer Informationssysteme (z. B. bzgl. Personal, Investitionen) zur Darstellung der fehlenden Fixkostenfinanzierung und der Zusatzbelastungen durch erhöhten Bedarf an Personal- und Sachmitteln; Anpassung der Abrechnungs- und Krankenhausinformations-(KIS-)Systeme
- Abgleich der pandemiebezogenen Ist-Personal- und Sachkosten mit den refinanzierten Kosten und Analyse von Abweichungsursachen sowie regelmäßige Ermittlung des kurz- und mittelfristigen Liquiditätsbedarfs unter Berücksichtigung der bundeseinheitlich festgelegten Freihaltspauschalen und sonstigen Liquiditätsstützen
- Etablierung von Nachweisinstrumenten zur Freihaltung von Behandlungskapazitäten und/oder zur Schaffung von zusätzlichen Kapazitäten und Etablierung von Meldeverfahren zur zeitnahen Sicherstellung des Zahlungsflusses zwischen den Krankenhäusern und Kostenträgern
- Darstellung der Auswirkungen der Pandemie auf das Gesamtbudget des Krankenhauses (Erlösbudget und -summe, Pflegebudget, sonstige Erlöse) und Bewertung auch mit Blick auf die strategische Ausrichtung des Unternehmens
- Entwicklung von Kennzahlen und Einbindung in ein Reporting, das den verantwortlichen Führungskräften die wirtschaftlichen Folgen der Pandemie-Versorgung transparent macht
- Etablierung eines Controllings, das die zusätzlichen Aufgabenkomplexe über entscheidungsrelevante Informationen steuert und die erfolgs- und liquiditätsrelevanten Zusammenhänge und Prozesse zwischen den Versorgungsbereichen (Normalversorgung/Pandemieversorgung) aufzeigt

- Festlegung des administrativen Personals und seiner Kompetenzen zur Wahrnehmung der Zusatzaufgaben

12.4.4 Fazit

Die Versorgung von Patienten in Pandemiezeiten in den Krankenhäusern bedingt zusätzliche interne und unternehmensübergreifende Gestaltungsbedarfe, die sämtliche betriebswirtschaftlichen Bereiche tangieren, sowie extern angepasste Rahmenbedingungen insbesondere mit Blick auf die Finanzierung und sektorenübergreifende Abstimmung. Die Grundlage zur Entwicklung krankenhausesindividueller, anpassungsfähiger Strukturen und Verhaltensweisen für eine proaktive Patienten-, Personal- und Erfolgs- sowie Liquiditätssteuerung muss ein Managementkonzept bilden, das sich vom Gesamtkonzept des Krankenhauses ableitet und Aspekte zum fachlichen Leistungskonzept, zur organisatorischen Umsetzung und zur Führung unter Pandemiebedingungen umfasst. Ein besonderes Augenmerk sollte auf die Ausstattung mit qualifiziertem, arbeitsfähigem Personal gelegt werden. Inwieweit die Personalsicherung möglich ist, hängt letztlich auch von den Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt ab. Weitere Bemühungen sollten sich auf die Entwicklung von flexiblen Organisationsmodellen erstrecken, unterstützt durch eine Digitalisierung, die u. a. krisenrelevante Informationen abbildet, zusammenführt und frühzeitig an die entsprechenden Entscheidungsträger im Krankenhaus und die externen Anspruchsgruppen weitergibt.

Literatur

- Ärzteblatt (2020a) Covid-19: Bundesärztekammer-Präsident ruft Ärzte im Ruhestand und Medizinstudierende zur Mithilfe auf. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/11202/Covid-19-Bundesaerztekammer-Prasident-ruft-Aerzte-im->

Ruhestand-und-Medizinstudierende-zur-Mithilfe-auf. Zugegriffen: 25. Juli 2021

- Ärzteblatt (2020b) Sorge um Patienten mit akutem Behandlungsbedarf. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112204/Sorge-um-Patienten-mit-akutem-Behandlungsbedarf>. Zugegriffen: 25. Juli 2021
- Augustin M, Schommers P, Suárez I, Koehler P, Gruell H, Klein F, Maurer C, Langerbeins P, Priesner V, Schmidt-Hellerau K, Malin JJ, Stecher M, Jung N, Wiesmüller G, Meißner A, Zweigler J, Langebartels G, Kolibay F, Suárez V, Burst V, Valentin P, Schedler D, Cornely OA, Hallek M, Fätkenheuer G, Rybniker J, Lehmann C (2020) Rapid response infrastructure for pandemic preparedness in a tertiary care hospital: lessons learned from the Covid-19 outbreak in Cologne, Germany, February to March 2020. *Euro Surveill*. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.21.2000531>
- AWMF (2020) Empfehlungen zu Schulungen von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen bei Einsatz während der Covid-19-Pandemie. AWMF-Register-Nr. 001-045, Klassifikation S1, Version 1.0. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/001-045.html>. Zugegriffen: 12. Aug. 2021
- Banysch M, Heuer T, Frings G, Kühl H, Bochlogyros S (2020) Herausforderungen der Viszeralmedizin bei Covid-19. *Gastroenterologie* 15:487–493. <https://doi.org/10.1007/s11377-020-00481-4>
- Begun JW, Jiang HJ (2020) Health care management during Covid-19: insights from complexity science. *NEJM Catal*. <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0541>
- Bitzer EM, Ansmann L, Hörold M, Lyssenko L, Apfelbacher C (2020) „... oder doch lieber daheimbleiben?“ – Unterstützung bei der Entscheidung zur Inanspruchnahme der Regelversorgung während der Covid-19-Pandemie durch Akteure des Gesundheitssystems. *Bundesgesundheitsbl* 64:277–284. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03282-4>
- BMG (2020a) Gesetz zum Ausgleich Covid-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (Covid-19-Krankenhauserlastungsgesetz) vom 27. März 2020. *BGBl* 2020 I:580–586
- BMG (2020b) Erste Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 25. März 2020. *BGBl* 2020 I:596
- BMG (2020c) Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020. *BGBl* 2020 I:1018–1036
- BMG (2020d) Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV) vom 8. Juni 2020. *BAnz AT* 9. Juni 2020
- BMG (2021) Coronavirus-Pandemie (SARS-CoV-2): Chronik bisheriger Maßnahmen und Ereignis-

se. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html>. Zugegriffen: 25. Juli 2021

- Bourgeault IL, Maier CB, Dieleman M, Ball J, MacKenzie A, Nancarrow S, Nigenda G, Sidat M (2020) The Covid-19 pandemic presents an opportunity to develop more sustainable health workforces. *Hum Resour Health*. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00529-0>
- Buerhaus P, Auerbach D, Staiger DO (2020) Older Clinicians and the Surge in Novel Coronavirus Disease 2019 (Covid-19). *JAMA* 323:1777–1778. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4978>
- CoronaSchVO (2020) Verordnung zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (CoronaSchVO) vom 22. März 2020; *GV.NRW.2020.S178a*
- Dommasch M, Gebhardt F, Protzer U, Werner A, Schuster E, Brakemeier C, Mayer J, Feihl S, Querbach C, Braren R, Treiber M, Geisler F, Spinner CD (2020) Strategie einer universitären Notaufnahme für das Covid-19-Management im Rahmen einer beginnenden Epidemie. *Notf Rett Med* 15:1–9. <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00759-8>
- Faggioli S, Lorini FL, Remuzzi G (2020) Adaptations and lessons in the province of Bergamo. *N Engl J Med*. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2011599>
- Finke M, Pin M, Bernhard M, Rovas A, Pavenstädt JH, Kümpers P (2020) Isolationsmaßnahmen, Diagnostik und Organisation in deutschen Notaufnahmen während der Covid-19-Pandemie 2020. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 24:1–8. <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00775-7>
- Hoffmann F, Starke F, Khaladj N (2020) Was haben wir aus der SARS-CoV-2-Pandemie gelernt? Implikationen für die Notfallversorgung am Beispiel des Versorgungsgebietes Darmstadt. In: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg) *Qualitätsmonitor 2020. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin*, S 205–221
- Mahlke L, Flohé S, Matthes G, Paffrath T, Wagner F, Wölfel C (2020) Chirurgie in der SARS-CoV-2-Pandemie. *Unfallchirurg* 123:571–578. <https://doi.org/10.1007/s00113-020-00830-6>
- Mau J (2020) Spahn: “whatever it takes”. <https://www.bibliomedmanager.de/news/40083-spahn-whatever-it-takes>. Zugegriffen: 12. Aug. 2021
- Osterloh F (2020) Coronavirus: Krankenhäuser verschieben planbare Eingriffe. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/213192/Coronavirus-Krankenhaeuser-verschieben-planbare-Eingriffe>. Zugegriffen: 25. Juli 2021
- Oswald J, Schmidt-Rettig B, Eichhorn S (2017) *Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts Bd. 2.* Kohlhammer, Berlin
- Rentrop V, Schneider JS, Bäuerle A, Junne F, Dörrie N, Skoda EM, Schedlowski M, Mallmann B, Benecke

- AV, Kohler H, Gerigk M, Teigelack P, Emler T, Scherbaum N, Gradl-Dietsch G, Scheer K, Teufel M (2020) Psychosocial emergency care in times of Covid-19: the Essen University Hospital concept for corona-infected patients, their relatives, and medical staff. *Int Arch Occup Environ Health* 94:347–350. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01580-z>
- RKI (2021a) Robert Koch Institut Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der Covid-19-Pandemie. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Getrennte_Patientenversorg_stationaer.html;jsessionid=E32AEE26D9C5577107F4B255CFF5033A.internet052?nn=13490888#doc14068888bodyText2. Zugegriffen: 25. Juli 2021
- RKI (2021b) Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen im Rahmen von Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygiene.html. Zugegriffen: 25. Juli 2021
- Rieg S, Busch HJ, Hans F, Grundmann H, Bieber P, Bürkle H, Hammer T, Thimme R, Kern W (2020) Covid-19-Versorgung – Strategien der Taskforce Coronavirus und Erfahrungen von den ersten 115 Fällen am Universitätsklinikum Freiburg. *Dtsch Med Wochenschr* 145(10):657–664. <https://doi.org/10.1055/a-1147-6244>
- Schlenger R (2020) Antigentests auf SARS-CoV-2: Der Preis der Schnelligkeit. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/216516/Antigentests-auf-SARS-CoV-2-Der-Preis-der-Schnelligkeit>. Zugegriffen: 25. Juli 2021
- Schnitzbauer AA, Kempf VAJ, Hack D, Ciesek S, Meier S, Vehreschild MJGT, Wicker S, Kippke U, Graf J, Marzi I (2020) SARS-CoV-2/Covid-19: Systematischer Review zu Anforderungen an die persönliche Schutzausrüstung bei primärem Patientenkontakt und Strukturierung des Operationsbereiches. *Chirurg* 91:576–585. <https://doi.org/10.1007/s00104-020-01229-0>
- Settelmeier S, Rassaf T, Giannitsis E, Münzel T, Breuckmann F (2020) Capacity changes in German certified chest pain units during Covid-19 outbreak response. *Clin Res Cardiol* 109:1469–1475. <https://doi.org/10.1007/s00392-020-01676-z>

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

