

Harald Mang

# Prozessoptimierung im Krankenhaus: Chancen und Gefahren

Improvement of Hospital Processes: Opportunities and Threats

## Zusammenfassung

Papierlose Krankenhäuser und Digitalisierung von Prozessen sind heute schon die Realität. Es ist nicht vorstellbar, dass die Behandlung im Krankenhaus davon ausgeschlossen bleibt. Immer mehr unternehmerisch denkende Menschen wollen und werden die Vorteile an Geschwindigkeit, Qualität und Kosten einer möglichst großen Zahl von Patienten zugänglich machen. Ob die Politik diese Entwicklung nur mit Rahmenbedingungen, z. B. für die Qualitätssicherung und den Datenschutz, begleitet oder darin eine volkswirtschaftliche Chance erkennt, hängt vom Kräfteverhältnis zwischen den konservativen Angehörigen der Gesundheitsberufe und dem Zuwachs an objektivem und bezahlbarem Patientennutzen ab.

**Schlüsselwörter:** Klinische Pfade, Krankenhäuser, Organisation, Prozessmanagement, Prozessoptimierung

## Abstract

Paperless hospitals and the digitalization of processes are already a reality today. It is unimaginable to think that the treatment of patients in hospitals will somehow be immune to such developments. More and more entrepreneurs want to and will take advantage of process optimization – to improve speed, quality, and costs, and be more accessible to a larger number of patients. Whether public policies follow such developments – for example, with legislation addressing quality assurance and data protection – or take advantage of the economic opportunities will depend on the balance of power between conservative health care professionals and the increase in the use of such evidence-based and affordable services by patients.

**Keywords:** clinical pathways, hospitals, organization, process management, process optimization

Prof. Dr. med. Harald Mang  
Kordinator Medical Process Management  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-  
Nürnberg  
Krankenhausstraße 12, D-91054 Erlangen  
Harald.Mang@uk-erlangen.de

Zum Thema Prozessoptimierung im Krankenhaus fällt fast jedem, der einmal als Patient oder Besucher im Krankenhaus war, ein Handlungsfeld ein, z. B. Wartezeiten, Redundanzen, fehlende Informationen, schlechte Kommunikation oder veraltete Informationstechnik. In diesem Beitrag wird der Frage nachgegangen, in welchen Bereichen und für welche Aufgaben das Prozessmanagement und die Prozessoptimierung in Krankenhäusern eingesetzt werden können, um die Effizienz und Effektivität bestehender Kern-, Unterstützungs- und Managementprozesse kontinuierlich zu verbessern. Der Faktor Mensch, Zielkonflikte der internen Stakeholder und eine gewachsene Organisationsform stehen einer prozessorientierten Betrachtungsweise der betrieblichen Abläufe im Krankenhaus grundsätzlich entgegen. Deshalb sollen zunächst durch die Betrachtung der Organisationsformen von Krankenhäusern die Felder für das Prozessmanagement identifiziert werden. Die Analyse der unterschiedlichen Interessenlagen der internen Stakeholder – Ärzte, Pflege, Manager und Träger bzw. Eigentümer – zeigt, dass eine Prozessoptimierung Chancen und Gefahren sowohl für die Patienten als auch für die Krankenhäuser selbst birgt. Am Ende sind es dann gut ausgebildete, professionell motivierte und engagierte Mitarbeiter, die in dynamischen oder schwierigen Situationen improvisieren bzw. Komplexität reduzieren und Krankenhäuser zu effektiven, effizienten und menschlichen Organisationen machen.

### Organisationsformen von Krankenhäusern

Im Mittelpunkt organisatorischer Fragestellungen steht der Begriff der Aufgabe. Sie ist auf das Erreichen eines Ziels ausgerichtet, das sich durch Systematisierung in Teilaufgaben gliedern lässt (Aufabengliederung); diese wiederum verteilen sich durch eine Verknüpfung auf verschiedene Stellen (Stellenbildung). Eine Stelle ist die kleinste arbeitsteilige Einheit innerhalb eines Betriebes. Ihr Inhaber bewältigt die dieser Stelle zugeordneten und sinnvoll zusammengefassten Aufgaben. Meh-

rere Stellen lassen sich zu einer Abteilung oder einem Bereich zusammenfassen. Sie können nach Verrichtungen (funktionale Organisation) oder nach Objekten (divisionale Organisation) gegliedert werden. Das Funktionsprinzip zeichnet sich durch vergleichbare Tätigkeiten an verschiedenen Objekten aus, das Objektprinzip durch unterschiedliche Tätigkeiten an einem Objekt.

Bei der Verknüpfung der Teilaufgaben lassen sich zwei Dimensionen unterscheiden: die aufbaubezogene und die ablaufbezogene. Die Aufbauorganisation beschreibt die Form der Institution, die Struktur der Stellen, ihr Verhältnis untereinander, die Organisationsebenen und die Struktur ihrer Führung. Die Ablauforganisation koordiniert mehrere Teilaufgaben zu einem Arbeitsprozess und beschreibt dessen Ausführung. Das Ziel einer guten Ablauforganisation ist die effiziente Gestaltung von Arbeitsabläufen. Die Aufbau- und Ablauforganisation muss durch eine Informations- und Kommunikationsstruktur ergänzt werden, damit sich die Menschen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben abstimmen können.

Die Kirche und weltliche Orden gründeten die ersten Armenpflegehäuser, aus denen im ausgehenden Mittelalter Einrichtungen zur Krankenversorgung hervorgingen. Die Führung dieser Krankenhäuser war durch die Regeln und Denkweisen des christlichen Glaubens geprägt. Die strenge klerikale Denk- und Führungsordnung, die mit der durch Gott verliehenen Macht gerechtfertigt wurde, war charakterisiert durch Barmherzigkeit, Seelsorge und Religiosität. Der Aufstieg der Wissenschaften im 19. Jahrhundert relativierte die Autorität des Klerus. Das naturwissenschaftliche Denken und die rasche technologische Entwicklung verhalfen auch der Medizin zu großem Erfolg. Dieser verlieh den Ärzten neue Macht, weil sie aufgrund ihres Wissens befähigt waren, den als verloren geltenden Kranken zu retten. Der ärztliche Patriarch mit seiner Fachkompetenz auf seinem Gebiet bestimmte nun die Geschicke des Krankenhauses. In der Folge bildeten sich auch die verschie-

denen Fachabteilungen des Krankenhauses heraus. Die Hierarchie im ärztlichen Dienst und die funktionale Organisationsform, welche die Krankenhäuser bis heute prägt, hatten ihren Ursprung in dieser Zeit. Der Pflegedienst als zweiter Hauptleistungserbringer ist bis heute in ähnlicher Weise, d.h. hierarchisch und funktional, organisiert.

Die früheren Krankenhausverwaltungen wurden durch die Einführung und jährliche Wartung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)<sup>1</sup> sowie zusätzlicher gesundheitspolitischer Anforderungen (v. a. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement) zu einem betriebswirtschaftlich dominierten Krankenhausmanagement transformiert. In der Folge sind heute im Vorstand vieler Krankenhäuser die Medizin, Pflege und Verwaltung durch einen Ärztlichen Direktor, einen Pflegedirektor und einen Kaufmännischen Direktor vertreten. Da die Interessen der Vertreter dieser drei Professionen in vielen Fragen zwangsläufig divergieren, ist stets ein erhebliches Konfliktpotenzial vorhanden. Dieses Problem haben viele Krankenhausträger erkannt und anstatt eines mehrköpfigen Vorstands einen Geschäftsführer an die Spitze des Krankenhauses gesetzt, der von den Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen beraten wird, aber allein verantwortlich entscheidet. In der Mehrzahl handelt es sich bei den Geschäftsführern von Kliniken um Kaufleute, aber es sind auch ehemalige Ärzte und Krankenpfleger – meist mit einer zusätzlichen betriebswirtschaftlichen Qualifikation – darunter.

Bis ins 19. Jahrhundert baute man die Krankenhäuser mit großen Krankensälen, in denen die Kranken versorgt und alle Leistungen – auch die ärztlichen – erbracht wurden. Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts entstanden in den Krankenhäusern Räumlichkeiten für bestimmte Aufgaben, z. B. Operationssäle, Laboratorien und Infektionsstationen, später auch Kinder- und Intensivstationen. Bei der Planung eines Krankenhauses beachtete man immer stärker eine funktionale Bauweise, um die Leistungen in ihren Abläufen effizient kombi-

nieren zu können. Die funktional gebauten Krankenhäuser des 20. Jahrhunderts sind, bedingt durch die stetige medizinische Spezialisierung, charakterisiert durch eine ständige Zunahme der Leistungsstellen. Im Vergleich mit der Leistungsstelle Krankensaal erhöhte dies die Zahl der Schnittstellen und damit den Koordinationsaufwand. Ein Hauptproblem, das man bei der Existenz von vielen Schnittstellen beobachtet und heute noch in vielen Krankenhäusern findet, ist die mangelnde Abstimmung durch unzureichende Informationsweitergabe und schlechte Kommunikation.

Die unmittelbare Folge fehlender Informationen ist ein Zeitverlust, denn der Patient wird in der Regel weder nicht noch falsch behandelt, sondern dann, wenn die notwendigen Informationen vorliegen. Welche Informationen im Einzelfall notwendig sind, ist Fachleuten bekannt oder in Leitlinien, Arbeitsanweisungen (engl. Standard Operating Procedure, SOP) und Checklisten hinterlegt. Das Beschaffen dieser Informationen bedeutet für Patienten längere Wartezeiten und Verweildauern im Krankenhaus und unter Umständen auch Redundanzen.

Für die Krankenhäuser sind immer höhere Kosten und manchmal unzufriedene Patienten die Folgen der mangelnden Verfügbarkeit klinischer Informationen. Professionssoziologische Unterschiede in Medizin, Pflege und Verwaltung<sup>2</sup> sowie striktes Abteilungsdenken sind gleichermaßen Ursachen einer schlechten Kommunikation, die charakterisiert ist durch einseitige Durchsetzung von Lösungen, Ad-hoc-Entscheidungen und gegenseitige Schuldzuweisungen anstatt gemeinsamer Gestaltung der Prozesse.

### **Prozessmanagement und Prozessoptimierung**

Funktionale Organisationsformen, wie sie aus der industriellen Fertigung bekannt sind, bewähren sich bei standardisierten Arbeitsabläufen mit konstanten Rahmenbedingungen und einem hohen Aufkommen gleichartiger Nachfrage. Je komplexer das Umfeld und je individueller die

Kundenbedürfnisse sind, desto schneller werden die Grenzen der Organisation erreicht und desto ineffizienter und teurer werden die Gesamtprozesse. Für Krankenhäuser, deren Rahmenbedingungen sich in den letzten Jahren rapide geändert haben und die sich den Herausforderungen neuer Versorgungsformen stellen (ambulante Leistungen, integrierte Versorgung, Kooperationen und Zentrenbildung), bedeutet dies, dass neue Organisationsformen entwickelt werden müssen. Hinzu kommt, dass – infolge der wachsenden Zahl alter Menschen und des Angebots medizinischer Leistungen – die Anlässe für deren Inanspruchnahme immer heterogener werden, so dass auch mit Blick auf den Patienten eine flexiblere Organisation gefordert ist, die sowohl seine individuellen Bedürfnisse (z. B. Wartezeiten und Ergebnisqualität) unterstützt als auch hohe Anforderungen an die Leistungserstellung (z. B. Transparenz, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit) erfüllt und die sich damit am Markt gegenüber anderen Anbietern durchsetzen kann. Das Problem der mangelnden Kundenorientierung und Produktivität konnten viele Wirtschaftsunternehmen in den letzten 25 Jahren erfolgreich meistern durch einen Perspektivenwechsel von der vertikalen hierarchischen Sichtweise zu einem horizontalen ganzheitlichen Blick auf die betrieblichen Abläufe. Die Konzentration auf seine Wertschöpfungsprozesse ermöglicht es einem Unternehmen, diese gezielt zu verbessern. Während die Prozessoptimierung über lange Zeit als Aufgabe des Qualitätsmanagements betrachtet wurde, ist sie heute zum Bestandteil eines umfassenden integrierten Prozessmanagements von Unternehmen und Einrichtungen geworden.

In der Praxis müssen die zu verbessernden Abläufe zuerst im Rahmen der Prozessanalyse zum Beispiel mittels Prozessmodellierung erfasst und klassifiziert werden. Um die Qualität und Leistungsfähigkeit der so zu beschreibenden Prozesse zu bewerten, müssen geeignete Leistungskennzahlen (engl. Key Performance In-

dicator, KPI) eingeführt werden. Mit Hilfe einer so gewonnenen Prozessbeschreibung lässt sich eine Prozesslandkarte (Prozessogramm im Gegensatz zum Organigramm) des Betriebes erstellen, die als Bezugsbasis für weitere Optimierungen dient. Betroffen können hiervon alle Krankenhausbereiche sein, beginnend mit Kernprozessen (Forschung, Lehre und Krankenversorgung) über die medizinischen Supportprozesse (z. B. Apotheke, Labor, Röntgen) bis zu den nicht-medizinischen Supportprozessen (z. B. Patientenverwaltung, Materialwirtschaft, Informationstechnik).

Für die Beherrschung komplexer betrieblicher Prozesse und deren Optimierung werden heutzutage zahlreiche mehr oder weniger geeignete Software-Werkzeuge angeboten, die immer an die jeweiligen betrieblichen Erfordernisse angepasst werden müssen. Die Analyse der definierten Prozesse und ihrer Kennzahlen dient v. a. der Einordnung ihres Beitrages zur Wertschöpfung. Auf Basis der daraus gewonnenen Erkenntnisse sollen mit Hilfe dieser Werkzeuge die betrieblichen Ressourcen sodann auf Schlüsselprozesse konzentriert und Zielgrößen für deren Optimierung entwickelt werden. Im Rahmen softwaretechnisch realisierter Simulationen können die gewonnenen Ergebnisse auf ihre Wirksamkeit überprüft werden.<sup>3</sup> Den Anstoß zur Gestaltung von Prozessen in Krankenhäusern haben die Implementierung von Standard-Software- (z. B. SAP®) und Qualitätsmanagement-Systemen, die Prozesskostenrechnung sowie die elektronische Arzneimittelverordnung (engl. Computerized Physician Order Entry, CPOE) geliefert.

Heutzutage werden im Krankenhaus überwiegend nur die medizinischen und nicht-medizinischen Supportprozesse hinsichtlich Kosten und Durchlaufzeiten optimiert. Um hingegen eine systemübergreifende Prozessorientierung zu erreichen, ist die konsequente Verzahnung betriebswirtschaftlich ausdifferenzierter therapeutischer und pflegerischer Funktionsbereiche mit Blick auf den Behandlungserfolg und die Pa-

tientenzufriedenheit notwendig. Bei der Prozessoptimierung werden alle Arbeitsvorgänge, die nicht zum gewünschten Ergebnis beitragen, sondern abteilungsinternen Zielvorgaben dienen, als Verschwendung angesehen. Dies führt dazu, dass die Ziele der Teilbereiche nicht mehr hinsichtlich der Effizienzoptimierung der Teilaufgaben, sondern aus der Perspektive des Gesamtprozesses definiert und vereinbart werden. Da sich einseitig ökonomische Ziele, insbesondere finanzielle Anreize, vor allem zum Nachteil von Patienten auswirken,<sup>4</sup> wird eine komplette Ausrichtung der Gesundheitsversorgung am Nutzen der Patienten (Value-based Healthcare) gefordert.<sup>5</sup> Das Verhältnis aus dem Patientennutzen (= medizinisches Ergebnis + Servicequalität) und den dafür verursachten Kosten ist die Wertschöpfung, die Zielgröße der Prozessoptimierung.

Die bekanntesten Beispiele für unter diesem Blickwinkel gestaltete, abteilungs-, berufsgruppen- und professionsübergreifende, medizinisch und ökonomisch abgestimmte Ablaufpläne sind Klinische Pfade, die viele Krankenhäuser in den letzten 15 Jahren für den gesamten Behandlungsablauf der am häufigsten vorkommenden Krankheitsbilder bzw. Fälle entwickelt haben. Ergänzt wird das prozessorientierte Fallmanagement anhand von Klinischen Pfaden durch eine interdisziplinäre Aufnahmestation und ein zentrales Belegungsmanagement.

### **Beispiel 1: Klinische Pfade und Standards**

Der Nutzen Klinischer Pfade konnte in mehreren systematischen Übersichtsarbeiten gezeigt werden. Ein systematischer Review zur Ergebnismessung der Wirksamkeit konnte positive Auswirkungen Klinischer Pfade auf die Outcomekriterien Versorgungsqualität, Sicherheit und Ressourcenverbrauch zeigen.<sup>6</sup> Ein Cochrane-Review konnte nachweisen, dass durch den Einsatz von Klinischen Pfaden weniger Komplikationen, kürzere Liegezeiten und geringere Kosten erreicht werden.<sup>7</sup> Eine Single-Center-Studie aus

Deutschland kam zu dem Ergebnis, dass sich die Implementierung eines Klinischen Pfades für die Fast-Track-Chirurgie bei Dickdarmoperationen zwar positiv auf die Prozessqualität auswirkt, aber nicht signifikant auf die Verweildauer und Sterblichkeit der Patienten sowie die Rate an Komplikationen, Reoperationen und Wiederaufnahmen in das Krankenhaus.<sup>8</sup> Offensichtlich lassen sich eher positive Auswirkungen von Klinischen Pfaden auf den Ressourcenverbrauch als auf den Patientennutzen nachweisen. Das Gefühl, zum Nachteil der Patienten zu sparen und immer unter Zeitdruck arbeiten zu müssen, ließ v. a. in der Pflege Stimmen laut werden, die Klinische Pfade als Instrumente einer zunehmenden Ökonomisierung und „Industrialisierung“ der Medizin sehen.<sup>9</sup> Aktuell muss offen bleiben, ob Klinische Pfade, die mit Hilfe integrierter EDV-Systeme den gesamten Behandlungsablauf von der Aufnahme bis zur Entlassung beschreiben, dokumentieren, kalkulieren und steuern, eine Zukunft haben.

Allgemein durchgesetzt haben sich hingegen die so genannten SOPs (Standard Operating Procedures), Standardvorgehensweisen, die häufig wiederkehrende Arbeitsabläufe mit dem Ziel, Abweichungen zu vermeiden, beschreiben. SOPs können Teil Klinischer Pfade oder festgelegter Prozesse eines Krankenhauses sein oder Leitlinien- und evidenzbasierte Standards für das Vorgehen bei bestimmten Krankheitsbildern, klinischen Problemen und Komplikationen. Während Standards in der Medizin früher, auch international, als „Kochbuchmedizin“ abgetan wurden, ist heute allgemein anerkannt, dass durch diese Standardisierung eine Verbesserung der Patientensicherheit erreicht wird – ganz ähnlich wie z. B. durch Checklisten in einem Flugzeugcockpit die Flugsicherheit erhöht werden konnte. Aktualität und Umfang der Informationen sowie die Zugänglichkeit via Smartphone haben den Klinikstandards innerhalb kurzer Zeit zum Durchbruch verholfen.<sup>10</sup>

## Beispiel 2: Die interdisziplinäre Aufnahme-station

Eine interdisziplinäre Aufnahme-station dient der Optimierung der Behandlung im Krankenhaus. Ziel ist die Übernahme des Patienten in die richtige Fachabteilung. Dies führt zu einer Verkürzung des Patientenaufenthaltes, da der Patient nicht in einer nicht zuständigen Fachabteilung diagnostiziert wird. Spätere Verlegungen wegen unzureichender Diagnostik im Aufnahmebereich führen zu einer längeren Verweildauer des Patienten und höheren Kosten. Auf der interdisziplinären Aufnahme-station wird frühzeitig die richtige Behandlungsform geklärt.<sup>11</sup> Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit werden Fehlbelegungen ausgeschlossen und die Aufnahme in eine „falsche“ Abteilung verhindert. Der Patient wird auf dieser Station aufgenommen und von einem Ärzte-Team unterschiedlicher Fachgebiete untersucht. Hier werden alle diagnostischen Maßnahmen ausgeführt oder veranlasst und organisiert. Dies beinhaltet außer der Anamnese und körperlichen Untersuchung auch Labor- und die meisten bildgebenden Untersuchungsverfahren. Erst wenn die Diagnose gestellt ist und damit die Behandlung feststeht, wird der Patient in die entsprechende Abteilung verlegt. Auch eine Verlegung direkt in den OP und von dort in die entsprechende Abteilung ist möglich. Für die allgemeinen Pflegestationen kann die Aufnahme-station als Puffer dienen. Nur bei Vollbelegung der Aufnahme-station erfolgt die Aufnahme in einer „zuständigen“ Fachabteilung.

## Beispiel 3: Zentrales Belegungsmanagement

Im Rahmen des prozessorientierten Fallmanagements stellt das zentrale Belegungsmanagement die logistische Ergänzung zur interdisziplinären Aufnahme-station dar. Seine Aufgabe ist die Steuerung aller Aufnahmen (geplanter und ungeplanter Patienten), Verlegungen und Entlassungen mit dem einzigen Ziel, den Patienten zur richtigen Zeit einen entsprechenden stationären Behandlungsplatz zur Verfügung zu stellen und dabei die vorhandenen Ka-

pazitäten optimal zu nutzen. Die vorrangigen Steuerungsziele sind Planungssicherheit für Mitarbeiter und Patienten während des Behandlungsverlaufs im Krankenhaus und nachfrageorientierte Bereitstellung von Kapazitäten. Die klassische Trennung der medizinischen Fachbereiche ist hierbei aufgehoben, die Belegung der nach dem Pflegeaufwand unterschiedenen Stationen ist interdisziplinär. Voraussetzungen hierfür sind das Vorhandensein von Echtzeitdaten, z. B. online verfügbare Patientendaten oder freie Bettenkapazitäten, und eine Entscheidungskompetenz des aufnehmenden Arztes, der aufgrund der medizinischen und ökonomischen Bedeutung seiner Entscheidungen entsprechend qualifiziert sein muss.<sup>12</sup>

## Chancen und Gefahren durch Prozessoptimierung im Krankenhaus

Das Verbesserungspotential in den Prozessen besitzt grundsätzlich zwei Dimensionen: Zum einen können die Durchlaufzeiten verkürzt werden, indem auf einzelne Teilprozesse ganz verzichtet wird, Teilprozesse zusammengefasst oder ausgelagert und Wartezeiten verkürzt werden. Zum anderen können Schnittstellen abgebaut werden, indem parallel laufende Teilprozesse nur noch einem Prozessverantwortlichen zugeordnet werden. Die Gewinne von Prozessoptimierung im Krankenhaus sind dabei (direkte Auswirkung auf die Parameter der Wertschöpfung jeweils in Klammer):

- die Kürzung der Verweildauer (Kosten),
- die Reduktion der Wartezeiten (Servicequalität),
- die Vermeidung von Redundanzen (Kosten, Servicequalität und u. U. medizinisches Ergebnis),
- die Reduktion der Behandlungsvariabilität (medizinisches Ergebnis) und
- die Verankerung des organisationalen Lernens (medizinisches Ergebnis, Servicequalität und Kosten).

Schon in dieser kurzen Aufzählung wird deutlich, dass die Prozessoptimierung praktisch immer

alle Parameter der Wertschöpfung positiv beeinflusst. Wäre dann in den Krankenhäusern noch eine Informationstechnik nach dem aktuellen Stand verfügbar, kämen weitere Vorteile hinzu. So könnte aus einer Hinterlegung aller Prozesselemente mit Kosten jederzeit eine verursachungsgerechte Prozesskostenrechnung abgeleitet werden, die die Grundlage für ein Kostenbewusstsein und die Elimination von Verschwendung wäre. Die Abbildung klinischer Pfade im Krankenhausinformationssystem würde die Dokumentationsqualität und -effizienz verbessern. Anstelle der bisherigen Praxis, sämtliche Maßnahmen zu erfassen, würden nur die Abweichungen vom Soll-Prozess dokumentiert. Die verständliche Aufbereitung der Prozesse würde es ermöglichen, den Patienten besser über seine Behandlung zu informieren und aufzuklären. Durch diese Partizipation würden das Vertrauen in die sowie auch die Zufriedenheit mit der Behandlung gesteigert werden.

Um Prozessmanagement erfolgreich in Kliniken einzuführen, muss sich das Krankenhausmanagement mit der Methodik auskennen, es den anderen Akteuren im Krankenhaus vorleben und die Umsetzung von Prozessmanagement maßgeblich unterstützen. Dazu gehört auch, die Grenzen der Prozessorganisation zu kennen und zu beachten. Ist eine Aufgabe durch ein hohes Maß sowohl an Differenziertheit als auch Dynamik charakterisiert, sollte man sie als Projekt betrachten und mit den Instrumenten des Projektmanagements angehen. Ebenso häufig treten in Krankenhäusern plötzlich Probleme mit hoher Dynamik auf, die nur mit Improvisation („Ad-hoc-Organisation“) zu lösen sind.<sup>13</sup> Die Fähigkeit, in Abhängigkeit von Dynamik und Komplexität der Aufgabenstellung, den „idealen“ Organisationstyp zu wählen, verlangt gut ausgebildete und professionell motivierte und engagierte Mitarbeiter.

Dies soll genügen um aufzuzeigen, wie die Prozessoptimierung im Krankenhaus das medizinische Ergebnis und die Servicequalität für den Patienten verbessert und gleichzeitig Verschwen-

dung und Kosten reduziert. Ebenso wie aus dem Küchenmesser durch Zweckentfremdung ein gefährliches Werkzeug werden kann, lässt sich die Prozessoptimierung auch einseitig zur Kostenreduktion einsetzen, dann natürlich um den Preis einer Verschlechterung der Ergebnisqualität. Offensichtlich sieht diese Gefahr auch die deutsche Gesundheitspolitik und steuert mit verschiedenen Gesetzesinitiativen zur Qualitätssicherung gegen,<sup>14</sup> was kein gutes Licht auf das Verantwortungsbewusstsein und die Professionalität des Führungspersonals von Krankenhäusern wirft.

## Führung

Hierarchische, statusbewusste Führungsstrukturen im Krankenhaus begünstigen einseitiges Zuschneiden von Arbeitsprozessen auf die Bedürfnisse von Führungskräften. Dieses kann ihnen eine angenehme und effiziente Arbeitsweise ermöglichen, dem stehen jedoch Zeit-Kosten auf Seiten der Mitarbeiter gegenüber, so dass das vermeintlich effiziente Verhalten Einzelner zur Ineffizienz der Gesamtorganisation führt. Berner rechnet die Kosten der „Hierarchie des Wartens“ vor: So führt eine zehnminütige Verspätung eines Oberarztes bei sechs wartenden Mitarbeitern zu einem Zeitverlust von 60 Minuten. Noch gravierender wirkt sich dies bei einer Chefarztvisite mit 15 Teammitgliedern aus. Eine zehnminütige Verspätung des Chefarztes summiert sich zu einem 150-minütigen Arbeitszeitverlust für die gesamte Station mit entsprechend negativen Konsequenzen für das Arbeitsklima und den Ablauf funktionsbereichsübergreifender Prozesse.<sup>15</sup>

Die Umsetzung einer organischen Organisationsform zählt zu den aktuellen Herausforderungen des Krankenhausmanagements. Sowohl für Führungskräfte als auch für Mitarbeiter im Krankenhaus erfordert dies die Entwicklung zusätzlicher Kompetenzen in der Arbeitsorganisation, Kooperation und Koordination, Delegation bzw. Übernahme von Entscheidungsbefugnissen und Verantwortung sowie in den Bereichen Kom-

munikation und soziale Interaktion. Studien über die Belastungen und Lebenszufriedenheit von Krankenhausärzten belegen, dass lange Arbeitszeiten verbunden mit hohen Erwartungen der Patienten und unzureichender Unterstützung die psychosoziale Gesundheit von Ärzten beeinträchtigen. Hinzukommt, dass sich viele Ärzte unzureichend für Kommunikation und Führungsaufgaben ausgebildet fühlen. Seitens der Krankenhausleitungen ist dieses Problem bislang vernachlässigt worden. Die Bundesärztekammer hat den Handlungsbedarf erkannt und mit ihrem „Curriculum Ärztliche Führung“ den Betroffenen eine Hilfestellung an die Hand gegeben.<sup>16</sup>

Die konsequente Ausrichtung der Krankenhäuser an den Herausforderungen der Zukunft darf daher nicht auf der organisatorischen Ebene verhaftet bleiben, sondern muss die Ebene des Managements und der Führungskultur einschließen. Ziel ist es, das Krankenhaus wieder zu einem attraktiven Arbeitgeber zu machen. Dies erfordert sowohl strukturierte Personalentwicklungskonzepte als auch eine systematische Analyse der Strukturen und Aufgabenfelder auf der Führungsebene.<sup>17</sup> Im Krankenhaus kommt es darauf an, dass die Mitarbeiter als Mediziner und Manager Fachleute sind und als Ärzte und Pfleger kreative und empathische Menschen.

## Referenzen

- 1 Hagenbichler E., *Das österreichische LKF-System*, Bundesministerium für Gesundheit, Wien (2010), S. 13-36
- 2 Vogd W., *Management im Krankenhaus – Eine Fallstudie zur Bearbeitung der Innen- und Außenspannungen unter den Bedingungen des deutschen DRG-Systems*, Berlin J Soziol (2017); <https://doi.org/10.1007/s11609-017-0332-8>
- 3 Kühn K., Schmid W., *VAO-Simulation im Gesundheitswesen*, mt | medizintechnik (2013); 133: 143-149
- 4 Jörg J., *Ethik und Ökonomie in der Medizin*, in: Jörg J., *Berufsethos kontra Ökonomie*, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, (2015); S. 8-21
- 5 Jonitz G., *Value Based Healthcare*, Ärzte Woche (2016); Ausgabe 42, Springer-Verlag GmbH, Wien
- 6 Mad P., Johanson T., Guba B., Wild C., *Klinische Pfade, Systematischer Review zur Ergebnismessung der Wirksamkeit klinischer Pfade*, Endbericht, Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien, (2008), S. 21-38
- 7 Rotter T., Kinsman L., James E. L., Machotta A., Gotthe H., Willis J., Snow P., Kugler J., *Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Review)*, Cochrane Database of Systematic Reviews (2010); Issue 3, Art. No.: CD006632, DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2
- 8 Schwarzbach M., Hasenberg T., Linke M., Kienle P., Post S., Ronellenfitsch U., *Perioperative quality of care is modulated by process management with clinical pathways for fast-track surgery of the colon*, Int J Colorectal Dis (2011); 26: 1567-1575
- 9 Becker K., Lenz S., Thiel M., *Pflegearbeit zwischen Fürsorge und Ökonomie, Längsschnittdanalyse eines Klassikers der Pflegeausbildung*, Berlin J Soziol (2016); 26: 501-527
- 10 siehe <https://www.klinikstandards.de/> und <https://www.medstandards.ch/> (letzter Zugriff am 31. Juli 2017)
- 11 Muehlenberg K., Wiedmann K. H., Rey G., *Interdisziplinäre Aufnahmestation, Effektives Instrument zur Behandlungssteuerung*, Deutsches Ärzteblatt (2002); 99: A 3452-3454
- 12 Morton A., Brunkhardt A., *Zentrales Belegungsmanagement, Optimierung der Kapazitätensteuerung*, BDO AG, Köln (2016), S. 1-3
- 13 Daniel K., *Managementprozesse und Performance*, Gabler Verlag, Wiesbaden, (2008), S. 1-15
- 14 Bundesministerium für Gesundheit, *Qualitätssicherung im Krankenhausbereich, Referat I „Internet, Soziale Netzwerke“*, Bonn Berlin (2017), <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/stationaere-versorgung/qualitaetssicherung.html> (letzter Zugriff am 31. Juli 2017)
- 15 Berner W., *Zeitmanagement im Krankenhaus, Versteckte Produktivitätsreserven*, Deutsches Ärzteblatt (2006); 103: A 1924
- 16 Bundesärztekammer, *Curriculum Ärztliche Führung, Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung*, Berlin (2007), Band 26
- 17 Vogd W., siehe Ref. 2