

Krankenhäuser im Spannungsfeld von Lean Management und neuen Herausforderungen

Adelheid Weßling

Perspektiven

Das Krankenhaus der Zukunft wird sich nicht mehr auf stationäre Leistungen und Notfallversorgung beschränken, sondern in zunehmenden Maße an der ambulanten Versorgung partizipieren. Der Gesetzgeber hat hierzu mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 die Weichen gestellt und sektorübergreifende Versorgungsverträge ermöglicht. 2002 folgte die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP = Disease Management Programm) für die sektorübergreifende Versorgung von chronischen Erkrankungen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 sind Möglichkeiten der ambulante Behandlung in Krankenhäusern geschaffen worden, die im Zuge der aktuellen Reformvorhaben weiter ausgebaut werden sollen.

Für Krankenhäuser bietet dies die Chance sich in der Versorgungslandschaft neu zu positionieren. A. Lungen, A. Gerber und K. W. Lauterbach¹ haben ein Modell der medizinischen Zentrenbildung entwickelt, wonach sich Krankenhäuser je nach ihrer Ausrichtung der Hochleistungsversorgung, der Übergangversorgung oder der Grundversorgung zuordnen lassen. Sowohl die Zentrenbildung, die im ambulanten Sektor in Form von medizinischen Versorgungszentren seit 2004 gesetzlich verankert ist, als auch die engere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung setzen ein hohes Ausmaß an Kooperation und Koordination voraus. Das Krankenhausmanagement steht heute vor der Aufgabe, den neuen Herausforderungen mit adäquaten Konzepten zu begegnen.

Organisationsformen

Traditionell vorherrschend in Krankenhäusern ist eine funktionale Organisationsform, die auf Arbeitsteilung und fachlicher Spezialisierung basiert. Zu den Charakteristika zählen die Trennung von medizinischen, pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Abläufen, Verwaltungskomplexität sowie hierarchisch geprägte Führungsstrukturen mit innerbetrieblicher Zentralisierung von Entscheidungsprozessen. Funktionale Organisationsformen, wie sie auch aus der industriellen Fertigung bekannt sind, bewähren sich bei standardisierten Arbeitsabläufen mit konstanten Rahmenbedingungen und hohem Aufkommen gleichartiger Nachfrage. Je dynamischer das Umfeld und je individueller die Kundenbedürfnisse desto sichtbarer werden jedoch die Grenzen, desto ineffizienter und damit auch kostspieliger werden die Gesamtprozesse der strikt nach Funktionen ausgerichteten Organisationen.²

Für Krankenhäuser, deren Rahmenbedingungen sich beginnend mit den ersten Kostendämpfungsgesetzen in den 1970er Jahren in den letzten Jahren rapide geändert haben und die sich neuen Herausforderungen der sektorübergreifenden Versorgung stellen (ambulante Leistungen, integrierte Versorgung, Disease Management), bedeutet dies, dass herkömmliche Organisationsformen überdacht werden müssen. Hinzukommt, dass infolge von medizinischen Fortschritten in Diagnostik und Therapie die Anlässe der Inanspruchnahme stationärer Leistungen zunehmend heterogener werden, so dass auch mit Blick auf die Patienten, den Endverbrauchern medizinischer Dienstleistungen, eine flexible Organisationsform gefordert ist, die deren Bedürfnissen entspricht und die sich am Markt gegenüber anderen Anbietern behaupten kann.

Management

In Anlehnung an die Weiterentwicklung von Managementtheorien für den privaten Wirtschaftssektor wird für den staatlich reglementierten Gesundheitssektor ein „Paradigmenwechsel von der Funktions- zur Prozessorientierung“³ gefordert. Prozessorientierung meint im Kern die komplette Ausrichtung einer Organisation an den Bedürfnissen der Kunden bzw. der Endverbraucher und hat in den Konzepten des Lean Managements und Total Quality Managements strategische Bedeutung erlangt.

Lean Management wird häufig mit Personalabbau assoziiert, beschreibt in erster Linie jedoch eine hierarchiearme, prozessorientierte Organisationsform. Dies beinhaltet⁴

- Konzentration auf Kernprozesse mit schnittstellenarmen Abläufen
- Abbau von Hierarchiestufen und Outsourcing von Nicht-Kernleistungen
- Bildung von überschaubaren, produkt- bzw. dienstleistungsorientierten Einheiten
- Delegation von Entscheidungsbefugnissen an Unternehmenseinheiten „vor Ort“
- Integration von unmittelbar prozessunterstützenden Serviceleistungen
- Statt Funktions- und Abteilungsgrenzen „durchlässige“ Strukturen und Prozesse
- Stärkung der informellen, horizontalen Kommunikation
- Selbststeuerung über Projektmanagement
- Flexibler Personaleinsatz im Sinne von Job Enrichment und Job Rotation

Die Umsetzung im Krankenhaus ist in Teilbereichen wie dem Outsourcing bzw. Insourcing – Gründung von Unternehmern in Unternehmen – bei tertiären Dienstleistungen (z.B. Wäscherei, Gebäudereinigung, Küche) verfolgt worden⁵, doch um eine systemübergreifende Prozessorientierung eines Hauses zu erreichen, ist eine konsequente Verzahnung ausdifferenzierter betriebswirtschaftlicher, medizinischer, therapeutischer und pflegerischer

Funktionsbereiche mit Blick auf das gewünschte Outcome (Kundenzufriedenheit, Behandlungserfolg) notwendig. In der reinen Lehre werden alle Arbeitsvorgänge, die nicht zur Erreichung des anvisierten Ergebnisses beitragen, sondern beispielsweise isolierten abteilungsinternen Zielvorgaben folgen, als unnötig angesehen. In Konsequenz führt dies dazu, dass „Teilaufgaben ... nicht mehr unter der Maxime der Effizienz in Bezug auf die Teilaufgabe, sondern aus der Perspektive des Gesamtprozesses heraus“⁶ zugewiesen werden.

Faktor Zeit

Die Notwendigkeit des Wechsels von einer funktionsbezogen zu einer prozessorientierten Sichtweise manifestiert sich in dem Faktor Zeit. Einzelne Funktionsbereiche innerhalb eines Krankenhauses (z.B. Radiologie, Chirurgie, Physiotherapie) können sehr effizient und qualitativ hochwertig arbeiten, doch wenn die Funktionsbereiche unzureichend miteinander verzahnt sind, kommt es infolge von Wartezeiten für die Patienten zu Zeitverzögerungen im Gesamtablauf, d.h., die direkten und indirekten Kosten der Behandlung erhöhen sich.⁷

Mit Einführung der pauschalierten Fallentgelte im Krankenhaus (DRG = Diagnosis Related Groups) ist prinzipiell ein Instrument geschaffen worden, das diesem Problem Rechnung trägt und Anreize für eine aufeinander abgestimmte prozessorientierte, zeitökonomische Gesamtplanung setzt, da Basispflegesätze entfallen, die eine Ausdehnung der Krankenhausverweildauer über die medizinische Notwendigkeit hinaus aus betriebswirtschaftlichen Gründen begünstigen. Krankenhäuser sind dadurch gefordert, Behandlungsabläufe effizient im Hinblick auf das gewünschte Outcome zu gestalten. Ihnen obliegt die Verantwortung, mit den vereinbarten DRGs kostendeckend gemäß dem anerkannten medizinischen Kenntnisstand (SGB V §2) zu arbeiten. In Abhängigkeit von der Kalkulation des Budgets kann dies für Krankenhäuser gravierende Folgen haben. Eine Studie von McKinsey weist aus, dass infolge der Umstellung des Vergütungssystems die wirtschaftliche Existenz jedes dritten Krankenhauses gefährdet ist⁸. Verschärft wird die Situation durch die von der Bundesregierung geplante Budgetkürzung für den stationären Sektor um 1%, d.h. um rund 500 Mio. EUR, und durch Mehrausgaben infolge der jüngsten Tarifabschlüsse für Ärzte und der Mehrwertsteuererhebung im Jahr 2007.

Führung

Ein bislang in der öffentlichen Diskussion um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen erst wenig beachteter Aspekt betrifft die Führungskultur in Krankenhäusern. Hierarchische, statusbewusste Führungsstrukturen im Krankenhaus begünstigen eine einseitige Zuschneidung von Arbeitsprozessen auf die Bedürfnisse von Führungskräften. Dieses kann ihnen eine effiziente

Arbeitsweise ermöglichen, dem stehen jedoch Zeit-Kosten auf Seiten der Mitarbeiter gegenüber, so dass das vermeintlich effiziente Verhalten Einzelner zu Ineffizienz der Gesamtorganisation führt. W. Berner und R. Berner konstatieren, dass eine zehnminütige Verspätung eines Oberarztes zur Visite bei sechs wartenden Mitarbeitern zu einem Zeitverlust von 60 Minuten führt⁹. Noch gravierender wirkt sich dieses bei Stationsbesprechungen mit 15 Teammitgliedern aus. Eine zehnminütige Verspätung des Chefarztes summiert sich zu einem 150minütigen Arbeitszeitverlust für die gesamte Station mit entsprechend negativen Konsequenzen für das Arbeitsklima und den Ablauf funktionsbereichsübergreifender Prozesse¹⁰.

Die Umsetzung von flachen Hierarchien im Krankenhaus und dezentralen Entscheidungseinheiten, wie im Konzept des Lean Managements empfohlen, 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 respektive Annahme von Verantwortung und Entscheidungsbefugnissen sowie im Bereich der Kommunikation und sozialen Interaktion. Dass auf diesem Gebiet Handlungsbedarf besteht, unterstreichen Studien über Arbeitsbelastungen und Lebenszufriedenheit von Krankenhausärzten. So ist belegt, dass hohe Arbeitszeitbelastungen verbunden mit hohen Erwartungen der Patienten und unzureichender Unterstützung die psychosoziale Gesundheit von Ärzten beeinträchtigen^{11,12}. Hinzukommt, dass sich viele Ärzte unzureichend für Kommunikation und Führungsaufgaben ausgebildet zu fühlen¹³. Seitens der Krankenhausleitung ist dieses Problem bislang vernachlässigt worden. Zwar vereinbaren die meisten Kliniken (79%) Ziele, insbesondere mit Chefärzten, Verwaltungskräften in Führungsverantwortung und der Pflegeleitung, doch in weniger als der Hälfte der Kliniken finden Zielvereinbarungsgespräche mit Oberärzten und Stationsleitungen statt¹⁴.

Fazit

Eine 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 bei sich insbesondere in ländlichen Regionen abzeichnendem Ärztemangel wieder zu einem attraktiven Arbeitgeber zu machen. Dies erfordert sowohl Personalentwicklungskonzepte als auch auf Führungsebene eine systematische Analyse der eigenen Strukturen und Aufgabenfelder. Speziell für Ärzte in leitender Funktion gilt es, Anforderungskomplexität und Entlastungsstrategien aufzuzeigen sowie Führungsstile vor dem Hintergrund der jeweiligen Unternehmenskultur zu harmonisieren.

- 1 Längen Markus, Gerber Andreas, Lauterbach Karl W.: Zentrenbildung und Krankenhausplanung. Ein Vorschlag zur methodischen Vorgehensweise, Das Krankenhaus 98, 11 / 2006: 963-968
- 2 Schlächtermann Jörg, Sibbel Rainer: Betriebswirtschaftliche Basis des Prozessmanagements und der Prozesskostenrechnung. Definition und Darstellung, in: Braun Günther E, Güssow Jan, Ott Robert (Hrsg.): Prozessorientiertes Krankenhaus, Stuttgart 2005: 28-41
- 3 Schlächtermann Jörg, Sibbel Rainer: a.a.O.: 29
- 4 Groth U, Kammel A: Lean Management, Wiesbaden: 1994, zit. nach Hentze Joachim, Graf Andrea, Kammel Andreas, Lindert Klaus: Personalführungslehre, Bern-Stuttgart-Wien: 2005
- 5 Steckel Tim, Grebener Steffen: Vom Selberkochen zum Bekochtwerden, in: Debitan Jörg, Goyen Mathias, Schmitz Christoph (Hrsg.): Zukunft Krankenhaus. Überleben durch Innovation, Berlin: 2006: 176-193
- 6 Schlächtermann Jörg, Sibbel Rainer: a.a.O.: 30
- 7 Schlächtermann Jörg, Sibbel Rainer: a.a.O.
- 8 McKinsey: Krankenhausreform weitgehend ausgereizt, Pressemitteilung, 02.05.2006
- 9 Berner Winfried, Berner Reinhard: Ineffizienz durch Zeitmanagement, Das Krankenhaus 2 / 2002: 149-151
- 10 Berner Winfried: Zeitmanagement im Krankenhaus. Versteckte Produktivitätsreserven, Deutsches Ärzteblatt 103, 27 / 2006: 1924
- 11 Jurkat Harald, Reimer Christian: Arbeitsbelastungen und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinerinnen in Abhängigkeit von der Fachrichtung, Schweizerische Ärztezeitung 82, 32-33 / 2001
- 12 Ramirez A. J., Graham J. Richards MA, Cull A, Gregory W.M.: Mental health of hospital consultants. The effects of stress and satisfaction at work, Lancet 347, 1996: 724-8
- 13 Reimer Christian: „Ich werde mehr gebraucht denn je!“ Bemerkungen zur Lebensqualität von Medizinerinnen, Kath. Ärztarbeit Dtl.: (Hrsg.): Wenn Helfer Hilfe brauchen – Das Burnout-Syndrom, Melle 1997
- 14 Eiff Wilfried von, Stachel Kerstin: Professionelles Personalmanagement. Erkenntnisse und Best-Practice-Empfehlungen für Führungskräfte im Gesundheitswesen, Wegscheid 2006