

KRANKENHÄUSER UNTER DRUCK

Die Prozessqualität ist die Grundlage

Wege zu einer besseren Kosteneffizienz von Krankenhäusern

Johannes Rüegg-Stürm*

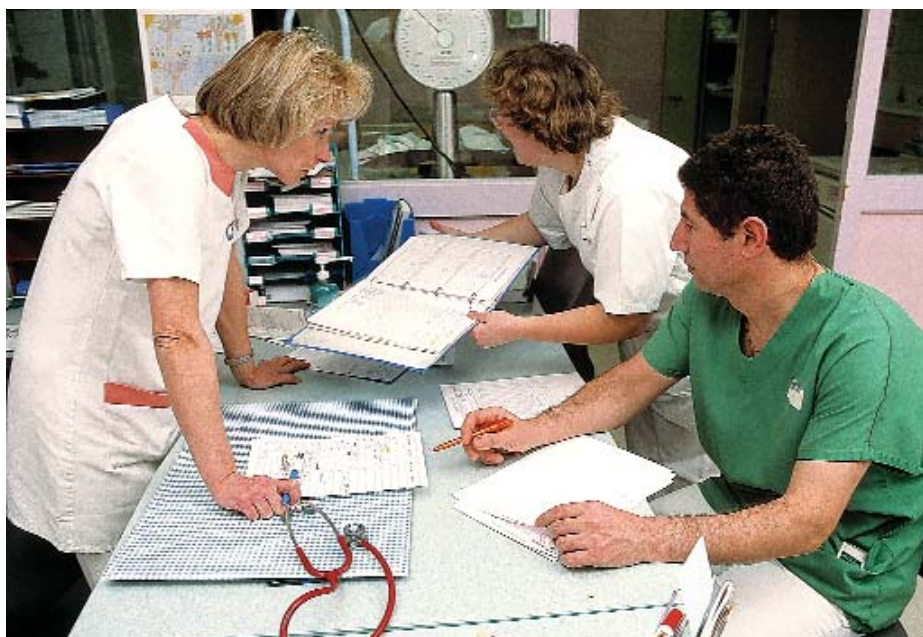


Foto: Superbild

Krankenhäuser sind inzwischen hoch arbeitsteilige Gebilde. Mitarbeiter aus drei Professionen müssen erfolgreich kooperieren: Ärzteschaft, Pflege und Ökonomie.

Der wachsende Effizienzdruck, auch im Gesundheitswesen, ist unbestritten. Der Wettbewerb wird es schon richten und ineffiziente Leistungserbringer aus dem Markt drängen – so die Hoffnung bestimmter Anwälte eines „besseren“ Gesundheitswesens. Wie aber können Kliniken mit dem steigenden Effizienzdruck konstruktiv umgehen? Im Folgenden werden sowohl „existenzgefährdende Trivialisierungsstrategien“ kritisiert als auch Ansatzpunkte aufgezeigt, wie die Wertschöpfung eines Krankenhauses aus organisatorischer Sicht nachhaltig optimiert werden kann.

Gefahr der Trivialisierung

Die Debatte zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens wird zurzeit von Fragen der Kosteneffizienz dominiert. Die wiederkehrende Ankündigung steigender Kosten löst regelmäßig ein Wehklagen über die Ineffizienz des Systems aus.

Klar ist, dass es auch in diesem Wertschöpfungssektor Effizienzsteigerungspotenziale gibt, die es systematisch auszuschöpfen gilt. Es muss aber auch festgehalten werden, dass eine Wachstumsrate der jährlichen Kosten des Gesundheitswesens in der Höhe von beispielsweise vier Prozent überhaupt nichts über die Entwicklung der Kosteneffizienz dieses Sektors aussagt (1). Und genauso wenig kann anhand der gewichteten Fallkosten eines Krankenhauses auf die Effizienz dieses Krankenhauses geschlossen werden. In beiden Fällen müssten die Kosten den tatsächlichen Leistungen und der erzielten Heilungswirkung dieser Leistungen gegenübergestellt werden. Dass aus solchen Wachstums- oder Fallkostenzahlen dennoch unbesehen Schlussfolgerungen gezogen werden, ist ein Indikator für die weitverbreiteten Trivialisierungsstrategien im Umgang mit den hochkomplexen Problemen des Gesundheitswesens.

Im Innenverhältnis von Krankenhäusern zeigen sich solche Trivialisierungsstrategien in der Art und Weise, wie versucht wird, mit dem wachsenden Effizienzdruck umzugehen. Häufig zu beobachten sind Restrukturierungen, das heißt mehr oder weniger überlegte Zusammenlegungen oder Schließungen von Abteilungen. Oder es erfolgt eine Ressourcenausdünnung in Form von Personalabbau oder Lohnkürzungen nach Maßgabe der Machtverhältnisse in der Organisation. Pflege, Reinigungspersonal sowie Assistenz- und Oberärzte sind bevorzugte Zielscheiben für solche Initiativen.

Erfahrungen in anderen Branchen zeigen aber, dass sich komplexe Systeme auf längere Sicht nicht ungestraft „trivialisieren“ lassen. Das Unheimliche besteht darin, dass es zu Umkippeffekten kommen kann. Das Unheil kündigt sich nicht graduell an, sondern tritt überraschend, schlagartig und weitgehend irreversibel ein.

* Der Autor dankt den Mitarbeitern des Forschungsprogramms HealthCare Excellence Silke Bucher, David Kurz, Jürgen Merz, Harald Tuckermann, Widar von Arx sowie den Forschungspartnern aus der Praxis für die gute Zusammenarbeit und die wertvollen Kommentare.

Wenn die hohe intrinsische Motivation vieler Mitarbeiter im Gesundheitswesen einmal verheizt und die entsprechenden Organisationskulturen „traumatisiert“ sind, könnten sich fatale Einbrüche in der Behandlungsqualität und Patientensicherheit ergeben. Dies zu vermeiden und dennoch sinnvoll, das heißt komplexitätsgerecht, mit dem wachsenden Effizienzdruck umgehen zu können, ist eine strategische Führungsaufgabe in Krankenhäusern (2). Im Folgenden wird auf der Grundlage eigener Forschungsarbeiten zunächst gezeigt, worin grundlegende Effizienzdefizite in Kliniken bestehen. In einem zweiten Schritt werden sinnvolle Ansatzpunkte einer nachhaltigen Optimierung skizziert.

Ursachen für Effizienzdefizite

Krankenhäuser sind inzwischen hoch arbeitsteilige Gebilde (3). Dutzende oder Hunderte von Mitarbeitern aus drei Professionen mit einer gleichermaßen starken und unterschiedlichen Identität und Mission müssen täglich erfolgreich kooperieren: Ärzteschaft, Pflege und Ökonomie. Auch innerhalb dieser Professionen ist eine ausgeprägte Spezialisierung anzutreffen. Diese Spezialisierung kann ihren Nutzen aber nur dann erbringen, wenn es zweckmäßig organisierte „Plattformen“ zur Integration des Fachwissens gibt. Beispiele hierzu wären interdisziplinäre Boards und prozessorientierte Führungs- und Organisationsformen. Warum kommt der systematischen Integration von Fachwissen im Sinn einer ganzheitlichen Medizin und Pflege eine wachsende Bedeutung zu?

Den zentralen Fokus der Wertschöpfung eines Krankenhauses bilden die Patienten. Die Wertschöpfung wird zu großen Teilen in der unmittelbaren Interaktion zwischen Medizin beziehungsweise Pflege und den Patienten erbracht (4). Diese Interaktion ist durch ein hohes Maß an wechselseitiger Informationsasymmetrie, an Ungewissheit, an Ambiguität und durch ein hohes Überraschungspotenzial, das heißt geringe Erwartbarkeit, gekennzeichnet. Jeweils neu einigermaßen korrekt zu erschließen, woran ein Patient leidet, worin die Wurzeln einer Krankheit

und die spezifische Wirkungs-dynamik einer Therapie bestehen, und wie sich der Krankheitsverlauf entwickeln dürfte, gehört zu den komplexesten beruflichen Aufgaben, die Menschen wahrnehmen können. Der Patient ist oft eine „Blackbox“. Dies gilt auch umgekehrt: Aus Sicht des Patienten ist der Arzt oder die Pflegefachkraft wenig durchschaubar. Hinzu kommt, dass die Wertschöpfung im Gesundheitswesen sehr oft eine existenzielle Dimension aufweist. Die zu erbringende Dienstleistung hat nicht einen Objekt-, sondern einen Subjektcharakter: Die Person des Patienten, ihre Existenz und Identität stehen im Zentrum.

Diese Art der Wertschöpfung hat aus Sicht der Führung und Organisation eines Krankenhauses zur Konsequenz, dass die Aufmerksamkeit der beteiligten Fachkräfte in höchstem Ausmaß auf diese hoch fragile Patienten-Arzt- beziehungsweise Patienten-Pflege-Interaktion konzentriert ist. Denn der Kern der Wertschöpfung besteht in der Verbesserung oder zumindest Stabilisierung des Krankheitszustands des Patienten und untrennbar damit ver-

Zeitdruck im Arbeitsalltag steigt. Mit anderen Worten: Die unmittelbare Wertschöpfung am Patienten im Krankenhausalltag absorbiert in der Regel so viel Aufmerksamkeit und Energie, dass grundlegende Problemstellungen einer durchgängig patientenzentrierten Wertschöpfung über den unmittelbaren Interaktionskontext hinaus unzureichend adressiert werden. Dies führt zu suboptimalen Arbeitsbedingungen, zumal die Voraussetzungen erfolgreicher therapeutischer Interventionen in Form einer zeitgerechten und vollständigen Bereitstellung von Diagnosebefunden, Patientendaten und Infrastrukturkapazitäten jeglicher Art immer anspruchsvoller und umfangreicher werden. Nicht selten beklagen dies die Akteure unter dem Stichwort „wachsende Administration“.

Spürbar werden die Defizite durch Wartezeiten, Mehrfachuntersuchungen, Planungsprobleme, geringe Verlässlichkeit, einseitig disziplinenzentrierte Behandlung, Stress der Mitarbeiter, schlechtes Arbeitsklima und dergleichen mehr. Die Mitarbeiter erleben einen Alltag, in dem zunehmend Fragmentierung, Feuer-

Es geht darum, die Handlungen optimal aufeinander abzustimmen: der richtige Patient, der richtige Arzt, die richtige Pflegekraft, das richtige Material, die richtige Information zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort.

bunden auch in der Stabilisierung der Patienten-Arzt- beziehungsweise Patienten-Pflege-Beziehung. In dieser interaktionszentrierten Form von professioneller Wertschöpfung kommt die Expertise der Fachkräfte voll zum Tragen. Im Vollzug dieser interaktionszentrierten Arbeit können Fachkräfte ihre Professionsidentität verwirklichen.

Aus der Managementperspektive birgt dies allerdings die Gefahr, dass die Kontextgestaltung, das heißt Grundfragen des Krankenhausweiten Organisierens und Führens, systematisch ausgeblendet und vernachlässigt wird (5). Diese Gefahr tritt besonders dann auf, wenn Organisationen stark wachsen, die Arbeitsteilung und Spezialisierung laufend zunimmt und der Effizienz- und

wehrübungen, „Administration“ und der Glaube dominieren, dass „sich hier ohnehin nichts machen lässt“ (6). Besonders belastend wirkt die Erfahrung, dass die Zeit für die Arbeit mit den Patienten dazu tendiert abzunehmen. Dies muss nicht sein – auch nicht in einem Kontext wachsenden Effizienzdrucks.

Optimierung der Systemlogistik

Sinnvoller Ansatzpunkt einer nachhaltigen Optimierung sollte demzufolge die Systemlogistik sein. Darunter versteht man alle diejenigen Aktivitäten, die dazu beitragen, dass im unmittelbaren Interaktionskontext mit Patienten durch Ärzte und Pflegekräfte eine optimale Wertschöpfung erbracht werden kann. Die

größten Optimierungspotenziale liegen in der Form der Vernetzung und Integration der einzelnen Wertschöpfungsbeiträge. Um diese substanziell zu verbessern, sind tief greifende Initiativen von strategischer Relevanz und Tragweite erforderlich. In solchen strategischen Initiativen müssen gemeinsam und gezielt die gewachsenen Prozesse, das heißt die zur Routine gewordenen Führungs- und Kooperationsmuster sowie infrastrukturelle Voraussetzungen wie IT „rekonstruiert“, hinterfragt und weiterentwickelt werden (7). Es geht darum, die einzelnen Entscheidungen und Handlungen optimal aufeinander abzustimmen: der richtige Patient, der richtige Arzt, die richtige Pflegekraft, das richtige Material, die richtige Information zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort.

Eine bereichsübergreifende Problemstellung

Die Optimierung und Gestaltung einer guten Systemlogistik ist eine bereichsübergreifende Problemstellung. Sie ist weder Angelegenheit der Ärzteschaft, der Pflege noch der „Verwaltung“ allein. Die Entwicklung einer tragfähigen Systemlogistik erfordert andere Kompetenzen als die unmittelbare Fachexpertise. In Organisationen mit einer traditionell hierarchischen Kultur oder in „Expertokratien“ (8) wie Krankenhäusern schafft dies besondere Herausforderungen, die gerade nicht mit Restrukturierungen oder lediglich personellen Änderungen lösbar sind. Vielmehr bedarf es einer oder mehrerer tiefer greifender Initiativen der Mobilisierung, Einbindung, Vernetzung und Qualifizierung von Mitarbeitern. Die zentrale Wirkungsdynamik einer gelingenden Initiative zur Optimierung der Systemlogistik lässt sich an der „Sandhaufen-Metapher“ (Wirkungspyramide) verdeutlichen (Grafik):

Ein Sandhaufen wird von unten her aufgeschichtet, eine Schicht ist jeweils Fundament der nächsthöheren Schicht. Ansatzpunkt der Optimierung bildet die Prozessqualität, das heißt Arbeit, die über Bereichsgrenzen hinweg gut aufeinander abgestimmt ist und mit einem minimalen Ressourceneinsatz ohne unnötige

ge Doppelspurigkeiten und Friktionen auskommt. Prozessqualität zahlt sich aus in einer hohen Zuverlässigkeit. Hohe Zuverlässigkeit bedeutet Erwartbarkeit und ermöglicht damit eine einfachere, bessere Planung ohne unnötige Zeitreserven. Hierzu ist jedoch eine sorgfältige Triage der Patienten nach Fallschwere, Komplexität und Überraschungspotenzial unerlässlich. Bei einer hohen Zuverlässigkeit kann eine Organisation viel eher auf Puffer, das heißt auf Zeitreserven, auf Informationsredundanz (Mehrfachablage), auf Kapazitätsreserven (Geräte, Betten, Infrastruktur, Personal), auf Materialreserven und auf Kontrolltätigkeiten verzichten. Damit sinken tendenziell die Kosten für Bereitschaftsleistungen und Kapitalbindung.

Der Verzicht auf Zeitreserven und die Verlässlichkeit externer und interner Partner erhöht sozusagen von selbst die Geschwindigkeit und damit die Flexibilität gegenüber den Patienten, indem unerwartet erforderliche Leistungen rascher verfügbar gemacht werden können. Verbesserungen in der Prozessqualität nutzen dem Patienten und verringern die Kosten. Allerdings setzen Initiativen zur Verbesserung der Prozessqualität ein hohes Maß an Ungewissheitstoleranz, Durchhaltevermögen und Geduld voraus.

Was aber passiert, wenn man umgekehrt vorgeht, das heißt oben an der Pyramide, direkt an den Kosten ansetzt, mit Personalabbau, Lohnkürzungen, Schließungen und Re-

strukturierungen? In der Regel sind zwei Effekte beobachtbar:

- Zunächst verstärken sich wegen der Ressourcenausdünnung oder erhöhter Ressourcenbeanspruchung die Defizite in der Prozessqualität: Alles wird tendenziell noch unberechenbarer, noch undurchschaubarer und noch hektischer.

- Dies lassen sich fähige und motivierte Mitarbeiter nicht lange gefallen. Gerade diejenigen, die langjährige Erfahrung und Motivation in nachhaltige Verbesserungsprozesse einbringen könnten, verlassen – trotz ausgeprägter Loyalität – oft als Erste das schwankende Schiff.

Solange ein Krankenhaus nicht bereits zum existenzbedrohten Sanierungsfall geworden ist, empfiehlt es sich also, bei der Prozessqualität und nicht bei den Kosten anzusetzen. Kosten sind nicht eine Steuerungsgröße, sondern ein Symptom für gute oder weniger gute Führungs- und Organisationsarbeit.

Wenn man eine überlegene Prozessqualität realisieren will, reicht es allerdings nicht aus, wenn einzelne Arbeitsplätze oder Abteilungen den Fokus der Anstrengungen bilden. Gute Prozessqualität setzt Transparenz, Organisationsbewusstheit und ein minimales Prozessverständnis der Beteiligten voraus. Angestrebt werden muss – über einzelne Bereichsgrenzen hinaus – ein waches Bewusstsein für die Wirkungszusammenhänge und Abhängigkeiten zwischen Handlungen und Entscheidungen entlang der Patientenpfade (9). Ein solches aufzubauen, die gelebten Prozesse, die nichts anderes als zur Routine gewordene Interaktionsmuster darstellen, überhaupt erst einmal zu erfassen, erfordert Geduld und ein achtsames, kulturverträgliches Vorgehen.

Der Patientennutzen steigt

Die beharrliche Optimierung der Prozessqualität gehört zu den strategischen Schlüsselherausforderungen eines Krankenhauses. Über entsprechende Verbesserungen können gleichzeitig der Patientennutzen und die Kosteneffizienz verbessert werden. Dies erfüllt die im Allgemeinen hoch motivierten Mitarbeiter mit Zufriedenheit und Stolz. Die Ausein-

**Die Wirkungs-
pyramide:** Es empfiehlt sich, bei der Prozessqualität und nicht bei den Kosten anzusetzen.



dersetzung mit Prozessqualität hat zudem den Charme, dass man sich dabei stets mit dem realen Alltagsgeschehen und nicht mit theoretischen Konzepten der Managementlehre befassen muss. Mobilisierung, Vernetzung, Vergemeinschaftung, Visualisierung und damit strukturierte Kommunikation stehen im Vordergrund – nicht blutlose Papiertiger. Ebenso erlauben es strategisch angelegte Initiativen der Prozessoptimierung simultan Strategie-, Organisations-, Personal-, Führungs- und Kulturentwicklung zu betreiben – ohne dass man entsprechende Initiativen in dieser Hinsicht zu deklarieren bräuchte (10). Mit anderen Worten: Solche Initiativen stellen sich im Nachhinein oft als Trojanische Pferde heraus – hoffentlich im guten Sinn.

Kulturell-menschliche Herausforderungen

Solche breit angelegten Anstrengungen müssen immer das Krankenhaus als Ganzes im Blick haben. Dazu ist ein methodisches Vorgehen notwendig, das sowohl den sachlich-analytischen als auch den kulturell-menschlichen Herausforderungen eines Krankenhauses ausreichend Rechnung trägt. Die Verantwortung hierfür trägt weder die Ärzteschaft, die Pflege noch die „Verwaltung“ allein. Eine professionsübergreifende Vergemeinschaftung von Problemlage und Lösungsoptionen und eine gemeinsame kooperative Führungsarbeit sind unerlässlich für das Gelingen einer Initiative zur Prozessoptimierung. Nur auf diese Weise kann in einem hoch fragilen Kontext einer unzulässigen Trivialisierung der Probleme vorgebeugt und der Grundstein für eine nachhaltige Optimierung gelegt werden – ohne Erfolgsgarantie, aber mit guten Aussichten für alle Beteiligten.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2007; 104(50): A 3464–7

Anschrift für die Verfasser
Prof. Dr. Johannes Rüegg-Stürm
Universität St. Gallen – Institut für Betriebswirtschaft
Dufourstrasse 40 a
CH-9000 St. Gallen
E-Mail: johannes.ruegg@unisg.ch
www.ifb.unisg.ch

 **Weitere Literatur im Internet:**
www.aerzteblatt.de/lit5007

GLOSSE

Tom Krause



Die Regisseure von „Qualitätsbericht 2004 – Zahlenodyssee im Krankenhaus“ haben jetzt „Qualitätsbericht 2.0 – 2006“ abgedreht, Untertitel: „XML-Outbreak – tödliche Gefahr durch den Killerdatensatz“. Einige logische Fehler aus dem 2004er-Film, wie beispielsweise die nicht nachvollziehbare Berechnung der Verweildauern, und ermüdende Längen, wie die litaneihafte Aufzählung des mitwirkenden Perso-

Kreuz gesetzt zu haben. Denn wer von der Konkurrenz macht da kein Häkchen? Ob da kompetente Anästhesisten oder nur der Ouzo und das Beißholz den Schmerz managen, musste nicht belegt werden. Wer sich dem Diktat der Auswahllisten nicht beugen wollte, der hatte auch die Möglichkeit, das System zu unterwandern und fast sämtliche Angaben unter „Sonstige“ als Freitext laufen zu las-

QUALITÄTSBERICHTE 2006

Wo bleibt die Sinnoptimierung?

nals, wurden beseitigt. Leider haben die Drehbuchautoren auch in der Fortsetzung geschlumpt. Mitwirkende Ärzte und das Pflegepersonal sollten diesmal gut strukturiert nach Fachabteilungen aufgeführt werden, was jedoch bei interdisziplinär arbeitenden Stationen zu kreativer Buchführung führte. Kernziel bei der Erstellung von „Qualitätsbericht 2.0“ war ein hoher Grad an Standardisierung, und so war schnell klar: Ein datenbankbasiertes suchmaschinenoptimiertes XML-Produkt in der 5-Megabyte-Klasse sollte es sein. Für die Suchmaschinenoptimierung wurden den Akteuren sogar diverse Auswahllisten zur Verfügung gestellt, besser wäre jedoch eine Sinnoptimierung der Listen selbst gewesen. So fragt sich der Geriater: Was ist eine geriatrische Erkrankung? Es fragt sich die Pflegedienstleitung, warum Altenpfleger unter „spezielles therapeutisches Personal“ aufzuführen sind und ob diese trotzdem dem Stellenschlüssel hinzugerechnet werden müssen, und es fragt sich Flipper, warum bei den Therapieformen die Delfintherapie vergessen wurde, wenn doch Fury seine Hipotherapie bekommen hat. Gefährlich dürfte es sein, an neuralgischen Stellen wie „Schmerzmanagement“ kein

sen, etwa eine Ambulanz für Iris-Diagnostik und Aura-Fotografie. So viel Freiheitsgrade wurden der Wissenschaft nicht zugestanden; die Sequenz über Forschung und Lehre wurde von den Drehbuchautoren auf 2 600 Zeichen begrenzt. Das hat den Unikliniken wahrscheinlich richtig viel Spaß gemacht. Die Dreharbeiten waren ungleich schwieriger als vor zwei Jahren. Der Premierentermin wurde mehrfach verschoben, weil lange Zeit unstrukturierte Gedanken über strukturierte Dialoge herrschten. Wir wissen jedoch nicht, wer die BQS-Zahlen in der dargestellten Form wirklich begreifen soll, und empfehlen dem Hamburger Publikum eher den www.hamburger-krankenhauspiegel.de. Zu allem Überfluss erlitt das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft angebotene kostenlose Erfassungstool IPQ mehrfach einen überlastungsbedingten Filmriss und sperrte die Protagonisten aus. Wir freuen uns jetzt schon auf Qualitätsbericht 3.0 – 2008 („Was Sie über deutsche Krankenhäuser gar nicht wissen wollen“). Dieser Streifen besteht aus den besten Szenen der in den Krankenhäusern durch die BQS heimlich installierten Webcams – mehr Transparenz geht nicht!

LITERATURVERZEICHNIS HEFT 50/2007, ZU:

KRANKENHÄUSER UNTER DRUCK

Die Prozessqualität ist die Grundlage

Wege zu einer besseren Kosteneffizienz von Krankenhäusern

Johannes Rüegg-Stürm*

LITERATUR

1. Abrahamsen Y, Hartwig J, Schips B: Empirische Analyse des Gesundheitssystems Schweiz. Zürich: vdf Verlag 2004.
2. Blackler F, Kenndey A: The Design and Evaluation of a Leadership Program for Experienced Chief Executive from the Public Sector. *Management Learning* 2004; 35 (2): 181–203.
3. Mintzberg H: Toward healthier hospitals. *Healthcare Management Review* 1997; 22(4): 9–18.
4. Boos L: Soziales Dilemma und die Organisation Krankenhaus. Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik 2002, Band 69.
5. Denis JL, Lamothe L, Langlely A: The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *Academy of Management Journal* 2001; 44(4): 800–37.
6. Bate P: Changing the culture of a hospital: From hierarchy to networked community. *Public Administration* 2000; 78(3): 485–512.
7. Weick KE, Sutcliffe KM: *Managing the Unexpected. Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco: Jossey-Bass 2001.
8. Mintzberg H: Structure in 5's: A Synthesis of Research in Organizational Design. *Management Science* 1980; 26(3): 322–41.
9. Vogd W: *Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure*. Bern: Hans Huber 2006.
10. Nagel R, Wimmer R: *Systemische Strategieentwicklung. Modelle und Instrumente für Berater und Entscheider*. 3. Auflage, Klett-Cotta 2004.