

# Effizienzsteigerung im Krankenhaus

- Anforderungen an die Klinik -

B. Stein<sup>1</sup>, F. W. Ahnefeld<sup>2</sup> und W. Friesdorf<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Service d'Anästhesie-Réanimation, Hôpital de la Villa d'Esch-sur-Alzette, Luxembourg

<sup>2</sup> Emeritierter Professor für Anästhesiologie, Universität Ulm

<sup>3</sup> Ordinariat für Arbeitswissenschaften, TU Berlin

## 1. Einleitung und Überblick

Das Gesundheitswesen steht unter einem enormen Veränderungsdruck, ist hohen Anforderungen an Qualität und Effizienz ausgesetzt und stellt insgesamt gesehen ein zentrales gesellschaftspolitisches Thema dar<sup>4</sup>. Komplexe Zusammenhänge beeinflussen Entwicklungen, Analysen und Korrekturversuche. Tatsache ist, daß bisher alle Reformversuche nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, auch im Ausland gescheitert oder zumindest teilweise gescheitert sind und auch weiterhin die Gefahr besteht, daß die Korrekturansätze eine Therapie verordnen, ohne daß die Diagnose gestellt wurde, wobei ganz sicher die Symptome aus unterschiedlichen Ursachen Syndrome verursachen, also stets ein multifaktorielles Geschehen den Hintergrund bildet und die Entwicklung oder Fehlentwicklung der Medizin selbst, der Strukturen und Organisationsformen, der personellen, politischen und sozialen Vorgaben oder Anforderungen in mannigfacher Weise Einfluß nehmen. Vereinfacht dargestellt kommt es bei Analyse- und Gutachtenergebnissen darauf an, wer den Auftrag gab und die Fragestellung entwickelte. Damit werden bereits die Zielrichtung und die Ergebnisse vorweggenommen, zumindest wesentlich beeinflusst. Es wurden inzwischen genügend Schuldige gefunden, angeprangert und mit Auflagen versehen, was sich in welcher Form ändern müßte. Interessant aber ist nur, daß von Gutachten zu Gutachten wechselnd immer andere Schuldige gesucht und gefunden wurden.

Im Gesundheitswesen steht die größte Geldmenge zur Disposition. Hier übersteigt bereits der Bedarf die Möglichkeiten, wobei heftig darüber gestritten wird, ob der Verbrauch bzw. die Anforderungen tatsächlich dem Bedarf entsprechen. Im Gesundheitswesen wird eine in allen Gebieten vorhandene Fehlentwicklung finanziell besonders sichtbar, aber auch sonst gibt es kaum einen Lebensbereich, in dem wir uns nicht in einer Krise befinden. Überall wird versucht, mit Reformen gegenzusteuern, kaum je ist es gelungen, das angestrebte Ziel zu erreichen. Die hier nur skizzierten Tatsachen sollten nun keineswegs zur Resignation führen. In der Medizin, insbesondere in der Klinik, haben wir in Teilbereichen unabhängig vom Umfeld die Möglichkeiten, z. B. mit den Methoden des Qualitätsmanagements, Defizite aufzuspüren und damit die Effektivität zu erhöhen, aber auch die

Kosten zu senken, Maßnahmen also vorzubereiten, und statt weiterer Diskussionen auch einzusetzen, zu erproben und zu beurteilen, die insgesamt einer Verbesserung der Effizienz dienen.

Der Erstautor dieses Artikels ist Krankenhausmediziner mit langjähriger Tätigkeit im europäischen Ausland und dabei erworbener Management-erfahrung, wobei er eine zusätzliche Ausbildung als Gesundheitsökonom absolvierte und nunmehr als leitender Anästhesist anhand konkreter Probleme im eigenen Arbeitsfeld seines Krankenhauses Wege zu einer Verbesserung der Effizienz aufzeigen möchte, die er ausführlich mit den Koautoren analytisch diskutiert hat.

Beginnen wir mit einem übergeordneten Ansatz: Das deutsche Gesundheitswesen ist mit vielen, eine moderne Entwicklung einengenden Traditionen belastet. Deswegen soll zunächst versucht werden, die Bedingungen des gesellschaftlichen Umfeldes anhand von drei Bereichen zu betrachten:

- die Entwicklung der Gesellschaft innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte
- die Unterschiede des deutschen Gesundheitswesens zum europäischen Ausland und
- die Entwicklung komplexer Dienstleistungen in anderen Bereichen unserer Gemeinschaft.

Dieses mit dem zentralen Ziel, die "Effizienzsteigerung im Krankenhaus" zu sehen, um daraus einen Beitrag für diesen wichtigen Teilbereich eines fehlgesteuerten bzw. ineffektiven Gesundheitssystems zu leisten.

Als Hauptproblem aller Diskussionen und Analysen über das Gesundheitswesen stellen sich dabei folgende Tatsachen heraus:

- Es ist extrem schwer bis unmöglich, eine emotionslose Analyse und Diskussion über das Gesundheitswesen zu führen, da hier Grundfragen des gesellschaftlichen und sozialen Lebens und auch die ethische Einstellung tangiert werden und im Grunde rasch die Erkenntnis wächst, daß das Konzept der "sozialen Marktwirtschaft" zur Disposition steht.

<sup>4</sup> Arnold et al.; Beske et al.

## Qualitätsmanagement

- Das Gesundheitswesen gilt bislang als eine "Sonderwirtschaftszone", sowohl von seiner Organisation, den Strukturen als auch aus der Sicht der Bürger<sup>5</sup>. In der politischen und ökonomischen Realität werden in dieser "Zone" jährlich 250 Mrd. Euro ausgegeben. Einerseits werden die zu hohen Kosten beanstandet, andererseits die Anforderungen immer noch gesteigert.
- Mediziner interessieren sich gezwungenermaßen immer stärker für administrative Aufgaben, allerdings hat der klinisch tätige Arzt durch die Leistungsverdichtung seiner Tätigkeit wie auch durch das rasant ansteigende medizinische Wissen oft kaum die Möglichkeit, sich mit fachfremden oder innovativen Konzepten der Organisation auseinanderzusetzen.
- Die gesamte Diskussion und Veränderungsstrategie im Gesundheitswesen wird derzeit dominiert von ökonomischen und administrativen Aspekten auf der Organisationsebene, aber wenigen Auseinandersetzungen auf der normativen und strategischen Ebene<sup>6</sup>.

### 1.1 Gesellschaftliche Veränderungen mit Auswirkungen auf das Gesundheitssystem

Das Gesundheitswesen ist Teil des Ganzen und Kern der sozialen Strukturen unserer Gesellschaft. Es mußte sich in der Gesamtheit und in Teilbereichen an die Veränderungen unseres Lebens adaptieren und es wurde positiv und negativ beeinflusst.

- Rasante Fortschritte der Technologie und Wissenschaft, insbesondere durch die Entwicklung der Mikroelektronik, der Rechnerleistung und Speichermedien mit Einfluß auf die Halbwertszeit des Wissens.
- Revolutionierung und Demokratisierung der Kommunikation und des Zugangs zu Informationen und Wissen durch Entwicklung neuer Kommunikationssysteme und -formen.
- Nach dem "Fall der Berliner Mauer" Zusammenbruch eines bipolaren politischen Systems mit nachfolgender Globalisierung und Ökonomisierung der Gesellschaften und der Konsequenz, daß ein Konzept der freien Marktwirtschaft und des freien und wenig geregelten Flusses von Waren, Menschen und Dienstleistungen weltweit überwiegt.
- Rückgang traditioneller Familienstrukturen begleitet von einem Geburtenrückgang, Steigerung der Scheidungsrate in den entwickelten Ländern, Vereinzelung der Gesellschaft und Verlust sozialer Strukturen, begleitet und unterhalten von einer gesteigerten Mobilität.
- Erhebliche Zunahme der Lebenserwartung mit Verlängerung der Phase chronischer Krankheiten

wie auch des Ausschlusses aus dem Arbeitsprozeß mit Konsequenzen auf die Sozialversicherungssysteme.

- Verlust immaterieller Ideale an gesellschaftlicher Anerkennung und Ersatz durch materielle und "Lifestyle"-Aspekte in der Lebensplanung und gesellschaftlichen Wertung mit hohem Anspruch an körperliche Unversehrtheit und Lebensqualität.

### 1.2 Unterschiede des deutschen Gesundheitswesens zum europäischen Ausland

Die im Vorausgegangenen skizzierten Umwälzungen betreffen die gesamte westliche Welt und damit alle unsere europäischen Partner. Dennoch hat das deutsche Gesundheitswesen Eigenheiten bewahrt, das es von anderen Ländern unterscheidet. Allerdings soll an dieser Stelle auch betont werden, daß jedes Kernelement einer Gesellschaft in dem Lichte seiner historischen und kulturellen Entwicklung gesehen werden muß und daher nicht beliebig transponierbar ist. Daher hat uns der Hinweis auf andere Gesundheitssysteme leider nicht nur positive Impulse verschafft, sondern auch die Diskussion verzerrt und Inkompatibilitäten verschleiert. Trotz dieser Einschränkungen bleibt festzuhalten:

- Liegedauer und Anzahl der Krankenhausbetten pro Einwohner in Deutschland liegen weiterhin über dem europäischen Durchschnitt.
- Deutschland nimmt in dem zwar heftig umstrittenen WHO-Ranking 2000 nur den 25. Platz ein (Platz 1 Frankreich, Platz 2 Italien, USA Platz 37!!), während es bei den Gesundheitsausgaben unter den ersten fünf liegt<sup>7</sup>.
- Ambulanter und stationärer Sektor weisen im europäischen Vergleich einen geringen Vernetzungsgrad auf und laufen weiterhin in getrennten Versorgungs- und Budgetschienen.
- Deutschland weist aufgrund seiner Geschichte und Kultur eine ausgeprägte Parzellierung in Verbände und Berufsgruppen auf. So ist z. B. eine "Kassenärztliche Vereinigung" in vielen Ländern inexistent und auch kaum vorstellbar.
- Diese Parzellierung führt zu einer starken Steuerung des Angebotes im Dienstleistungsgeschehen des Gesundheitswesens mit negativen Auswirkungen auf die Transparenz.
- Das Gesundheitswesen ist in Deutschland insbesondere im Krankenhausbereich durch eine ausgeprägte und in diesem Ausmaß im Ausland unbekannte Hierarchie gekennzeichnet mit Auswirkungen auf Formen in der ärztlichen Kooperation und im Wissenstransfer.
- Deutsche (oder deutschsprachige) Eigenheit bleibt es, klinische Leitungsfunktionen auch an nichtuniversitären Krankenhäusern an wissenschaftliche Qualifikationen, wie beispielsweise die Habilitation zu koppeln und weniger an klinische und Managementkenntnisse. Daraus ergeben sich erhebliche Auswirkungen auf die Organisationen, auf Ablaufplanungen, die Ausbildung, nicht zuletzt auf ökonomische Fragen.

<sup>5</sup> Beske et al.

<sup>6</sup> Bleicher et al.

<sup>7</sup> Who Report 2000

### 1.3 Entwicklung komplexer Dienstleistungen in anderen Bereichen unserer Gesellschaft

Die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens, der Gedanke, das Krankenhaus als Unternehmen zu verstehen, und der Einzug der Effizienzproblematik und des Qualitätsgedankens in die Krankenversorgung soll nicht darüber hinwegtäuschen, daß in der Industrie und anderen Dienstleistungsbereichen sehr viel früher die Organisation komplexer und hochqualifizierter Arbeitsbereiche untersucht und aufgebaut wurde. Das Wissen und die umfangreiche Literatur dazu sind aber nur unzureichend in das deutsche und oft auch europäische Gesundheitswesen eingeflossen. Es fehlen Untersuchungen, inwieweit die in der Industrie gewonnenen Ergebnisse in das Gesundheitswesen übernommen werden können, wo aus den Ergebnissen brauchbare Fakten oder auch nur Anregungen für weitergehende Analysen vermittelt werden. Im Gesundheitssystem ist das Individuum als Patient der Mittelpunkt. Vergleichbares fehlt in der industriellen Fertigung. Das muß bei allen Rückschlüssen und Empfehlungen berücksichtigt werden. Diese Tatsache kann aber nicht als Entschuldigung für die fehlende Aufarbeitung neuer Entwicklungen und Erkenntnisse im Gesundheitswesen dienen.

Als Kernelemente der in der Industrie angewandten Hochleistungsarbeitssysteme - nach *Nadler & Gerstein*<sup>8</sup> sind beispielhaft zu nennen:

- Prozeßorientierung
- Kunden (Patienten)-orientierung
- Personalorientierung
- Vernetzung der Abteilungen und Strukturen durch Einsatz innovativer technischer und psychologischer Methoden.

Sie weisen in der Regel eine Unternehmenskultur auf, die sich durch

- Fehlertoleranz,
- Experimentierfreude,
- kontinuierliche Suche nach Optimierungsmöglichkeiten,
- modularen bzw. teilautonomen Aufbau der Betriebsstruktur mit hoher Vernetzung, innerhalb derer in sich abgeschlossene ganzheitliche Aufgaben übertragen werden,
- Übereinstimmung von Produkt / Dienstleistung und Organisation,
- Vereinbarung klarer Ziele bei der Leistungserstellung,
- möglichst unbehinderten Zugang zu Wissen und benötigten Informationen,
- Optimierung sozialer und psychologischer Aspekte der Arbeitsgestaltung

auszeichnen.

Kernelement dieses Arbeitsaufbaus, der erhebliche Einschnitte in die Arbeitsorganisation, und auch die Unternehmenskultur bedeutet, ist ein grundlegendes Gesamtkonzept, wie diese einschneidenden Veränderungen sowohl organisatorisch aber auch psychologisch umzusetzen sind.

Diese Form des "**Change Management**" berücksichtigt in starkem Maße die Triebfedern menschlichen Verhaltens und der Motivation und räumt letzteren eine mindestens ebenso große Bedeutung bei wie den technisch-administrativen Veränderungen<sup>9</sup>. Es ergibt sich aus diesen nur bruchstückhaften Hinweisen, wo sich Ansatzpunkte für weitere Untersuchungen finden oder bereits die Übernahme erprobter und bewährter Systeme in das Gesundheitswesen möglich erscheinen.

## 2. Konsequenzen für das Krankenhaus: Effizienzdiskussion

Auf der Basis dieses Überblicks wird klar, daß die Frage nach der Effizienz im Krankenhaus nur nach der Beantwortung von zwei Grundsatzfragen möglich erscheint:

1. Welche Aufgaben muß oder soll das Krankenhaus heute und in Zukunft wahrnehmen?
2. Erfüllt das Krankenhaus im Sinne der Definition des Begriffes Effektivität seinen Sinn bzw. trägt es in seiner derzeitigen Positionierung im Gesundheitswesen positiv zur Gesunderhaltung bei?

### 2.1 Rolle der Klinik

Wir kennen traditionell das Krankenhaus als "**Stätte der Heilung**", das über die medizinische Bedeutung hinaus soziale Funktionen wie

- menschliche Zuwendung und Fürsorge,
- Abschirmen von Alltagsorgen,
- Pflege- und Rehabilitationsfunktion

erfüllt und den Patienten dann in sein häusliches Umfeld nahezu wiederhergestellt entläßt.

Die vorausgehend aufgeführten Veränderungen unserer Gesellschaft und des Gesundheitswesens erfordern einen Wandel und machen das Krankenhaus zu einer Stätte konzentrierter und komprimierter medizinisch-technischer Dienstleistungen mit folgenden Elementen:

- Reduktion auf die Akutmedizin
- Verdichtung des Leistungsgeschehens angesichts hoher Personal- und Vorhaltekosten
- Auslagerung anderer Leistungen (z. B. Hospiz, Geriatrie, Akutpflegestationen etc.)
- Ausbildung eines Dienstleistungszentrums ("Gesundheitskombinat").

Das derzeitige Problem des Gesundheitswesens liegt zum Teil in der Tatsache begründet, daß die Patienten/Wähler und auch die Politiker von der traditionellen Krankenhausvariante ausgehen, in der Praxis aber aus

<sup>8</sup> Nadler et al.; Sattelberger et al.

<sup>9</sup> Doppler et al.

## Qualitätsmanagement

budgetären, organisatorischen und gesellschaftlichen Entwicklungen heraus de facto inzwischen ein gewandeltes und noch in weiterem Wandel befindliches Krankenhaus existiert und die menschliche Betreuung im "Akutkrankenhaus" weder aus ökonomischen noch organisatorischen Ursachen heraus nicht mehr in dem Maß geleistet werden kann, wie es die Menschen von früher kennen<sup>10</sup>.

Gleichzeitig werden insgesamt ältere Menschen frühzeitiger in ein heimisches Umfeld entlassen, welches aufgrund der oben beschriebenen Veränderungen der Familien- und Sozialstruktur eher selten zur Aufnahme genesender Menschen bzw. zur Fortführung der vorzeitig abgebrochenen Krankenhauspflge geeignet ist. Entsprechende "Auffangeinrichtungen" zur Rehabilitation oder auch nur zur Betreuung stehen noch nicht in ausreichender Weise zur Verfügung, vor allem fehlen weiterhin die erwartete Fürsorge und menschliche Betreuung. Diese für den Patienten entscheidenden Aufgaben müssen noch gelöst werden. Außerhalb der Klinik sind die Veränderungen, die sich im Krankenhaus seit Jahren abspielen, nicht in ausreichender Weise zur Kenntnis genommen werden.

### 2.2 Effektivität des Krankenhauses im Gesundheitssystem

Vorangestellt die Definitionen:

**Effektivität bedeutet: "Die richtigen Dinge tun".**

- Grad der Zielerreichung, z. B. positiver Beitrag zur Gesunderhaltung durch das Krankenhaus
- die "Sinnfrage" stellen nach der Positionierung des Krankenhauses innerhalb des Gesundheitswesens und die Klärung der Frage, ob die geforderte "Dienstleistung" nicht auch durch andere Strukturen zu leisten ist.

**Effizienz bedeutet: "Die Dinge richtig tun".**

- Verhältnis der eingesetzten Mittel zum Ergebnis
- Geforderte Leistung mit geringstmöglichem Ressourcenverbrauch.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß sich das Krankenhaus derzeit in einem historischen Umbruch befindet und damit zunächst eine Anpassung seiner Rolle und Aufgaben an ein grundlegend verändertes Umfeld erfolgen sollte (Effektivitätsfrage). Erst dann kann die Diskussion zur Effizienzproblematik folgen, weil erst dann klar ist, welche Organisationsformen unter Einsatz der verfügbaren Ressourcen zu innovativen Ansätzen führen, die der gegenwärtigen Entwicklung gerecht werden.

Kernkonsequenzen dieser Aussagen sind:

- Die Erkenntnis akzeptieren, daß sich fundamentale Veränderungen in unserem Gesundheitswesen

abspielen, die organisatorisch, wissenschaftlich und psychologisch begleitet werden müssen, für die die meisten Akteure aber weder vorbereitet noch ausgebildet sind.

- Das Akutkrankenhaus hat sich in kurzer Zeit zu einem medizinischen Dienstleistungszentrum<sup>11</sup> mit hoher Leistungsverdichtung gewandelt, in dem die klassischen Aufgaben, wie Langzeitpflege, längere Betreuung chronisch Kranker, Sterbebegleitung, oft nicht mehr geleistet werden können. Diese Tatsache ist nicht nur wahrzunehmen und anzuerkennen, hier kann nur durch Schaffung neuer und innovativer Strukturen (Heimpflege, Akutgeriatrie, Rehabilitationseinrichtungen, Hospiz) entsprochen werden. Nur dann ist die Gesamtaufgabe im Sinne eines funktionierenden und an die Entwicklung adaptierten Gesundheitswesens gelöst, andernfalls werden Aufgaben verschoben, nicht aber die Effizienz gesteigert.
- Alle Akteure müssen sich schrittweise von der Organisation ihrer Tätigkeit aus den historisch gewachsenen Gegebenheiten bzw. den vorhandenen Ressourcen (z. B. OP-Saal, Krankenhausbett) heraus hin zu einer Organisationsplanung aus der Sicht des Patienten und der Kernprozesse orientieren.
- Krisenmanagement im Krankenhausbereich und die Dominanz betriebswirtschaftlicher Sichtweisen ist durch eine gemeinsame Planung und Begleitung der Veränderungen im Sinne eines **Change Management** zu ersetzen.

### 2.3 Grundzüge der Effizienzverbesserung im Krankenhaus

Der Idealzustand eines Arbeitssystems in den Kernbereichen des Krankenhauses (z. B. Notfallaufnahme, OP-Bereich, Intensivstation) orientiert sich an den oben erwähnten Modellen der Arbeitsorganisation (High Performance Work System)<sup>12</sup>.

Kennzeichen dieser Systeme ist die Symbiose von menschenorientierter (Kunde/Patient, Personal) Herangehensweise auf dem Boden einer emotionslosen Prozeßanalyse mit einer engen Vernetzung von Wissen und Methoden. Konkrete Beispiele aus der Industrie zeigen, daß sich hierdurch eine Reihe positiver Effekte wie

- Kosteneinsparung,
- Motivations- und Qualitätssteigerung,
- Senkung der Fluktuation und Fehlzeiten,
- höhere Lern- und Anpassungsfähigkeit in einem dynamischen Umfeld

erreichen lassen.

Stellt man den Anforderungen die konkrete Situation im Krankenhaus gegenüber, so ist die Analyse ernüchternd, denn die aktuelle Situation stellt sich in wesentlichen Punkten diametral entgegengesetzt dar:

- **Personenorientiert** bzw. dominiert - statt prozeßgesteuert
- **Leistungserbringung aus der Sicht der Anbieter** - statt aus der Sicht des Kunden/Patienten

<sup>10</sup> Arnold et al.

<sup>11</sup> Meyer et al.

<sup>12</sup> Nadler und Gerstein

- **Geringe Beachtung der Humanressourcen** - statt Personalorientierung
- **Abteilungsdenken** - statt Vernetzung von Wissen und Informationen.

Op-Säle werden zu "Festungen" oder "sakralen Stätten" stilisiert, anstatt sie als eine Ressource zu verstehen, die optimal und patientenorientiert verteilt wird. Ausdruck dessen ist z. B. die in Europa immer noch bei Krankenhausplanungen stark verbreitete Ansicht, nur das Minimum an Operationssälen zu planen, anstatt diese (wie in den USA üblich) in Überzahl und technisch perfekt bereitzustellen, um hierdurch einen reibungslosen und optimierten Betrieb zu gewährleisten. Dieses aus der einfachen Erkenntnis, daß die Anfangsinvestition in Räume und Material um ein Vielfaches übertroffen wird durch das Personal mit seinen hohen Bereitstellungskosten bei Wartezeiten oder unzureichender Op-Organisation<sup>13</sup>.

Notfallaufnahmen gleichen oft eher Feldlazaretten, in denen Krisenmanagement eine nüchterne Prozeßanalyse ersetzt und z. B. die frühestmögliche Triage der Patienten in Schweregrade und eine Zuordnung zu den Teileinheiten

- Poliklinik
- Notfallaufnahme
- Schockraum

nicht erfolgt. Das primär hier tätige ärztliche Personal ist für diese Aufgabenstellung unzureichend ausgebildet. Es entstehen erhebliche Zeitverzögerungen und damit Kosten, bis die jeweils notwendigen Entscheidungsträger aber auch Konsiliarien verfügbar sind.

Um die o. g. Organisationselemente im Krankenhaus umzusetzen, erfordert es auf zwei Ebenen neue Ansätze und größte Anstrengungen:

### 2.3.1 Organisation

- Reorganisation von OP und ICU unter Gesichtspunkten der Prozeßanalyse
- Integration in das Gesamtunternehmen Krankenhaus
- Schaffung teilautonomer Funktionsbereiche sowohl aus organisatorischer als auch budgetärer Sicht (Profit-Center)
- Voraussetzungen von seiten der Managementphilosophie: Ärztliche Direktion und Verwaltungsrat müssen eine gemeinsame Philosophie über die angestrebten oder notwendigen Veränderungen verfolgen
- Verwaltungsstruktur und Entscheidungsfindung müssen Veränderungen ermöglichen
- Vernetzung durch EDV-Konzepte mit offenen Systemen des Informationsaustausches
- Prinzip der Nachhaltigkeit: Alle Beteiligten, Patienten, Mitarbeiter und Ärzte müssen von den Veränderungen profitieren, sie müssen für die Aufgabe vorbereitet, ausgebildet und ggf. freigestellt werden.

### 2.3.2 Psychologie und Personalführung

- Erkennung des Handlungsbedarfes und Einführung eines veritablen Chance Managements
- Schaffung und Unterhaltung von Motivation mit Hilfe betriebspsychologischer Methoden
- Umsetzung der tiefgreifenden Veränderungen mit psychologischen Mitteln
- Prinzip der Nachhaltigkeit: Jeder Akteur muß in den Veränderungen eine Zukunftsperspektive für sich selbst sehen können.

Ziel dieser Darstellung ist es vor allem aufzuzeigen, daß wesentliche Elemente eines effektiveren Gesundheitswesens und Krankenhauses nur zu gestalten sind, wenn wir bereit sind

- über den Tellerrand unseres Arbeits- und Fachbereichs zu schauen
- über unsere Grenzen zu sehen und uns mit anderen Gesundheitssystemen und Kulturen auszutauschen
- die grundlegenden gesellschaftlichen Veränderungen auch in unsere Arbeitsorganisation und Patientenbetreuung einfließen zu lassen.

Bewußt soll sich diese Darstellung nur mit der bestehenden Problematik der Situation und den Möglichkeiten beschäftigen, wo Ansätze zu finden sind, um die Effizienz im Krankenhaus zu steigern. Sicher gibt es Grundprobleme und entsprechende Lösungsansätze, die für alle Krankenhäuser gelten. Genauso sicher sind aber unterschiedlichste Einflüsse durch örtliche Vorgaben und Gegebenheiten zu erwarten, bei denen man nicht einfach eine Schablone anlegen und damit eine Veränderung anstreben kann.

Die Darstellung soll letztlich nur dazu dienen, Überlegungen anzustellen, seinen eigenen Bereich in Frage zu stellen und sich Gedanken darüber zu machen, wie, mit welchen Methoden und bei welchen Anlässen Kosten einzusparen, evtl. sogar eine bessere Leistung mit geringeren Kosten zu erreichen sind. Wenn wir Ärzte nur darauf warten, was in Verordnungen und Gesetzen durch Politiker und Behörden verordnet wird, läßt sich das hier mehrfach genannte Ziel nicht erreichen. Jeder, der an den systematischen Veränderungen mitwirkt, muß davon überzeugt sein, daß auch für ihn Vorteile daraus resultieren, aber das ist dann schon der zweite Schritt. Der erste Schritt besteht darin, überhaupt tätig zu werden, nicht nur zu klagen, sondern vorhandene Mißstände oder Fehlentwicklungen zu analysieren und, soweit dies in eigener Kraft steht, zu beseitigen.

Nur so lassen sich die Nachteile der immer wieder beklagten Krankenhaushierarchie beseitigen.

## 3. Schlußfolgerungen

- Kostendruck, hohe Personalkosten, hoher Bestand an Krankenhausbetten und lange Liegedauer im

<sup>13</sup> Harris et al.

## Qualitätsmanagement

internationalen Bereich weisen auf Bedarf an Effizienzsteigerung im deutschen und europäischen Krankenhauswesen hin.

- Globalisierung, Ökonomisierung und Technisierung machen das Krankenhaus zu einer Stätte konzentrierter und komprimierter medizinisch-technischer Dienstleistungen, ohne daß dieses politisch oder gesellschaftlich diskutiert wurde bzw. normative und strategische Grundsatzlinien vereinbart worden sind.
- Demographische und gesellschaftliche Entwicklungen (Altersentwicklung, mangelnder Familienzusammenhalt) erhöhen aber den Bedarf an menschlicher und sozialer Zuwendung und bringen das Krankenhaus, auch die dort Beschäftigten, in einen Konflikt, der mit den herkömmlichen Rezepten der Organisation und ohne eine grundlegende Neuausrichtung des Gesundheitswesens nicht zu lösen ist.
- Die Frage nach der Effektivität der Krankenhausbehandlung und nach alternativen Strukturen muß vor der Frage nach der Effizienzsteigerung gestellt werden. Zur Diskussion kommen dann
  - ambulante bzw. ambulant-stationär vernetzte Strukturen und
  - pflegeorientierte Einrichtungen (Hospize, geriatrische Pflegeinstitutionen etc.)
- Kernbereiche des Krankenhauses sollten sich an innovativen Organisationsformen moderner Dienstleistungsunternehmen orientieren, die
  - prozeßorientiert,
  - patienten- und personalorientiert sind,
  - einen hohen Vernetzungs- und Kommunikationsgrad aufweisen,
  - der Personalführung und der psychologischen Betreuung von Veränderungen (Change Management) eine hohe Bedeutung zumessen<sup>14</sup>.
- Zwei Schlüsselbegriffe werden die Zukunft (oder den Niedergang) des Krankenhauses alter Prägung bestimmen:
  - Betreuung der Humanressourcen,
  - Nachhaltigkeit aller Managementmaßnahmen im Bereich Organisation und Führung.

Das Krankenhaus in seiner jetzigen Form befindet sich weder in der Patientenbetreuung noch in der Behandlung seiner Humanressourcen (Schlagwort: Arbeitszeitregelung) oder der Nachhaltigkeit der Veränderungen in Übereinstimmung mit den grundlegenden Veränderungen unserer Gesellschaft. Sollten die Verantwortlichen diese Gegebenheiten nicht erkennen und umsetzen, werden junge Menschen, die oft sehr viel sensibler und pragmatischer auf Probleme reagieren, bei ihrer Berufswahl in einigen Jahren vollendete Tatsachen schaffen. Der Mangel an qualifizierten Fachärzten bestimmter Spezialitäten (Anästhesie, Chirurgie, Psychiatrie, Geburtshilfe), unter dem nahezu alle Länder der EU leiden, beginnt gerade im Lichte der Diskussion um die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes<sup>15</sup> auch in Deutschland Schatten zu werfen.

### Literatur

1. *Arnold M, Litsch M, Schnellschmidt H (Hrsg): Krankenhausreport 2000, Stuttgart New York 2000*
2. *Arrêt de la cour européenne de justice, Luxembourg (EuGH, Urt. v. 28.04.1998, RS C-120/95 (Decker ./ Caisse de maladie des employés privés), in: EuGHE 1998, I-1831 und in: RS C-158/96 (Kohll ./ Union des caisses de maladie EUGHE 1998, I-1931).*
3. *Arrêt de la cour européenne de justice, Luxembourg - EuGH C-303/98 - Directives 89/3 9 1 /CEE et 93/104/CE : Médecins d'équipes et de premiers soins - durée moyenne du travail - inclusion du temps des permanences - travail nocturne et postés*
4. *Beske F, Hallauer JF (Hrsg): Das Gesundheitswesen in Deutschland - Struktur - Leistung - Weiterentwicklung. Köln 1999*
5. *Bleicher K: Das Konzept Integriertes Management, Frankfurt New York 1999*
6. *Doppler K, Lauterburg C: Change Management. Frankfurt 2000*
7. *Gorschüler P: Das Krankenhaus der Zukunft - Integriertes Qualitätsmanagement zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz Stuttgart Berlin Köln 1999*
8. *Harris AP, Zitzmann Jr.W (Hrsg): Operating Room Management - Structure, Strategies & Economics. St Louis Baltimore Boston 1998*
9. *Meyer E, Walter B, Bellinghen K (Hrsg): Vom Krankenhaus zum Medizinischen Leistungszentrum (MLZ). Köln 1997*
10. *Nadler DA, Gerstein MS: Das Design von Hochleistungs Arbeitssystemen: Die Organisation von Menschen, Arbeit, Technologie und Information. In: Nadler, D.A.; Gerstein MS; Shaw RS et al: Organisation sarchitektur. Frankfurt 1994. S. 115 - 136*
11. *Sattelberger T: Die lernende Organisation im Spannungsfeld von Strategie, Struktur und Kultur. In: Sattelberger T. (Hrsg.): Die lernende Organisation. Wiesbaden 1991 S. 11 - 56*
12. *The World Health Report 2000. Health Systems. Improving Performance. WHO Genf 2000.*

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Bernhard Stein*, D.E.A.A.  
 Arzt für Anästhesie und Intensivmedizin  
 Gesundheitsökonom (ebs)  
 Service d'Anesthésie-Réanimation  
 Hôpital de la Ville d'Esch-sur-Alzette  
 10, Rue d l'Hôpital  
 L-4137 Esch-sur-Alzette.

<sup>14</sup> Gorschüler P.

<sup>15</sup> EuGH C-303/98