

Bettina Dilcher
Lutz Hammerschlag *Hrsg.*

Klinikalltag und Arbeits- zufriedenheit

Die Verbindung von Prozessoptimierung
und strategischem Personalmanagement
im Krankenhaus

Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit

Bettina Dilcher · Lutz Hammerschlag
Herausgeber

Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit

Die Verbindung von Prozessoptimierung
und strategischem Personalmanagement
im Krankenhaus

 Springer Gabler

Herausgeber

Dr. Bettina Dilcher
Management Consultants Network
Berlin, Deutschland

Lutz Hammerschlag
Institut für innovative Arbeitsbedingungen im
Krankenhaus
Berlin, Deutschland

ISBN 978-3-8349-3195-5
DOI 10.1007/978-3-8349-7155-5

ISBN 978-3-8349-7155-5 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Gabler

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2012

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier.

Springer Gabler ist eine Marke von Springer DE. Springer DE ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer-gabler.de

Vorwort

Wir sind keine Bürokraten! Werden Ärzte in deutschen Krankenhäusern nach ihrer Zufriedenheit mit ihren Arbeitsbedingungen gefragt, bekommt man nicht selten diese Antwort zu hören. Die meisten Ärzte sind zwar immer noch fest davon überzeugt, den richtigen Beruf gewählt zu haben, aber für viele stimmen die Rahmenbedingungen nicht mehr. Die Zunahme von Verwaltungstätigkeiten bindet ihre Kapazitäten, die an anderer Stelle – nämlich bei ihrer eigentlichen Eigenschaft als Mediziner – dringend gebraucht würden.

Im letzten Jahrzehnt hat sich das Tätigkeitsfeld von Ärzten stark verändert, sie werden einerseits mehr und mehr in Management- und Verwaltungsaufgaben eingebunden. Andererseits aber sollen und müssen sie sich den Herausforderungen hoher Qualitätsstandards stellen, und dies alles unter den Rahmenbedingungen knapper werdender Personalressourcen und einer damit einhergehenden stetig zunehmenden Arbeitsverdichtung bewerkstelligen. Solche Bedingungen – wenn sie dauerhaft anhalten – machen unzufrieden; sie können sogar krank machen.

Es kann angesichts dieser Bedingungen deshalb niemanden verwundern, wenn Ärztinnen und Ärzte ins Ausland oder in andere, nicht kurative Aufgabenfelder abwandern.

Die Gründe für die offensichtliche Arbeitsverdichtung – die Zunahme von Komplexität und Stress im Krankenhaus, die im Übrigen ja nicht nur die Ärzte betreffen – sind vielschichtig und bedürfen deshalb einer differenzierten Betrachtung und ebensolcher Lösungsansätze.

Es gibt bereits viele Analyse- und Ursachenbeschreibungen, seien es einschlägige Untersuchungen des Deutschen Krankenhaus Instituts oder beispielsweise die groß angelegte Befragung des Marburger Bundes der Ärztinnen und Ärzten zu

ihren Arbeitsbedingungen aus dem Jahre 2010. Der hier vorliegende Band setzt demgegenüber mehr auf die Beschreibung bereits bestehender Lösungsansätze aus der Praxis und auf die Darstellung von Gestaltungsoptionen.

Entlang der aufgeführten Praxisbeispiele wird aufgezeigt, welcher Anstrengungen es bedarf, um wirklich von einer nachhaltigen Verbesserung der Rahmenbedingungen im Krankenhaus sprechen zu können und es wird herausgestellt, welche Bedeutung in diesem Zusammenhang dem Personalmanagement eines Krankenhauses zukommt. Die Kompetenz und Professionalität der verantwortlichen Personalmanager wird in den nächsten Jahren noch stärker als bisher gefragt sein, wenn es darum geht, neues Personal zu gewinnen, familienkompatible Arbeitszeitmodelle zu entwickeln, Prozess- und Strukturveränderungen zu unterstützen und nicht zuletzt bei der leistungsorientierten Gehaltsgestaltung neue Perspektiven aufzuzeigen.

Dr. Frank Ulrich Montgomery,
Präsident der Bundesärztekammer

Inhaltsverzeichnis

Teil I Einführung

- 1 Effiziente Strukturen und attraktive Arbeitsplätze im Krankenhaus?
Das muss kein Widerspruch sein!..... 3**
Bettina Dilcher, Lutz Hammerschlag, Jochen Althoff

Teil II Prozessoptimierung

- 2 Prozessoptimierung steigert die Arbeitszufriedenheit..... 29**
Michael Wilke
- 3 Controlling im Krankenhaus – eine Grundvoraussetzung
für effiziente Organisation 69**
Rolf Grube
- 4 Das Planbare in optimierten Prozessen abbilden und das „Unplanbare“
beherrschbar machen – Ein Vergleich zwischen Industrie
und Krankenhaus 83**
Rainer Haus, Volker Wetz, Bettina Dilcher

Teil III Arbeitszeit und Vergütung im Krankenhaus

- 5 Gesetzliche Vorgaben zur Arbeitsgestaltung..... 109**
Ralf Vogt
- 6 Effizienter und mitarbeitergerechter Personaleinsatz in einer Uniklinik.... 139**
Sebastian Baum
- 7 Tarifpolitische Rahmenseetzungen zur Verbesserung
der Arbeitsbedingungen von Ärzten 161**
Lutz Hammerschlag

Teil IV Personalmanagement und Personalentwicklung im Krankenhaus

8	Notwendige Kompetenzen eines effektiven Personalmanagements – ein Praxisbeispiel	181
	Bernd Molzberger, Bettina Dilcher	
9	Moderne Personal- und Organisationsentwicklung im Krankenhaus – ein Praxisbeispiel	199
	Martin Fuchs, Jochen Althoff	
10	Entwicklungsperspektiven in der Pflege	215
	Christiane Tenbenschel	
11	Personalentwicklung im demografischen Wandel als Chance für das Krankenhaus	231
	Gerlinde Schönberg	

Teil V Internationaler Vergleich

12	Internationale Trends im Krankenhausmanagement	259
	Sören Eichhorst	

Teil VI Schluss: Change Management im Krankenhaus

13	„Redet mehr miteinander!“ – Change Management im Krankenhaus	289
	Jürgen Schmidt, Karin Thallmayer	
	Die Herausgeberin und der Herausgeber	327
	Die Autorinnen und Autoren	329

Teil I

Einführung

Effiziente Strukturen und attraktive Arbeitsplätze im Krankenhaus? Das muss kein Widerspruch sein!

Bettina Dilcher, Lutz Hammerschlag, Jochen Althoff

Das Thema Krankenhausreform und die vielfältigen Maßnahmen zur Optimierung des Klinikmanagements, welche insbesondere seit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) zu beobachten sind, haben eine Kehrseite: In der Folgezeit ist die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen auf Seiten der Mitarbeiter in vielen Häusern erheblich gestiegen.¹

Die ökonomischen Kompetenzen der verantwortlichen Akteure mögen sich verbessert haben, die qualitativen Veränderungen der Strukturen, Abläufe und Kommunikationswege, die Steigerung der Eigenverantwortung sowie die Verbesserung der Entwicklungs- und Karrierechancen wurden in vielen Häusern jedoch immer noch nicht mit der gebotenen Zielstrebigkeit und entsprechendem Tempo in Angriff genommen. Im Gegenteil, die meisten dieser Veränderungsversuche sind unter dem Primat der Kostensenkung vielerorts mehr oder weniger auf der Strecke geblieben. Es wird gespart, koste es was es wolle.

¹ Laut einer Studie des RWI aus dem Jahre 2011 sind die „(...) Krankenhausbehandlungen zwischen 2006 und 2010 um 13 % gestiegen (...)“.

Dabei sind es gerade die genannten Themen, die nicht nur zur Steigerung von Arbeitsergebnis und -qualität im Sinne einer optimalen Patientenversorgung² und damit der Wettbewerbsfähigkeit von eminenter Bedeutung sind, sondern sie sind der Schlüssel zu mehr Arbeitszufriedenheit und Mitarbeiterbindung.

Gerade dort, wo Mitarbeiter selbst einen hohen Anspruch an die Qualität ihrer Arbeit haben – und das gilt im Besonderen für die Berufsgruppe der Ärzte ebenso wie für die der Pflegekräfte –, fordern sie Arbeitsbedingungen, in denen sie diesen Anspruch uneingeschränkt umsetzen können.

Oft wird jedoch angeführt, dass Kostendruck und zufriedenstellende Arbeitsbedingungen nun einmal nur schwer zu vereinbarende Größen seien und es kaum effektive Wege gebe, diesem Dilemma zu entinnen. Doch angesichts des immer offensichtlicher werdenden Personalmangels in deutschen Kliniken lässt sich die Notwendigkeit, sich mit dem Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit intensiver auseinandersetzen zu müssen, nicht länger übersehen.

Steigende Fallzahlen und Personalmangel bei unveränderten Strukturen und Abläufen führen beinahe zwangsläufig zu Arbeitsverdichtung und hoher Stress-

² Der Vorstandsvorsitzende des Marburger Bundes, Rudolf Henke, sieht die Politik in der Pflicht, die Arbeitsbedingungen der Krankenhausärzte zu verbessern, und warnt vor einer Zunahme von Behandlungsfehlern aufgrund der Personalnot. Durch die zu langen Arbeitszeiten und vielen Überstunden seien möglicherweise viele Klinikärzte unkonzentriert; die Gefahr von Behandlungsfehler steige dadurch.

Die Bundesärztekammer in Berlin hat aktuell eine Statistik der Behandlungsfehler vorgestellt und darauf hingewiesen, dass es immer wieder zu Falschdiagnosen und Behandlungsfehlern komme, weil Ärzte unter Stress und Dauerbelastung stehen. Viele Ärzte seien 24 Stunden und mehr im Dauereinsatz, weil sie den Ärztemangel kompensieren müssten. Auch die Düsseldorfer Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler kam zu dem Ergebnis, dass die Mediziner in Kliniken kaum noch Kapazitäten hätten, Anamnesegespräche in Ruhe durchzuführen. Die Kommission sieht hierin einen Hauptgrund für Falschdiagnosen.

„Wenn sich weniger Menschen um einen kümmern, als eigentlich vorgesehen, dann ist das ein Problem“, warnt deshalb auch Gewerkschaftschef Henke. Um die Patienten zu schützen, müssten mehr Klinikärzte eingestellt werden. Im Hinblick auf die neuesten Sparauflagen von Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) konstatiert Henke, die Kosten für die Krankenhausversorgung könnten in der nächsten Zeit nicht sinken. Wenn die 12.000 freien Stellen von Ärzten besetzt würden, so müsse man einen Betrag im „niedrigen einstelligen Milliardenbereich“ aufbringen (vgl. Müller 2006, S. 34–36).

belastung und können sich letztlich negativ auf die Versorgung der Patienten auswirken.³

Das Verharren in alten Routinen und das Festhalten an überkommenen Strukturen sind weitere Ursachen für die Unzufriedenheit mit den bestehenden Verhältnissen. Dieser Umstand wird zwar in allen einschlägigen Publikationen der letzten Jahre wortreich beklagt, aber von den verantwortlichen Akteuren – Chefärzten, Pflegedienstleitungen, Verwaltungen – werden diese Bedingungen noch immer nicht mit der notwendigen Vehemenz in Frage gestellt oder gar nachhaltig verändert. Die alten Zöpfe sind noch längst nicht abgeschnitten!

Ein Oberarzt einer großen Universitätsklinik beschreibt die aktuelle Situation in einem Interview wie folgt:

„Neben den ungünstigen Arbeitszeiten, gibt es das Problem, dass das hierarchische Denken im Krankenhaus immer noch sehr ausgeprägt ist. Dabei ist das A und O jeder guten Zusammenarbeit, dass der Austausch untereinander – zwischen den Ärzten auf allen Ebenen und zwischen den Berufsgruppen, vor allem zwischen den Ärzten und den Pflegekräften – gut funktioniert. Das geht jedoch nur, wenn wiederum die Aufgabenteilung gut funktioniert und die Anerkennung und Kommunikation untereinander stimmt. Da ist aber noch viel zu tun.

Aber das Alles wird nichts verändern, wenn die Personalzahlen nicht stimmen, denn damit steht und fällt die Prozessqualität und eine gute Patientenversorgung. Allerdings ist der vielerorts eingeschlagene Weg, anstelle festeingestellten Personals immer mehr auf Honorarärzte zurück zugreifen, ganz sicher nicht der richtige. Darunter leidet die Zusammenarbeit, die Qualität der Arbeit und vor allem geht der Kontakt zwischen behandelndem Arzt und Patient verloren, denn eine nachgehende Betreuung wird von diesen Ärzten in der Regel nicht geleistet.“

³ „Fith-Cozens und Greenhlehgh untersuchen in ihrer anonym gehaltenen Befragung von Krankenhaus und Allgemeinärzten, welchen Stellenwert dieser Zusammenhang aus Arztsicht hat. Von 225 befragten Ärzten berichten 82 von Zwischenfällen, bei denen sie die Ursachen für das Eintreten des Ereignisses in Stresssymptomen gesehen hätten. 50 % dieser Zwischenfälle führten dazu, dass Standards der Behandlung nicht eingehalten werden konnten, und in 7,4 % äußerten sich in ernststen Behandlungsfehlern, bei denen Todesfälle jedoch vermieden werden konnten, und in 2,4 % der Fälle beschrieben die befragten Ärzte Versäumnisse die zum Tode der Patienten führten“ (vgl. Goth u. a. 2007).

Die schwierige Situation auf dem Arbeitsmarkt zeigt, dass der Arbeitsplatz im ‚Krankenhaus‘ ‚modernisiert‘ werden muss. Als Folge der von den Ärztinnen und Ärzten als schlecht empfundenen Arbeitsbedingungen zeigt sich eine regelrechte Flucht aus der kurativen Tätigkeit. Umfragen des Deutschen Krankenhaus Instituts (vgl. Blum 2010) verweisen auf die gravierende Folgen: Über 90 % der betroffenen Krankenhäuser geben an, regelmäßig Probleme mit der Arbeitsorganisation zu haben. 37 % der Krankenhäuser berichten sogar von Beeinträchtigungen der Patientenversorgung aufgrund der Stellenbesetzungsprobleme im ärztlichen Bereich. Diese negativen Auswirkungen werden sich in den nächsten Jahren durch die demografische Entwicklung in Deutschland noch verschärfen. Zusätzlich lässt sich erkennen, dass seit dem Jahre 2001 jährlich durchschnittlich etwa 2000 deutsche Ärztinnen und Ärzte wegen einer höheren Bezahlung oder besserer Arbeitsbedingungen ins Ausland abwanderten, und bisher hält dieser Trend unverändert an.

Dabei kann das oft bestehende organisatorische und strukturelle Manko des Krankenhausbetriebes nicht einmal auf das Konto „Kostendruck“ gebucht werden, denn es ist aus sich selbst heraus ein beträchtlicher Kostentreiber. Es gilt also tiefer zu bohren und den Blick auf das Thema „Unternehmenskultur“ und die entscheidenden Einflussgrößen, die sie konstituieren und letztlich prägen, zu lenken, wenn es darum gehen soll, die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und damit die Attraktivität der Arbeitsplätze im Krankenhaus auf dem Prüfstand zu stellen.

Wir wollen hier auf der Grundlage von Beiträgen aus der Praxis aufzeigen, wie es gelingen kann, in tatsächlich oder auch nur vermeintlich schwierigen Zeiten⁴, der Unternehmenskultur und in deren Folge, der Entwicklung der Arbeitsbedingungen eine andere Richtung zu geben.

⁴ Denn nicht immer scheint es am Geld zu hängen: „Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (...) verweist auf die in den letzten Jahren bereits deutlich gestiegenen Ausgaben für Krankenhäuser. Mit über 60 Milliarden Euro gebe es 2011 so viel Geld wie noch nie für die deutschen Krankenhäuser. Erst 2009 seien für die Beitragszahler durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz Mehrkosten in Höhe von 4,1 Milliarden Euro entstanden. Der GKV-Spitzenverband sieht deshalb die Krankenhäuser zuallererst in der Pflicht, bestehende Überkapazitäten abzubauen. Rund 20 % der Klinikbetten stünden leer, heißt es vonseiten der Krankenkassen. Diese Überkapazitäten müssten endlich abgebaut werden“ (vgl. Müller 2006, S. 34–36).

Der dafür erforderliche Veränderungsprozess ist zugegebenermaßen für viele Häuser eine Herkulesaufgabe und erfordert ein grundsätzliches Umdenken auf vielen Ebenen und in vielen Bereichen, gilt es doch im Krankenhausbetrieb eine Fülle von Schnittstellen zu beachten und insbesondere die folgenden Voraussetzungen zu schaffen:

- eine verbesserte Prozessqualität und Optimierung der Strukturen (vgl. clinical pathway)
- berufsübergreifender Kooperations- und Kommunikationsformen
- die Stärkung von mehr Eigenverantwortung und einer an die tatsächlichen Bedingungen angepassten Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften die Umsetzung flexibler und insbesondere familienkompatibler Arbeitszeiten

Vor allem aber ist ein solcher Veränderungsprozess ein wichtiger Schritt, der für eine Entwicklung in puncto Steigerung der Qualität sorgt und deshalb unabdingbar – vor allem mit Blick auf die optimale Betreuung der Patienten – gegangen werden muss.⁵ Ein solcher Schritt ist ohnehin mehr als überfällig, wenn es darum gehen soll die Potenziale moderner Medizinversorgung endlich adäquat nutzen zu können, denn:

„Jedem Laien fällt auf, dass der Nachholbedarf in der Organisation [von Krankenhäusern] besonders ausgeprägt ist: In einer Medizin von morgen, mit den Forschungsergebnissen von übermorgen arbeiten wir in Krankenhäusern mit Strukturen von gestern und mit der Organisation von vorgestern“ (Lofer 2011, S. 237).

⁵ Auch der 115. Ärztetag 2012 begrüßt beispielweise den Gesetzentwurf für mehr Patientensicherheit: „Als sinnvoll erachtet das Ärzteparlament vor allem die vorgesehenen Vergütungszuschläge für Kliniken, wenn diese sich an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen beteiligen. Hiermit greift der Gesetzgeber die seit langem von der Ärzteschaft und anderen Gesundheitsberufen initiierten Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit und zur Etablierung einer Fehlervermeidungskultur auf“, heißt es in einer Entschließung des Ärztetages. (vgl. aerzteblatt.de vom 23.05.2012).

Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit im Krankenhaus: Ein Kernthema der Veränderung

Will man sich dem Thema gute Arbeitsbedingungen im Krankenhaus nähern, so ist nicht nur zu fragen, was diese hinsichtlich der organisatorischen Voraussetzungen ausmacht sondern es gilt, die motivationsstiftenden Faktoren der Arbeit insgesamt in den Blick zu rücken.

Mit F. Herzberg (1959) und A. Maslow (1973) lässt sich Arbeitszufriedenheit durch die Möglichkeit zur Selbstverwirklichung eines Individuums in der Arbeit beschreiben. Herzberg fragte in seinen Untersuchungen deshalb explizit danach, was Menschen zufrieden und was sie unzufrieden macht und stellte dabei fest, dass insbesondere der Arbeitsinhalt und die Befriedigung persönlicher Wachstumsmotive motivationale Kraft besitzen. Er unterteilt dabei in intrinsische (satisfier) von der Person abhängige und extrinsische (dissatisfier) von der Umgebung abhängige Ereignisse, die jeweils durch ihr Zusammenspiel, das heißt durch ihr Eintreten oder deren Ausbleiben, das Ausmaß an Zufriedenheit einer Person mit der eigenen Arbeitssituation und dem erzielten Ergebnis prägen:



Abb. 1 Eigene Darstellung; vgl. dazu auch B. Euson 1990

In jüngster Zeit wird noch ein weiterer wichtiger Aspekt genannt, wenn es um die Zufriedenheit von Mitarbeitern mit ihren Arbeitsbedingungen im Krankenhaus geht, nämlich der des Verhältnisses zwischen Arbeit und Freizeit (work-life-Balance) oder auch zwischen Arbeit und Familie (work-family-Balance).

„Der alte Arzt hat ausgedient“, titelt dazu beispielweise die Frankfurter Allgemeine (2012) und stellt fest: Die Generation Y⁶ sei auch im Krankenhausbereich auf dem Vormarsch. Wenn dies stimmt, und vieles spricht dafür, dann verschärft sich die Problemlage in den nächsten Jahren auch aus diesem Grund noch einmal erheblich. War es für viele Krankenhausmitarbeiter schon immer ein Problem die ungünstigen Arbeitszeiten und die hohen psychischen und physischen Belastungen mit ihren Familienpflichten zu vereinbaren, so sinkt die Bereitschaft, dies als schicksalhaft und unveränderbar, weil berufsbedingt hinzunehmen, bei den jüngeren Ärzten derzeit drastisch. Die Auswirkungen sind schon jetzt unverkennbar, was sich unter anderem darin ausdrückt, dass Ärzte schneller den Arbeitsplatz bis hin zum Land wechseln und in der Pflege viele Mitarbeiter den Beruf frühzeitig ganz aufgeben⁷.

⁶ „Generation Y“ ist ein Begriff, der Anfang der neunziger Jahre geprägt wurde, um die demografische Kohorte der in den achtziger Jahren Geborenen zu beschreiben. Diese Kohorte umfasst die Geburtsjahrgänge zwischen 1981 bis heute. Die heute Zwanzig- bis Dreißigjährigen zeichnen sich laut Schmidt (2011) durch ein hohes Selbstbewusstsein (...) und durch ein hohes Anforderungsprofil an den Arbeitsplatz aus. Sie lehnen Hierarchien und ein bloßes Absitzen von Arbeitszeit ab. Überstunden müssen sehr wohl begründet werden. Und sie wechselt eher den Job als sich anzupassen.

⁷ Seit 2005 werden bei den Ärztekammern die Daten bezüglich der Abwanderung von Ärzten ins Ausland erhoben. Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass im Jahre 2010 insgesamt 3241 ursprünglich in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte ins Ausland abgewandert sind, wobei der Anteil der deutschen Ärzte 68,7% beträgt. Die Abwanderung hat damit wieder zugenommen und liegt über dem Niveau von 2008. Die prozentual höchste Abwanderung konnte in Hessen, Bremen und Niedersachsen festgestellt werden. Die beliebtesten Auswanderungsländer sind – wie in den vergangenen Jahren – die Schweiz (736), Österreich (314), die USA (182) sowie Großbritannien (113). Die Studie vom Institut für Medizinische Soziologie an der Berliner Universitätsklinik Charité offenbart die Gründe: Die Verhältnisse an Deutschlands Krankenhäusern gehen an den Bedürfnissen junger Mediziner vorbei, zudem ist der Frauenanteil im Beruf deutlich gestiegen. Unter den Absolventen stellen sie mit 60% die Mehrheit. Die jungen Medizinerinnen und Mediziner können ihren Beruf aber nur sehr schwer mit Familie vereinbaren. Im September vergangenen Jahres wurden rund 240 Medizinstudenten im praktischen Jahr an der Charité nach ihrer Karriere- und Lebensplanung befragt. Etwa ein Drittel gab an, eine Tätigkeit im Ausland zu planen, rund die Hälfte war unentschlossen und nur knapp 15% waren sich sicher, nicht ins Ausland gehen zu wollen. „Zunehmender Kostendruck und steigende Bürokratisierung wirken sich in Form von Leistungsverdichtung und patientenfernen Tätigkeiten auf die ärztlichen Arbeitsbedingungen aus“, sagt Studienleiterin Susanne Dettmer. Jeder zweite Befragte bewertet die Gesundheitsreformen negativ

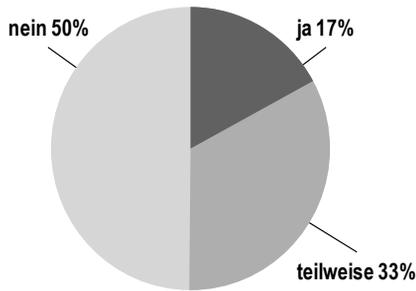
Die aktuellen Umfrageergebnisse zur Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen

Die letzte große Umfrage des Marburger Bundes aus dem Jahre 2010 macht deutlich, wo es überall nicht passt. Befragt wurden mehr als 12.000 Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern und Kliniken, darunter Assistenzärzte, Fachärzte, Oberärzte und Chefärzte. Die Berücksichtigung jedweder Trägerschaft führt insgesamt dazu, dass die ermittelten Daten eine gute Darstellung der Realität wiedergeben. Danach bezeichnen 41 % der Befragten ihre Arbeitsbedingungen als schlecht oder sehr schlecht. Dies hängt teilweise damit zusammen, dass die Besetzung von vakanten Arztstellen viel schwieriger ist, als dies bisher in der öffentlichen Diskussion vermutet wurde. Im Durchschnitt sind 1,5 Arztstellen pro Abteilung unbesetzt in manchen Bereichen seien es sogar bis zu 3 vakante Arztstellen (21 %). Bei der Auswertung der Umfrage wurde diese Zahl auf rund 8500 Krankenhausabteilungen hochgerechnet und festgestellt, dass derzeit mehr als 12.000 Arztstellen in deutschen Kliniken nicht besetzt sind.

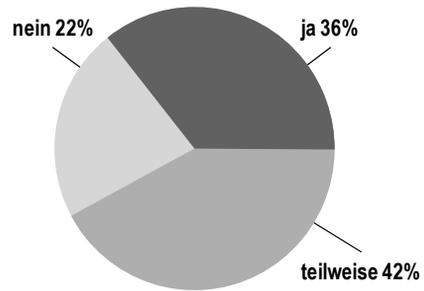
Bei der Arbeitszeit wurde ermittelt, dass im Mittel vollzeitbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte rund 55 Stunden in der Woche arbeiten. Obwohl die Wochenarbeitszeiten von 60 Wochenstunden und mehr im Vergleich zu einer vorherigen Umfrage aus dem Jahre 2007 um 5 % abgenommen haben, arbeiten immer noch 66 % der in Vollzeit beschäftigten Befragten 50 Stunden und mehr pro Woche. Interessant ist zudem, dass die hohe zeitliche Belastung mittlerweile als eindeutige Folge des Personalmangels wahrgenommen wird.

und erwartet weitere Verschlechterungen in der Gesundheitsversorgung sowie den Arbeitsbedingungen. „Das lässt den Schluss zu, dass die Entwicklung im Gesundheitswesen Ärzte ins Ausland treibt“ (Illg 2010).

Überstundenausgleich ...



... als Vergütung



... als Freizeit

Abb. 2 Personalmangel wird durch Überstunden kompensiert. Ein Ausgleich erfolgt oft gar nicht oder nur teilweise.⁸

Die meisten Ärztinnen und Ärzte weisen darauf hin, dass sie gern mehr Arbeitszeit in Freizeit eintauschen würden. Die Hälfte aller Befragten gibt an, dass ihnen die Reduzierung der Arbeitszeit am liebsten wäre bzw. sehr wichtig ist.

Immer in Bereitschaft

Bereitschaftsdienste pro Monat

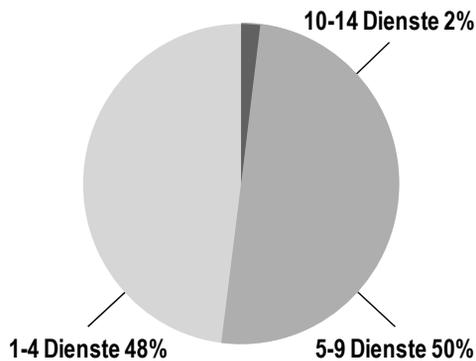


Abb. 3 Die Bereitschaftsdienste summieren sich enorm.⁹

Obwohl auch die Anzahl der geleisteten Überstunden pro Woche im Vergleich zur Umfrage aus dem Jahr 2007 zurückgegangen ist, leisten trotzdem noch im-

⁸ Quelle: Marburger Bund.

⁹ Quelle: Marburger Bund.

mer 36 % der Befragten pro Woche zehn und mehr Überstunden. Entscheidend ist dabei vor allem, dass die Hälfte aller Überstunden überhaupt nicht bezahlt, und dass der alternative Freizeitausgleich innerhalb von festgelegten Zeiten in vielen Häusern noch immer ignoriert wird.

Zuviel Bürokratie im ärztlichen Bereich bindet unnötig Kapazitäten

Der tägliche Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten ist zwar laut Umfrage in den letzten drei Jahren leicht gesunken, aber immer noch mehr als die Hälfte der befragten Ärzte benötigen täglich mehr als zwei Stunden für Verwaltungstätigkeiten¹⁰. Diese Zeit geht für die Betreuung der Patienten verloren, abgesehen davon, dass es sich hierbei um einen vollkommen ineffizienten Einsatz ihrer Arbeitskapazität handelt, da es für derartige Tätigkeiten längst andere Fachkompetenzen und Berufsbilder gibt.

Zunahme der Beschäftigung von Honorarärzten

Viele Krankenhäuser unternehmen in dieser Situation den Versuch, die entstandenen Lücken bei der ärztlichen Arbeit durch den Einsatz von Honorarärzten auszugleichen. Dabei wird jedoch nicht berücksichtigt, dass die Einstellung von Honorarärzten oft noch zusätzlich dazu beiträgt, dass die Unzufriedenheit bei den festangestellten Ärztinnen und Ärzten weiter zunimmt. Diese Personalpolitik führt nämlich zu einem unsinnigen Kreislauf: festangestellte Ärztinnen und Ärzte verlassen das Krankenhaus und werden sozusagen in einem Rotationsverfahren durch Honorarärzte ersetzt. Insbesondere durch die höhere Stundenvergütung bei Honorarärzten, die mit dem Einsatz zu festen „Gebrauchszeiten“ zusammen hängt, verringert sich die Motivation bei festangestellten Ärztinnen und Ärzten. Viele der Honorarärztinnen und -ärzte sind nicht bereit und auch nicht dazu verpflichtet, neben der regelmäßigen Arbeitszeit in einem Arbeitszeitrahmen von höchstens 40 Stunden zusätzlich Überstunden oder Be-

¹⁰ Der Ärztemangel im Krankenhaus „könnte über einen spürbaren ‚Bürokratieabbau‘ im Krankenhaus merklich reduziert werden, sei es durch den Abbau von Dokumentationsvorgaben durch Politik und Selbstverwaltung, die Reduktion von Anfragen von Kostenträgern und MDK-Prüfungen, krankenhauserne Rationalisierungen wie Standardisierung und Delegation von Dokumentationstätigkeiten oder durch effiziente technische Lösungen. Angesichts des heute erreichten Ausmaßes wäre eine nennenswerte Entlastung des Ärztlichen Dienstes im Krankenhaus von Dokumentation und Administration in jedem Fall stellenrelevant.“ (vgl. Blum u. a. 2010, S. 119).

reitschaftsdienste und Rufbereitschaftsdienste zu leisten. Das Ergebnis ist die Einführung von Zwei-Klassen-Ärzten mit unterschiedlicher Bezahlung und unterschiedlicher Beanspruchung.

Das Thema Beruf und Familie wird wichtiger!

Immer mehr Frauen ergreifen den Arztberuf. Damit rückt der Wunsch, Beruf und Privatleben bzw. Beruf und Familie miteinander zu verknüpfen, immer stärker bei der Gestaltung der Arbeit und der Arbeitszeitbedingungen indem. Auch wird sich daraus eine Entwicklung zu mehr Teilzeitarbeitsverhältnissen in den Kliniken ergeben.

Im Pflegebereich sieht es nicht besser aus!

Besonders betroffen von den Einsparungen der letzten Jahre war unbestreitbar der Pflegebereich:

„Die Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser hat sich seit Mitte der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts wesentlich verändert. Seit 1995 wurden in den deutschen Krankenhäusern mehr als 50.000 Pflegestellen bzw. rund 15 % des Pflegepersonals abgebaut. Gab es 1995 noch gut 350.000 Pflegevollkräfte, so waren es 2007 nur noch knapp 298.000. Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der stationären Fälle von 15,9 auf 17,2 Millionen Fälle zu (plus 8 %). Hierbei verschob sich die Altersstruktur der stationär behandelten Patienten merklich auf die Altersgruppen ab 65 Jahren, die häufig durch Multimorbidität und chronische Erkrankungen gekennzeichnet sind. Die Zahl der Pfl egetage ging zwischen 1995 und 2007 um rund 22 % zurück. Insgesamt hat die Arbeitsverdichtung bzw. Arbeitsbelastung im Pflegedienst somit deutlich zugenommen“ (Offermanns 2010).

Neben der mit dieser Entwicklung einhergehenden hohen Arbeitsverdichtung hat sich zu dem gezeigt, dass die verbesserten Qualifikationsbedingungen im Pflegebereich nicht zu einer Aufgabenerweiterung oder gar höheren Anerkennung des Berufsbildes geführt haben. Auch von nennenswerten finanziellen Entwick-

lungschancen im Pflegebereich kann nicht die Rede sein¹¹. Die ausgeprägten körperlichen und psychischen Anforderungen tragen zusätzlich zur Unzufriedenheit mit der Arbeit – wie sich durch viele Befragungen und Untersuchungen zeigen lässt – bei.

Derzeit ist auch nicht absehbar, wann sich etwas an dieser Situation ändern wird. Dabei besteht schon längst akuter Handlungsbedarf, denn:

„In zahlreichen Gesundheits- und Pflegeberufen zeigen sich derzeit Schwierigkeiten bei der Besetzung offener Stellen. So kann nach Untersuchungen der Bundesagentur für Arbeit derzeit von einem flächendeckenden Fachkräftemangel in diesem Berufsfeld ausgegangen werden. Besonders die Suche nach Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften sowie examinierten Altenpflegefachkräften ist davon betroffen“ (Arbeitsmarktbericht der Bundesagentur für Arbeit 2011).

Die Voraussetzungen für die Einleitung und Umsetzung von Veränderungsprozessen

Die geschilderten Bedingungen machen deutlich, dass die Veränderungsanforderungen an ein modernes Krankenhausmanagement unbestreitbar massiv, komplex und in vielerlei Hinsicht von wirklich grundsätzlicher Natur sind. Doch eines muss den Verantwortlichen dabei klar sein: entsprechende Veränderungsprozesse lassen sich nur systematisch und gut vorbereitet angehen und sie müssen mit dem richtigen „Handwerkszeug“ der Veränderung umgesetzt werden!

Krankenhäuser, die auf hohe Qualität und parallel dazu auf eine ebenso hohe Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen auf Seiten der Mitarbeiter setzen, aber ihre Prozesse, Strukturen und Personalpolitik den veränderten Rahmenbedingungen (hier sind insbesondere die Kosten- und Personalfrage zu nennen) nicht oder nicht zeitnah genug anpassen, werden das Rennen um die richtige Positionierung am Markt ebenso wie die Gewinnung qualifizierten Personals verlieren.

¹¹ Laut dem „Index gute Arbeit“ „... bemängeln die Beschäftigten in der Krankenpflege vor allem die schlechte Bezahlung – 40 % beziehen Bruttoeinkommen von unter 2000 Euro –, sowie die noch höhere belastende Arbeitsintensität und die zu geringen Aufstiegsmöglichkeiten.“ (vgl. Index gute Arbeit/Fuchs 2008).

Um einen systematischen, erfolgreich verlaufenden Veränderungsprozess einzuleiten zu können, müssen allerdings zunächst die folgenden Fragen beantwortet und in eine entsprechend verbindliche Planung Veränderungsprozesses umgesetzt werden:

1. Wie kann es gelingen, die Prozesse, Strukturen und Rahmenbedingungen bei gleichzeitiger Verbesserung der Patientenorientierung so aufeinander abzustimmen, dass das Unternehmen „Klinik“ am Markt wettbewerbsfähig bleibt bzw. wird?
2. Welche Organisations- und Führungsstrukturen lassen sich wie optimieren und welche Maßnahmen müssen/sollten dazu eingeleitet werden?
3. Welche Konsequenzen hat dies alles für ein strategisches ausgerichtetes Personalmanagement von Kliniken und was muss sich in diesem Bereich grundsätzlich ändern?

1. Prozesse und Strukturen

Die Wettbewerbsfähigkeit eines Hauses ist in entscheidendem Maße abhängig von der Qualität seiner Prozesse und der Funktionalität seiner Strukturen. Nur so lassen sich Effizienz und Kostenbewusstsein realisieren.

Die Umsetzung von Kostenreduktionen, Effizienzsteigerungen und einer optimierten Zusammenarbeit zwischen den drei klassischen Bereichen Ärzte, Pflege und Verwaltung bei gleichzeitiger Erhöhung der Prozessqualität, kann den Handlungsfreiraum der Entscheidungsträger deutlich erhöhen. Beispiele sind hier der Aufbau von sogenannten Gesundheitsnetzen mit einer digitalen Krankenakte, die Umsetzung eines „Klinikinformations- und Kommunikationssystems“ oder eine verursachungsgerechte Kostenzuordnung über eine Kostenträgerrechnung, eingeführt auf Basis eines klinikweiten Informationssystems.

Krankenhäuser müssen gesetzliche Vorgaben umsetzen und sind meist auch an der Ausschöpfung von Kosteneinsparungen interessiert. Dazu müssen aber die „richtigen“ Hebel identifiziert und betätigt werden und das geht nur, wenn alle an einem Strick ziehen und dies systematisch – im Kontext eines ganzheitlich verstandenen Veränderungsprozesses – tun.

- *Analyse und Strategie*

Zunächst muss der aktuelle Ist-Zustand im Krankenhaus aufgenommen werden. Einerseits knapp und ressourcenschonend und andererseits gründlich genug, um alle wesentlichen Erfolgsfaktoren für die Wertschöpfung zu betrachten. Demgemäß müssen die interdependent wirkenden Faktoren Kosten und Kostenzuordnung, Kernprozesse, Organisation und Kommunikationsverhalten, IT-Einsatz, Dienstleistungen sowie Qualifikationen aufgenommen und in Relation dazu gesetzt werden. Zur Ermittlung der Handlungsbedarfe müssen dann die Effizienzkriterien wie bspw. Prozess- oder Medienbrüche, Wiederholung von Untersuchungen und Dateneingaben, Fehlerquote und Abwicklungszeiten herangezogen werden. Die Dienstleistungsqualität sowie das aktuelle Service-Angebot des betreffenden Krankenhauses sind bei der Auswahl der richtigen Handlungsbedarfe ebenso einzubeziehen, wie die sogenannten weichen Faktoren Qualifikation und Kunden-/Patientenzufriedenheit.

Die anschließende Entwicklung der Strategie basiert auf der Priorisierung der zuvor identifizierten Handlungsfelder und umfasst auch die umsetzungsrelevanten Rahmenbedingungen wie beispielsweise Wettbewerb, Stakeholder-Interessen, gesetzliche Anforderungen sowie Wandlungsfähigkeit der Führungsorganisation.

- *Transformationsplanung*

Die Transformationsplanung hat das Ziel, den Entscheidungsträgern den Weg zum gewollten Soll-Zustand in nachvollziehbaren Schritten aufzuzeigen. In den damit eingeleiteten Transformationsprozess müssen Entscheidungs- und Leistungsträger eingebunden sein. Je nach Transformationstiefe und Veränderungsbedarf ist für die interne und ggf. auch externe Kommunikation zwischen allen Stakeholdern¹² ein Change Management zu installieren. Die Maßnahmen werden

¹² Als Stakeholder wird in der Betriebswirtschaftslehre ein „Akteur“ bezeichnet, der ein dezidiertes Interesse am Verlauf oder Ergebnis eines Prozesses (zum Beispiel eines Projekts oder der wirtschaftlichen Entwicklung eines Unternehmens) hat. Dabei kann es sich sowohl um Gruppen (wie zum Beispiel die gesamte Pflege, deren Angehörige in einer spezifischen Angelegenheit allesamt dasselbe Interesse haben) als auch Individuen handeln. Als Faustregel mag gelten, dass man hier umso eher mit Einzelpersonen zu rechnen hat, je höher man in der Hierarchie schaut. Wir werden im Schlussbeitrag zu diesem Band noch einmal auf die Bedeutung von Stakeholdern zurückkommen.

mit dem Projektmanagement und den Entscheidungsträgern des Krankenhauses ständig abgeglichen.

- *Umsetzung*

Der wichtigste und entscheidende Schritt ist selbstverständlich die Umsetzung. Aber gerade hier werden erfahrungsgemäß die meisten Fehler gemacht. Aus vielen Veränderungsprojekten liegen gesicherte Erkenntnisse vor, wo sich die Ursachen für Fehlentwicklungen befinden, die leider oft erst sehr viel später ihr erschreckendes Ausmaß zeigen. In großen Projekten, die mit einer organisatorischen Veränderung einhergingen, hat sich vor allem das konsequente Festhalten an einem stringenten Umsetzungsplan, gepaart mit den Methoden des Change Management, als sehr brauchbar und sinnvoll erwiesen.

Die Strategische Ausrichtung, zum Beispiel in den skizzierten drei Schritten, ist Handlungsrahmen und interne Orientierung zugleich.

Die Aufsichtsgremien der Krankenhausträger und die Führungskräfte müssen akzeptieren, dass der medizinische Versorgungsauftrag eines Krankenhauses dauerhaft nur im Gleichgewicht der Komponenten medizinische Qualität, Pflegequalität und wirtschaftliche Handeln auf allen Ebenen (und dies vor allem interdisziplinär) sicherzustellen ist.

2. Organisations- und Führungsstrukturen

Die einschneidenden Umwälzungen im Gesundheitssektor lassen nur wenige Wahlmöglichkeiten zu: Man kann es einfach laufen lassen und reagiert, wenn es gar nicht mehr anders geht – und wird auf diese Weise wahrscheinlich verlieren. Oder man setzt auf Gestaltungs- und Veränderungswillen sowie auf Führungskompetenz. Das hat aber nur dann Erfolg, wenn die Führungskräfte und Führungsnachwuchskräfte in Klinik, Klinikum, Krankenhaus, Trägergesellschaft und anderen Unternehmen des Gesundheitssektors

- aktiv und bewusst ihre Führungsrolle definieren und annehmen,
- klare und zielorientierte Management- und Führungsprozesse in Gang setzen und aufrecht erhalten,

- das dafür notwendige konzeptionelle Rüstzeug und Handwerkszeug kennen und anwenden,
- und wenn die Führungs- und Organisationsstrukturen sowie alle Geschäftsprozesse innerhalb der Häuser regelmäßig auf den „Prüfstand“ kommen und immer wieder angepasst werden.

Weder Abteilungsdenken noch „Kämpfe um die Vorherrschaft“ von Medizin oder Pflege oder Verwaltung/Betriebswirtschaft in einem Krankenhaus sichern Zukunft, sondern aktive Führungskräfte, die ganzheitlich und ergebnisbezogen im Rahmen transparenter, eindeutiger Führungs- und Organisationsstrukturen gestalten, überzeugen und motivieren können.

Dem gegenüber ist eine divisionale und ausgeprägt hierarchische Gliederung in einzelne Kliniken ist noch immer die vorherrschende Organisations- und Führungsstruktur. Dadurch verfestigen sich unzeitgemäße, kostenintensive und starre Organisations- und Führungsstrukturen.

Schnittstellenprobleme entstehen in jedem Unternehmen. Sie sind erfahrungsgemäß in Krankenhäusern nicht häufiger oder seltener anzutreffen als anderswo. Die Bereitschaft, erkannte Schnittstellenprobleme aufzulösen, ist hier allerdings deutlich geringer. Manches Krankenhaus, die Organisation als Ganzes, aber auch der einzelne Mitarbeiter hat dadurch erhebliche Spannungen auszuhalten. Demgegenüber gilt: Jede Organisationsgliederung hat sich Zielen unterzuordnen und dafür geeignete Strukturen und Abläufe zu schaffen; schließlich ist sie kein Selbstzweck. *Die* (einzig) richtige Organisation (Strukturen, Kernprozesse und unterstützende Prozesse) für ein Krankenhaus gibt es nicht. Jedes Krankenhaus ist als Ganzes eine spezifische Organisation und gestaltet sich zugleich durch seine Aufbauorganisation sowie durch die Komplexität der organisatorischen Abläufe und Prozesse.

Eindeutig definierte Kernprozesse beschreiben die zentralen Aufgaben eines Krankenhauses. Sie beinhalten das spezifische Know-how der Organisation und orientieren sich an den primären Kundenanforderungen. Geschäftsprozesse schließlich sind die an den Kernprozessen orientierten Arbeits-, Informations-

und Entscheidungsprozesse. Optimierungsschwerpunkte des Geschäftsprozessmanagements sind beispielsweise:

- Reduktion von (Management-)Komplexität durch Festlegung der Prozessziele und Steuerungsparameter zur Überprüfung des Zielerreichungsgrades
- Festlegung des prozessrelevanten Informationsbedarfs
- Ermittlung der Kostentreiber im Prozess

Nach Prozess- oder Strukturoptimierungen hört man schon mal gelegentlich aus dem Pflegebereich, von Assistenzärzten oder Einkäufern oder Stationsleitungen: „Wir haben auch schon ein paar Mal vorgeschlagen, dass ...“. In solchen Äußerungen stecken Zufriedenheit, dass dies oder jenes jetzt verbessert wird, aber auch Enttäuschung, dass man bisher nie gehört wurde, auch wenn man aus der täglichen Praxis heraus Unzulänglichkeiten erkannte.

Weitaus häufiger jedoch stößt man hingegen auf Widerstände, auf Ablehnung gegenüber jeglicher Veränderung. Viele und oft lange Begründungen müssen herhalten. Meist liegen die Ursachen für solche Haltungen tief verborgen in Ängsten, Unsicherheiten und Sorgen, mit all diesen Änderungen auch „klar zu kommen“. Viele Führungskräfte haben nicht gelernt, damit umzugehen, kennen die Eckpunkte für erfolgreiches Veränderungsmanagement nicht – oder haben selbst Angst vor der Veränderung.

Die nachfolgend aufgeführten Handlungsoptionen gestalten den Erfolgsfaktor Organisation und Führung konkret aus. Sie sind zugleich Prüfkriterien für das Management, um zu erkennen, wo das Unternehmen auf dem Weg der nachhaltigen Veränderung jeweils steht.

- *Prozessorientierung bestimmt das alltägliche Vorgehen*

Statisches, vorwiegend funktionales, hierarchie- und abteilungsbezogenes Denken und Handeln muss Schritt für Schritt zugunsten von Prozessorientierung abgebaut werden. Abläufe, Vorgehensweisen und Verfahren, die von einem Ziel oder einem gewollten Ergebnis ausgehen, müssen dabei im Vordergrund stehen.

- *Pragmatische Methoden und Vorgehensweisen nutzen z. B. Clinical Pathway*

Höhere Effizienz und Effektivität darf nicht nur gewolltes Ergebnis sein. Beides muss auch „Leitlinie“ auf dem Weg dorthin sein.

Die klinischen Ablaufpfade stehen dabei als Beispiel: Klinische Ablaufpfade legen Reihenfolge und Umfang der einzelnen Behandlungsschritte fest und helfen dadurch, Kosten transparent zu machen und zu steuern. Sinnvoll ist es, weil dadurch die Veränderungsbereitschaft erhöht werden kann, die heute praktizierten und die optimierten, künftig anzuwendenden Standards aufzunehmen.

- *Die Organisation gewährleistet Leistungsversprechen*

Will ein Krankenhaus im höchsten Maß kundenorientiert und/oder attraktiver werden, dann muss sich die Dienstleistungsqualität auch bei der Pflege und Unterbringung erhöhen. Dies setzt wiederum – zumindest in Teilen – eine andere Führungs- und Organisationsstruktur voraus als in einem „klassischen“ Kreiskrankenhaus mit Regelversorgung.

- *Traditionelle Organisationsstrukturen überwinden*

Bewährtes muss erhalten bleiben. Die nachhaltigen, z. T. sehr tief greifenden Veränderungen der Rahmenbedingungen, im Verhältnis zum Träger und im (Markt-) Umfeld erfordern stets auch eine genaue Analyse der vorhandenen Strukturen und Prozesse, um wichtige – alltagstaugliche und effiziente – Routinen für den Veränderungsprozess nutzbar zu machen.

- *Handlungsfähige Organisation schaffen und aufrechterhalten*

Flache Hierarchien und vernetzte Strukturen mit kurzen, klaren Entscheidungswegen und eindeutigen Verantwortungsbereichen, gehören zu den wesentlichen Erfolgsfaktoren der Zukunft. Auch wenn die spezifische Situation oder Aufgabenstellung einer Klinik oder eines Teilbereichs eines Krankenhauses höchst unterschiedliche Organisationsstrukturen bedingen, können Erfolg fördernde Merkmale wie Dezentralisierung, Stärkung der Eigenverantwortung oder Ausrichtung der Verwaltung als aktive Dienstleistungsfunktion durchgängig angewandt werden.

- *Regelmäßig Organisations-Audits vorsehen*

Jede Organisation setzt im Laufe der Zeit „Speck an“: Gewohnheiten schleichen sich ein, man hat etwas „immer schon so gemacht“ und denkt nicht mehr nach, ob dieses oder jenes Verfahren noch zeitgemäß ist. Wirtschaftliche Leistungserbringung, wachsende Dynamik der Veränderungen, interner Zeitdruck, knappere Stellenpläne, höhere Be- und Auslastungen vieler Mitarbeiter und zunehmender Wettbewerbsdruck fordern von Krankenhäusern ständige Anpassung der Organisation. Die Zeitschere zwischen benötigter und verfügbarer Reaktionszeit wird dabei immer größer und erzwingt die laufende Optimierung der Organisation.

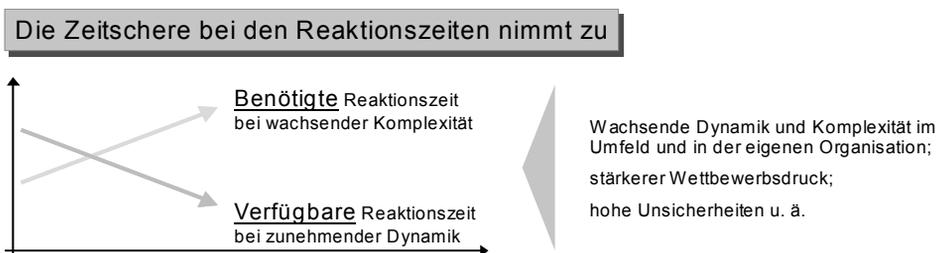


Abb. 4 Die Zeitschere bei den Reaktionszeiten nimmt zu.

- *Führen mit Zielen ist Grundkonzept des operativen, wie des strategischen Handelns*

Es ist eine harte, permanente Herausforderung, handlungsleitende Management- und Führungsprozesse zielorientiert auf allen Ebenen in den Krankenhausbereichen Medizin, Pflege und Verwaltung, Technik dauerhaft zu verankern und bei der Festlegung von Zielen die Wünsche der Patienten als integralen Bestandteil zu berücksichtigen.

- *Weisungsrechte festlegen und konsequent nutzen*

Die Wirksamkeit der Führungsorganisation hängt weitgehend von Definition, Verständnis und korrekter, konsequenter Handhabung der fachlichen und disziplinarischen Weisungsrechte und Befugnisse ab.

- *Mitarbeitervertretungen frühzeitig einbinden*

Ärztevertretungen, Betriebs- oder Personalrat, in konfessionellen Häusern die MAV, behindern – so oft das Vorurteil vieler Geschäftsführungen oder Chefärzte – die für notwendig erachteten Veränderungen. In aller Regel verschließen sie sich jedoch dann nicht, wenn Ziele und Vorgehensweisen offen gelegt werden, Beteiligung an organisatorischen Veränderungsvorhaben von Beginn an ermöglicht wird und Glaubwürdigkeit vor empfundenen „Trickserien“ steht.

- *Umfang und Intensität an selbst organisierten Prozessen, in denen Mitarbeiter im vorgegebenen Rahmen Aufgaben selbst bewältigen, weit gesteckt gestalten*

Warum sollen Mitarbeitergruppen beispielsweise ihre Dienstplaneinteilung nicht selbst vornehmen, natürlich im Rahmen transparenter, übergeordneter „Spielregeln“ und Rechtsgrundlagen? Das ist bereits in einigen Häusern (motivierende) Praxis. Bei flexiblen Kontrollsystemen, die verhindern, dass die „große Linie“ verloren geht, müssen diese Teams die Vorgesetzten oder die Personalabteilung nur noch in Ausnahmefällen einschalten.

Krankenhäuser und Kliniken brauchen ein flexibles, marktorientiertes Leitungsteam. Das setzt ein strategisch und operativ kompetent handelndes Management voraus, welches dazu in der Lage ist, das Kerngeschäft in situationsgerechten Geschäftsprozesse umzusetzen.

Die Nutzung einer Organisation, der Umgang mit den Strukturen und Abläufen, hängt vor allem vom Verhalten der Mitarbeiter ab, betrifft also die Einstellungs- und Verhaltensebene und dahinter liegende Fähigkeiten und Fertigkeiten. Wenn die Mitarbeiter Organisationsregeln nicht an, seien sie noch so ausgefeilt und begründet, dann „läuft es nicht“. Doch hier bewegen uns bereits an der Schnittstelle zum Personalmanagement.

3. Strategisch ausgerichtetes Personalmanagement

Die Personalpolitik einer Klinik ist in der Regel geprägt durch die relativ strikte Trennung zwischen der ärztlichen Leitung, der Pflegedienstleitung und der Klinikverwaltung. Oft verfolgt jeder dieser Bereiche seine spezifischen Interessen;

die gemeinsame Planung und Koordinierung der Arbeit wird dadurch nicht eben leichter. Reibungsverluste sind damit schon von vornherein strukturell angelegt und entstehen immer dort, wo durch die Abschottung der eigenen Interessen gegenüber den anderen Bereichen die gemeinsame Planung zum Problem wird. Insbesondere dort, wo sich eine effiziente Prozesssteuerung durchsetzen soll, ist die Überwindung solcher Grenzen aber unabdingbar.

Strategische Personalplanung, im Sinne einer gemeinsam gestalteten Unternehmensentwicklung, ist aber nur dann zu bewerkstelligen, wenn sich bereichsspezifische Interessen unterordnen. So müssen zum Beispiel Führungsgrundsätze Allgemeingültigkeit haben, weil sonst Ungleichbehandlungen und personalpolitische Fehlentscheidungen zur Regel werden.

Was passiert aber, wenn Pflegedienstleitung, ärztliche Leitung und kaufmännische Leitung nicht übereinstimmen? Das Personalmanagement in Krankenhäusern kann hier – nicht nur für die Dauer des Veränderungsprozesses, sondern grundsätzlich – eine interne Dienstleistungsfunktion übernehmen: Leitlinien für personalbezogene Prozesse und Verfahren vorgeben, Regelwerke für Konfliktbearbeitungen entwickeln, Personalentwicklungsbedarfe ermitteln und konkretisieren sowie rechtzeitig auf Veränderungs- bzw. Anpassungsnotwendigkeiten hinweisen. Es kann sich so beratend, kompetent und im Rahmen der übergreifenden Ziele aktiv in die Personalplanung und -entwicklung der Bereiche einschalten.

Leider ist die Realität oft weit von diesem gestaltenden, integrativen Ansatz eines so verstandenen Personalmanagements entfernt. Immer noch werden Personalabteilungen in Kliniken weitgehend auf rein administrative Funktionen wie Gehaltsabrechnung und Personalbetreuung reduziert. Ein pro-aktives Personalmanagement, das aktuelle und zukünftige Entwicklungen im Blick hat und so Veränderungsprozesse maßgeblich zu koordinieren und anzuleiten vermag, ist vielfach die Ausnahme.

Dabei stehen wichtige Themen auf der Tagesordnung, wie beispielweise:

- die Entwicklung flexibler Arbeitszeitmodelle
- die erweiterten Qualitätsansprüche und der darauf angepasste Qualifizierungsbedarf für das ärztliche wie für das Pflegepersonal