



Fotos: Maurizio Images

## KRANKENHÄUSER IM UMBRUCH

# Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Weiterentwicklung

Die Behandlung und Betreuung von Patienten ist nur begrenzt rationalisierbar. Eine Effizienzsteigerung sollte deshalb primär an der gewachsenen Form des alltäglichen Organisierens und Führens ansetzen.

Widar von Arx, Johannes Rüegg-Stürm\*

Öffentliche Krankenhäuser stehen unter einem beträchtlichem Effizienz- und Entwicklungsdruck. Die Mitarbeiter eines Krankenhauses sind dabei nicht zu beneiden, denn die Kostenexplosion wird nicht nur durch sie selbst, sondern maßgeblich auch durch demografische Veränderungen, technologischen Fortschritt und veränderte Präferenzen der Bevölkerung für Gesundheitsdienstleistungen angeheizt. Weil diese Entwicklungen durch Einzelne schwer zu beeinflussen sind, konzentriert sich die Politik bei ihren Reformanstrengungen auf das Sparpotenzial in den Kliniken. Die Ökonomisierung, wie sie im Gesundheitswesen Einzug gehalten hat, ist erst der Anfang einer lange dauernden Umwälzung. Ziel dieses Beitrags ist es, wahrscheinliche Entwicklungen aufzuzeigen, auf die sich Krankenhäuser mit einer

systematischen Weiterentwicklung ihrer Organisations- und Führungspraktiken vorbereiten sollten, um ihre Zukunftsfähigkeit zu sichern.

## Enormer Entwicklungsdruck

Bei den Überlegungen zur erwarteten Entwicklung von Kliniken gehen die Autoren von der Annahme aus, dass dem Produktivitätswachstum dieser Organisationen systematisch Grenzen gesetzt sind. Technologische Neuerungen lassen zwar Fortschritte im Wissensmanagement, in der Logistik und in der Administration erwarten, aber die Kerntätigkeit der Behandlung und Betreuung von Patienten hat einen handwerklichen, kommunikativen und sozialen Charakter. Sie ist nicht „automatisierbar“ und nur begrenzt rationalisierbar. Dies bedeutet, dass eine Effizienzsteigerung primär an der gewachsenen Form

des alltäglichen Organisierens und Führens ansetzen sollte. Effizienzpotenziale liegen in einer möglichst reibungslosen Führung und Koordination der Wertschöpfungsaktivitäten, in der gemeinsamen Nutzung von Ressourcen, in einer umfassenden Datenverfügbarkeit, in der Beschränkung auf Kernkompetenzen oder im Auslagern von peripheren Aktivitäten.

Die Krankenhausführung muss sich fragen: Welche Rolle soll unser Krankenhaus in der Gesundheitsversorgung spielen? Was sind wichtige Stärken und Leistungsangebote mit einer überlegenen Wertschöpfung? Mit welchen Praktiken des Organisierens und Führens können wir diese Stärken wirksam zum Tragen bringen? In der Folge werden fünf Themenfelder betrachtet, deren Einfluss auf den Entwicklungsdruck von Kliniken besonders hoch ist (1).

\* Die Autoren danken den Mitarbeitern des Forschungsprogramms HealthCare Excellence Silke Bucher, David Kurz, Jürgen Merz, Harald Tuckermann sowie den Forschungspartnern aus der Praxis für die gute Zusammenarbeit und die wertvollen Kommentare.

## Ausdifferenzierung und Positionierung

Das Angebot an Gesundheitsleistungen ist über Jahrzehnte in einem politischen Prozess festgelegt worden. Dabei haben sich meistens Partikularinteressen gegen Synergiepotenziale durchgesetzt. Es gibt zu viele, zu kleine und zu wenig vernetzte Krankenhäuser. Zusätzlich führt die unterschiedliche Abgeltung ambulanter und stationärer Leistungen zu einer ineffizienten Ressourcenallokation. Bei ähnlich gutem medizinischen Outcome existieren in den europäischen Ländern massive Unterschiede bei Indikatoren wie der Bettenzahl, den Fallkosten oder der durchschnittlichen Liegezeit (2). Waren solche Differenzen bisher kaum ein Thema, bedeutet die Einführung von Fallpauschalen, dass Krankenhäuser allmählich in ernsthafte Konkurrenz zueinander geraten. Damit ändert sich auch die Rolle der Führung eines Krankenhauses grundlegend. Es zeichnet sich ab, dass die neue Kernherausforderung darin liegen wird, eine attraktive und strategisch nachhaltige Wettbewerbsposition zu spezifizieren und gezielt die dazu erforderlichen organisatorischen Fähigkeiten aufzubauen.

Anstatt den Ausbau des medizinischen Dienstleistungsangebots wie bisher einem eher naturwüchsigen Entwicklungspfad zu überlassen, bedeutet Positionierungsarbeit die Bearbeitung von Fragen wie:

- Wie muss unser Leistungsangebot im Vergleich zum Angebot vergleichbarer Anbieter aussehen, damit wir eine besondere Attraktivität für Patienten, Ärzte, Pflegende und Kostenträger erlangen?

- Wie können wir das Angebot auf spezifische Zielgruppen ausrichten und überzeugend kommunizieren?

- Wie können wir die knappen Ressourcen optimal ausschöpfen?

- Welche Voraussetzungen im Bereich des Organisierens, Führens, Zusammenarbeitens und der Kultur insgesamt sind hierfür gemeinsam zu entwickeln?

Die Umstellung des Entgeltsystems auf diagnoseorientierte Fallpauschalen schafft mehr Transparenz und damit Wettbewerbsdruck, weil Krankenkassen und der Staat daraus

Konsequenzen für die weitere Zusammenarbeit mit den Leistungsanbietern ableiten.

Für die Zukunft ist eine wesentlich stärkere Segmentierung des Gesundheitssektors zu erwarten. Für Patienten mit planbaren, standardisierten und einmaligen Eingriffen ist eine Verschiebung in Richtung ambulante Versorgung und spezialisierte Kliniken vorzuzusehen. Hier wird das private Angebot weiter zunehmen. Sind heute spezialisierte Kliniken teilweise als „Rosinenpicker“ verschrien, zeigt ein Blick auf die erbrachte Wertschöpfung, dass für eine überlegte Fokussierung gute Gründe sprechen. Ein homogenes „Patientengut“, standardisierte Behandlungsabläufe sowie ein Minimum an Schnittstellen machen die Organisation der Wertschöpfung berechenbarer, flexibler und günstiger. Teure Vorhalteleistungen für seltene Komplikationen können auf ein Minimum reduziert werden.

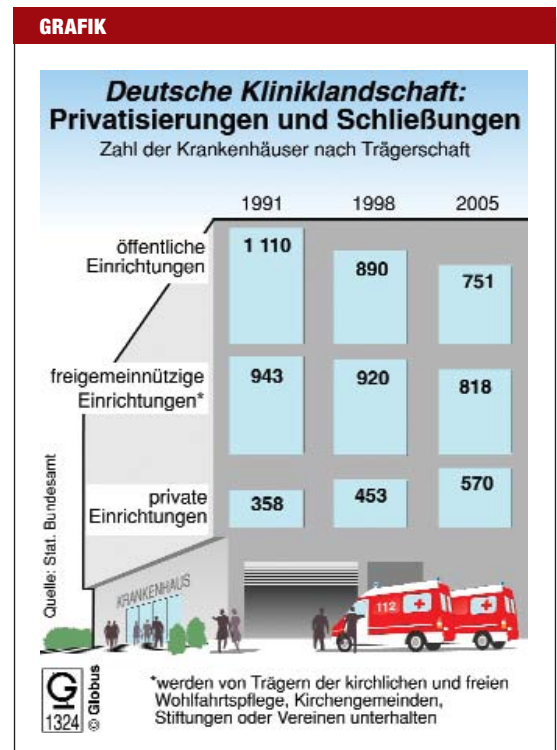
Studien zeigen zudem, dass eine gute Behandlungsqualität von ausreichenden Fallzahlen abhängt. Wirksame Anreizstrukturen wie das Belegarztssystem motivieren Ärzte, ihre Patienten persönlich zu betreuen, was diese sehr zu schätzen wissen. Private Klinikketten dringen verstärkt auch in klassische Domänen der Akutkrankenhäuser ein. Häufig bauen sie ihre Kliniken „auf der grünen Wiese“ neu auf, um das gesamte Potenzial von Standardisierung, optimaler räumlicher Gestaltung, kurzen Informationswegen, guter Erreichbarkeit für Patienten und deren Angehörige sowie einer neuen unternehmerischen Organisationskultur konsequent auszuschöpfen (3).

## Patientenzentriert statt fachorientiert

Dennoch bleiben die teuersten und sozial am stärksten auf Unterstützung angewiesenen Patienten wie chronisch kranke Menschen auf komplexe Organisationen wie Universitätskliniken angewiesen. Das Gleiche gilt für Notfalldienste, für die Behandlung seltener Krankheiten oder für medizinische Angebote, die intensiv mit der Forschung gekoppelt sind. Hierbei geht es um Gesundheitsleistungen, mit denen sich

kaum Geld verdienen lässt, die aber für das Funktionieren eines hochwertigen Gesundheitssystems das Fundament darstellen. Im Sinn öffentlicher Güter dürfte der Staat auch weiterhin für diese Gesundheitsleistungen Leistungsaufträge vergeben.

Gerade in hoch spezialisierten Abteilungen von Universitätskliniken müssen viele Experten intensiv kooperieren. Damit dies aus Patientensicht und aus einer ökonomischen Perspektive optimal funktioniert,



wird eine systematische, bereichsübergreifende Prozessorientierung unausweichlich. Hier besteht die Herausforderung, die gesamte Patientenkarriere aus medizinischer, ökonomischer und sozialer Sicht systematisch als integrierte Behandlungseinheit mit optimal aufeinander abgestimmten Behandlungsleistungen in den Blick zu bekommen (4).

Krankenhausorganisationen sind heute noch weitgehend durch ihre Einteilung in Fachgebiete geprägt. Spezialisten organisieren sich entsprechend ihrer Funktion. In einer stabilen und durch Routinetätigkeiten geprägten Arbeitsumgebung ist das die perfekte Struktur. Anders in komplexen Behandlungsprozessen: Hier wird der Patient gezwungen, sequen-

ziell von einem Spezialisten zum anderen zu wandern. Da jede Abteilung ihre eigenen Prozesse hat, zuerst ihre Eigeninteressen wahrnimmt und wenig übergeordnete Koordination existiert, ist der Behandlungsprozess zuweilen eine leidvolle Geschichte.

Eine prozessorientierte Organisation hat zum Ziel, ihre Behandlungsroutinen und deren strukturelle Verankerung auf idealtypische Behandlungspfade auszurichten. Die Leistungserstellung ist abteilungs- und funktionsübergreifend systematisch auf die Patientenbedürfnisse abzustimmen. Sie besteht aus einer Anzahl von verknüpften Prozessen, die direkt am Patienten eine Hilfeleistung ermöglichen. Für Krankenhäuser bedeutet das einen Paradigmenwechsel: Der Patient wird nicht mehr genötigt, mit seinem Leiden von einem Spezialisten zum anderen zu gehen, sondern er geht in sein Zentrum und die Spezialisten kommen zu ihm. Bei der konkreten Gestaltung einer solchen Organisation ist ein Mix von Maßnahmen zu beobachten (5):

- Auffällig ist die nachlassende Bedeutung der Klinikstruktur. In innovativen Krankenhäusern segmentieren sich die Experten neu: um ein Organ (z. B. ein Herzzentrum), eine Krankheit (z. B. ein Krebszentrum), das Alter (z. B. die Kinderheilkunde) oder das Geschlecht (z. B. die Frauenheilkunde). Multidisziplinäre Teams (z. B. Tumor Boards) erfordern die Aufhebung unnötiger Hierarchien und Abteilungsgrenzen. Ein Integrationsniveau, das es erlaubt, Prozesse gemeinsam zu spezifizieren und zu betreiben, reduziert die Schnittstellen. Dies setzt die Entwicklung eines neuen Verständnisses von Zusammenarbeit und Führung voraus.

- Eine weitere Innovation betrifft die „Prozess-Triage“, deren Ursprung in der Kriegsmedizin zu finden ist. Eine systematische Triage sorgt dafür, dass „einfache“ Patienten einem Standardprozess zugewiesen werden, um für aufwendige, multidisziplinäre Diagnosen und Behandlungen von komplexen Fällen ausreichend Ressourcen zu Verfügung zu haben.

- Deutlich mehr Gewicht wird auf eine gemeinsame Führung aller in diesen Zentren beteiligten Professio-



Foto: mauritius images

nen gelegt. Diese Funktion wird meist von Ärzten mit einer Fortbildung in Management wahrgenommen. Weitere neue Rollen, wie zum Beispiel der Patientencoach oder der „Case Manager“, nehmen den Patienten unter ihre Obhut und begleiten ihn durch den Behandlungsprozess.

- Zuletzt zeigt sich der Trend, Behandlungen, die nicht zwingend stationär durchgeführt werden müssen, in ambulante Zentren zur Abklärung und Rehabilitation zu verlagern. Solche Infrastrukturen ermöglichen es, die Wartezeit vor der Intervention zu minimieren und damit teure Liegetage zu vermeiden.

### Zentralisieren von Kernfunktionen

Während Fallpauschalen die Kliniken zwingen, ihre Kosten, etwa über eine Kürzung der Verweildauer, bis zu einem Drittel zu senken, bietet eine patientenzentrierte prozessorientierte Organisation einen vielversprechenden Ansatzpunkt zur Identifikation unausgeschöpfter Optimierungspotenziale. Denn die Effizienz einer Organisation lässt sich nur über eine verbesserte Prozessqualität und nicht über undifferenzierte Ressourcenausdünnungen nachhaltig steigern.

Akutkrankenhäuser entwickeln inzwischen ihre eigenen IT-Systeme, regeln selbst ihren Einkauf, haben ein eigenes Labor und eine eigene

### Paradigmenwechsel:

Der Patient wird nicht mehr gezwungen, von einem Spezialisten zum anderen zu gehen.

Apotheke. Der Wettbewerb in der Finanz- und Konsumgüterbranche hat gezeigt, dass durch Standardisierung und Zentralisierung solcher Aufgaben Rationalisierungspotenziale ausgeschöpft werden können.

Eine unterschätzte Komponente in der medizinischen und pflegerischen Wertschöpfung ist die zeitgerechte Aufbereitung, Zurverfügungstellung und Interpretation von Daten. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen benötigen eine Vielfalt an aktuellen Daten, um eine präzise Diagnose stellen zu können; Therapiedaten müssen an die Versicherung zwecks Abrechnung geschickt werden. Wenn ein Patient ein zweites Mal erscheint, müssen alle bereits vorhandenen Daten ohne Aufwand wieder auffindbar sein. Einem leistungsfähigen Informationssystem, das in der Lage ist, den Mitarbeitenden „just in time“ die notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen, kommt immer mehr eine Schlüsselrolle zu.

In der Finanzbranche ist es längst undenkbar, dass ein kleineres Institut im Alleingang solche äußerst komplexen Systeme entwickelt. Es ist daher absehbar, dass auch zwischen Kliniken neue Formen der Kooperation Einzug halten, um solche Größenvorteile auszuspielen. Möglichkeiten bestehen im Auslagern der IT an spezialisierte Anbieter oder in der Entwicklung gemeinsamer Plattformen. Zentralisierung ist jedoch ebenso ein Thema in Bezug auf ein gemeinsames Krankenhaus- oder Klinikmanagement, den Einkauf, das Labor, die Apotheke und die Öffentlichkeitsarbeit. Andere Subprozesse, wie der gesamte Unterhalt der baulichen und technischen Infrastruktur oder die Bereitstellung der Verpflegung, müssen daraufhin überprüft werden, inwiefern sie an Dritte ausgelagert werden können.

### Netzwerkeffekte ermöglichen

Einige Krankheiten sind wegen des breiten Spektrums an notwendigen Interventionen eine schwere Last für die betroffenen Patienten. Besonders hier können netzwerkartige Strukturen zwischen den beteiligten Institutionen ein hohes Niveau an medizini-

scher und sozialer Unterstützung gewährleisten. Krankenhäuser sind oft nur unzureichend in der Lage, dem psychosozialen Aspekt einer Krankheit in einer umfassenden Dimension Rechnung zu tragen. Doch genau dieser Aspekt wird immer wichtiger.

Trotz moderner Medizin lassen sich längst nicht alle Krankheiten heilen, was eine jahrelange Behandlung nach sich ziehen kann. Hier liegen noch große und unausgeschöpfte Möglichkeiten für eine sinnvolle Ausweitung eines integrierten Leistungsangebots. Wie kann eine Klinik dazu beitragen, dass die Patienten ihren Alltag meistern, ihre sozialen Beziehungen aufrechterhalten, ihre Zeit effizient organisieren und die Veränderung ihrer Identität sinnvoll bewältigen können (6)?

Die Zukunft von Krankenhäusern liegt somit keineswegs nur im Zuwachs medizinischen Wissens, sondern auch in einer Weiterentwicklung interaktionaler und sozialer Fähigkeiten. Medizin und Pflege dürfen – wie zurzeit unter dem wachsenden Kostendruck manchmal beobachtbar – dem Patienten nicht einfach ein paar „do's and „don'ts“ mit nach Hause geben. Vielmehr könnten Krankenhäuser durch die Einrichtung von Versorgungsnetzwerken verstärkt dazu beitragen, Voraussetzungen zu schaffen, dass der Patient je nach Lebenslage den gegebenen Empfehlungen überhaupt nachkommen kann. Demzufolge wünschen Krankenkassen für ihre Versicherten immer mehr Komplettanbieter, die Akutkrankenhäuser, ambulante Versorgung, Rehabilitation, Pflegeeinrichtungen und Sozialdienste in einem Netzwerk vereinen.

Eine noch weitergehende Integration unter Einbezug der Patientinnen und Patienten findet in Managed-Care-Organisationen statt. Darunter versteht man ein Steuerungsmodell, das versucht, die ungebremste Leistungsausweitung auf Kosten der Allgemeinheit einzuschränken, ohne auf das Sozialprinzip zu verzichten. Dazu schließen sich Ärztenetzwerke, Krankenhäuser und Versicherungen zu einer Organisation zusammen. Sie übernimmt für einen fixen Betrag die Versorgung des Patienten. Der Patient ist umgekehrt verpflichtet, sich ausschließlich von dieser Orga-

nisation behandeln zu lassen. Managed-Care-Organisationen haben die Rolle eines „Gatekeepers“. Diese sparbedingte Einschränkung bringt unausweichlich einen Verlust an „Freiheit“ für den Patienten mit sich.

Die Vorteile solcher Netzwerke liegen in einer besseren Integration von Prävention, Medizin, Pflege und sozialfürsorgerischer Kompetenz. Die Qualität und Effizienz der Wertschöpfung wird über strukturierte Fortbildung, standardisierte Datenbanken mit Patientendaten sowie gemeinsam erarbeitete Qualitätsleitlinien gefördert und kontrolliert. Die Zentralisierung teurer Investitionen und ein integratives Case-Management tragen zu hoher Kosteneffizienz bei. Weil solche Organisationen nicht an politische Grenzen gebunden sind, können sie eine kritische Größe erreichen, was der Professionalisierung und der Rentabilität zentraler Dienstleistungen zuträglich ist (7).

### Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und Kooperation

Als schwer lösbare Herausforderung für die Entwicklung von Krankenhäusern haben sich kulturelle Unterschiede zwischen Ökonomie und Medizin erwiesen. Medizin und Ökonomie orientieren sich an unterschiedlichen Referenzmaßstäben, was gute Arbeit und gute Entscheidungen betrifft. Während die Medizin versucht, den Behandlungserfolg für den Patienten nach Maßgabe des Machbaren zu maximieren, drängt die Ökonomie darauf, nur so lange zu „investieren“, bis die Grenzkosten den Grenznutzen zu übersteigen beginnen – wie auch immer dies im konkreten Fall ermittelt werden mag.

Führungskräfte mit finanzieller Verantwortung sind deshalb geneigt, das Handeln der Ärzte mithilfe von Regeln und ökonomischen Anreizen zu beeinflussen. Erfahrungen aus Großbritannien zeigen aber, dass dieser Spagat heikel ist. Zum einen ist der aufgebaute wirtschaftliche Druck oft nicht stark genug, um einen fundamentalen Wandel in den klinischen Arbeitsprozessen anzustoßen (8). Zum anderen ist die Gefahr groß, durch ökonomische Anreize gerade die wertvollsten Kompetenzen einer Krankenhausorganisation

zu zerstören. Diese liegen in der hervorragend ausgebildeten Fähigkeit zur selbst organisierenden Kooperation – selbst oder gerade bei chaotischen Arbeitsbedingungen, in der Aufopferung und Motivation der Mitarbeitenden für Patienten und in der ausgeprägten Bereitschaft zu spontaner kollegialer Hilfe.

Es braucht nicht viel, durch unüberlegte ökonomische Fehlanreize und den naiven Glauben an den Nutzen einer internen Konkurrenz diese Kooperation unwiederbringlich zu zerstören – insbesondere wenn Anreize als widersprüchlich und unfair, nicht marktgerecht und unsicher bezüglich ihrer Wirkungen wahrgenommen werden. Wird die ökonomische Rationalität zur zentralen Steuerungsfunktion eines Krankenhauses, ist nur die Effizienz der jeweiligen Leistungseinheit von Interesse. Behandlungsketten und Patientenkarrerien werden aus den Augen verloren und entziehen sich der Systemsteuerung weitgehend. Noch existieren keine Patentrezepte, wie eine sinnvolle Mischung von Steuerungsinstrumenten zwischen Markt und Hierarchie aussehen könnte. Zu begrüßen wäre eine Art von „Co-competition“, also eine Mischung aus Wettbewerb und Kooperation, ein Zustand, der von Natur aus instabil ist, aber auch genau deshalb spannende Entwicklungen zulässt. Erfahrungen aus der Industrie deuten darauf hin, dass in Zukunft vielfältigere und oft auch fragilere Mischformen der Zusammenarbeit zu erwarten sind. So entwickeln in der Automobilindustrie die schärfsten Konkurrenten gemeinsam neue Technologien, oder die Zulieferer erhalten vollen Einblick in geheime Entwicklungspläne der Unternehmen, damit ein neues Produkt überhaupt entstehen kann (9).

■ Zitierweise dieses Beitrags:  
Dtsch Arztebl 2007; 104(30):A 2110–3

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

 **Weitere Literatur im Internet:**  
[www.aerzteblatt.de/lit3007](http://www.aerzteblatt.de/lit3007)

## KRANKENHÄUSER IM UMBRUCH

# Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Weiterentwicklung

Die Behandlung und Betreuung von Patienten ist nur begrenzt rationalisierbar. Eine Effizienzsteigerung sollten deshalb primär an der gewachsenen Form des alltäglichen Organisierens und Führens ansetzen.

Widar von Arx, Johannes Rüegg-Stürm\*

## LITERATUR

1. Shortell SM, Kaluzny AD (Hrsg.): Health Care Management: Organization Design and Behavior, 3rd Edition. New York: Thomsom Delmar Learning 1994.
2. Kirchgässner G: Probleme des Gesundheitswesens in der Schweiz: Übersicht und grundsätzliche Aspekte. Kommission für Konjunkturfragen 2006. [www.kfk.admin.ch/pdf%20d/HP-2006\\_Kirchgässner.pdf](http://www.kfk.admin.ch/pdf%20d/HP-2006_Kirchgässner.pdf)
3. Porter ME, Teisberg EO: Redefining Competition in Health Care. Harvard Business Review June 2004; 82(6): 64–76.
4. Strauss A, Corbin J: Shaping a New Health Care System. San Francisco: Jossey-Bass 1988.
5. Lega F, DePietro C: Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy. Health Policy 2005; 74(3): A 261–81.
6. Stratmeyer P: Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektive für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. München: Juventa Verlag 2002.
7. Amelung VE, Schumacher H: Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 3. Auflage, Wiesbaden: Gabler Verlag 2004.
8. McNulty T, Ferlie E: Process Transformation: Limitations to Radical Organizational Change within Public Service Organizations. Organization Studies 2004; 25(8): A 1389–412.
9. Hamel G, Doz YL, Prahalad CK: Collaborate with your competitors – and win. Harvard Business Review 1989; 67(1): 133–9.