

Vorwort

Zunft- und Standesunternehmen Krankenhaus

Mit Blick auf die letzten 40 Jahre kann ich Tätigkeiten im medizinischen, vorwiegend Krankenhausesektor vorweisen, die aus sämtlichen Sichtweisen auf den komplizierten Prozessbereich stationäre und ambulante Krankenversorgung gerichtet sind. Mein Privileg ist es, dass ich die Möglichkeit hatte, aus ganz unterschiedlichen Perspektiven – vom Krankenpflegehelfer über den Assistenz-, Oberarzt und Chefarzt in unterschiedlichen Versorgungsstufen, auch in verschiedenen Ländern sowie auch Vertretungstätigkeiten im ambulanten Sektor – Einblick zu erhalten.

Gleichzeitig habe ich über die wissenschaftliche Tätigkeit auch Überblick in den akademischen Profilen eines Studiendekans, eines Dekans bis hin zur Position als Vorstandsverantwortlicher organisatorisch, aber auch betriebswirtschaftlich gewonnen. Diese 40-jährige Praxiserfahrung erlaubt es mir, theoretische Organisationsmodelle unter dem Blickwinkel ihrer praktischen Umsetzbarkeit zu diskutieren und kritisch zu hinterfragen.

Theoretisch einleuchtend ist, dass sich das komplexe Organisationsmodell des Krankenversorgungs- und Patientenservicebereiches am besten im Sinne einer Matrixorganisation abbilden lässt. Leider entspricht dies aber nicht der alten Disziplinenarchitektur der organisatorischen und hierarchischen Strukturen eines Krankenhauses. Es entspricht auch nicht dem Wunsch nach klaren Machtstrukturen, die in den individuellen Karrierewegen von Ärzten und Pflegekräften, aber auch von administrativ Beschäftigten eines Krankenhauses gewünscht sind. Der manchmal kritisch und spöttisch behauptete Organisationstyp nach Zunft und Standesprinzipien ist leider ein in der Realität nicht vollständig ausgeräumter und durchaus in manchen Unternehmen noch gängiges Organisationsprinzip. Diese Wünsche und Ängste, die viel mit der eigenen Zufriedenheit und der eigenen Karriereplanung zu tun haben, werden aber nicht offen ausgetragen, sondern hinter angeblich objektiven Fachkompetenzdiskussionen versteckt.

Patient als Kunde und Teambildung

Noch bis vor wenigen Jahren war die Betrachtung eines Patienten unter Kundenaspekten unter ärztlichen Kollegen nahezu obsolet. Es wurde und wird auch immer noch von der besonderen Arzt-Patienten-Beziehung und Verantwortung gesprochen, was häufig bewusst und unbewusst zu einer Inkaufnahme von eigentlich leicht abstellbaren Servicedefiziten geführt hat. Selbstverständlich gibt es einen besonderen ethisch-moralischen Anspruch an diese Arzt-Patienten-Beziehung. Sie darf aber nicht als Feigenblatt für

Patientenbevormundung und Negierung von durchaus berechtigten Patientenbedürfnissen und -ansprüchen dienen. Einen Patienten mindestens als Kunden zu betrachten, ist nach wie vor nicht durchgängig üblich und bezieht sich im Übrigen nicht nur auf das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Im Bereich der Pflegekräfte gibt es eine ständig zunehmende Forderung nach „Augenhöhe“ als Voraussetzung, um Teambehandlung und Teambildung in einem interprofessionellen Kontext zu gewährleisten. Gleichzeitig wird diese aber von der Berufsgruppe der Pflegenden für Service- und Hilfskräfte nicht als selbstverständlich erachtet. Die jetzt geforderte Akademisierung der Pflege, für die es durchaus einen gewissen Bedarf gibt, sollte jedoch nicht als Selbstzweck für die angebliche Herstellung einer gleichen Augenhöhe benutzt werden. Teambildung, die von allen grundsätzlich gefordert wird, benötigt zu Beginn eine klare Akzeptanz: Der jeweils andere besitzt eine Kompetenz und Fähigkeit, die man selbst so nicht vorweisen kann. Die Gesamtleistung wird erst dann objektiv gut, wenn jeder in der Lage ist, seine besonderen Fähigkeiten gleichberechtigt einzubringen. Teambildung funktioniert nicht mit formalisierten Eintrittskarten (z. B. akademische Graduierung, Berufsbezeichnung), sondern nur mit dieser vorgelebten Toleranz und Akzeptanz der jeweils anderen Qualitäten. Damit ist es in deutschen Krankenhäusern noch nicht so weit und man sollte diesen Konflikt nicht herunterspielen, ist er doch häufig der hauptsächliche Hindernisgrund für die objektiv richtigen Prozessorganisationsstrukturen.

Das vorliegende Buch verfolgt den Anspruch, anhand praxisnaher, theoretischer Grundlagen und der Vorstellung von Best-Practice-Beispielen dem Leser nahezubringen, wie sich eine Deckung von gewünschter ergebnisorientierter Prozessgestaltung und häufig entgegenstehender gewohnter Prozessorganisation erreichen lässt. Dabei ist selbstverständlich, dass dieser Veränderungsdruck kontinuierlich anhält. Einmal erreichte Ergebnisse verlieren im Laufe der Zeit an Effektivität und müssen erneut angepasst werden. Daraus ergibt sich ein kontinuierlicher Veränderungsdruck, der von grundsätzlich guten Unternehmen, in diesem Fall Krankenhäusern, in besserer Qualität erbracht wird als von anderen. Hier scheidet sich die Spreu vom Weizen.

Patient First

Einleuchtend ist dabei, dass natürlich der Lerneffekt durch erfolgreich durchgeführte kleine und große Projekte oder die Beschäftigung mit positiven und negativen Beispielen anderer eine deutliche Fortentwicklung bringt. Gleichzeitig ist aber auch klar, dass ein durchschlagender Effekt nur über eine kontinuierliche und schrittweise Veränderung der Unternehmenskultur möglich ist. Leuchtturmprojekte mit guten und sichtbaren positiven

Effekten können in Kombination – und nur dann sind sie auch erfolgreich – mit beispielhaften Vorbildern im Bereich der unterschiedlichen Führungsebenen über den Lauf der Zeit die Denk- und Sichtweise aller Beschäftigten in diese Richtung verändern. Dies kann angestoßen und gefördert werden mit verschiedenen Formaten und Schulungsmaßnahmen, wie sie in diesem Buch beschrieben werden. Entscheidend ist, dass grundsätzlich Folgendes eingehalten wird:

1. Es gibt ein klar von den Beteiligten zumindest interkommunikativ festgelegtes Ziel.
2. Es gibt einen beschriebenen Weg mit Meilensteinen bis zur Erreichung des Ziels.
3. Es gibt eine transparente und offene Überprüfung über die Erreichung der Teilziele und die Aufrechterhaltung des Endpunktes.
4. Es gibt die Flexibilität, in Abhängigkeit von diesem Weg, Ziele zu verändern, neu zu definieren oder eben auch fallen zu lassen.

Das Ganze kann kein Top-down-Prozess, genauso wenig wie ein diffuser und unkoordinierter pseudodemokratischer Abstimmungsvorgang, sein. Nicht immer sind die Führungskräfte eines Unternehmens in der Lage, aus sich heraus und alleine, ohne externe Spiegelung oder zumindest Begleitung, den Beginn eines derartigen Prozesses anzustoßen. Diese Souveränität und die Fähigkeit zur Eigenkritik hängen von der entsprechenden Erfahrung, aber auch von der Möglichkeit ab, Vergleiche ziehen zu können und das Unternehmen Krankenhaus und seine Prozesse auch aus anderen Blickwinkeln her zu betrachten. Angemessen wäre es dabei, wenn Führungskräfte jeglicher Berufsgruppen und jeder Führungsebene in der Lage wären und häufiger dazu angestoßen würden, die Position des Patienten einzunehmen. Der simple Begriff „Patient First“ sollte kein Slogan, sondern die Grundmaxime für die Entwicklung von Prozessschritten und interdisziplinärer Verzahnung sein. Da sind internationale Führungskulturen in der stationären Krankenversorgung teilweise deutlich weiter als Deutschland. Schlicht aufgrund anderer gesellschaftlicher Selbstverständnisse gibt es hier in unseren deutschen Krankenhäusern nach wie vor ein besonders auf Traditionen beruhendes Denkprinzip, was mitnichten wie oben ausgeführt nur in der Ärzteschaft vorhanden ist. Die heute heftig diskutierten Gespräche um die Delegation von Leistungen aus einer Berufsgruppe in die andere – und das bezieht sich nicht nur auf Ärzte hin zu Pflegenden, sondern auch von Pflegenden hin zu Servicekräften, administrativen Funktionen, Dokumentations- und Archivierungsverantwortlichen – sind nicht

wegen der unterschiedlichen Ausbildungsgänge so schwierig. Sand in das Getriebe kommt durch tradierte Denkweisen und Unkenntnis über Kompetenz und Qualität des jeweils anderen.

Motivation und Innovation

Ich bin der festen Überzeugung, dass dies nicht einfach ein Wunsch zum simplen Change in der Führungskultur eines deutschen Krankenhauses ist, der einer Zeitströmung oder „eingeflüsterten“ Angeboten aus der so genannten Beraterwelt folgt. Meine simple Erkenntnis aus diesen langjährigen unterschiedlichen Positionen ist ganz einfach die:

Glättung dieser interprofessionellen und interdisziplinären Schnittstellen führt zum Abbau von Hindernissen und beseitigt Silowände, die von Patienten als äußerst negativ und vor allem als qualitativ schlecht eingeordnet werden. Dabei führt dieser „Glättungsprozess“ nicht nur zu einer besseren Profilierung im Sinne des Patienten, sondern erhöht die Transparenz einer klaren und eindeutigen Zielsetzung für alle Mitarbeiter mit weitreichenden Folgen. Mitarbeiter können sich einfacher und klarer mit ihrem eigenen Unternehmen identifizieren und sie können sich damit auch für ihre eigene Tätigkeit langfristig deutlich besser motivieren. Dies fördert mehr Eigeninitiative und im Ergebnis wird die Produktivität eindeutig verbessert. Unternehmen und besonders Krankenhäuser mit einer derartigen Führungskultur sind schneller anpassungsfähig, reagieren auch auf den gesundheitspolitischen und regionalen Marktdruck schneller und sind am Ende betriebswirtschaftlich erfolgreicher als andere.

Ziel der Autoren ist es, Beschäftigte im Krankenhaus in jeder Position diese Zusammenhänge bewusst zu machen, Anstöße mittels passender Denk- und Kommunikationsmodelle und durchgeführter Projektbeispiele zu geben und am Ende die Bereitschaft zu erhöhen, auch einmal die eigenen Denkweisen und die eingetretenen Pfade zu verlassen. Am Ende kann jeder selbst auch mit der eigenen Tätigkeit wieder zufriedener sein.

Wir denken, dass dieser Anstoß in der gesamten betriebswirtschaftlich dominierten Diskussion, den Disziplinen und berufsständischen Zwistigkeiten, der zunehmenden Misstrauenskultur von Patienten gegenüber Krankenhäusern und am Ende der Leistungsfähigkeit des deutschen stationären Krankenhauswesens einen guten Dienst erweisen wird.

Prof. Dr. med. D. Michael Albrecht

Juli 2016