

Maija Becker-Kontio

Das Krankenhaus im Beschleunigungsprozess

Dies ist ein Praxisbericht, der aus langer persönlicher Erfahrung mit Management und Mitarbeitern von verschiedenen Krankenhäusern und Klinikverbänden entstanden ist. Er benennt einige Themen, die aus der Sicht der Autorin eine neue Qualität von Beratungsbedarf im stationären Bereich erzeugt haben. Grund ist der Beschleunigungsprozess, der längst auch die Kliniken ergriffen hat. Strukturen verändern sich immer schneller, deren psychosoziale Folgen bleiben häufig unbearbeitet.

In den letzten 12 Jahren haben in der Bundesrepublik die Fehltagewegen psychischer Erkrankungen um fast 80% zugenommen, so liest es sich im Fehlzeitenreport 2010 der AOK. Inzwischen sind diese nach Muskel-Skelett-Erkrankungen, Atemwegs- und Herz-Kreislaufkrankungen die vierthäufigste Ursache für eine Erkrankung Berufstätiger. Die Bundesanstalt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz schätzt die Kosten des Arbeitsausfalls aufgrund psychischer Störungen auf etwa 24,5 Milliarden Euro pro Jahr!

Ursachen hierfür sehen die Experten vor allem im wachsenden Stress in der Arbeitswelt. Die Initiative Neue Qualität der Arbeit beschreibt auf ihren Online-Seiten (inqa.de) Ergebnisse der „Europäischen Erhebung unter Unternehmen zu neuen und aufkommenden Risiken“, die aussagen, dass Stress am Arbeitsplatz für die befragten Unternehmen ebenso bedeutsam ist wie etwa Arbeitsunfälle. 79% der europäischen Manager zeigen sich besorgt über den arbeitsbedingten Stress, doch nur 26% von ihnen nutzen angemessene Verfahren, um diesem Problem zu begegnen, so Jukka Takala, der Leiter der EU-Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, laut inqa-online-Informationen. Ständiger Zeitdruck, wechselnde Anforderungen, Umstrukturierungen und mediale Überflutung im Job führen zu Überforderung. 42% der Befragten aus dem Management halten es für schwieriger, psychosoziale Risiken zu bewältigen als mit anderen Sicherheits- und Gesundheitsproblemen umzugehen, so inqa.de.

Das ist im Krankenhaus nicht anders: Nach verschiedenen Studien leiden mindestens jede vierte Krankenschwester oder Krankenpfleger und jede vierte Ärztin oder Arzt im Krankenhaus unter dem Burnout-Syndrom.

Was ist los in Kliniken? Arbeitsverdichtung – Ökonomisierung – Change Management – Kundenerwartungen – Marktkonkurrenz sind Stichworte, die dem Beschleunigungsdruck an jedem einzelnen Arbeitsplatz ein persönliches Gesicht geben und Berater mit Entschleunigungswerkzeug auf den Plan rufen müssten. Denn Anlässe gibt es genug!

Aber wieso gibt es Probleme, denn Zeit sparen und die Organisationsdynamik in Schwung bringen und halten, macht doch Sinn! Die Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten und damit auch Arbeitsplätze zu sichern, ist eine zentrale Anforderung an das

Management. Auch in der Einladung zu der Veranstaltung „Supervision in Zeiten der Beschleunigung“ wird bestätigt: „Dieser Prozess erscheint vernünftig, ja sogar überlebensnotwendig!“

Dem würden Führungsverantwortliche vieler Kliniken zustimmen. Einer von ihnen im O-Ton: „Die heutigen Patienten erwarten ein Dienstleistungsunternehmen, das sich in schnellstmöglicher Zeit den aktuellen wissenschaftlichen Standards entsprechend, zu günstigen Preisen und mit hoher Sozialkompetenz um ihre Gesundheit kümmert.“ Auch das klingt nach Beschleunigung.

Und Boris Augurtzky, Gesundheitsexperte des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung, betont einen wesentlichen Aspekt dieses Prozesses in der NRZ: „Wer es nicht geschafft hat, sich zu spezialisieren und anstelle dessen ein Gemischtwarenladen nach altem Muster vorhält, ist vom Sterben bedroht“. Die vielen Gesundheitsreformen, Deckelungen, Budgetierungen und DRGs haben aus Kliniken Wettbewerbsunternehmen gemacht, die um den Gesundheitsmarkt kämpfen. Der Druck zu mehr Wirtschaftlichkeit bei gleichzeitiger Notwendigkeit zu herausragender Qualität, um sich eine gute Wettbewerbs- und Marktposition zu erwerben und dann zu sichern, ist eine hohe Herausforderung an das Klinikmanagement.

Keiner scheint davon auszugehen, dass er Einfluss auf die Veränderungsgeschwindigkeit nehmen kann. Krankenhäuser machen sich auf den Weg und setzen sich neue Ziele. Mit dem Modul „Politik und Strategie“ werden zukunftsweisende strukturelle Maßnahmen eingeläutet. Gleichzeitig entstehen unbequeme Fragen, die auf eine institutionelle Vernachlässigung besonderer Art hinweisen:

Ziele und Fragen

Zusammenschlüsse bilden

Kleinere, unterfinanzierte Kliniken werden von größeren aufgekauft, integriert oder geschluckt, je nach Blickrichtung. Sie bilden dann einen Verbund. Ein solcher Verbund bringt Synergien, weil er jetzt unterschiedliche Dienstleistungen von hoher Qualität an verschiedenen Standorten vorhalten kann; ist wirtschaftlich, weil Bereiche, die sonst unrentabel arbeiten würden, zentralisiert werden (Labor, Verwaltung, Apotheke, Catering), und verbessert das Know-how, weil das Wissen in einer Holding zusammengeführt und ausgetauscht wird.

Ein relativ schneller struktureller Veränderungsprozess. Glück gehabt, sagen manche. Denn die Übernahme rettet Arbeitsplätze und sichert einen regionalen Standort, was wichtig für die Bevölkerung ist. Wer aber kümmert sich um den personalen Integrationsprozess? Was ist mit dem Gefühl der „feindlichen Übernahme“ der Mitarbeiter des kleineren Trägers? Oder mit den Schamgefühlen der Verantwortlichen der übernommenen Klinik? Wer bearbeitet übrig gebliebene Existenzängste und die daraus folgenden Widerstände der Beschäftigten gegen jede Art von zukünftiger Veränderung?

Spezialisierungen fördern

Heute gibt es über 40 medizinische Fachdisziplinen und eine ebenso große Zahl von Subdisziplinen. Ein Internist ist heute kein Internist mehr, sondern Kardiologe, Pneumologe, Angiologe, Rheumatologe, Gastroenterologe, Onkologe, Diabetologe oder anderes. Sie können sich nicht mehr ohne weiteres gegenseitig vertreten, haben zeitgleich Kompetenz- und Unterlegenheitsgefühle und sind immer in der Not, sich weiter qualifizieren zu müssen, um den ständig wachsenden Anforderungen zu genügen. Die Beschleunigung hat die Medizinischen Fachabteilungen und die mit ihnen verbundene Medizintechnik ebenfalls ergriffen. Auch Praxiswissen veraltet immer schneller.

„Update“ nennen die Ärzte den nicht endenden Bedarf der kontinuierlichen Aktualisierungsnotwendigkeit des eigenen Wissens. Die Organisation fordert und fördert diesen Prozess, um den Patienten ein möglichst breites Leistungsspektrum auf höchstem medizinischem Niveau zur Verfügung zu stellen und – wegen der Marktposition.

Aber, wie sollen die Ärzte das alles „unter einen Hut“ bringen? Immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit mit immer schwereren Krankheitsbildern, die wirtschaftlich behandelt werden müssen, mit hohem administrativen Aufwand, der nach den Abrechnungssystemen auch noch Unterscheidungen zwischen Haupt- und Nebendiagnosen erfordern, dann die Fortbildungen, die Vertretungen, Dienste... Sie stehen ständig unter Dampf! Kann ein Supervisor, eine Supervisorin diese verinnerlichte Beschleunigungsdynamik zum Anhalten bringen und wenn – was passiert dann? Wer übernimmt Verantwortung für die entstehenden Irritationen?

Facharztkompetenzen bündeln

Eine weitere Strategie zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen steht in engem Zusammenhang mit der Spezialisierung, die dazu führt, dass ärztliches Wissen zwar hoch qualifiziert ist, sich aber auf einen, immer begrenzteren Bereich beschränkt. Das macht die bereichsübergreifende Zusammenarbeit wichtiger denn je. Diese Bündelung der Facharztkompetenzen ist zunächst eine strukturelle Maßnahme, die zur interdisziplinären Zentrenbildung führt, wie z.B. Brustzentren, Darmzentren oder Gefäßzentren.

In diesen interdisziplinären Kompetenzzentren arbeiten Ärzte verschiedener Fachdisziplinen, Psychologen, Schmerztherapeuten, speziell ausgebildete Pflegekräfte und Sozialarbeiter der Klinik gemeinsam mit den niedergelassenen Medizinern und bieten den Patienten ein umfassendes Diagnose- und Behandlungsnetz. Regelmäßige Fallbesprechungen sichern einheitliche Therapiepläne und damit optimale Genesungsaussichten für die Patienten.

Aber: Ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit gelernt? Wie funktioniert diese Kooperation in einer tradiert hierarchischen Organisation? Ist das gängige Kommunikationsverhalten, das für Diagnostik und schnelle medizinische Interventionen eine wichtige Rolle spielt, in der Gründungsphase solcher Netzwerke das richtige?

Wenn nicht, wer bringt den medizinischen Experten ein anderes Gesprächskonzept nahe? Gibt es einen Projektplan zur Entwicklung solcher neuer Konstellationen?

Stationäre und ambulante Versorgung zusammenführen

Die bereits deutlich gewordene Zusammenarbeit über Fachabteilung- und Krankenhausgrenzen hinweg ist und wird eine Herausforderung der Zukunft bleiben, für die es neue Konzepte geben wird. Die Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist dabei von elementarer Bedeutung. Ein Beispiel dafür sind die Ambulanten OP-Zentren, die häufig an Kliniken angesiedelt sind und niedergelassenen Fachärzten offen stehen. Vorteile haben die Patienten, weil im operativen Notfall das Equipment des Krankenhauses genutzt werden kann, die niedergelassenen Ärzte, weil sie diese teure Einrichtung nicht selbst vorhalten müssen, und das Krankenhaus selbst wegen der effizienteren Auslastung seiner Räume, medizintechnischer Geräte und ggf. sogar seines Personals. Die Niedergelassenen sind als Zuweiser sehr wichtig und erwarten deshalb zu Recht ein partnerschaftliches Verhalten von den Kliniken.

Aber: Was erwarten die Niedergelassenen genau? Mit welchen Konzepten lässt sich die Kommunikation verbessern? Wessen Aufgabe ist es, für Netzwerkstrukturen zu sorgen? Ist die sonst übliche Konkurrenzsituation zwischen stationärer und ambulanter Versorgung bearbeitet? Die Strukturen sind geschaffen, sind die Mitarbeiter auf dieses Schnittstellenmanagement vorbereitet?

Neue Geschäftsfelder eröffnen

Das Kerngeschäft größerer Krankenhausverbünde beschränkt sich nicht mehr nur auf die Akutmedizin, sondern greift zunehmend andere gesellschaftliche Themen auf, um möglichst einer der ersten zu sein, der das neue Feld besetzt. Um beispielsweise dem Bedarf der älter werdenden Bevölkerung Rechnung zu tragen, erweitern Kliniken zunehmend ihre Angebote für Senioren mit dem Ausbau der Geriatrie-Abteilungen, dem Neubau von Seniorenwohnheimen, dem Betreuten Wohnen und ambulanter Pflege. So bildet sich ein Netzwerk für Senioren, das alten Menschen die jeweils notwendigen Unterstützungssysteme in abgestufter Form bietet, um den Abhängigkeitsgrad auch im Alter so gering wie möglich zu halten.

Aber: Sind die Altenpflegerinnen auf die, daraus folgende Arbeitsplatzveränderung vorbereitet? Denn die „neuen Alten“ möchten möglichst lange möglichst autonom leben. Ist das Selbstbild der Altenpflege mit den neuen Rollenanforderungen kompatibel? Der Servicecharakter der Pflege-Dienstleistung ist gefragt, aber oft nicht gelernt!

Neue Dienstleistungsbereiche konzipieren und umsetzen

Zu den bisherigen Zielen der Krankenheilung, Rehabilitation und Seniorenbetreuung ist in der Gesundheitswirtschaft ein großer Zukunftsmarkt hinzugekommen: die Prävention und Gesundheitsförderung. Das sieht man auch an den neuen Stu-

diengängen an vielen Hochschulen der BRD, die für Gesundheitsberufe ausbilden. Krankenhäuser kooperieren mit ihnen, eröffnen Gesundheitszentren und machen Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung, denn hier liegt die Zukunft: Aus den Krankenhäusern werden moderne Dienstleister rund um die Gesundheit, hier sitzen die Experten, hier bündelt sich das Know how und hier haben auch schon die Kunden eine hohe Bereitschaft zur vertrauensvollen Kooperation signalisiert. Kardiologen, Sportorthopäden, Physiotherapeuten, Sportlehrer, Psychologen, Ergotherapeuten usw. sind da und müssen nur noch umschalten: Vom Kranken auf den Gesunden, von der Einzelperson auf den Betrieb! Auch hier gilt: Die Organisation entwickelt sich adäquat zu den gesellschaftlichen Bedarfen, aber wie ist es mit den Beschäftigten?

Die wenigsten sind auf die Rollenveränderungen vorbereitet und es gibt keine klinikinternen Profis, die die Steuerung dieses Prozesses als ihre Aufgabe sähen. Der Erfolgsdruck lastet auf den Projektleitern. Sie sind die Unternehmer im Unternehmen, die Arbeitsplätze sichern und schaffen, wenn solche Projekte gelingen. Und wenn nicht...?

Kundenorientierung stärker in den Blick nehmen

Der Patient ist mündiger geworden. Er schluckt nicht mehr kommentarlos, was man ihm zu schlucken gibt, er stellt Fragen, informiert sich, will sich nicht als erkranktes Organ sondern als Mensch mit einer Erkrankung behandelt und betreut wissen. Er hat die Wahl – meistens.

Die moderne Kommunikationstechnologie ermöglicht ihm, eine vergleichende Bewertung der Häuser vorzunehmen und in der Regel danach zu entscheiden. Über den Krankenzweckverband lassen sich alle Leistungszahlen, Komplikationsraten, Qualitätsberichten lesen. Im Internet müssen alle Jahresabschlussberichte der Krankenhäuser abgebildet werden, so dass man um die wirtschaftliche Lage voneinander weiß. Ein modernes Krankenhaus behandelt Patienten wie Kunden. Man ist freundlich und zugewandt und hat den Servicecharakter der Dienstleistung im Blick. Aber im Blick heißt noch nicht im Griff, denn

- die Anzahl der Pflegekräfte ist zwischen 1995 und 2004 um 12% gesunken;
- die Anzahl der Patienten ist um 15,3% gestiegen;
- die Verweildauer ist um 38% gesunken; die Patienten liegen im Durchschnitt nur noch 6-7 Tage in der Klinik;
- die Patienten sind immer älter und haben immer mehr und schwerere Erkrankungen.

(Krankenhauseigene Statistik)

Es bleibt kaum noch Zeit für den Einzelnen. Mit welchen Abwehrmechanismen die Selbst- und Fremderwartungen an die eigene Rolle abgespalten und verleugnet werden, wäre ein Thema für sich. Wenn sie aber zur Ruhe kommen, hört man sie

sagen: „Das ist nicht mehr der Beruf, den ich machen wollte!“ „Wie soll ich die Arbeitsdichte bewältigen?“ „Zuviel auf einmal, zuviel!“

Das Controlling

Für die Verantwortlichen im Ärztlichen Dienst gibt es noch weitere Herausforderungen. Führung ist ein komplexes, anspruchsvolles Geschäft geworden. Ein Chefarzt wird täglich an seinen Belegungszahlen gemessen. Begleitet wird er dabei vom Krankenhauscontrolling, einer relativ jungen Berufssparte in der Gesundheitswirtschaft. Von ihm hängt es entscheidend ab, ob künftig dieses eine Krankenhaus Gewinner oder Verlierer im immer schnelleren und härter werdenden Kampf um gute Wettbewerbs- und Marktposition ist. „Das Krankenhauscontrolling ermittelt, welche neuen Optimierungs- und Rationalisierungspotentiale erschlossen werden können, welche langfristigen medizinischen, pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Wettbewerbsstrategien für die Zukunftssicherung des Krankenhauses von Bedeutung sind und welche fachspezifischen defizitären Leistungen zur Disposition gestellt werden müssen“. So definiert sich das Controlling aus der Sicht der Organisation. Die Auswirkungen auf die Verantwortlichen der Abteilungen sind vielfältig: Denn das Krankenhausinformationssystem bietet täglich die Möglichkeit auf elektronischem Wege Zugang zu allen Belegungs- und Leistungszahlen der Abteilungen.

Ein Quantensprung in der Wirtschaftlichkeitsberechnung und Leistungsentwicklung der Organisation, sagen die Experten, der erst seit Anfang 2000 eingesetzt und ausgebaut wird. Die Sorge aber ist, dass die Konzentration auf die Kosten den Blick dafür versperrt, „was Menschen jeden Tag bräuchten: Respekt und Wertschätzung“, kritisiert Joachim Fischer, Professor für Public Health an der Universität Mannheim. „Fehlende Anerkennung ist wie eine chronische Vergiftung für Motivation und Leistungsfähigkeit“ (Handelsblatt online/wiwo.de vom 09.02.2010).

Das Krankenhaus ist in einem immensen Beschleunigungsprozess, notwendigerweise, um zu überleben und für die Zukunft gut aufgestellt zu sein. Die Folgen spürt man in der Peripherie, wenn diese nicht bearbeitet werden. – Eine wichtige Aufgabe für Supervisorinnen und Supervisoren, wie ich meine!