

I **Neue Herausforderungen für das Krankenhaus – auf wichtige Managementaufgaben und Funktionsbereiche konzentrieren**

Im Mittelpunkt der Betrachtungen des Kapitels steht eine Reflexion der momentan defizitären Situation in deutschen Krankenhäusern als Grundlage für das Aufzeigen neuer Wege zu Kundenorientierung, Zusammenarbeit, Führung, Personalmanagement, Marketing, Qualität und Notfallversorgung. Soweit als möglich, werden vorrangig Strategien vorgestellt, deren Umsetzung im Kontext der derzeitigen schlechten Rahmenbedingungen machbar und möglich sind. Visionäre Konzepte mit eher langfristig realisierbaren Überlegungen treten in den Hintergrund.

1 Patient Krankenhaus – Eine schonungslose Diagnose ist für die erfolgreiche Positionierung als attraktiver Arbeitgeber unverzichtbar

Michael Lorenz

Abstract

Dem Krankenhaus von heute gehen die Mitarbeitenden aus. Dieser Mangel hat inzwischen substanzielle Gründe und ist symptomatisch nicht mehr zu heilen. Die einfachen Formeln von früher greifen heute nicht mehr. In diesem Beitrag finden Sie Gedanken, Thesen und Beispiele, die verdeutlichen, was getan werden müsste, damit Krankenhäuser in Deutschland wieder nachhaltig attraktive Arbeitgeber werden können.

Krankenhaus heute – Auf der Suche nach dem Sinn

Schauen wir uns einige wesentliche Gründe für die heutige Situation einmal an:

- Es geht ums Geld, ganz einfach.
- Das praktizierte DRG-System im Kontext der Senkung der Verweildauer ist nicht die Lösung.
- Überbürokratisierung lähmt effiziente Abläufe im Krankenhaus.
- Aufblähung der Verwaltungen geht damit einher. Wenn Personal noch wächst, dann hier, die Personaldecke in der eigentlichen Patientenversorgung nimmt hingegen ständig ab (Mangel an Pflegekräften und Ärzten).
- Konflikte zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen bzw. dem MDK wirken sich ebenfalls negativ auf die Arbeit im Krankenhaus aus.

These 1

Das bundesweit unsinnige »Hase und Igel-Spiel« zwischen Krankenhäusern und medizinischen Diensten muss so schnell wie möglich beendet werden. Der Misstrauensapparat und die damit entstehende Misstrauenskultur sind für die gesamte Szene kontraproduktiv. Es führt zu nichts. Das ist kein wertschöpfendes, sondern ein aktiv ressourcenverbrauchendes Nullsummen-Spiel.

Die Folge: Sinnentleerung

Die Lust an der Bürokratisierung und Perfektionierung der Ausnahme- und Einzelfallregelungen hat eine Regelungswut entfesselt, die immer mehr Kapazitäten des gesamten Systems für die administrative Selbstverwaltung verbraucht.

Fast alle direkt wertschöpfenden Berufsgruppen im Krankenhaus verwenden inzwischen wesentliche Teile ihrer Arbeitszeit auf immer kleinteiligere Administration und Dokumentationen.

- Nutzen für den einzelnen Patienten – gering bis nicht erkennbar.
- Demotivationspotenzial für die leistungserbringenden Mitarbeiter – hoch.
- Nutzen für die Allgemeinheit – gering.
- Kosten für die planwirtschaftlich organisierte Gesundheitsfürsorge – gigantisch.

These 2

Die Fallpauschalierung muss so schnell wie möglich wieder auf ein handhabbares Set von Diagnosen zurückgeführt und nicht weiter *perfektioniert* werden. Vielleicht erweisen sich die aktuellen Schritte des Bundesgesundheitsministers ja als in die richtige Richtung weisend.

Ein Blick in die Häuser

Betrachtet man unterschiedliche Krankenhäuser ergibt sich ein recht homogenes Bild.

- Schon das Aufnahmemanagement stimmt oft nicht.

Durch das planwirtschaftlich angerichtete Abrechnungs-Chaos im Bereich der niedergelassenen Ärzte suchen Patienten eben nach Alternativen. Und so finden sie die geöffnete Notaufnahme des örtlichen Krankenhauses.

Natürlich gehört ein Teil des Patientenstroms nicht dorthin. Aber das Krankenhaus muss ja schließlich Umsatz machen.

- Selbststeuernde Arbeitsgruppen – das machen wir doch schon lange!

Neben den oft deutlich überarbeitungswürdig wirkenden Abläufen sieht man auch die negativen Folgen sich selbst steuernder Arbeitsgruppen. Häufig ist niemand da, der die Verantwortung übernimmt. Selbststeuernde Arbeitsgruppen sollte man nur dort etablieren, wo Prozesse *und* Qualifikation *und* Motivation stimmen. Sonst kann das nicht klappen.

Praxistipp

Bei dem vielfach vorhandenen Durcheinander wären manche Aufnahmebereiche moderner Krankenhäuser mit einer absolut nicht modernen, aber effizienten Arbeitsform von früher – dem *Modell Oberschwester* – inzwischen wieder besser bedient. Irgendjemand, der den Überblick hat und für einen geordneten Prozessablauf sorgt.

Wenn man gut qualifizierte Menschen, die wissen, wie es bessergehen könnte, in solchen Zuständen arbeiten lässt, werden diese zynisch und sarkastisch. Oder sie fangen sogar an, den Betrieb aktiv zu sabotieren.

Und: Nichts wird besser durch höhere Bezahlung. Sie nehmen das Gehalt natürlich mit.

Aber eine Re-Aktivierung von Commitment, Engagement und Verantwortungsübernahme findet dadurch allein nicht statt.

These 3

Ein Weg zu einer gewissen Vernunftorientierung, was ins Krankenhaus gehört und was nicht, wäre nicht nur für die Gesellschaft und Krankenkassen günstiger, sondern insbesondere für die Motivation und Arbeitszufriedenheit von Pflege und Ärzten im Krankenhaus inzwischen dringend geboten.

Wenn die heutige Entwicklung so weitergeht, findet sich zukünftig nicht nur in den Notaufnahmen immer schlechter qualifiziertes Personal mit immer geringer werdenden beruflichem Anspruch und immer schwächer werdendem Commitment zum Haus und zum System.

Menschen, die arbeiten wie in einer Fabrik vor 70 Jahren (nachzulesen bei Frederic Taylor und seinen Gedanken zum Scientific Management). Mitarbeiter, die einfach nur abarbeiten, was man ihnen sagt. Die durchwinken und aufnehmen. Abrechnungsfälle generieren.

Allerdings ohne die Dankbarkeit der Menschen vor 70 Jahren, wenigstens einen festen Job zu haben.

Das goldene Kalb

Viele Prozesse im Krankenhaus werden den OP-Erfordernissen untergeordnet. Verständlich, denn hier wird das Geld verdient.

These 4

Wenn das Krankenhaus schon ein Unternehmen geworden ist, müssen auch entsprechend rationale Prozesse Einzug halten, die die Belange aller Beteiligten berücksichtigen. Ob Patienten, Pflege, Ärzte oder prozessualer Ablauf: Optimierungen zugunsten der Bedürfnisse nur einer Gruppe oder eines Ziels führen vorhersehbar zu Kollateralschäden bei einer anderen Gruppe und mittelfristig zu vorhersehbarer Frustration und Demotivation bei allen. Wie wir sehen.

Betten-Unmanagement

Viele Häuser führen seit einiger Zeit ein professionelles Belegungsmanagement ein. So weit, so gut. Es ist sinnvoll, Betten nicht sinnlos leerstehend zu lassen. Natürlich reserviert man für Patienten, die – wahrscheinlich – kommen werden

auch schon mal das eine oder andere Bett. Allerdings belegen dann auch elektiv einbestellte Patienten Betten, bis hin zu *virtuellen Belegungen* für Patienten, die möglicherweise niemals kommen. Denn es geht um Geld. Um viel Geld. Es geht um die Frage, welcher Patient mit welcher lukrativen Diagnose wo liegt und welche Patienten mit Privat- und Zusatzversichertenbetreuung von welchem Chef- oder Oberarzt betreut werden.

These 5

Die Zusammenarbeit zwischen allen Führungskräften im Krankenhaus muss deutlich und substanziell gestärkt werden. So muss sich z.B. die Vergütung von Chefärzten im Krankenhaus in Zukunft deutlich stärker am gemeinschaftlich erreichten Ergebnis und nicht am – zum Teil massiv auf Kosten des Hauses oder gegen andere Disziplinen erzielten individuellen Erfolg – ausrichten. Das ganze Thema der Privatliquidation im Krankenhaus muss weg. Schnell und komplett rückstandsfrei. Es führt zur einseitigen Bevorzugung einer Berufsgruppe, zu Besitzstandsdenken, mangelhaften Behandlungsverläufen und dysfunktionalen Abläufen.

Entlassungsmanagement

Entlassungsmanagement ist ein mehr als kritischer Bereich.

Beispiel

Station in einer Universitätsklinik. Seit Jahren herrscht jeden Morgen ein identisches Durcheinander. Die aufzunehmenden Patienten sind nämlich schon da. Die meisten halten sich nicht an die Begleitschreiben in denen klar steht: 14.00 Uhr reicht völlig. Es interessiert sie nicht. Die Pforte (Warum sitzen die da eigentlich noch?) schickt sie einfach hoch. Nun erwarten sie natürlich, dass sie schnellstmöglich ein Bett bekommen. Das ist aber um 8.00 Uhr noch belegt. Und dann wird umgeschoben, jeden Tag.

Warum der Patient das Schreiben an den Hausarzt als Papierversion mitnehmen muss, erschließt sich digitalen Menschen aus dem Jahr 2019 tatsächlich nicht mehr. Der Hausarzt könnte die Informationen per E-Mail bekommen. Oder sich die Daten, die ihn interessieren, direkt aus dem Krankenhausrechner ziehen.

These 6

Die für einen reibungsfreien Ablauf zuständigen Verantwortlichen müssen auch die Durchgriffsmöglichkeiten haben, diesen sicherzustellen. Die meisten Menschen arbeiten ungern unter Bedingungen, die sie als ineffizient oder chaotisch empfinden. Und schon gar nicht Tag für Tag. Das bereits in den 1960er Jahren in der Akademie von Bad Harzburg entwickelte Harzburger Modell proklamierte die Passung von Aufgabe, Kompetenz und Verantwort-

tung. Und – wir würden für das Krankenhaus von heute noch hinzufügen – Durchsetzungsmöglichkeit.

Den Abläufen und damit am Ende auch den Patienten und der gesamten Belegschaft mancher Häuser täte die temporäre Wiedereinführung des bereits erwähnten, alten Rollenmodells Oberschwester wirklich inzwischen wieder gut.

Groß ist besser?

Die Übernahme anderer Häuser ist häufig der Gipfel der Überforderung für alle Beteiligten. Management, mittlere Führungsebene und Mitarbeitende verbringen dann Jahre meist oberhalb der Kompetenz- und fast immer weit oberhalb der Belastungsgrenze.

These 7

Es kann wirklich deutlich klüger sein, marode Häuser in der Region sterben zu lassen, der Lokalpolitik keinen Gefallen zu tun und Patienten und Mitarbeitende in vernünftig funktionierende Häuser zu übernehmen, als der – sich meist sowieso nicht realisierenden – Hoffnung nach vermeintlich schnellem Wachstum und Größe durch Zusammenlegungen nachzugeben. Die kleinen Standorte aufrechtzuhalten verlängert die Malaise meist um Jahre und treibt die Komplexität und damit die Kosten noch weiter in die Höhe.

Wir beschäftigen uns nur noch mit uns selbst – aber oft im Feuerwehrmodus

Der Veränderungs- und Anpassungsdruck in der Branche hat dazu geführt, dass viele Mitarbeitende das Gefühl haben, man beschäftige sich nur noch mit sich selbst. Ob Qualitätsmanagement, Einführung der digitalen Patientenakte oder, oder, oder... Vielfach werden die Projekte aber weder ausreichend begründet, noch verständlich kommuniziert, noch professionell eingeführt. Andauernd wird ein neues Thema *hip* und soll die Lösung vieler Problemstellungen bewirken. Daher werden viele Veränderungsmaßnahmen von den Beteiligten als Aktionismus erlebt.

Woher kommen diese beunruhigenden Entwicklungen?

Viele Ursachen von Frustration und Demotivation liegen häufig in ganz alltäglichen Hindernissen und Problemen im Krankenhaus begründet:

These 8

Die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen bietet tägliches Demotivationspotenzial.

Eine alltägliche, aber eigentlich leicht zu vermeidende Demotivationsquelle ist die inzwischen oft von beiden Seiten als mangelhaft empfundene Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflege. Visiten geraten zeitlich aus dem Ruder oder werden gleich ganz ohne Beteiligung der Pflege durchgeführt, die gegenseitigen Tagesabläufe sind oft nicht mehr aufeinander abgestimmt, Routine-Abläufe nicht verbindlich festgelegt oder werden spontan – je nach Oberarztbesetzung – freihändig individualisiert. Mühevoll getroffene Vereinbarungen geraten schnell in Vergessenheit, der Informationsfluss ist oft konzeptlos. Die eine Gruppe wirft der anderen offen Arroganz, überbordenden Individualismus und massive Privilegien-Orientierung, die andere der ersten hinter vorgehaltener Hand Aufsässigkeit, mangelhaftes Engagement und Desinteresse vor.

Die Qualität in der Pflege sinkt

Der Pflegeberuf ist auf dem Weg nach unten. Seit Jahren. Immer schlechtere gesellschaftliche Anerkennung und Achtung. Immer schlechtere Arbeitsbedingungen. Immer schlechter vorgebildete Menschen. Diese können nur bedingt etwas dafür. Die vorberuflichen Bildungsinstitutionen wissen ja auch nicht mehr, wie sie es hinbekommen sollen.

»Studium läuft Ausbildung den Rang ab«, überschrieb etwa die Bertelsmann-Stiftung 2016 eine Studie mit Szenarien für den Ausbildungsmarkt im Jahr 2030. »Wenn sich der Trend zum Studium aus den vergangenen zehn Jahren ungebrochen fortsetzt, werden 2030 nur noch etwas mehr als 400.000 junge Menschen eine betriebliche Ausbildung beginnen. Das sind rund 80.000 weniger als heute, was einen Rückgang um 17 % bedeutet«, heißt es in der Untersuchung.

Tja, da sind sie, die Effekte starker Akademisierung in einer Gesellschaft. Das liberale Bildungsversprechen hat sich erfüllt. Die jungen Menschen studieren. Und suchen danach einen Akademiker-Job.

Dabei ist jedoch der Komplexitätsgrad der Pflege kontinuierlich gestiegen. Für die zeitgemäße pflegerische Versorgung werden dringend junge Menschen mit einer guten Vorbildung gebraucht, um nicht nur die hohen Ansprüche der Pflegeausbildung gut zu bewältigen zu können, sondern das Gelernte auch im Alltag auf Station praktisch umsetzbar zu machen.

These 9

Gute Leute wollen mit guten Leuten arbeiten.

Für viele Gesamt- und Realschüler und für noch mehr Abiturienten ist der Pflegeberuf inzwischen allerdings unvorstellbar, wie die entsprechenden Statistiken seit Jahren deutlich zeigen.

Kein Wunder. Sie wollen nicht mit den leider inzwischen oft demotivierten, frustrierten und am System leidenden Menschen in einem nur noch als wirr und vielfach über-bürokratisiert empfundenen Pflege-Getriebe arbeiten. Sondern in einem sinnhaften Beruf, bei dem sie das Gefühl haben, sie können wirklich etwas bewegen und Menschen (wieder) zu einem besseren Leben verhelfen.

So kommt es zu Fluktuation, die nicht mehr einzufangen ist. In immer schnellerem Wechsel müssen dann immer wieder neue Menschen schnell eingearbeitet werden. Dieses schnelle *Fitmachen* stresst alle, die Neuen sind überfordert, haben Angst vor Fehlern, treffen keine Entscheidungen. Das überlastet diejenigen, die schon länger da sind. Der Teufelskreis dreht sich immer schneller.

Folge ist ein Sinken der Akzeptanz bei den anderen Berufsgruppen

Schlechter werdende Vor- und Ausbildung senkt mittelfristig unter anderem die Akzeptanz der Pflege bei den anderen Berufsgruppen. Viele Pflegekräfte wären entsetzt, welche Sichtweise manche Ärzte verschiedener Hierarchieebenen bereits heute auf Engagement, Qualifikation, Motivation, Anstand und Allgemeinbildung von Pflegekräften haben. Da sind inzwischen wirklich problematische Sichten dabei. Und das merken Pflegekräfte natürlich, wenn sie nicht auf Augenhöhe gesehen und behandelt werden.

These 10

Augenhöhe darf man erwarten, man muss sie sich aber auch erarbeiten. Weil sie etwas mit der inneren Verpflichtung für den gewählten Beruf, mit dem Bemühen, sich fachlich up-to-date zu halten und mit der Bereitschaft, im Sinne der Patienten auch besondere Anstrengungen zu unternehmen, zu tun hat.

Immer mehr spezialisierte Rollen machen Führung im Krankenhaus immer anspruchsvoller

Verbreitet wird versucht, den Anforderungen durch immer mehr spezialisierte Rollen Herr zu werden. Das Medizincontrolling entwickelt sich prächtig, immer mehr Menschen optimieren die Dokumentation der Abrechnungsfälle, damit der MDK immer schlechter etwas wegstreichen kann. Erste Spezialisierungen entwickeln sich. Die Zeit, bis wir eine professionelle Fachlaufbahn im Medizincontrolling einführen werden, wird nicht mehr lange auf sich warten lassen.

Gegen die Überlastung der Pflege (und für die Reduktion der Kosten) werden an vielen Häusern z. B. Assistentinnen oder Assistenten (häufig aus dem Arzthelferberuf) eingestellt, um den immer weiter steigenden Dokumentations- und Abrechnungs-Anforderungen genügen zu können. Diese sind allerdings anders sozialisiert und ausgebildet und kommen im System Krankenhaus nicht immer so gut zurecht, wie es der ursprüngliche Wunsch war.

»Wenn mehr Verwaltungsarbeiten anfallen, brauchen wir eben noch mehr spezialisierte Verwaltungskräfte.« (Geschäftsführer Allgemein-Krankenhaus). So

schlicht – so einfach – so bestechend. Von außen betrachtet, bläht sich dadurch allerdings nur die Administration immer weiter auf.

These 11

Spezialisierung steigert die Komplexität und bringt oft nicht die erhofften Effekte.

Arzthelfer/-innen sind in der Regel – sowohl von der Ausbildung, als auch vom beruflichen Selbstverständnis her – eine medizinisch orientierte und in kleinen Praxen sozialisierte Berufsgruppe. Sie benötigen eigentlich eine eigene Einarbeitung im Krankenhaus und auf Station und Vorgesetzte, die ihre Arbeitsweise beurteilen und ggf. auch weiterentwickeln können. Es geht dabei um Integration dieser Berufsgruppe in den Stationsablauf, um spezifisches Feedback, einen passenden prozessualen Ablauf und auch eigene Rechte und Möglichkeiten, sich gegen dysfunktionale Vereinnahmungen zur Wehr zu setzen. In Bezug auf all diese Aspekte besteht oft »Fehlanzeige«. So kommt es auch hier zu zunehmender Fluktuation. Dann werden wieder neue Arzthelfer/-innen angeworben, von denen sich nicht wenige stabilere Arbeitszeiten und bessere Abläufe als in einer Praxis eines niedergelassenen Arztes wünschen. Und eine bessere Vergütung.

Während früher Ärzte manchmal durch »Fachchinesisch« schlecht zu verstehen waren, sind es heute oft zusätzlich noch die mangelnden Deutschkenntnisse (von Ärzten aus anderen Kulturkreisen). Dies ist Folge eines starken Mangels an Assistenzärzten für den Stationsdienst. Da es zu wenig deutschsprachige Bewerber gibt, werden auch viele fremdsprachige Bewerber eingestellt. Hauptsache Arzt. Gerne aus Osteuropa oder z. B. den arabischen Ländern.

Es spielt in vielen Häusern keine Rolle, dass die Kolleginnen und Kollegen kaum Deutsch sprechen. Im OP ist das ja vielleicht auch nicht so wichtig. Die Aufklärung vor und die Nachsorge nach der Operation auf der Station sind dann allerdings häufig schwer optimierbar.

Dass es nicht gerade zu einer Verbesserung der Stimmung im Hause beiträgt, wenn man mit einer größeren Zahl von Vertretern einer Berufsgruppe nicht kommunizieren kann, ist verständlich. Wenn eine Berufsgruppe allerdings so hofiert wird, dass ihr Selbstverständlichkeiten, wie verpflichtende Deutschkurse, nicht mehr abverlangt werden – dann ist es nur zu verständlich, dass die Stimmung im Haus nicht zuletzt auch deswegen weiter sinkt.

These 12

Wir brauchen für fremdsprachige Bewerber verpflichtende Deutschkurse bis zu einem adäquaten Niveau. Das gab es bis zu einem akzeptablen Sprachlevel für die in den 1960er Jahren angeworbenen Gastarbeiter und war gut so, zumal Sprache auch eine der zentralen Grundlagen gelungener Integration ist.