

11 Führungsstrategien für Klinikchefs – Vom Klumpenspiel zum Systemfußball

Josef Düllings

„Der schnellste Spieler auf dem Platz ist der Ball.“ (Sepp Herberger)

Alle um den Ball. Alle wollen das Tor machen. Reinhard Sprenger spricht von „Klumpenfußball“ (2008, 175). So ähnlich spielte man auch Mitte des 19. Jahrhunderts in England, als dort der Fußball aus dem Rugby hervorging. Der Ball Führende war in erster Linie Einzelkämpfer. „Eine wirkliche Organisation auf dem Platz war unbekannt“, wie Renner (2009) beschreibt. In den ersten Jahren griffen die Teams noch wie beim Rugby mit neun Spielern auf einer Linie an. Körperkraft und individuelle Geschicklichkeit waren die wichtigsten Erfolgsfaktoren.

Auch im Krankenhaus gibt es tradierte Strukturen, die stärker auf individuelle Kompetenz als auf Systemspiel setzen. Im frühen Fußball war es der Kampf Mann gegen Mann. Im Krankenhaus ist es die Beziehung zum Patienten und der Kampf gegen die Krankheit. Wenn der Patient Krankenhausbehandlung braucht, ist nicht die Frage „ob“, sondern – im Wettbewerb der Krankenhäuser – in welches Krankenhaus er geht. Und dann spielt es schon eine Rolle, ob ein Krankenhaus vor allem das Klumpenspiel in individueller Manier „pflegt“ oder ob die Klinik den Systemfußball beherrscht.

11.1 Strukturen des Krankenhauses – Die Mannschaftsaufstellung

Was ist jetzt „Klumpenspiel“ im Krankenhaus? Was ist Systemfußball? Was macht den Unterschied aus? Und worin liegt der Vorteil beim Systemfußball? Dazu müssen wir uns zunächst die Mannschaftsaufstellung ansehen, dann die Taktik und, wie die einzelnen Spielzüge ablaufen. Vieles im Krankenhaus

ist gut organisiert. Die Organisation ist stark institutionszentriert. Der Patient wird in die Abläufe eingepasst. Das scheint effizient. Wenn einer warten muss, dann ist es meistens der Patient.

Das traditionelle Krankenhaus hat sich im ruhigen Fahrwasser zu dieser Form entwickelt und bewährt. Im dynamischen Wettbewerb, den es nach der Einführung der Fallpauschalen erst seit etwa zehn Jahren gibt, sind solche Strukturen zu hinterfragen. Die Zeit des Patienten ist die kostbarste Zeit, wenn er tatsächlich im Mittelpunkt steht und wenn er gewonnen werden soll. Solange auch die anderen Krankenhäuser ihre traditionellen eher institutionszentrierten Strukturen fortschreiben, kann man ruhig schlafen. Aber wehe, wenn die Mehrzahl der Krankenhäuser sich stärker patientenzentriert ausrichtet. Dann stellt sich die Frage, wieviel Zeit bleibt dem Management, bevor das Krankenhaus aus der Bundesliga in die Regionalliga absteigt.

Die Mannschaftsaufstellung im Fußball hängt von den wichtigsten Funktionen ab: Angriff, Mittelfeld, Abwehr. Und außerhalb des Spiels gibt es noch den Trainer, der letztlich für alles verantwortlich ist. Auch im Krankenhaus gibt es Hauptfunktionen, die Ärzte, Pflege und Verwaltung erfüllen. Außerhalb des Spiels steht die Geschäftsführung, die nicht selbst mit dem Patienten zu tun hat.

11.1.1 Ärzte

Im Angriff geht es darum, Krankheiten zu besiegen. Das traditionelle Krankenhaus hat eine chefarztzentrierte Führungskultur. Der „Mittelstürmer“ macht die Tore, wobei hier schon viele zu einem kooperativen und delegativen Führungsstil unterwegs sind. Der Chefarzt muss heute nicht in jeder medizinischen Behandlung seiner Abteilung der Beste sein. In kleineren Kliniken ist der Chefarzt noch eher Einzelkämpfer. In größeren Kliniken jedoch können der „Rechtsaußen“ und die „zweite Spitze“ manchmal besser sein für den Torabschluss als die „erste Spitze“. Auch steht der Chefarzt nicht nur im OP, sondern kümmert sich um seine Ärzte und die Organisation seiner Klinik, ist Spielmacher und kümmert sich um eine effektive Offensive.

Vielfach sind Ärzte jedoch auch Individualisten. Es mag mit der Fokussierung auf die Arzt-Patient-Beziehung zusammenhängen, in der der Arzt alleinverantwortlich agiert. Viele Sozialisationsfaktoren sind auf individualistisches Expertentum angelegt. Kooperation wird dadurch erschwert. Sicher arbeitet man im Team, lässt sich beraten, holt Konsile ein. Aber letztlich weiß man, auch aufgrund des deutschen Arzthaftungsrechts, dass man als Arzt abschließend und allein entscheidet. Es gibt keine Ausreden.



11.1.2 Pflege

Die Pflege agiert im Mittelfeld zur Unterstützung des Angriffs, leistet viel Organisation auf den Stationen, im OP, in den Funktionsbereichen, sozusagen „Aufbauarbeit“, die es den Ärzten ermöglicht, effektiv zu handeln. Die OP-Schwester instrumentiert. Die Pflegekraft auf der Station hat zur Visite alles vorbereitet. Ebenso werden Aufnahme- und Entlassungsprozess durch die Pflege organisiert sowie die ärztliche Entscheidung vor- und nachbereitet. „Tore schießt“ die Pflege dann, wenn es etwa um die Überwachung kritischer Patienten geht, auf der Intensivstation, aber auch nach der OP auf der Normalstation, wenn es um das Monitoring des Patientenzustandes geht. Aus Studien weiß man, dass eine Unterbesetzung in der Pflege das Mortalitätsrisiko, Komplikationsrisiken und das Risiko, sich mit Krankenhauskeimen zu infizieren, erhöht (Aiken et al. 2002; Marckmann 2013).

Im Mittelfeld ist die Pflege oft die Vermittlerin zwischen Patient und Arzt, der zu wenig Zeit hat und meist schon zum nächsten Patienten eilt. Die Sorgen und Nöte des Patienten, die über die medizinischen Anforderungen des Krankheitsbildes hinausgehen, kommuniziert er mit den Pflegenden. Pflege ist empathisch und trägt in erheblichem Umfang zu guten Weiterempfehlungsquoten des Krankenhauses bei.

Die Pflege agiert im Team. Auf einer Station reicht oft ein Stationsarzt. Aber es gibt in der Regel mehrere Pflegenden, sodass sich allein schon deswegen eine Teamprägung ergibt. Teamplayer (Pflegende) und Dribbler (Ärzte) sind idealtypisch ein Gegensatzpaar. Beide Funktionen sind an unterschiedlichen Stellen wichtig. Aber ob beide Kulturen das Mannschaftsspiel immer unterstützen, ob das Umschalten vom Mittelfeld in die Offensive oder das Zurückschalten aus der Offensive ins Mittelfeld immer gelingt, ist eine Frage.

11.1.3 Verwaltung

Die Verwaltung kann man sich als Abwehr vorstellen mit Viererkette und Torhüter. Der Verwaltung geht es ums Geld: weniger ausgeben, mehr einnehmen, guter Jahresabschluss. Am Patienten arbeitet sie und „schießt Tore“ insofern, als sie die Leistungen abrechnet, Wahlleistung, Unterkunft und Chefarztbehandlung anbietet, die administrative Patientenaufnahme vornimmt, für gutes Essen und für Parkplätze sorgt. Sie agiert wie im Fußballspiel eher von hinten, spielt den Ball nach vorn, zu Ärzten und Pflegenden. Im Hintergrund agieren bedeutet auch: Arzneimittel, Medicalprodukte, medizinisch-technische Geräte besorgen, Baumaßnahmen durchführen, IT-Infrastruktur entwickeln, für ordnungsgemäße Technik und Energie sorgen und vieles mehr. Von hinten agieren bedeutet auch, den Überblick über die vorne Spielenden zu haben, also alles, was mit Mitarbeiterverträgen und Gehaltszahlungen zu tun hat. Insgesamt hat die Verwaltung eher eine Nähe zur Ge-

schäftsführung als zu Medizin und Pflege. Ihr geht es mehr um ein optimales Verhältnis von Kosten und Erlösen.

11.1.4 Geschäftsführung

Die Geschäftsführung kann man sich wie einen Trainer oder Trainerstab vorstellen. Sie beobachtet das Spiel, entwickelt ein Spielsystem, eine Taktik, Strategien und Ideen, wie die Spieler mit ihren Stärken am besten eingesetzt werden können. Die Geschäftsführung hat nicht selbst mit dem Patienten zu tun, wie Ärzte, Pflege und Verwaltung. Sie trifft Richtungsentscheidungen zur Unterstützung des Spiels. Sie kann die Mannschaftsaufstellung bestimmen, Spieler ein- und auswechseln, neu ins Kader holen, bestimmen, ob offensiv oder defensiv gespielt. Bevor im Angriff zu offensiv gespielt wird, zum Beispiel mit einer „dritten Spitze“, erst überlegen, ob das Sinn macht. Vielleicht reißt man dadurch ja zu großen Lücken, etwa im pflegerischen Mittelfeld. Denn irgendwoher muss eine „dritte Spitze“ ja finanziert werden.

Die Kernfragen heute sind:

- Wie kann ein Krankenhaus durch eine verbesserte interne Kommunikation und Prozessorganisation eine bessere Ausrichtung auf die Patientenbedürfnisse erreichen?
- Wie kann ein Krankenhaus durch eine Entwicklung weg vom Klumpenspiel hin zum Systemfußball eine optimale Patientenversorgung erreichen, attraktiveren und erfolgreicheren Fußball spielen, und dadurch mehr Patienten gewinnen, die dem Wettbewerber verloren gehen?

Um diese Fragen zu klären, soll zunächst eine Metapher aus dem Fußballspiel etwas ausführlicher beschrieben werden. Damit soll deutlich werden, wie der Wechsel vom „Mann-Fußball“ oder „Klumpenspiel“ hin zum Systemfußball denkbar ist.

11.2 Entwicklung von Systemintelligenz im Fußball

11.2.1 Raumordnung – System vor Spieler

In Deutschland wurde Fußball bis Mitte der 1990er-Jahre noch primär nach dem Prinzip „Manndeckung“ mit Libero und weniger nach dem Prinzip „Raumdeckung“ ohne Libero gespielt. Das „Spiel gegen den Ball“ meint ein raumorientiertes Abwehrverhalten einer Mannschaft. Das System funktioniert allerdings nur, wenn alle mitmachen, auch die Stürmer. „Ziel ist es, beim gegnerischen Ballbesitz durch kluges Verteidigen die Räume enger zu machen und so den Spielaufbau zu erschweren. Dies geschieht durch ein gemeinsam abgestimmtes Verschieben der Mannschaftsteile in Ballrichtung. Idealerweise wird der Ball durch eigene Überzahl in Ballnähe zurückerobert“



(Neveling 2011, 50). Jürgen Klopp zum Beispiel misst einem systemischen Defensivkonzept große Bedeutung bei: „Du musst nicht kicken können, um dich defensiv auf einen Gegner einzustellen“ und „Besserung lässt sich dadurch herbeiführen, dass man als Gruppe defensiv funktioniert“ und „Gegen den Ball waren wir innerhalb von einer Woche siebzig Prozent besser“ (Neveling 2011, 129–131).

Mit dieser Aufbauarbeit erreichte Klopp, dass Borussia Dortmund sich von Tabellenplatz 13 in der Saison 2007/2008 hochspielte bis zum Deutschen Meister 2010/2011 und erneut 2011/2012. Die Systemisierung des Fußballspiels ist beim BVB eine Top-down entschiedene Spielstrategie:

„Zu Beginn hatten wir nicht darauf geachtet, was für die Spieler besser ist, sondern nur darauf, wie unser System am besten zu erlernen ist.“ (Jürgen Klopp nach Neveling 2011, 133)

Neveling ergänzt:

„Diese Einschätzung ist insofern interessant, als dass die sonst herrschende Meinung propagiert, das Spielsystem nach den vorhandenen Spielern auszurichten und nicht umgekehrt. Für Klopp hingegen ist das Spiel gegen den Ball derart entscheidend für den Erfolg, dass er zunächst das System in den Vordergrund stellt. Erst wenn dieses verinnerlicht ist, erfolgen Anpassungen, die sich an den individuellen Stärken der Mannschaft orientieren.“ (S. 133)

Ein weiteres Indiz für die Systemisierung des Fußballspiels sind mittlerweile auch wissenschaftliche Studien. So zitiert Neveling Roland Loy, der über 3.000 Fußballspiele aus 20 Jahren analysiert und damit die These widerlegt hätte, dass meist die zweikampfstärkere Mannschaft gewinnt. Dies war nur in 40 Prozent der Spiele der Fall (ebd., 139). Großes Vorbild für Klopp ist nach Neveling die Spielweise des FC Barcelona (ebd., 146).

11.2.2 Tiki Taka als System

Der zentrale Punkt im Barça-Spiel ist der Ballbesitz. Allerdings nicht wie im Individualfußball durch lange filigrane Dribblings à la Stanley Matthews oder „Stan“ Libuda, sondern durch permanentes Kurzpassspiel. Der Gedanke ist einfach: Solange die eigene Mannschaft in Ballbesitz ist, kann der Gegner kein Tor schießen. Und wenn Barcelona den Ball verloren hat, wird ein Forechecking gespielt, um sofort wieder in Ballbesitz zu kommen. Im Ergebnis hat die Mannschaft 70 bis an die 80 Prozent Ballbesitz (Neveling (2011, 147)).

Ziel des Spiels sind nicht Dribblings oder Pässe nach vorn, sondern ein, über das Spielfeld zwischen den Positionen ständig wechselndes, permanentes Dreiecksspiel, das die Mannschaft vor den Sechzehner führt oder davor organisiert, bis eine Lücke in der Abwehr entsteht, die durch einen gezielten Steilpass zu einer Torchance wird. Im Ergebnis läuft der Gegner immer dem Ball

hinterher. Dies ist nicht nur konditionell ermüdend, sondern auch psychisch demotivierend (Draxler 2012). Dieses Spiel hat ein spanischer Fernsehjournalist bei der Übertragung der Fußballweltmeisterschaft 2006 „Tiki Taka“ genannt.

11.3 Das Tiki Taka der Kommunikation

Für die Kommunikation im Krankenhaus und die Steuerung von Prozessen ist erwähnenswert, dass das Kurzpassspiel der Spanier große Ähnlichkeit mit der systemischen Definition von Kommunikation hat. Der soziologische Systemtheoretiker Niklas Luhmann (1984) fragt: Was muss zwischen zwei Personen passieren, damit Kommunikation zustande kommt? Er definiert Kommunikation letztlich als „Einheit aus Information, Mitteilung und Verstehen“ (S. 203). In Analogie zum Fußballspiel lässt sich dies so darstellen:

- Mitteilung (Ballabgabe)
- Information (der Ball)
- Verstehen (Ballannahme)

Idealtypisch wird hier eine gelungene Kommunikation beschrieben. Vielfach ist es aber so, dass im Krankenhaus Kommunikation nicht immer gelingt, wie in jeder anderen Organisation auch. Folgende Beispiele dürften bekannt vorkommen:

- Ein Krankenhaus arbeitet noch überwiegend mit Papier und Bleistift. Der Patient muss seine Daten bei der Patientenaufnahme mitteilen, ein weiteres Mal auf der Station und ein drittes Mal im Funktionsbereich. Hier erfolgt dreimal eine Mitteilung, die das Krankenhaus schon beim ersten Mal hätte „verstehen“ können, aber dazu nicht in der Lage war, weil es keine IT-Lösung für einen dezentralen Zugriff auf zentral gespeicherte Patientendaten gibt (schlechte Ballannahme trotz guter Ballabgabe).
- Die Verwaltung hat errechnet, dass eine Abteilung in einem Jahr besonders hohe Sachmittelverbräuche aufweist. Die Information wird jedoch nur allgemein und nicht in einer speziellen Form an die Abteilung weitergegeben, die es ihr ermöglichen würde, zu prüfen, ob den höheren Ausgaben ggf. auch höhere Einnahmen gegenüberstehen oder ob tatsächlich sparsamer gewirtschaftet werden muss (schlechte Ballannahme durch schlechte Ballabgabe).
- Bei der Anamnese einer Brustkrebspatientin wurde versäumt, eine spezielle Allergie abzufragen, und damit auch nicht dokumentiert (keine Ballabgabe). Bei der späteren Chemotherapie stellt sich plötzlich eine lebensbedrohliche Komplikation ein, für die die Ärzte nach Aktenlage zunächst keine Erklärung haben (unnötiges Laufen ohne Ball). Erst auf Nachfrage bei der Patientin kann die Informationslücke geschlossen werden (erneuter Angriff diesmal mit Ball).



Es gibt viele Alltagssituationen, die mit dem oben genannten Format analysiert werden können. Immer gibt es einen Rollenträger, der als Ball-Führender die Information hat (Arzt, Pflegende, Patient, Controller, Geschäftsführer) und darüber entscheidet, was mit der Information passiert. Behält er den Ball für sich oder gibt er ihn weiter. An wen gibt er den Ball weiter? Nimmt der zweite Rollenträger den Ball an? An welcher Stelle im System steht diese Person und was macht sie mit dem Ball? Gibt es Kurzpassstrategien, die erfolgreicher sind in der Mitarbeiterführung oder zur Zukunftssicherung des Krankenhauses als das traditionelle „Klumpenspiel“?

11.4 Systemische Führungsstrategien für Klinikchefs

Das Konzept „Systemfußball im Krankenhaus“ kann hier nur angedeutet werden. Als Organisationsprinzip bedürfte es einer umfassenden Beschreibung hinterlegt mit praktischen Erfahrungen und Empfehlungen zur Umgestaltung eines Krankenhauses in Richtung höherer Patientenfreundlichkeit.

11.4.1 Systemfußball durch IT

Grundsätzlich kommt es für ein erfolgreiches Systemspiel im Krankenhaus nicht darauf an, dass alle Spieler dort sind, wo der Ball gerade ist. Faktisch läuft es in den meisten Krankenhäusern aber so ab: Arzt, Pflegekraft und Kodierer sind auf der Station, um mit den Informationen des Patienten zu arbeiten. Der Mitarbeiter geht zur Information, statt dass die Information zum Mitarbeiter kommt.

In Deutschland soll ein Drittel der Krankenhäuser über eine voll funktionsfähige elektronische Patientenakte in allen Abteilungen verfügen (Stand 2013 nach Hübner et al. 2014, S. 57). Nach eigenen Angaben gibt es neben dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) nur noch zwei weitere Kliniken in Europa mit vollständig papierlosen Abläufen (Quack 2015). Die Nachteile des „Klumpenspiels“ liegen auf der Hand:



„Klumpenspiel“ im Krankenhaus (einfache Papierakte):

- **Papier-und-Bleistift-Methode mit einfachem Zugriff auf Patientendaten**
- **Doppel- und Mehrfacherfassung von Patientendaten**
- **Mangelhafte Servicequalität für Patienten**
- **Dokumentationslücken**
- **Unnötige Übertragungsfehler**
- **Hohes Fehlentscheidungspotenzial für Ärzte und Pflegende**
- **Zeitverschwendung durch unnötige Wegezeiten**

- *Zeitverschwendung durch unnötiges Suchen*
- *Keine digitalen Auswertungsmöglichkeiten*
- *Keine Möglichkeiten zur intersektoralen Vernetzung*

Von einem Systemspiel kann erst bei vollständig digitalisierten Abläufen ausgegangen werden. Mehrere Rollenträger können von ihren unterschiedlichen dezentralen Arbeitsplätzen auf die gleiche Information zugreifen. Im Fußball spricht man von einem intelligenten Stellungsspiel mit mehreren Handlungsoptionen, wo der Ball hingehen kann, oder in der Defensive von einer intelligenten Raumdeckung. Unnötiges Laufen wird so vermieden.



„Systemspiel“ im Krankenhaus (Elektronische Patientenakte):

- *Multiple und dezentrale Zugriffsoptionen*
- *Einmalige Erfassung von Patientendaten*
- *Bessere Servicequalität für Patienten*
- *Leichtere Prüfung auf Lücken und Fehler in der Dokumentation*
- *Bessere Entscheidungsunterstützung für Ärzte und Pflegende*
- *Schnellere Kommunikation und schnellere Entscheidung*
- *Kostbare Arbeitszeit der Kernleister (Ärzte, Pflegende) wird geschont*
- *Digitale Auswertungsmöglichkeiten*
- *Möglichkeiten zur intersektoralen Vernetzung mit niedergelassenen Ärzten, Reha- und Pflegeeinrichtungen*

Reinhard K. Sprenger sagt: „Wir bekommen die Dinge nicht schneller bewegt, indem wir uns schneller bewegen.“ Das Systemspiel kann nicht von den „Akteuren auf dem Platz“ entschieden werden. Dies ist Aufgabe des Trainers, also des Geschäftsführers oder der Betriebsleitung eines Krankenhauses. Die Führung liegt dann darin, die Entscheidung vorzubereiten, sie zu treffen und ihre Umsetzung zu organisieren und zu kontrollieren.

Nach Angaben des UKE hat die Volldigitalisierung zu positiven Auswirkungen auch auf die Patientensicherheit geführt. So ließen sich die Abweichungen zwischen Verordnung und Medikamentengabe (Fehler) dank eines digital integrierten „Unit-Dose-Verfahrens“ nach Verordnung durch den Arzt, Medikamentengabe und Dokumentation durch die Apotheke sowie zusätzlicher Validierung von Barcodes durch das Pflegepersonals von 39 auf 1,6 Prozent reduzieren.

Sepp Herberger hat seine Erfahrungen so zusammengefasst: „Der schnellste Spieler auf dem Platz ist der Ball“. Die Information – oder hier der „Kollege IT“ – wird in einer volldigitalisierten Klinik insoweit zum „Mitspieler“, insbesondere für Ärzte und Pflegende, als er ein Großteil der bisherigen Arbeitszeit für bürokratische Tätigkeiten „übernimmt“. Zudem erhöht der „Kollege



IT“ die Handlungssicherheit für die Beschäftigten und die Behandlungssicherheit für die Patienten.

Aus dem Vergleich wird deutlich, dass viele Krankenhäuser heute noch nicht in der Bundesliga spielen, auch wenn sie sich selbst so sehen. Ebenso zeigt sich, dass die grundlegende interne Kommunikationsstrategie vor dem Hintergrund der IT-Verfügbarkeit zu überprüfen ist. Zuweilen hat man einen Eindruck wie zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Obwohl das Automobil bereits erfunden war, fuhren die meisten noch mit Pferd und Kutsche oder gingen sogar zu Fuß. Selbst Experten wie Gottlieb Daimler kamen zu der Überzeugung:

„Die weltweite Nachfrage nach Kraftfahrzeugen wird eine Million nicht überschreiten – allein schon aus Mangel an verfügbaren Chauffeuren“. (Focus Online 2015)

Allerdings ist Systemfußball nicht nur IT. Systemfußball ist auch systemische Prozessverbesserung, also eine Frage der Organisation von Arbeitsabläufen. Eine zukunftsweisende Strategie hierzu nennt sich „Lean Hospital“. In der deutschen Krankenhausbranche gibt es nach meinem Kenntnisstand zurzeit allenfalls ein Dutzend der rund 2.000 Krankenhäuser, die den Weg in Richtung Lean Hospital eingeschlagen haben.

11.4.2 Lean Hospital

Unter „Lean“ kann man ein Managementsystem verstehen, das für die gesamte Organisation gilt mit dem Ziel, alle Mitarbeiter und Führende zu befähigen, dauerhaft an der Verbesserungsarbeit mit Fokus Qualität teilzuhaben. Im herkömmlichen Krankenhaus passieren Verbesserungen punktuell, anlassbezogen, personenabhängig oder, wenn systemisch, dann in einem schwerfälligen Verbesserungsvorschlagswesen. Im Lean Hospital ist Verbesserung das Betriebssystem der Organisation. Verbesserungen passieren strukturiert und ständig. Dies bedeutet nicht, dass keine Fehler mehr passieren oder Rückschläge ausgeschlossen sind. Lean Hospital bedeutet eine Kultur der permanenten Verbesserung.

Der Heilige Vincenz von Paul hat es einmal so ausgedrückt und könnte insofern als erster „Lean-Experte“ gelten, als er im Frankreich des 17. Jahrhunderts einen Paradigmenwechsel von der improvisierenden Almosencaritas hin zur organisierten Caritas begründete:

„Wir sind niemals am Ziel, sondern immer auf dem Weg.“

Für die systemische Führung eines Krankenhauses bedeutet dies, dass Lean sich konsequent am Patienten und seinen Bedürfnissen ausrichtet. Das Konzept lässt sich durch die in Tabelle 4 aufgeführten Merkmale darstellen.

Tab. 4 Woran erkennt man ein Lean Hospital?

Merkmal	Ausprägung im Lean-Hospital
Kultur	selbstlernendes Krankenhaus
Ergebnisse	Qualität
Mitarbeiter	wollen ständig verbessern
Führende	wollen ständige Verbesserung ermöglichen
Patient	ist der Maßstab des Handelns
Wettbewerb	Pull-Effekt: mehr Patienten durch bessere Qualität

Das St. Vincenz-Krankenhaus Paderborn hat sich dazu entschlossen, die Entwicklung zum Lean Hospital umzusetzen. Dazu wurde eine „Lean Hospital Strategie 2020“ formuliert. In Pilotprojekten wurden Ergebnisse erzielt, die sich sowohl für Mitarbeiter als auch für Patienten positiv auswirkten.

Pilotprojekt 1:

Medizinische Klinik mit 80 Betten und jährlich etwa 3.000 Bewertungsrelationen. Die Personalausstattung wurde von ärztlicher Seite als zu niedrig bewertet. Gleichzeitig legten Verweildauerkennziffern nahe, dass Patienten länger als nötig im Krankenhaus blieben.

- Ein Großteil der Anordnungen von Stationsärzten am Vormittag (beispielsweise CT oder Medikamente) korrigierten Oberärzte nach Kontrollen am Nachmittag wieder (Stichwort Patientensicherheit). Zur Optimierung wurde vereinbart, dass die Oberärzte am Morgen mit den Assistenzärzten die wichtigsten Fälle gemeinsam besprechen und entscheiden. Vorher gingen die Oberärzte direkt in die Funktionsbereiche. Mit dieser Umstellung konnten die Korrekturen der Anordnungen um über die Hälfte reduziert werden.
- Ein Großteil der Visiten fand außerhalb der vereinbarten Zeiten statt mit der Folge von Mehrarbeit und Überstunden im Pflegedienst. Mit einem in den Workshops erarbeiteten Visitenkonzept konnte der Anteil der von den vereinbarten Zeiten abweichenden Visiten um rund 30 Prozent reduziert werden.
- Bei insgesamt konstanter Leistungsentwicklung der Klinik im ersten Jahr zeigte sich ein Rückgang der Langlieger-Zuschläge um sechs Prozent (die Verweildauer reduzierte sich deutlich), ein Rückgang der Kurzlieger-Abschläge um neun Prozent und ein Anstieg des Case-Mix-Indexes um vier Prozent.
- Im Zuge der Lean-Umsetzung wurde Mitte des folgenden Jahres in der Klinik eine Arztstelle durch Fluktuation frei und zunächst nicht wiederbesetzt. Dennoch erzielte die Klinik im zweiten Jahr einen Anstieg der stationären Patientenzahlen um rund ein Prozent.



Pilotprojekt 2:

Leistungsabrechnung. Die Dauer der Rechnungserstellung sollte reduziert, das Schnittstellenmanagement verbessert, Überstunden reduziert und Vertretungsregelungen verbessert werden.

- Deutlich wurde zunächst, dass teilweise bis zu sieben Mitarbeiter an einer Rechnung beteiligt waren, wodurch die Rechnungsstellung sich erheblich verzögerte. Mit neuen Teamstrukturen und Tätigkeitsprofilen wurden die Zahl der Schnittstellen, die Zahl der Bearbeiter und der Zeitbedarf zur Rechnungserstellung deutlich reduziert.
- Bei der Rechnungsstellung für ambulante Leistungen nach Abschluss der Dokumentation wurde der Anteil noch nicht gestellter Rechnungen innerhalb von fünf Wochen von etwa 15 Prozent auf unter fünf Prozent reduziert.

Pilotprojekt 3:

Ambulanz einer Medizinischen Klinik mit 27.000 ambulanten Patienten, einer durchschnittlichen Wartezeit von drei Stunden und Schwankungen der Wartezeit von bis sechs Stunden.

- Für beide Parameter wurden Zielgrößen definiert. Bereits nach wenigen Wochen zeigte sich eine Senkung der durchschnittlichen Wartezeit um über 20 Prozent, eine Entwicklung in Richtung höherer Patientenorientierung durch Prozessverbesserungen an Schnittstellen.

! Der Impuls und die Entscheidung zum Lean Hospital entstehen in der Regel Top-down. Der Erfolg für Patienten, Mitarbeiter und Krankenhaus ist ein Bottom-up-Prozess.

Bislang verfolgen nur wenige Krankenhäuser oder Klinikverbände in Deutschland einen Lean-Hospital-Ansatz wie zum Beispiel die SRH Kliniken GmbH Heidelberg. Nach Aussage des langjährigen Vorstandsvorsitzenden Hekking ist seit 1985 die Zahl der Mitarbeiter von 2.800 auf über 10.000 gestiegen. Das Eigenkapital der Stiftung hat sich von 62 Millionen auf 620 Million Euro verzehnfacht. Der Umsatz ist von 121 auf über 760 Millionen Euro gewachsen. Das Betriebsergebnis liegt mit über 45 Millionen Euro mehr als fünfmal so hoch wie 1985 (Toms-Hoffmann 2015). Diese Entwicklung wurde durch Umstrukturierung und Erweiterung ermöglicht, wobei als Grundlage jedoch ein klares Managementkonzept dient. Hekking:

„Wir arbeiten kontinuierlich daran, klare Strukturen und schlanke Prozesse im Sinne eines ‚Lean Hospital‘ zu schaffen.“ (SRH Kliniken 2013, 5)

11.5 Fazit

Manche Entwicklungen der Krankenhausbranche zeichnen sich lange im Voraus ab. Insbesondere Führungskräfte müssen diese Entwicklungen frühzeitig erkennen. Was sich heute abzeichnet und womit innerhalb der nächsten zehn Jahre zu rechnen ist, kann als konsequente Orientierung der Kliniken am Patienteninteresse beschrieben werden. Hilfreich sind dabei systemische Führungsstrategien, wie sie hier an zwei Beispielen beschrieben wurden. Die Zukunftssicherung eines Krankenhauses hängt davon ab, ob Ärztliche Direktoren, Chefärzte, Pflegedirektoren, Geschäftsführer und Vorstände in der Lage sind, dazu gemeinsame Perspektiven zu entwickeln.

Literatur

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH (2002) Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*, October 23/30, Vol 288, No. 16, 1987 pp.
- Draxler A (2012) Nachgehakt. Darum können wir nicht auch Tiki Taka spielen. In: Bild vom 02.07.2012. URL: <http://www.bild.de/sport/fussball/alfred-draxler/darum-koennen-wir-nicht-auch-tiki-taka-spielen-24963548.bild.html> (abgerufen am 07.03.16)
- Focus Online (2015) Die zehn besten Zitate über Autos. Von Fehleinschätzungen, Wahrheiten und Quatsch. 24.07.2015. URL: http://www.focus.de/auto/news/die-zehn-besten-zitate-ueber-autos-von-fehleinschaetzungen-wahrheiten-und-quatsch_id_4837978.html (abgerufen am 07.03.16)
- Hübner U, Liebe JD, Straede, MC, Thye J (2014) IT-Report Gesundheitswesen, Schwerpunkt IT-Unterstützung klinischer Prozesse. Schriftenreihe des Niedersächsischen Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr. URL: http://www.ehealth-niedersachsen.de/index.php?id=355&file=files/ehealth/content/PDF/IT-Report_2014.pdf (abgerufen am 07.03.16)
- Luhmann N (1984) Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main Suhrkamp
- Marckmann G (2013) Ökonomisierung der Medizin – Gesundheit ist keine Ware! 56. Jahrestagung des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Dresden am 26. April 2013
- Neveling E (2011) Jürgen Klopp. Echte Liebe. Copsess Edition München
- Quack K (2015) Vollständig papierlose Abläufe, Klinikum Eppendorf nutzt die digitale Patientenakte durchgängig. In Computerwoche vom 18.06.2015. URL: <http://www.computerwoche.de/a/klinikum-eppendorf-nutzt-die-digitale-patientenakte-durchgaengig,3210945> (abgerufen am 07.03.16)
- Renner A (2009) Geschichte der Fußball-Taktik, Teil 1. In www.spoj.com vom 13.07.2009. URL: <http://www.spoj.com/de/sport/fussball/0907/Artikel/fussball-taktik-geschichte-england-rugby-uli-hoeness-1860-muenchen-ulm-braunschweig-teil-1.html> (abgerufen am 07.03.16)
- Sprenger RK (2008) Gut aufgestellt. Fußballstrategien für Manager. Campus Frankfurt am Main
- SRH Kliniken (2013) Exzellenz in Medizin, Akutmedizin, Ambulante Versorgung, Rehabilitation, Verbundbroschüre, September 2013. URL: http://www.srh-kliniken.de/fileadmin/CONTENT/PDF/SRH_Kliniken_Verbundbroschuere.pdf (abgerufen am 28.04.16)
- StatBA (2004) Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2004, nur Allgemeinkrankenhäuser. Wiesbaden
- StatBA (2014) Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2014, nur Allgemeinkrankenhäuser, Wiesbaden
- Toms-Hoffmann I (2015) Klaus Hekking verlässt die „SRH Holding“. In Rhein-Neckar-Zeitung vom 15.02.2015. URL: http://www.rnz.de/nachrichten/heidelberg_artikel;Klaus-Hekking-verlaesst-die-SRH-Holding_arid,76121.html#null (abgerufen am 07.03.16)