

**Internationale Bremer
Reform-Werkstatt
„ Gesundheitsunternehmen“
2002
20.-22.Febr.**

**Die Center-Struktur –
Vorschläge für eine angemessene
Organisationsform im
Dienstleistungsunternehmen Krankenhaus**

**Dr. med. Hans-Georg Güse
Güse mediConsult GmbH
Bremen**

Das Krankenhaus als Wirtschaftsunternehmen - Reformvorstellungen der Krankenhausmanager I

A. Gesundheitspolitische Reformen

Liberalisierung – Marktöffnung

Wettbewerb zw. Krankenhäusern und zum KV-Bereich

Festpreissystem oder freie Preisverhandlung

Selektive Verträge mit Kostenträgern

B. Reformen der Krankenhausstruktur

- Fusionen, Kooperationen, „Skaleneffekte“
- Anwerbung externen Kapitals, Privatisierung
- Konzentration aufs „Kerngeschäft“
- Ausgliederungen von Betriebsteilen
- Spezialisierung
- Standardisierung u. Normierung (Clinical Pathways)
- Übertragung der wirtschaftl. Verantwortung auf Chefarzte

Das Krankenhaus als Wirtschaftsunternehmen - Reformvorstellungen der Krankenhausmanager II

Lohmann, H. :

***„Das „Geheimnis“ erfolgreichen Managements
in der Gesundheitsbranche heißt „Normalisierung“.***

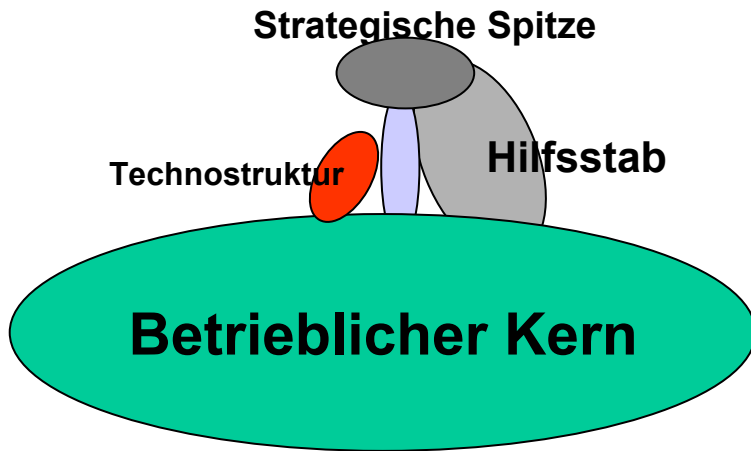
***Modernisierungskonzepte anderer Wirtschaftsbereiche
erweisen sich als Fundus für Rationalisierungsprogramme.***

***Die Konzentration auf Kerngeschäfte ist häufig der
Schlüssel für die nachhaltige Verbesserung
der Produktivität“.***

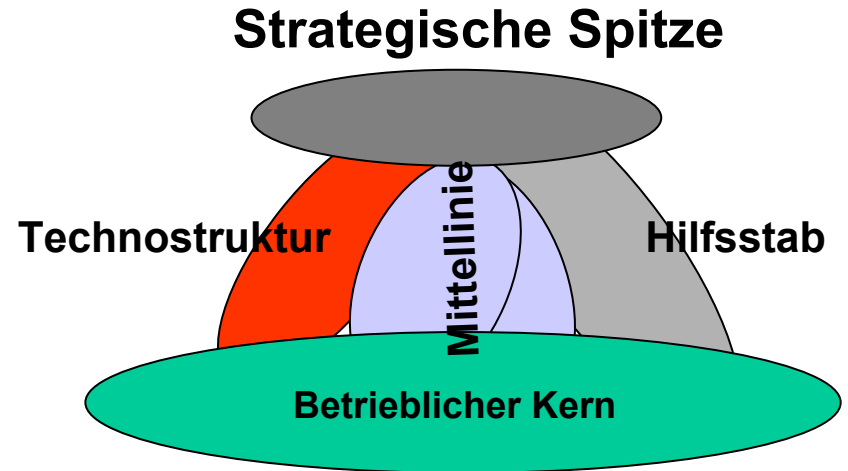
Charakteristika der Dienstleistung im Krankenhaus – Unterschiede zur industriellen Produktion

- **Medizinische Leistungen werden (i.d.R.) an einem Patienten verrichtet**
- **Der Patient ist (mehr oder weniger) Co-Produzent**
- **Das „Produkt“ ist vom „Akteur“ Patient abhängig**
- **Das „Produkt“ wird im Augenblick der „Produktion“ konsumiert**
- **Unter „Qualität“ verstehen alle Beteiligte etwas anderes**
- **Der Wettbewerb findet um sehr unterschiedliche Ziele statt**
- **Medizinische Leistungen sind hochgradig inhomogen und variabel**
- **Medizinische Leistungen sind nur in Teilbereichen standardisierbar**
- **Medizinische Tätigkeit ist und bleibt eine „Experten-Tätigkeit“,**

Mintzberg's Organisationsstruktur



**„Profibürokratie“
- Krankenhaus -**



**„Maschinenbürokratie“
- Industriebetrieb -**



Kennzeichen der „Profibürokratie“ Krankenhaus

- Experten entscheiden über „Produkte“ und Produktionsweise
- Experten arbeiten weitgehend autonom gegenüber Verwaltung und entscheiden über die Nutzung der Ressourcen
- Kerntätigkeit ist individuelle, personale Dienstleistung,
- Arbeitsteilung in der Kerntätigkeit ist unscharf
- Kontrolle erfolgt durch externe Berufsorganisationen und Gerichte
- Standards (Leitlinien usw.) werden extern festgelegt
- dezentrale Organisation des Gesamtbetriebs, selbständige Kliniken
- zentrale Steuerungsmöglichkeit ist gering, strategische Entscheidungen dauern lange oder finden nicht statt
- Legitimationsbasis entsteht durch gesellschaftliche Werte und politische Entscheidung
- „Weiche Faktoren“ entscheiden wesentlich über den Erfolg
- Hohe Sicherheitsanforderungen, daher viel Dokumentation und Bürokratie

Folgerungen

**Es bestehen strukturelle Unterschiede
zwischen einem Industriebetrieb und einem Krankenhaus:**

- a. Im Produkt**
- b. In der Produktionsweise**
- c. In der Betriebsstruktur**
- d. Im beruflichen Selbstverständnis der Produzenten**

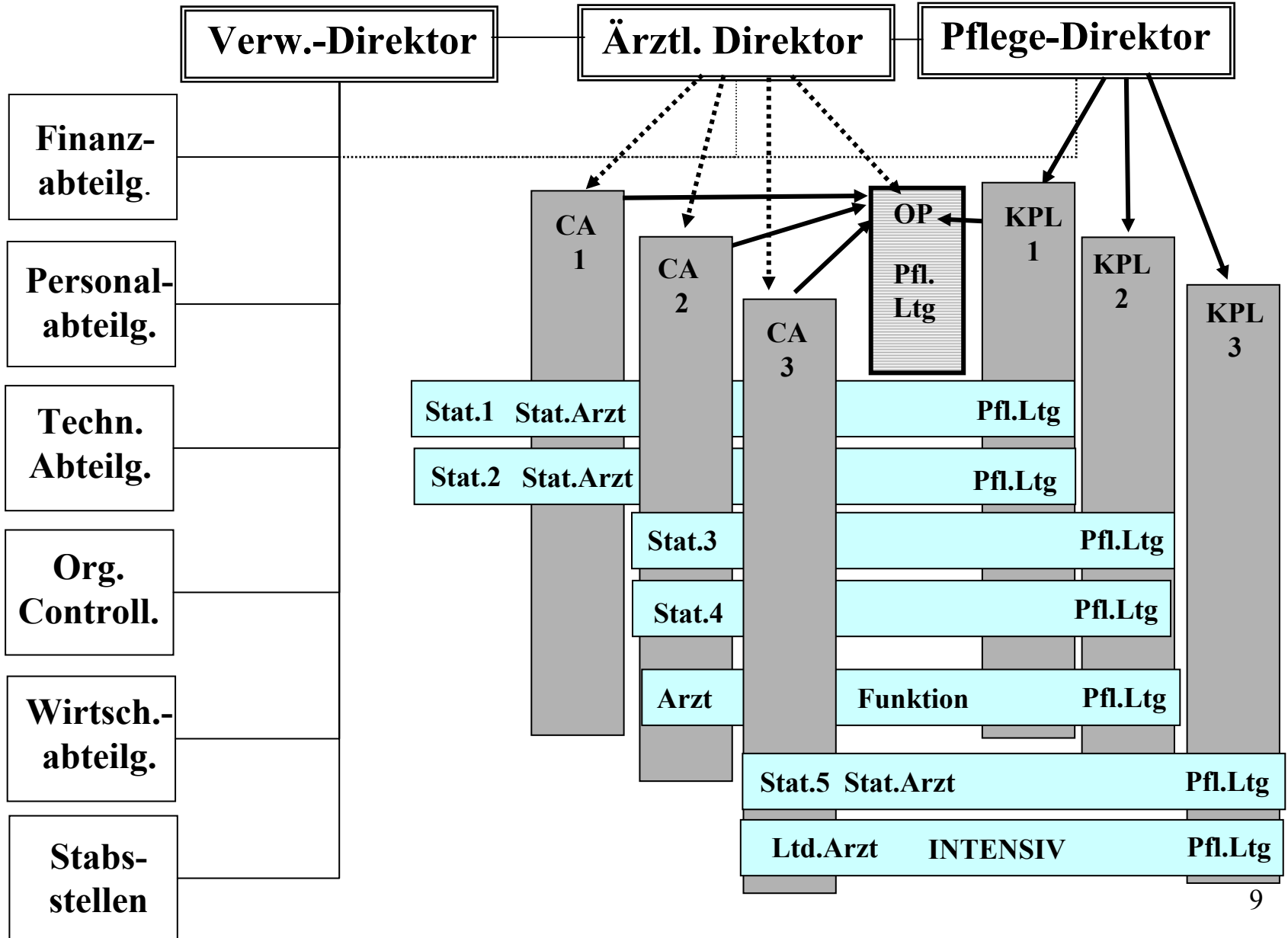
 **Eine Übertragung von Strategien und Managementmethoden
ist daher problematisch!**

 **Eine eigene Lösung für eine angemessene Organisationsstruktur
muss gefunden werden!**

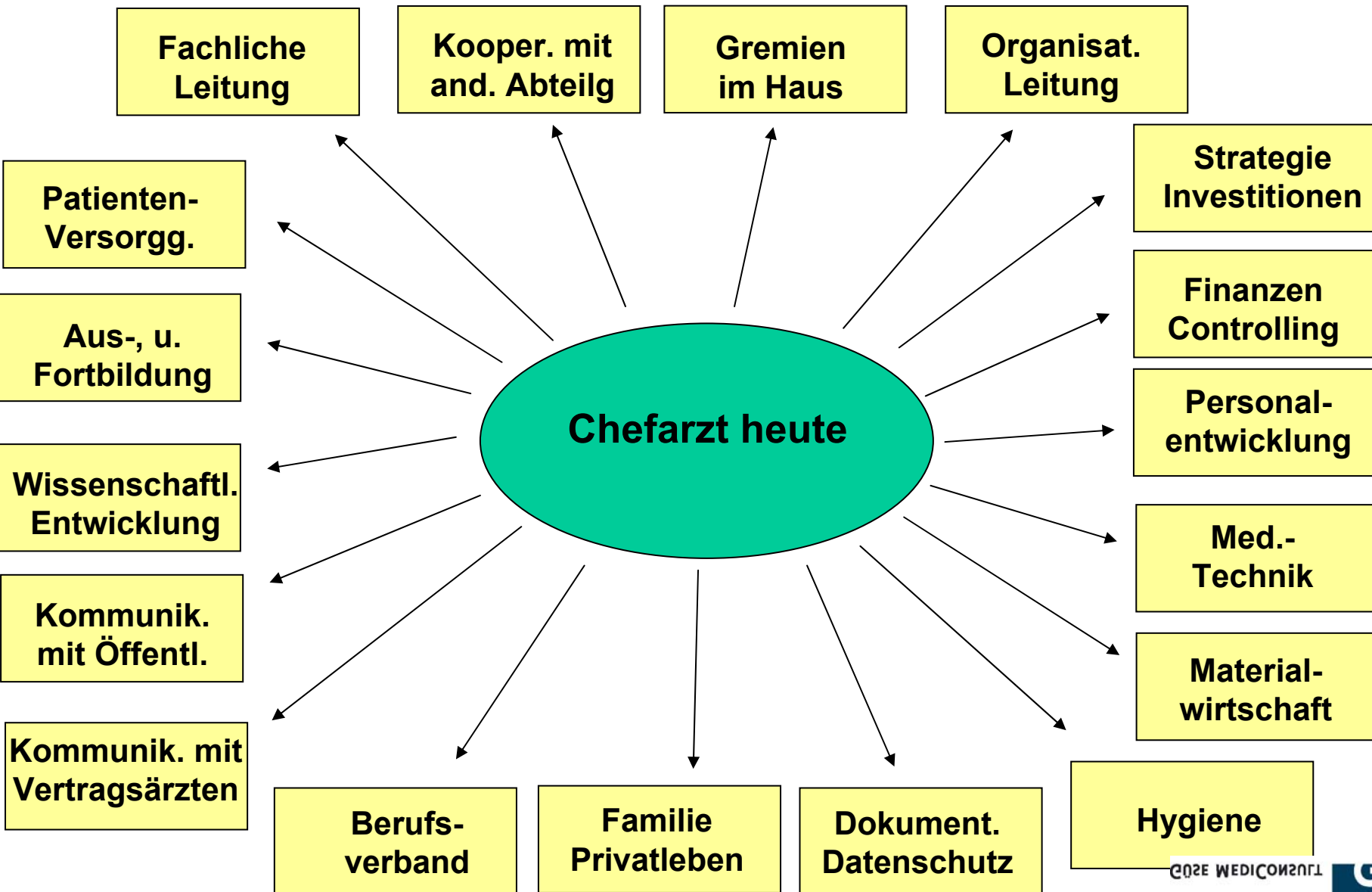
Probleme der „Profibürokratie“

- **Statuserhalt dominiert über Kooperation**
- **Berufsgruppen denken in Funktionen statt in Prozessen**
- **„Experten“ haben ein anderes „Weltbild“ als die Ökonomen**
- **Führungsstruktur des Krankenhauses ist diffus**
- **Strategisches und operatives Management werden nicht getrennt**
- **Entscheidungen werden verzögert oder nicht getroffen**
- **Mangel an Transparenz**
- **Finanzierungs- und Controllingprobleme**
- **Medizinische Kompetenz und wirtschaftliche Verantwortung sind weit voneinander entfernt**

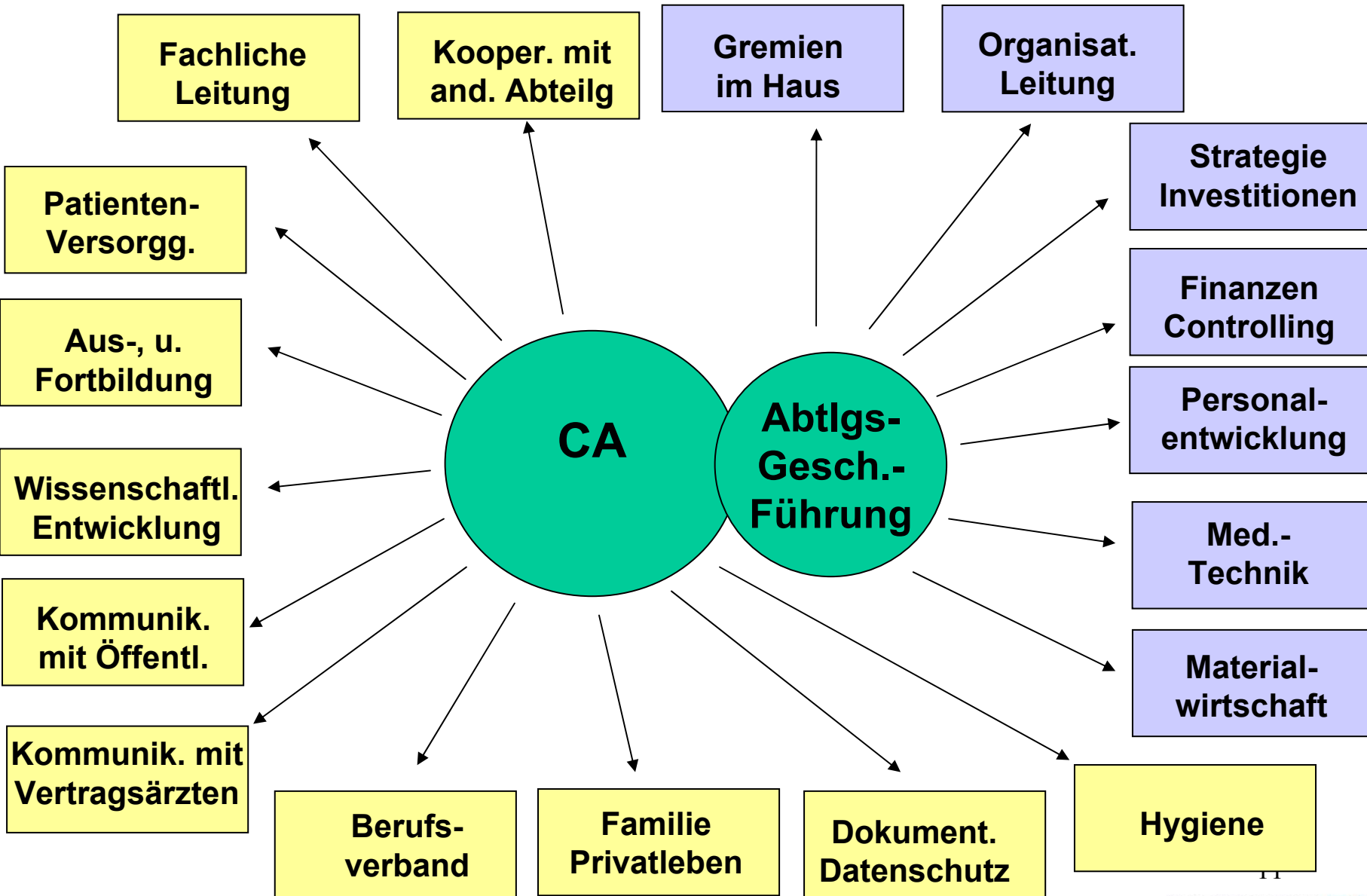
Traditionelle Krankenhausstruktur



Traditionelle Leitungsstruktur, Belastung des Chefarztes



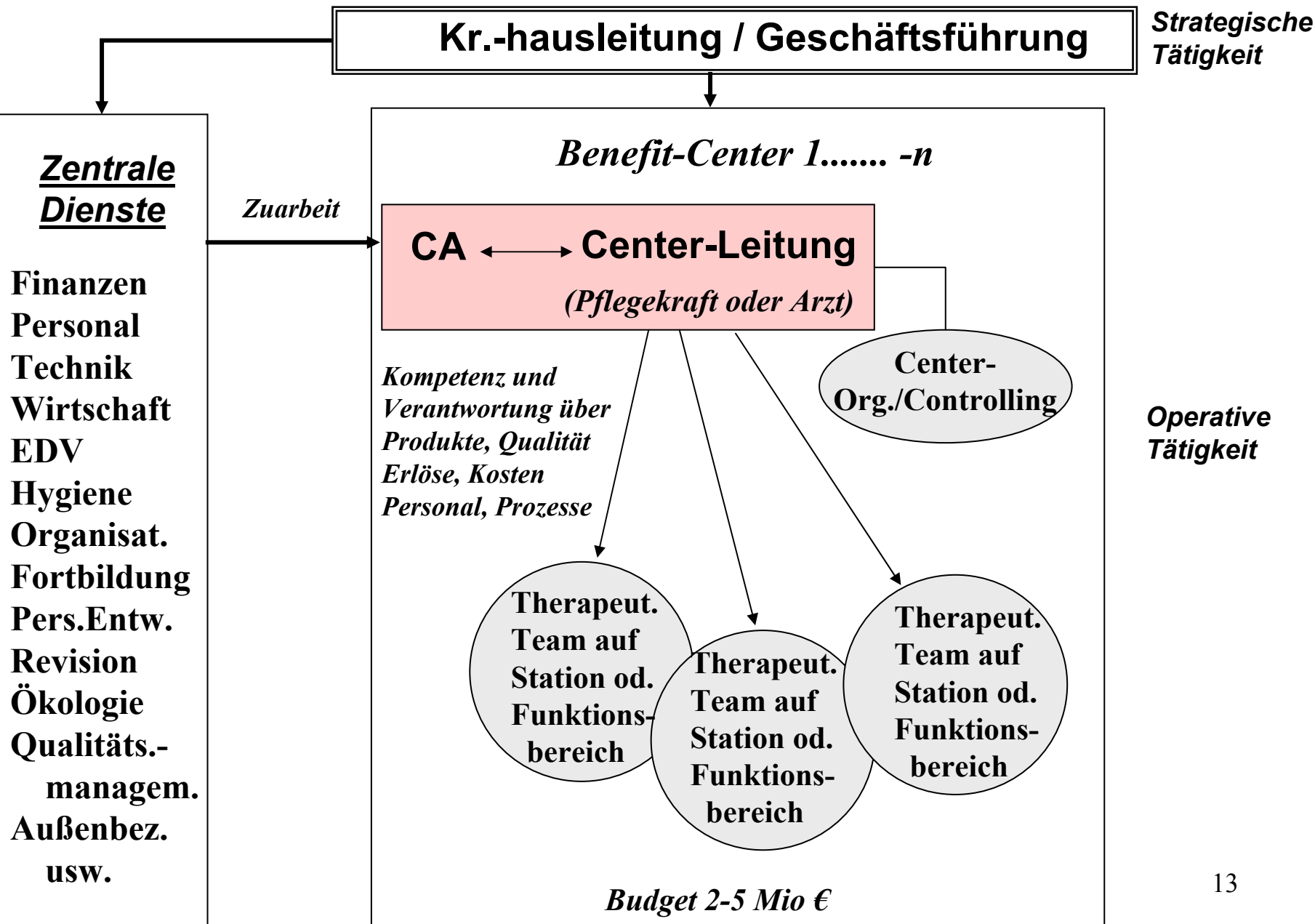
Neue Leitungsstruktur, Teilung der Funktionen



Ziele einer neuen Krankenhausstruktur

- **Kompetenz und Verantwortung (wirtschaftlich und qualitativ) zusammenführen**
- **Klare Leitungsstrukturen in den Einheiten herstellen**
- **Überschaubare, handlungsfähige, teilautonome Einheiten schaffen**
- **Anpassungsfähigkeit der Einheiten an wechselnde Anforderungen gewährleisten (praxisbezogene Flexibilität)**
- **Orientierung der Einheiten an den Prozessen, nicht an den Funktionen**
- **Mitarbeiter- und Leistungsorientierung, Identifikation fördern**
- **Teamentwicklung, interprofessionelle Zusammenarbeit fördern**
- **Integration der Einheiten in das Gesamtunternehmen sicherstellen**

Grundprinzipien einer Center-Struktur von Krankenhäusern



Voraussetzungen für die Einrichtung von Benefitcenter

- **Klärung der Pflichten und Kompetenzen von Gesamtleitung und Centerleitung**
(bez. Zuständigkeit für Personal, Budget, Investitionen, Produkte, Klärung der Leistungen der zentralen Dienste und deren Vergütung)
- **Klärung der personellen Zusammensetzung und Ausstattung der Centerleitung**
- **Klärung der internen Verrechnungspreise und der Verteilung der Erlöse**
- **Klärung der Anreize**
- **Aufbau eines prozessnahen Controllings**

Erwartete Effekte der Benefitcenter-Struktur

- **Dezentralisierung = Beseitigung der Konflikte zwischen Administration und Therapeuten**
- **Die Experten entscheiden und verantworten umfassend**
- **Entwicklung von Anreizsystemen**
- **Transparenz / effektives Benchmarking**
- **Einbeziehung aller Berufsgruppen =Basis für interprofessionelle Zusammenarbeit = Teamentwicklung**
- **Flachere Hierarchie, konkretere Leitung**
- **Höhere Wirtschaftlichkeit**
- **Höhere Identifikation mit der Arbeit u. der Organisation**

Folgerungen:

- 1. Das Krankenhaus wird auch in Zukunft eine „Profibürokratie“ sein, denn die Dienstleistungen an unseren Patienten werden personal erbracht, sind hoch komplex und verlangen einen hohen Qualitätsstandard, der nicht von außen hineinzuprüfen ist.**
- 2. Die Schere zwischen Leistungsanforderungen und wirtschaftlichen Möglichkeiten geht immer weiter auf und erfordert veränderte Organisationsformen des Krankenhauses, die der spezifischen „Produktionsweise“ des Krankenhauses entsprechen müssen.**
- 3. Die Reformvorstellungen der Ökonomen mißachten vielfach die spezifische „Produktionsweise“ des Krankenhauses. Reformen werden nur dann Erfolg haben, wenn sie diese berücksichtigen und zugleich den Bedürfnissen der Mitarbeiter nach Identifikation, Gruppenkohärenz, und Übereinstimmung von beruflichen Zielen und täglicher Erfahrung nachkommen.**

