

Universität Trier
Fachbereich I
Fach: Psychologie / Wahlpflichtmodul Ethnologie

Name:
Matrikelnummer:
Seminar: „Ethnologische Ansätze in der Organisationsforschung“
Veranstaltungsnummer:
Dozent: Prof. Dr. Michael Schönhuth

Die Organisation Krankenhaus im Wandel

- Zwischen Bürokratie und medizinischer Vernunft -

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Erna Szabos Fallstudie	4
1.1. Die Organisation	4
1.2. Ergebnisse der Datenanalyse	5
1.2.1. Welche Gruppierungen existieren in der Organisation?	5
1.2.2. Welche Entwicklung nahmen die Gruppierungen?	6
2. Begriffserklärung DRG	6
3. Grundlagen der Organisationsstruktur nach der Jahrtausendwende	7
3.1. Rahmenbedingungen der Organisation	8
3.2. Vom Lean-Management zum Qualitätsmanagement	9
3.3. Auswirkungen auf die Berufsgruppen	11
4. Lösungsansätze	13
4.1. Organisationsentwicklung	13
4.2. Organisationslernen	13
4.3. Personalpflege durch Strukturgestaltung	15
5. Fazit	16
Glossar	18
Literaturverzeichnis	19

Einleitung

Im Gesundheitswesen treffen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit an einem Punkt aufeinander, an dem es klarer Strukturen bedarf, um die Gratwanderung zwischen ökonomischer und medizinischer Entscheidungsfindung bewältigen zu können. Speziell in Krankenhäusern ist es also notwendig, dass eine einheitliche und kontinuierliche Organisationsstruktur vorliegt. Und doch durchlaufen in den letzten Jahrzehnten gerade die Krankenhäuser organisationale Umstrukturierungen, die von der Führung bis zur Hilfskraft alle Mitarbeiter betreffen.

Die Zahl der stationär behandelten Patienten ist 2014 im Vergleich zum Vorjahr um 1,9% auf 19,1 Mio. gestiegen. Die Zahl der Krankenhäuser sank jedoch von 2017 (im Jahr 2012) auf 1980 (im Jahr 2014). Dieses Paradox ist auf die sinkende Verweildauer im Krankenhaus zurückzuführen, die es möglich macht, eine höhere Anzahl an Patienten in einer geringeren Zeit zu behandeln. Eigens hierfür wurde beispielsweise das sogenannte Entlassungsmanagement neu eingeführt. Seit einigen Jahren schon wird deutlich, dass der demographische Wandel und die steigende Multimorbidität, um nur die zwei schwerwiegendsten gesellschaftlichen Veränderungen zu nennen, Auswirkungen auf Struktur und Organisation in Krankenhäusern haben und somit das System zu Umstrukturierungen zwingen. Allein an diesen Werten von 2012 bis 2014 zeichnet sich ein Wandel ab, der über einen größeren Zeitraum weit mehr Handlungsbedarf auf der organisationalen Ebene ankündigt und unabdingbar macht. Doch was genau hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert und wo liegen die Kernprobleme dieser Umstrukturierungen?

Diesen und weiteren Fragen möchte ich in dieser Arbeit auf den Grund gehen.

Dabei wird zunächst ein kurzer Einblick in das System Krankenhaus gegeben werden, anhand Erna Szabos „Organisationskultur und Ethnografie – Fallstudie in einem Österreichischen Krankenhaus“. Dies dient als Beispiel zum Verständnis der Organisation Krankenhaus im Jahr 1995. Anschließend wird der zum weiteren Verständnis vorausgesetzte Begriff „Diagnose Related Groups“, kurz DRG, erläutert und darauf folgend die Organisationsstrukturen und die Veränderungen in den letzten 20 Jahren dargestellt und begründet. Zuletzt werden die herausgearbeiteten Punkte in meiner Schlussfolgerung zusammengefasst.

Ziel dieser Arbeit ist es, darzustellen, ob und inwieweit die organisationalen Veränderungen einen Fort- oder Rückschritt darstellen und zu wessen Gunsten und Lasten diese Umstrukturierungen gehen.

1. Erna Szabos Fallstudie

1995 begab sich Erna Szabo zu einer Feldforschung in ein Krankenhaus in Wien, um dort die Organisationsstruktur eines Krankenhauses im Eigentum einer Kongregation zu analysieren.

1.1. Die Organisation

Als Szabo ihre Studie im Oktober begann, existierte die gegenwärtige Struktur der Organisation erst seit wenigen Monaten. Sie kam also zu einem Zeitpunkt des Umbruchs ins Feld, was es ihr ermöglichte, den direkten Übergang von der alten zur neuen Ordnung zu beobachten und die Probleme, die diese Umstrukturierung mit sich brachte, und deren Auswirkungen direkt mitzuerleben.

Das Krankenhaus war eines von acht geistlichen Krankenhäusern in Wien und mit insgesamt 200 Betten verhältnismäßig klein. Die Mitarbeiter waren hauptsächlich Österreicher, seit der Ostöffnung zu Beginn der 1990er waren jedoch nach und nach immer mehr Osteuropäische Mitarbeiter hinzugekommen. Waren noch in den 70er Jahren hauptsächlich Ordensschwestern in Pflege und Verwaltung beschäftigt, wurde die Organisation nun mehr und mehr verweltlicht. Allerdings wurde nach wie vor stark zwischen weltlichen und geistlichen Mitarbeitern unterschieden.

Die neue Organisationsstruktur von 1995 beließ also die Kongregation als Oberhaupt der Organisation an der Spitze, unterstellte diesem aber direkt einen Beirat, dem die Generaloberin des Ordens, sowie vier weitere Ordensschwester und fünf externe Berater angehören, sodass es ein Gleichgewicht zwischen weltlichen und geistlichen Mitarbeitern auf oberster Ebene gibt (vgl. Szabo S. 68-69). Aufgabe des Beirats war die Kontrolle der Geschäftsführung und des Budgets. Die Geschäftsführung wiederum stellte die erste größere Veränderung in der neuen Struktur dar: Sie war allen drei Krankenhäusern des Hauses übergeordnet und bestand aus einer Ordensschwester und einem weltlichen

Wirtschaftsakademiker. Für jedes der drei einzelnen Krankenhäuser war eine sogenannte „kollegiale Führung“ zuständig, die sich aus einem Verwaltungsleiter, einer Pflegedienstleitung und einer ärztlichen Leitung zusammensetzte und für ihr jeweiliges Haus autonom Entscheidungen treffen konnten.

1.2. Ergebnisse der Datenanalyse

Organisationale Dokumente, ethnographische Interviews und Beobachtungen bildeten die Datensammlung von Erna Szabo. Zur Analyse dieser Daten stelle sich die Autorin vier Kernfragen, von denen hier zwei näher erläutert werden: Welche Gruppierungen existieren in der Organisation? Welche Entwicklung nahmen die Gruppierungen?

1.2.1. Welche Gruppierungen existieren in der Organisation?

Nach Erna Szabo ist es nicht sinnvoll, Gruppierungen von außen zu analysieren, da es das Gruppenzugehörigkeitsgefühl nicht einbeziehen kann, sondern von innen, durch die Gesprächspartner selbst. Daher sei eine interne Analyse einer externen vorzuziehen. In ihren Interviews haben sich die in der Organisation existenten Gruppierungen durch In-Groups und Out-Groups deutlich gezeigt. Die Gruppierung, der sich eine Person zugehörig fühlt, wird als In-Group bezeichnet. Die restlichen Gruppen sind dementsprechend die Out-Groups. Da sich das Gruppenzugehörigkeitsgefühl im Sprachgebrauch widerspiegelt, konnte Erna Szabo anhand der geführten Interviews diverse Taxonomien auf Grundlage der In- und Out-Groups herausarbeiten. Hier lassen sich vielfältige Ergebnisse ablesen. Zum einen fällt auf, dass fast alle Organisationsmitglieder nicht nur ihre eigene Gruppierung, sondern auch die Organisation als Ganzes als In-Group ansehen, was für eine hohe Identifikation mit dem Unternehmen spricht. Im großen Bereich der Pflegekräfte ist auffällig, dass sie sich einerseits ihrer jeweiligen Station stark zugehörig fühlen, allerdings gleichermaßen innerhalb der Station Unterkategorien bilden, wie zum Beispiel die Nationalität und die weltliche oder geistliche Zugehörigkeit. Im Bereich der Ärzte hingegen findet man kaum Unterkategorien. Sie weisen ein starkes Zugehörigkeitsgefühl zum eigenen Berufsstand auf, ohne darin weitere Unterscheidungen zu tätigen.

Interessant ist es hier, den Bereich der Ärzte und der Pflegekräfte im Zusammenhang zueinander zu betrachten. Beide Gruppierungen erwähnen die jeweils andere Gruppe, allerdings weniger differenziert als die eigene In-Group, wodurch eine gewisse Zusammengehörigkeit deutlich wird.

Es ist laut Szabo kaum möglich, klare Gruppierungen abzugrenzen, da eine Vielzahl der Mitarbeiter sich mehreren In-Groups zugehörig fühlt und somit sogenannte Mehrfachidentitäten aufweisen (vgl. Szabo, S. 109).

1.2.2. Welche Entwicklung nahmen die Gruppierungen?

Da die Entwicklung einer Gruppe nicht losgelöst von ihrer Umwelt betrachtet werden kann, müssen hier auch gesellschaftliche und institutionelle Einflüsse beachtet und einbezogen werden. Gleichmaßen sind jedoch auch die Veränderungen innerhalb einer Gruppierung von Bedeutung.

Die massive Umstrukturierung des Krankenhauses in Wien, die damit verbundenen Verschiebungen der Verantwortungs- und Wirkungskreise und somit auch die Reorganisation der Gruppierungen führten dazu, dass die Homogenität innerhalb der Gruppen sank. Zum einen durch die Ostöffnung, die einen Zugang vorher nicht existenter Nationalitäten zufolge hatte. Zum anderen auch durch die Verweltlichung der Gruppen, gerade im Bereich der Verwaltung und Pflege, die somit auch eine Werteverchiebung mit sich brachte. Zwar stand nach wie vor der Mensch im Mittelpunkt, allerdings gewann das Prinzip der Wirtschaftlichkeit zunehmend an Bedeutung (vgl. Szabo, S. 110-114).

2. Begriffserklärung DRG

„Diagnose Related Groups“, kurz DRG, ist ein System zur Klassifikation von Patienten (vgl. Vogd, S. 47). Zum einen werden hier medizinische Daten, z.B. Diagnose, Ursachen der Erkrankung, etc., zum anderen aber auch ökonomische Aspekte wie notwendige Untersuchungen und Medikamente kodiert und ins Verhältnis zueinander gesetzt. Die DRGs wurden in Deutschland zunächst eingeführt, um die Kosten des einzelnen Patienten gegenüber dessen Krankenkasse darzulegen.

Um die DRG zu ermitteln, werden zunächst die Hauptdiagnosen durch ICD-Codes (International Classification of Diseases) verschlüsselt. Aus dieser Verschlüsselung, dem Geschlecht und Alter des Patienten, der Dauer des Krankenhausaufenthaltes und der Entlassungsart (genesen, verlegt, verstorben) ergibt sich mittels eines Algorithmus die entsprechende DRG, bestehend aus einer vierstelligen Buchstaben-Ziffern-Kombination. Wichtig ist hier, dass diese Klassifikation vorrangig eine ökonomische Klassifizierung ist, nicht zwangsläufig eine medizinisch sinnvolle.

Schon in der Ausbildung lernen Assistenzärzte, wie wichtig es ist, das DRG-System sinnvoll auszuschöpfen, um keine wirtschaftlichen Einbußen zu riskieren. Dazu ein Beispiel: Ein Patient wird aufgrund rezidivierender Synkopen (wiederkehrende Episoden kurzer Bewusstlosigkeit) im Krankenhaus aufgenommen. Im Verlauf der Diagnostik und Behandlung der Synkopen tritt bei dem Patienten ein Ikterus (sog. Gelbsucht) aufgrund mehrerer Gallensteine auf. Medizinisch wäre es nun angeraten, die Gallenblase zu entfernen. Da jedoch der Aufnahmegrund des Patienten nicht die Gallensteine, sondern die Synkopen sind, würde das Krankenhaus nur eine Operationspauschale für die Entfernung der Gallenblase erhalten, nicht jedoch für die diagnostischen Verfahren. Der Patient muss also mit erfolgreich behandelten Synkopen entlassen werden, um sich eine Woche später von seinem Hausarzt wieder einweisen zu lassen. Dann könnte er mit der passenden Diagnose für eine Gallenblasenentfernung erneut aufgenommen werden, sodass das Krankenhaus die Fallpauschale für die komplette Diagnostik und Operation für den Patienten erhält. Solche Entlassungen zwischen zwei Diagnosen nennt man „intermittierende Entlassungen“; es besteht bereits eine neue oder weitere Diagnose, welche allerdings nicht als ursprünglicher Aufnahmegrund gelistet ist, und somit die Fallpauschale nicht erfüllen würde, was dazu führt, dass der Patient zeitweise entlassen werden muss, um mit der „neuen“ Diagnose aufgenommen werden zu können (vgl. Vogd, S.115-117).

3. Grundlegende Organisationsstruktur nach der Jahrtausendwende

Auf den ersten Blick scheinen die Hierarchien und Aufgabenbereiche im Krankenhaus klar abgegrenzt. Komplizierter gestaltet sich die Struktur allerdings, wenn die interdisziplinären Beziehungen genauer betrachtet werden. Diese bestehen beispielsweise von der Pflege zum Case-Management gleichermaßen, wie von der Ärzteschaft zur

Verwaltung. Und obwohl ein Krankenhaus in verschiedene Abteilungen gegliedert ist, zum Beispiel in Innere, Chirurgie, Orthopädie, Kardiologie, etc. gibt es auch innerhalb der Abteilungen Schnittstellen. Hat ein Patient mit einer Schenkelhalsfraktur, der seiner Diagnose nach der Chirurgie zugeteilt ist, auch noch eine Herzerkrankung, wird per Konsil ein Arzt der Inneren hinzugezogen. Und auch innerhalb einer Abteilung gibt es zahlreiche Berührungspunkte mit anderen Berufsgruppen. Die Pflege weist hier die meisten Schnittstellen auf. Sie hat Arbeitsbeziehungen zu den Ärzten, Patienten und deren Angehörigen, dem Case-Management, anderen Krankenhäusern bei Verlegung von Patienten, zu Mitarbeitern der Labore, Sanitätshäuser, Physiotherapie, Röntgenabteilung zum Austausch von Informationen über den Patienten, um nur eine Auswahl zu nennen. Die Gruppierungen im Krankenhaus lassen sich also in drei Prozesse unterscheiden (vgl. Weilharter, S. 42-46): Grundlegend sind die *Kernprozesse*. Hierbei handelt sich um medizinische, pflegerische und therapeutische Leistungen am Patienten. Diese werden gesteuert durch die sogenannten *Managementprozesse*, die vor allem durch Entscheidungen und Evaluationen von Führungskräften geprägt sind. Zuletzt gibt es noch die *Supportprozesse*, welche die Kernprozesse am Patienten unterstützen. Sie beinhalten alles von technischen bis hygienischen Aufgaben im Krankenhaus, sowie sämtliche Formen der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

3.1. Rahmenbedingungen der Organisation

Im Laufe der Zeit wurden die Hauptaufgaben der Organisation, das Erkennen und Heilen von Beschwerden und Krankheiten, mehr und mehr von wirtschaftlichem Druck und fachlicher Weiterentwicklung beeinträchtigt (vgl. Enewoldsen, S.50-51). Häufig wechselnde Trägerschaften, Fusionen und damit verbundene strukturelle Veränderungen sorgen für Schwierigkeiten im Bereich der Qualitätssicherung der Ablaufprozesse und Organisationsabläufe und -strukturen. Der Anteil der öffentlichen Krankenhäuser nimmt stetig ab, es zeichnet sich ein Trend zur Privatisierung ab. Waren 1996 nur 18,3% der Krankenhäuser unter privater Trägerschaft, sind es 2008 schon 30,6%. Noch auffälliger ist die Bettenzahl, die bei den Privaten 1996 nur 6,1% der Gesamtbettenzahl ausmachte, wohingegen die Zahl sich 2008 fast verdreifachte auf 15,9% (vgl. Bär, S.111).

Hauptleidtragende und meist direkt von den Umstrukturierungen betroffen, sind hier nun die Mitarbeiter, deren Arbeitssituationen einem ständigem Wandel unterzogen sind. Wo schon die Strukturen nur selten auf den Prüfungsstand kommen, steht das Wohlbefinden der Mitarbeiter erst Recht hinten an. Doch genau dieses hat im personellen Dienstleistungsbereich nachweislich einen Einfluss auf die Qualität der Dienstleistung. Ein unzufriedener Mitarbeiter ist nicht in der Lage, einen zufriedenen Patienten hervorzubringen. Grund für diesen fortwährenden Wandel in der Organisationsstruktur der Krankenhäuser sind nicht nur, wie bereits erwähnt, demografische und wirtschaftliche Aspekte, sondern zunehmend auch rechtliche Rahmenbedingungen. Da diese sich in ständiger Überarbeitung und Präzisierung befinden, ist auch die Organisation Krankenhaus gezwungen, ihre Strukturen regelmäßig anzupassen. Da dies für das Haus zu teilweise widersprüchlichen Entwicklungen in kürzester Zeit führen kann, besteht die Gefahr von Rückschritten in der Organisationsstruktur. Gerade für die Mitarbeiter der betroffenen Bereiche birgt dies großes Frustrationspotential.

Die Umstrukturierungen durch wirtschaftliche und rechtliche Rahmenbedingungen stellt die eigentliche und ursprüngliche Aufgabe eines Krankenhauses, die bestmögliche Patientenversorgung, hinten an. Dadurch geraten gerade Ärzte und Pflegende zunehmend unter Druck, ihren Patienten nicht nur gesundheitlich, sondern auch für die Organisation wirtschaftlich bestmöglich zu behandeln, was nicht selten zu Gewissenskonflikten führen kann. Es ist erkennbar, dass ärztliche Entscheidungen häufig nicht mehr rein medizinisch zu begründen sind. Nach Enewoldsen (vgl. S. 66) hat die strukturelle Gegebenheit der Organisation Krankenhaus einen großen Einfluss auf eventuelles Fehlverhalten, da die Mitarbeiter zunehmend einer Diskrepanz zwischen ethischen Grundsätzen und wirtschaftlichem Druck der Organisation ausgesetzt sind.

3.2. Vom Lean-Management zum Qualitätsmanagement

Durch die zuvor erwähnten neuen ökonomischen Rahmenbedingungen, kam es auch im Verwaltungsbereich der Krankenhäuser zu einem Wandel. Es gab einen Umschwung von der kaufmännischen Verwaltung hin zu einem wirtschaftlichen Management (vgl. Bär, S. 113-115).

Mit dem Lean-Management und dem Qualitätsmanagement lassen sich hier zwei wichtige Strukturen des Managements aufzeigen. Zunächst wird auf das Lean-

Management eingegangen werden, dessen Einfluss im Gesundheitswesen zur Folge hatte, dass die bis dato teils sehr starken Machtgefälle abnahmen und die Strukturen abgeflacht wurden. Dies führte vor allem zu effektiverem Arbeiten durch kürzere Wege. Ein weiteres Ziel des Lean-Management war die Prozessoptimierung. Da es im Krankenhaus durch verschiedenste Berufsgruppen und Arbeitsabläufe immer auch verschiedene Prozesse und Prozessabläufe gibt, gestaltet sich hier eine sehr komplexe Prozessstruktur. Es wurde also angestrebt, diese Prozesse zu vereinfachen und auf einen allgemeinen Leitfaden zu abstrahieren. Diese Optimierung gestaltete sich allerdings in vielen Fällen als schwierig und nicht zwingend praxistauglich, da nur wenig Flexibilität zugelassen werden kann (vgl. Bär, S. 116). Ob eine Prozessoptimierung im Sinne einer Vereinfachung von Prozessen hier sinnvoll ist, lässt sich nicht eindeutig beurteilen.

Einen längerfristigen Einfluss auf die strukturelle Organisation im Krankenhaus hat das daraus entstandene Qualitätsmanagement. Dieses war zunächst ein Werkzeug zur Eigenreflexion für die einzelnen Abteilungen. So war eine regelmäßige Überprüfung und Optimierung der standardisierten Arbeitsabläufe möglich. Im Laufe der Zeit wurde das Qualitätsmanagement auch in die Krankenhausleitung integriert, die nun als zentrale Stelle hierfür zuständig ist. Mit Inkrafttreten des SGB V, welches 1989 das Vorhandensein von Qualitätssicherungsinstrumenten in der Organisation von Krankenhäusern vorschrieb, gewann das Qualitätsmanagement zunehmend an Bedeutung. So kam es dazu, dass Qualität zum Aushängeschild wurde, zahlreiche Zertifikate und Siegel vergeben wurden, und somit Qualität zu einem konkurrenzreifen Maßstab wurde.

Das Qualitätsmanagement entwickelt sich nach wie vor weiter. Ein neuer Faktor ist zum Beispiel das Risikomanagement, das gerade in der Pflege einen hohen Stellenwert erfährt. In den meisten Organisationen müssen bei Aufnahme neuer Patienten diverse Protokolle ausgefüllt werden. Beispiele hierfür sind die „Sturzrisikoerfassung“ und die „Dekubitusrisikoerfassung“, mit deren Hilfe Defizite und Risiken erfasst werden und daraufhin prophylaktisch und somit qualitativ hochwertig gearbeitet werden kann. Allerdings unterliegt auch das Qualitätsmanagement der Kritik, nicht immer praxisorientiert ausgelegt zu sein. Denn es ist nach wie vor schwierig, die Qualität einer Behandlung standardisiert zu erfassen, da es im personellen Dienstleistungsbereich um Individuen geht, die man nicht einfach pauschal betrachten kann.

Abschließend lässt sich hierzu also sagen, dass der Weg zum Qualitätsmanagement nicht einfach war. Einen großen Schub nach vorn gaben erst die gesetzlichen Verpflichtungen und damit geschaffenen Rahmenbedingungen. In der Peripherie angefangen, arbeitete sich das System in die Verwaltung und das Management vor, wo es etabliert und weiterentwickelt wurde. Trotz Schwierigkeiten durch teils sehr viel Abstraktion in der Praxis, findet das Qualitätsmanagement immer wieder neue, erweiterte Wege in die Berufsgruppen am Patienten und etabliert sich auch hier als fester Bestandteil.

3.3. Auswirkungen auf die Berufsgruppen

Neben den bereits erwähnten allgemeinen Auswirkungen auf die Mitarbeiter, gibt es auch bei den verschiedenen Berufsgruppen spezifische Auswirkungen der veränderten Organisationsstruktur. Im Folgenden soll hier jedoch nur auf die Ärzte und die Pflege eingegangen werden, welche die größten Veränderungen aufgrund des Wandels der Strukturen verzeichnen.

Die Ärzte. Sowohl Assistenzärzte, als auch Stations- und Oberärzte haben zunehmend mit unbezahlter Mehrarbeit zu rechnen. Die Patientenzahlen steigen, doch der Personalschlüssel sinkt. Hinzu kommt, dass die Zeit, die der Arzt mit dem Patient, also dem eigentlichen Objekt der Dienstleistung, verbringen kann, schwindend gering ist. Häufig sehen die Patienten den Arzt nur wenige Minuten am Tag bei der Visite. Das kommt nicht nur durch den geringen personellen Background zustande, sondern auch dadurch, dass auch die Ärzteschaft zunehmend mit Verwaltungsaufgaben beschäftigt ist und somit kaum noch die Möglichkeit hat, den Arbeitstag flexibel und für die Patienten und den Ablauf sinnvoll zu gestalten. Zunehmend fühlen sich selbst die Ärzte in ihrer Arbeit nicht genügend anerkannt und gewürdigt. Das klassische Bild vom „Halbgott in Weiß“, welches die meisten Patienten von der Ärzteschaft haben, ist also nachweislich falsch und die Realität entwickelt sich auch mehr und mehr von diesem Mythos weg (vgl. Westermann-Binnewies, S. 58).

Die Pflege. Auch die Pflege hat mit personellen Einbußen zu kämpfen, wobei sich nicht nur die Patientenzahlen stetig erhöhen, sondern auch ihr Aufgabengebiet sich mehr und mehr erweitert. Zum einen ist in den letzten Jahrzehnten der bürokratische Aufwand der Pflege auf einer Station drastisch gestiegen. Jeder Schritt muss dokumentiert werden,

um sich rechtlich abzusichern. Für sämtliche Interaktionen gibt es Formulare. Ein paradoxes Beispiel: Ein Patient fühlt sich genesen und möchte sich selbst entlassen um schnell wieder bei seiner Frau zu sein, die mit dem kranken Kind allein zu Hause ist. Nun muss er sich jedoch erst bei der zuständigen Krankenschwester melden, die mit ihm ein Formular ausfüllen muss, dass er das Krankenhaus gegen ärztlichen Rat verlassen möchte. Er muss auf diesem Formular unterschreiben, um das Krankenhaus nicht im Nachhinein für Spätfolgen belangen zu können. Außerdem muss der zuständige Arzt den Patienten über die Folgen einer vorzeitigen Entlassung aufklären, und ebenfalls auf dem Formular unterschreiben. Die Krankenschwester hat als Zeugin des Ganzen ebenfalls Unterschrift zu leisten. Ist nun aber der behandelnde Arzt gerade in einer Operation und der Oberarzt nicht greifbar, muss der Patient so lange warten, bis ein zuständiger Arzt greifbar ist, was erfahrungsgemäß auch mal mehrere Stunden dauern kann und in der Regel dazu führt, dass der Patient verärgert vorzeitig die Klinik verlässt, ohne eine Unterschrift geleistet zu haben.

Zusätzlich wird die Pflege zunehmend mit delegierten ärztlichen Tätigkeiten betraut. Das können Blutentnahmen, Einläufe, Verbandswechsel, Fäden ziehen, oder das Entfernen von Wunddrainagen sein. Diese Aufgaben erfordern jedoch eine hohe Fachkompetenz, um Komplikationen frühzeitig erkennen zu können und dem zuständigen Arzt die notwendigen Informationen weiter leiten zu können. Die Pflege erhält somit nach und nach den Status einer Semiprofession und hier werden durch spezifische Weiterbildungen neue Aufstiegsmöglichkeiten geschaffen, die es nicht gab, als die Pflegekräfte noch auf die reine Körperpflege beschränkt waren.

Des Weiteren flachen somit die Hierarchien ab. Durch verstärktes Hand in Hand arbeiten von Ärzteschaft und Pflege ergibt sich ein weitaus geringeres Machtgefälle als noch vor 20 Jahren. Dies ist positiv zu beurteilen, da so ein fachlicher Dialog entstehen kann, die Patientenversorgung optimiert wird, da Ärzte und Pflegekräfte in steter Verbindung stehen und es das Betriebsklima verbessert, wenn sich die Mitarbeiter mehr auf Augenhöhe begegnen können (vgl. Westermann-Binnewies, S. 59ff).

4. Lösungsansätze

Die Organisation Krankenhaus erfuhr lange Zeit einen Sonderstatus, bis zur Einführung des DRG-Systems und des Qualitätsmanagements, welche die Organisation erst transparenter und kontrollierbarer machten. Einige Krankenhäuser sind diesem Druck strukturell und finanziell kaum gewachsen. Kommen dann noch Probleme in der Vereinbarkeit von Kosten- und Mitarbeiterorientierung hinzu, bedarf es gezielter Veränderungsstrategien, um die Organisationsentwicklung und Umstrukturierung nicht auf dem Rücken der Mitarbeiter auszutragen. Pfaff und Driller (2007) etablierten hier die Organisationsentwicklung und das Organisationslernen, das im Folgenden näher beleuchtet wird.

4.1. Organisationsentwicklung

Die Organisationsentwicklung (kurz: OE) dient als eine solche Veränderungsstrategie, um eine Umstrukturierung und einen Wandel in der Organisation zu unterstützen und zu vereinfachen. Hier sollen gleichzeitig die Leistungsfähigkeit und die Qualität des Arbeitslebens erhöht werden, was sich generell erst einmal als schwierig darstellt und Konflikte birgt. Um dem vorzubeugen sollten Mitarbeiter sämtlicher Abteilungen und Hierarchiestufen bei der OE einbezogen werden, um jeden Standpunkt gleichermaßen beleuchten zu können, und so potentiell nachfolgenden Problemen vorzubeugen. Leitung dieser OE ist ein sogenannter Prozessberater, der als außenstehende Person neutral und unvoreingenommen ist. Es ist nur möglich, wirtschaftlich und personell zufriedenstellende Umstrukturierungen vorzunehmen, wenn die Mitarbeiter auch eingebunden sind. Außerdem steigert es das Betriebsklima, wenn sich alle Berufsgruppen gleichermaßen ernst genommen und eingebunden sehen.

Am Ansatz der OE gab es zahlreiche Kritik. Gerade die hoch postulierte Möglichkeit, Wirtschaftlichkeit und hohe Qualität des Arbeitslebens zu vereinbaren, wird scharf kritisiert und als utopisch bezeichnet. Auch der Einbezug eines externen Beraters wird von Kritikern als falsch angesehen. Sie argumentieren, dass ein externer Berater die Strukturen einer Organisation nicht so durchdringen kann, wie ein Mitglied der Organisation dies kann. Außerdem sei Organisationsentwicklung ein Prozess, der nicht an

dem Punkt ende, an dem der Prozessberater die Organisation wieder verlässt. Denn wie das Wort Entwicklung schon verrät, handelt es sich hier um eine fortwährende Veränderung.

4.2. Organisationslernen

Im Gegensatz zur Organisationsentwicklung versteht sich das Organisationslernen als dauerhafter Prozess, der kein klares Ende vorsieht. Dieses Prinzip bezieht somit auch organisationale Veränderungen mit ein, die nicht vorab geplant waren. Es stellt sich allgemein als flexibler dar, als die OE. Begründen kann man diese notwendige Flexibilität mit der bereits erwähnten strukturellen Veränderung im Gesundheitswesen. Das Krankenhaus ist nicht mehr als eine stabile Organisationsstruktur anzusehen, sondern befindet sich in stetigem Wandel und Anpassung. Organisationslernen lässt sich also als Reaktion auf diesen Wandel verstehen. Es dient dazu, die Fehlerquote zu senken, und Abläufe zu optimieren und somit die Leistungsfähigkeit zu steigern. Durch die entstandene wirtschaftliche Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern ist ein schnelles und effektives Lernen der Organisation erforderlich. Dieses Lernen stützt sich immer auch auf die vorhandenen Ressourcen, sprich auf die personellen, finanziellen oder organisationalen Strukturen. (vgl. Pfaff und Driller, S. 70-71). Ein verbessertes und optimales Organisationslernen bedeutet also gesteigerte Konkurrenzfähigkeit und somit langfristig ein Organisationswachstum. Im Organisationslernen geht man davon aus, dass sich das Lernen einzelner Organisationsmitglieder und Berufsgruppen zu einem allgemeinen Lernen der Organisation aufsummiert und somit ein allgemeines Organisationslernen formt. Es kommt also grundlegend auf das Lernen der einzelnen Mitglieder an, die das kollektive Lernen der Organisation bedingen. Essentiell ist hier das Alltagslernen, also die Übermittlung und Verarbeitung von Wissen und Erfahrungen. Dazu gehört auch das Erkennen und Analysieren von Fehlern, um diese durch den Lernprozess zukünftig vermeiden zu können (vgl. Borsi, S.118-120). Dies gestaltet sich jedoch gerade im Krankenhaus nicht immer als leicht. Fehler sind hier meist schwer einzugestehen und zuzugeben, da sie nicht selten direkte Konsequenzen für den Patienten nach sich ziehen. Ein Organisationslernen ist hier also nur möglich, wenn Fehler als menschlich und verzeihlich angesehen werden, sodass eine offene und straffreie Fehlerkultur entstehen kann. Nur mithilfe einer solchen Kultur ist ein Lernen aus Fehlern durch ihr

Nachvollziehen und Analysieren möglich und kann zur zukünftigen Fehlervermeidung beitragen.

Das System des Organisationslernens bedarf erweiterter sozialwissenschaftlicher Forschungskompetenzen, für die zumeist externe Forscher und Berater zu Rate gezogen werden müssen. Dies stellt zum einen ein ähnliches Problem dar, wie zuvor bei der OE erwähnt. Sind die Berater oder Forscher nur zeitweise engagiert, steht die Organisation nach deren Verlassen wieder alleine da, und kann sich nur in geringem Maße selbst weiter entwickeln. Des Weiteren sind externe Forscher ein erheblicher Kostenfaktor, der sich häufig erst ab einem gewissen wirtschaftlichen Nutzen für die Organisation lohnt. Des Weiteren ist ein Lernen der einzelnen Organisationsmitglieder hin zu einem kollektiven Lernen der Organisation nicht immer so leicht, wie das in der Theorie den Anschein macht (vgl. Pfaff und Driller, S.76). Denn die Felder, in denen beispielsweise Pflege- oder Verwaltungskräfte lernen, sind völlig verschieden und haben selten die gleichen Grundlagen. Diese zu einem Kollektiv zusammenzufassen würde zu einer enormen Abstraktion führen, welche wiederum das kollektive Organisationslernen zu stark vereinfachen würde. Allerdings wäre dies ein Punkt, den man durch verstärkte Kommunikation und Annäherung der Berufsgruppen kompensieren könnte. Auch darf hier der kognitive Hintergrund nicht vernachlässigt werden. Es ist zu bedenken, dass der ständige Lernprozess und die damit verbundenen Anforderungen an die Mitarbeiter zu Überforderungen führen könnten. Dem muss also frühzeitig entgegengewirkt werden.

4.3. Personalpflege durch Strukturgestaltung

Ein grundlegender Punkt in der Organisationsentwicklung ist vor allem die Personalentwicklung. Da die Mitarbeiter als Basis des Systems gesehen werden können, kommt ihnen ein hoher Stellenwert zu. Es ist demnach wichtig, dass hier zum einen die Strukturen klar sind, zum anderen eine hohe Zufriedenheit bei den Mitarbeitern herrscht. Seit einigen Jahren sind daher die Punkte Gesundheitsförderung und Prävention sehr wichtig geworden. Gerade die Berufsgruppe der Pflege ist geprägt von sogenannten „Langzeitkranken“ und Burn-out. Hier setzen viele Unternehmen schon an, indem sie zum Beispiel regelmäßige Ziel- und Fördergespräche im Rahmen des Qualitätsmanagements durchführen. Hier können die Mitarbeiter darlegen, wo sie Probleme sehen und was sie langfristig erwarten. Denn auch die Motivation der Mitarbeiter spielt eine wichtige Rolle.

Außerdem wird in den meisten Krankenhäusern betriebliche Gesundheitsförderung in Form diverser kostenloser Sportangebote bereitgestellt. Des Weiteren wird viel Zeit und Geld in Kinästhetikkurse investiert, die jeder Mitarbeiter der Pflege zum Beispiel jährlich zu besuchen angehalten ist. Hier steht vor allem das rückschonende Arbeiten im Vordergrund. Von dem Gesundheitlichen Profit dieser Maßnahmen für den Mitarbeiter abgesehen, habe sich auch einen hohen psychischen Wert. Dem Mitarbeiter wird signalisiert, dass seine Gesundheit wichtig und Geld wert ist. Wer sich in seinem Beruf also wertgeschätzt und vor allem selbstbestimmt und akzeptiert fühlt und in diverse Prozesse und Prozessabläufe mit eingebunden wird, identifiziert sich mehr mit dem Unternehmen, legt also eine gesteigerte Leistungsbereitschaft an den Tag (vgl. Borsi, S. 161-164). Auch eine Erweiterung des Arbeitsfeldes und diverse Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten bilden hier in den letzten Jahren neue Möglichkeiten, die Anerkennung im Beruf zu erlangen, die dem Mitarbeiter persönlich wichtig ist. Ist dies möglich, ist auch der Grundstein für das organisationale Lernen gelegt.

5. Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Wandel in der Organisation Krankenhaus nicht einheitlich zu bewerten ist. Die Veränderungen der Umwelt gingen meist schleichend von statten, sodass eine frühere, schrittweise Anpassung möglich und sinnvoll gewesen wäre. Spätestens durch die gesetzlichen Vorgaben mit Einführung des SGB V und des DRG-Systems wurden dann der Organisation Rahmenbedingungen auferlegt, die so ad hoc nicht leicht zu bewältigen waren. Der Prozess zum wirtschaftlichen Denken wurde so zwangsweise beschleunigt. Und hier liegt meiner Meinung nach das Kernproblem: dieser radikale Ruck in Richtung Wirtschaftlichkeit kam für die Organisation Krankenhaus im allgemeinen recht unerwartet. Hinzu kam auch noch der Wandel hin zur Privatisierung der Krankenhäuser, die somit auch das Leitbild veränderten, das es bisher in den zumeist geistlich geführten Krankenhäusern gab. Dadurch dass das Krankenhaus als personeller Dienstleister über so viele Jahrzehnte einen organisatorischen Sonderstatus genossen hatte und sich die meisten Gefüge über diese Zeit sehr verfestigt hatten, ist nicht nur eine Umstrukturierung in der Organisation, sondern auch in den

Köpfen der Mitarbeitern erforderlich. Und diese kann nicht von heute auf morgen verlangt oder gar erbracht werden. Der Druck, der hinter dieser Umstrukturierung steht, löst häufig zu allem Überfluss auch noch Trotzreaktion, wie „Das machen wir aber schon seit 20 Jahren so“, aus. Nicht selten hat gerade die Generation älterer Mitarbeiter, die schon 20 bis 30 Jahre im Betrieb sind, ein enormes Problem mit der neuen Struktur.

Allerdings ist nicht nur der Veränderungsdruck an sich das Problem, sondern die mangelhafte Kommunikation. In keiner meiner Quellen kam dieses Thema auf. Denn es ist ein Thema, das in der Theorie kaum auftritt, sondern meist erst in der Praxis. Häufig kommt es dann dazu, dass Formulare oder neue Abläufe eingeführt, aber nicht klar kommuniziert werden. Umgekehrt ist es jedoch ähnlich der Fall. Aus eigener Erfahrung kann ich von einem Formular zur Wunddokumentation berichten, dass noch drei Jahre lang weiter verwendet wurde, obwohl es längst abgeschafft worden war. Erst im Rahmen eines Teamgespräches, in dem sich beschwert wurde, wieso das Formular nicht mehr geliefert würde und nun immer von den Schwestern kopiert werden müsse, konnte dies aufgedeckt werden. Wenn es schon bei solchen Banalitäten zu Problemen kommt, muss nicht erwähnt werden, was im Arbeitsalltag noch alles aufgrund mangelnder Kommunikation nicht ankommt. Hier bedarf es innerhalb der Organisation mehr Transparenz.

Bei genauerem Betrachten der Berufsgruppen und ihrer Interaktionen fällt auf, dass die abgeflachten Hierarchien zunehmend positiv empfunden werden. Es kommt hier zu einer massiven Verkürzung der Wege und das schwindende Machtgefälle trägt nachweislich zu einem positiveren Arbeitsklima bei. Auch die Akzeptanz zwischen den Berufsgruppen hat so in den letzten Jahren einen Aufschwung erleben können. Allerdings muss auch hier wahrgenommen werden, dass sich die Arbeitsfelder ebenfalls verändern. Fast allen Berufsgruppen werden mehr administrative Aufgaben zuteil, der Verwaltungs- und Managementbereich wächst zusehends. Meiner Auffassung nach bedeuten die administrativen Aufgaben einen Vor- und Nachteil zugleich. Zum einen bilden sie eine gewisse Transparenz für die medizinisch, pflegerisch und therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die es erlaubt, gewisse Abläufe in der Verwaltung und deren Notwendigkeit besser zu verstehen und eine Schnittstelle zu bilden. Andererseits bedeuten diese Tätigkeiten einen Mehraufwand, der zu der eigentlichen Arbeit der Berufsgruppen noch dazu kommt, und meist wenig mit ihrer ursprünglichen Aufgabe gemeinsam hat. Hier sind Maßnahmen der OE und des Organisationslernens sinnvoll, aber noch nicht ausgereift genug. Es fehlt den Ansätzen noch an Praxistauglichkeit, was die vielfältige Kritik an den Ansätzen unterstreicht. Zielführend könnte hier beispielsweise ein fest angestellter Berater sein, der

die Organisation vor, während und nach der Umstrukturierung begleitet. Denn um die Probleme, die der Wandel der Krankenhäuser mit sich bringt, zu verstehen, ist es notwendig, die Strukturen vor dem Umbruch gekannt zu haben. Vor allem aber das in Kapitel 4.1. angesprochene Fehlen eines Beraters auch nach der Strukturveränderung in der Organisation ist wichtig, da dieser Prozess mehrere Jahre andauern und sich ständig weiter entwickeln wird. Wägt man den finanziellen Aufwand für das Schaffen einer solchen neuen Beraterstelle gegen die Unkosten ab, die problembehaftete und dadurch evtl. über Jahre zäh fließende Veränderungsprozesse mit sich bringen, ist das Ergebnis sehr eindeutig.

Davon ausgehend, dass dieser Prozess der Veränderung der Organisationsstruktur in Krankenhäusern noch viele Jahre andauernd wird, ist festzuhalten, dass das Ausmaß der Reorganisation bis hierher gemessen an der Flut an äußeren Veränderungen, schon jetzt immens ist. Und es sollte hier bei aller Wirtschaftlichkeit nicht vergessen werden, dass es sich um eine Unternehmensform handelt, in der Menschen für und mit Menschen arbeiten. Dass hier also immer ein gewisses Maß an Individualität erhalten bleiben muss, und dass gerade in einem personellen Dienstleistungsunternehmen Menschlichkeit groß geschrieben werden sollte.

Glossar

Case-Management: eine auf den Patienten individuell ausgerichtete, fallbezogene, Hilfsleistung in Bezug auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt

ICD: „International Classification of Diseases“, ein international gültiges Klassifizierungssystem zur Verschlüsselung von Krankheiten

Ikterus: ugs. Gelbsucht; eine durch einen Überschuss an Harnstoff im Körper ausgelöste Ablagerung gelben Harnstoffs in der Haut, die zu einer Gelbfärbung dieser führt

Kinästhetik: Bewegungskonzept, mit dem die Bewegung von Patienten schonend unterstützt oder vollständig übernommen wird, ohne zu heben

Konsil: eine durch einen Facharzt durchgeführte Untersuchung oder Beratung eines Patienten

Synkope: kurze Episode ohne Bewusstsein

Literaturverzeichnis

Bär, Stefan (2011): Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte.

Borsi, Gabriele M. (1994): Das Krankenhaus als lernende Organisation. Zum Management von individuellen, teambezogenen und organisatorischen Lernprozessen.

Enewoldsen, Sandra (2011): Organisationsentwicklung im Krankenhaus im Spannungsfeld von Selbstorganisation und Bürokratismus.

Pfaff, Holger; Driller, Elke (2007): Organisationsentwicklung und Organisationslernen im Krankenhaus

Szabo, Erna (1996): Organisationskultur und Ethnografie. Fallstudie in einem österreichischen Krankenhaus.

Vogd, Werner (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure.

Weilharter, Fritz (2014): Wie kommt Organisationsentwicklung ins Krankenhaus? Entwicklungsprozess von Supervision zu komplementärer externer und interner Beratung.

Westermann-Binnewies, Dr. Anneliese (2003): Zeit und Macht im Krankenhaus. Eine organisationspsychologische Studie in Krankenhäusern der Basis- und Regelversorgung.