5 Operatives Management von Abteilungen und Zentren

Im klinischen Alltag ist die Qualität des operativen Managements für den Gesamterfolg eines Krankenhauses/einer Abteilung von gleich großer Bedeutung wie die Qualität der medizinischen Leistungserbringung. Nur in einem optimal organisierten Umfeld kann eine hohe medizinische Qualität ihren Platz finden. Operatives Management ist eine Führungsaufgabe, die ähnliche Professionalität erfordert wie die medizinische Leistungserbringung.

Voraussetzungen für ein effektives operatives Management sind geeignete Strukturen, optimierte Prozesse und qualifizierte Personen mit Zeit und Motivation für diese Aufgaben. Schlechtes Management beruht häufig auf einer zu geringen Priorität dieser täglichen Aufgabe („Wir haben so viele Patienten, da bleibt keine Zeit für Management."). Das Ergebnis ist nach kurzer Zeit ein personelles und organisatorisches Umfeld, welches eine erfolgreiche medizinische Arbeit nur noch begrenzt zulässt – und das merken Patienten, Zuweiser und zukünftige Bewerber. Eine nicht ausreichende oder fehlende Unterstützung des Krankenhauses kann zwar die Ursache sein, sie stellt aber keine befriedigende Antwort der Abteilung auf diese Herausforderungen dar. Im Zentrum der Verantwortung steht die Abteilungsleitung. Von ihr werden pragmatische Lösungen in einem vielleicht unbefriedigenden Umfeld gefordert – sie soll/muss das Beste daraus machen. **Klagen ist keine Managementaktivität!**

Während das strategische Management sich mit der weiteren Entwicklung des Krankenhauses und der einzelnen Abteilungen/Zentren im Wettbewerbsmarkt beschäftigt, trägt das operative Management im klinischen Alltag die strategische Zielsetzung in die täglichen Arbeitsabläufe. Die tägliche Organisation einer Abteilung umfasst zahlreiche Managementaufgaben (▶ Abb. 5.1). Sämtliche Managementaufgaben brauchen professionelle Strukturen, eine Zuordnung geeigneter Personen, geeignete EDV Handwerkzeuge, ein kontinuierliches Monitoring und ein transparentes regelmäßiges Berichtswesen – und dies neben dem erfolgreichen klinischen Alltag. Die Gesamtverantwortung für ein erfolgreiches Management in der Abteilung liegt beim Chefarzt. Durch sein persönliches systematisches Monitoring der Aufgaben muss er den Erfolg garantieren. Dies schließt eine gezielte und kontrollierte Delegation ein.

Neben einem Bewusstsein für das operative Management muss ein systematischer Überblick über die notwendigen Managementaufgaben mit klarer personeller Zuordnung bestehen. Es muss in der Krankenhausorganisation „glasklar" sein, was ist Aufgabe der Krankenhausverwaltung und was ist Aufgabe der Abteilung und liegt damit in der

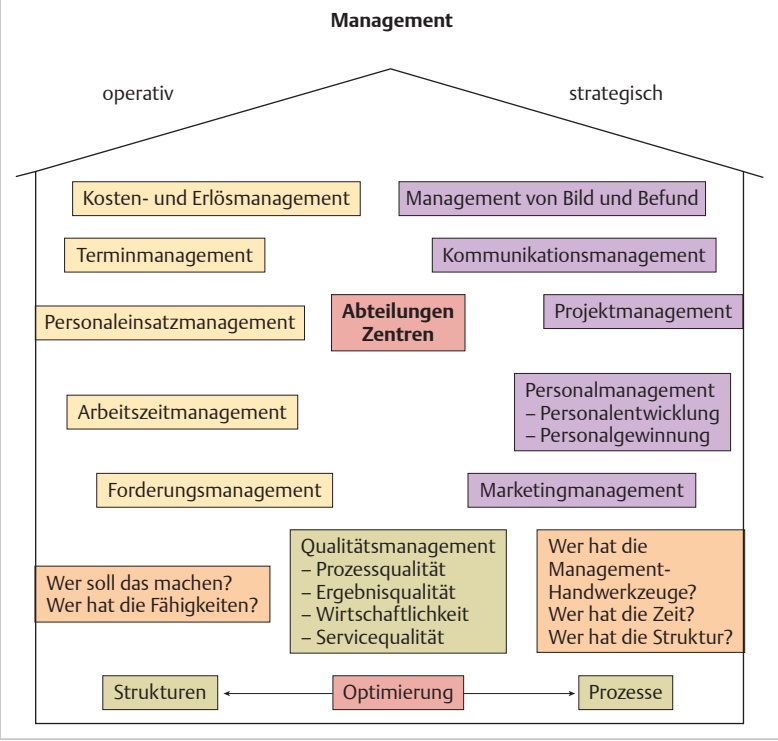

Abb. 5.1 Das operative und strategische Management von Abteilungen/Zentren.

aus: Busch, Management-Handbuch für Chefärzte (ISBN 9783131622617) © 2012 Georg Thieme Verlag KG

Verantwortung des Chefarztes. Dies erfordert ein Bekenntnis zur Zentralisierung oder zur Dezentralisierung der Verantwortung. Die „Sowohl-als-auch"-Strategie ist wie so oft keine Lösung.

In Abteilungen und Zentren im Krankenhaus ist ein **professionelles Management** mit einer **effektiven Steuerung der Abläufe** und einer **klaren strategischen Ausrichtung** auf der Basis von Kennzahlen Voraussetzung für eine erfolgreiche medizinische Tätigkeit. Was nicht messbar ist, kann nicht beschrieben, verglichen und optimiert werden.

Voraussetzungen für einen erfolgreichen Einsatz von Kennzahlen sind:
- klare Definition der Messmethode und der Messeinheit (wie)
- kurzfristige Verfügbarkeit (sofort)
- geringer personeller Aufwand zur Bestimmung („auf Knopfdruck")
- Definition der Funktion der Kennzahl (warum)
- Darstellung möglicher Konsequenzen (was dann)
- Definition der Vergleichbarkeit (womit)
  - mit eigenen Leistungsdaten
  - mit externen Anbietern (Benchmarking)

Ohne diese Voraussetzungen ist die Erzeugung von Kennzahlen Zeitverschwendung! Kennzahlen, von denen keine sichtbaren Konsequenzen abgeleitet werden, sind nutzlos.

Im Krankenhaus sollte die gemeinsame Nutzung der Daten mit großer Transparenz und Kooperation zur Abteilung Controlling und zur Krankenhausleitung erfolgen. Für eine erfolgreiche Anwendung zur Steuerung und Optimierung ist das Vertrauen der Betroffenen in korrekte und nachvollziehbare Kennzahlen notwendig. Sollten Zweifel bestehen, müssen diese **vor** einer Analyse ausgeräumt werden. „Ich habe dies dem Controlling wiederholt gesagt, aber keine Antwort erhalten", ist nicht die Lösung des Problems. „Ich habe erfolgreich auf einer Antwort bestanden", heißt die Lösung. Diskussionen zwischen Abteilungsleitungen und Controlling beginnen in der Regel damit, dass die Zahlen angezweifelt werden. Dann geht man auseinander – und bei nächster Gelegenheit werden die Zahlen wieder angezweifelt. So wird der Zweifel zum Schutzschild vor der Realität. Aufgabe von Führungskräften ist es, diese Zweifel kurzfristig auszuräumen. Wichtig ist, dass die Leistungs-, Kosten- und Erlösdaten der Abteilung verursachernah und schnell sowie in anschaulicher Form zur Verfügung gestellt werden.

So kann die Gegenwart aussehen (Szenario 1):

Eine Abteilung möchte kurzfristig oder regelmäßig die eigenen Leistungs-, Kosten- und (DRG-) Erlösdaten haben. Dieser Wunsch nach Zahlen wird vom Controlling unwillig („Wir haben schon genug Arbeit, wenn das jeder wollte.") oder misstrauisch („Was wollen Sie mit den Zahlen?") aufgenommen. Nach mehrmaliger Mahnung werden dann die Daten ohne weitere Erklärung geliefert – und vom Chefarzt nicht verstanden oder nicht geglaubt. Erlösdaten, auch wenn sie die Abteilung betreffen, sind das große Geheimnis des Krankenhauses! Nach Anmahnung weiterer Erklärungen breitet sich Resignation aus – und die Sache schläft wieder ein.

So kann die Gegenwart aussehen (Szenario 2):

In einer engen Zusammenarbeit mit dem zentralen Controlling werden regelmäßig und zeitgerecht (ab Januar) die Leistungs-, Kosten- und Erlösdaten zur Verfügung gestellt. Es gibt einen definierten und qualifizierten Ansprechpartner beim Controlling und in der Abteilung. Die Daten werden anschließend grafisch aufgearbeitet und transparent der Abteilung bzw. den Führungskräften zur Kenntnis gegeben. Serviceabteilungen kennen die Gesamtleistungsdaten des Krankenhauses. Bei einer Steigerung der Patientenzahl und des Case-Mix werden auch die Serviceleistungen automatisch ansteigen, ohne dass sich das Anforderungsverhalten (Leistungen pro Patient) geändert hat. Das Verhältnis der Abteilung Controlling und der medizinischen Abteilungen ist durch Vertrauen geprägt. Gegenseitig aufgedeckte Fehler werden nicht als „Schuld", sondern als Verbesserung der Datenlage angesehen. Auch hier gilt: Nach einiger Zeit hat jede Abteilung die Beziehung zum Controlling, die sie verdient.

Dezentral geführte Organisationen brauchen auch ein dezentrales Bereichscontrolling. Diese Aufgabe kann ein Mitarbeiter der Abteilung in Kooperation mit der Abteilung Controlling oder ein Mitarbeiter des zentralen Controllings übernehmen. Das Bereichscontrolling wird aber nur dann erfolgreich sein, wenn der Chefarzt und die Verwaltung diesen Service schätzen und die Zahlen und Informationen auch sichtbar in Konsequenzen umwandeln.

5.1 Management der medizinischen Qualität, der Servicequalität und der Wirtschaftlichkeit

Der Wettbewerb der Gesundheitsanbieter findet auf den Feldern medizinische Qualität, Servicequalität und Wirtschaftlichkeit (und Personalgewinnung) statt.

Eine Sicherung der **medizinischen Qualität** erfolgt im Rahmen der externen und internen Qualitätssicherung der Krankenhäuser. Im Fokus der Verantwortung steht jeweils die bettenführende Abteilung, welcher der Patient

aus: Busch, Management-Handbuch für Chefärzte (ISBN 9783131622617) © 2012 Georg Thieme Verlag KG

entsprechend der DRG zugeordnet wird. Sie ist für den Gesamtbehandlungsprozess verantwortlich und damit indirekt auch für die Qualität der angeforderten Leistungen anderer Leistungserbringer im Krankenhaus. Die **interne Qualitätskontrolle** findet insbesondere im Rahmen des Risk Managements statt (z. B. Fallkonferenzen), die **externe Qualitätssicherung** durch Zertifizierungen oder durch Qualitätsindikatoren, die im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durch das Institut für Qualität und Patientensicherheit erhoben werden. Vom G-BA ausgewählte Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden in dem vom Krankenhaus alle 2 Jahre im Internet veröffentlichten Qualitätsbericht dargestellt. Dieser Jahresbericht wird zunehmend zu einer von Patienten, Zuweisern und Krankenkassen beachteten „Visitenkarte" des Krankenhauses und der Abteilungen. In der Jahresauswertung können die eigenen Qualitätsergebnisse mit anderen Kliniken verglichen werden.

Während die medizinische Qualität vom Patienten nur schwer zu bewerten ist, wird die **Servicequalität** (Mitarbeiter, Ambiente, Organisation) häufig als repräsentativ auch für die fachliche Qualität gewertet. Eine hohe Servicequalität wird nicht nur von Patienten und Zuweisern, sondern neuerdings als Leistungsversprechen auch von Krankenkassen (z. B. maximale Wartezeit) gefordert. Die Servicequalität lässt sich in Kennzahlen messen und vergleichen. Beispiele sind Wartezeiten, Anzahl der Arztkontakte, Anzahl der verschoben Operationstermine, Verweildauer, Zeit bis zum Behandlungsbericht an den zuweisenden Arzt, Ergebnisse von Patienten sowie Zuweiserbefragungen.

Eine hohe **Wirtschaftlichkeit** der Leistungserbringung ist überlebensnotwendig für Krankenhäuser und damit auch für Abteilungen und Zentren. Die Wirtschaftlichkeit als Verhältnis von Erlösen zu Kosten bezieht sich im Krankenhaus neben ambulanten Einzelleistungen auf die Durchführung von Behandlungskomplexen (DRG). In Krankenhäusern steht den Kosten im Wesentlichen die Summe von Fallpauschalen als Erlös gegenüber.

Serviceabteilungen müssen mit hoher Effizienz (Produktivität) ihre Funktion im Gesamtprozess wahrnehmen. Notwendige Kennzahlen zur Steuerung und Optimierung beziehen sich auf die einzelne Leistungserbringung, aber auch auf den Gesamtbehandlungsprozess (Gesamt-DRG) und die Anteile der einzelnen Leistungserbringer (DRG-Anteile). Neben der Forderung nach hoher Effizienz („Mit welchem Ressourcenverbrauch wurde die Behandlung durchgeführt?") tritt dann noch die Forderung nach hoher Effektivität („War das MRT aus medizinischer Sicht überhaupt notwendig?"). Im Krankenhaus liegen neben der Optimierung einzelner Behandlungsschritte Wirtschaftlichkeitsreserven in optimierten kostensensitiven und (soweit möglich) evidenzbasierten klinischen Behandlungspfaden.

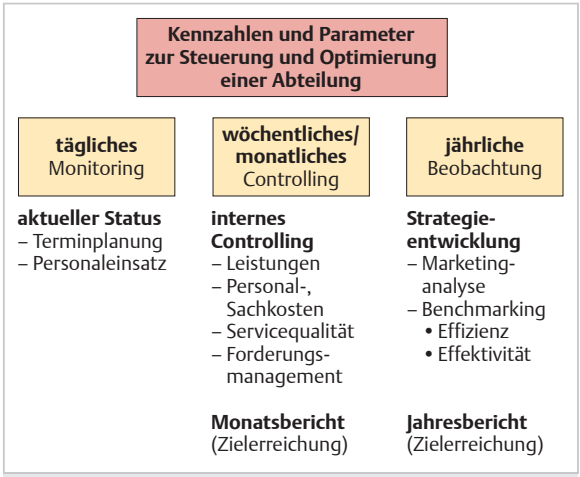

Abb. 5.2 Kennzahlen zur Steuerung und Optimierung einer klinischen Abteilung/eines Zentrums.

Es gibt notwendige und hilfreiche **Kennzahlen**, die kurzfristig (täglich), mittelfristig (wöchentlich/monatlich) und langfristig (jährlich) zur Verfügung stehen müssen. Aufgabe der **täglichen** Kennzahlen ist das Monitoring der laufenden Aktivitäten, Aufgabe der **wöchentlichen/monatlichen** Kennzahlen das Controlling der Datenqualität, der Prozessqualität und der Zielerreichung. Die **jährlichen** Kennzahlen dienen der Festlegung langfristiger Strategien (Marketing) und dem Vergleich mit externen Leistungsanbietern (Benchmarking; ▶ Abb. 5.2).

Bis auf wenige Ausnahmen sollten die aktuellen (täglichen) Kennzahlen und Parameter an jedem Arbeitsplatz zur Verfügung stehen, ferner die monatlichen Zahlen in einer regelmäßigen Monatskonferenz mit Führungskräften **und** dem Krankenhaus-Controlling diskutiert werden. Im Rahmen einer Jahreskonferenz erfolgt die Information aller Mitarbeiter über Jahreskennzahlen und deren Bedeutung für die mit der Krankenhausleitung verabredeten Ziele.

Ein wichtiger Teil des Managements einer Abteilung betrifft das **Forderungsmanagement (Rechnungsmanagement)** bei ambulanten Patienten und Privatpatienten. Die hohe Servicequalität einer Abteilung zeigt sich auch an einer korrekten und zeitnahen Rechnungsstellung. Eine verspätete oder falsche Rechnungsstellung ist nachteilig für das Image und die Ökonomie des Krankenhauses. Der zeitgerechte Zahlungseingang wird dann von der Abrechnungsstelle geprüft.

Am Jahresende muss anhand von Kennzahlen eine Analyse der Leistungs- und Kostenentwicklung, aber auch der Service- und der medizinischen Qualität erfolgen. Wichtige Aspekte sind das „Kundenverhalten" (Patient, Zuweiser), die Entwicklung der Effizienz (Produktivität) und im DRG-System zusätzlich die Effektivität der Be-

aus: Busch, Management-Handbuch für Chefärzte (ISBN 9783131622617) © 2012 Georg Thieme Verlag KG

handlungsabläufe. Aus den Ergebnissen folgen Rückschlüsse auf die Erreichung der Zielvorgaben im abgelaufenen Jahr und Hinweise auf Entwicklungspotenziale der Abteilung.

Die Entwicklung eines Marketingkonzepts für das Zentrum erfordert eine Übersicht nicht nur über die Leistungszahlen, sondern auch über das Zuweiserverhalten und das Spektrum der Patienten (Alter, Wohnort, Krankenkasse).

Die Bewertung der Ergebniskennzahlen und die Ableitung von Konsequenzen ist Führungsaufgabe bzw. „Chefsache". Diese Managementaufgabe entspricht dem Leitbild einer medizinischen Führungskraft als **Arzt und Manager** (s. Kap. 7, S. 81). Nur wem Kennzahlen aktuell und kurzfristig zur Verfügung stehen und wer diese versteht, nachvollziehen und begründen kann, hat die Möglichkeit, erfolgreich zu steuern und zu optimieren. Im anderen Fall wird er (bzw. die Abteilung) „von extern" mit Kennzahlen, die er nicht versteht und nachvollziehen kann, gesteuert und optimiert. Der allgemeine Satz: „Wir haben so viel Arbeit, wir brauchen mehr Personal" ist in der Regel wirkungslos, wenn er nicht mit Kennzahlen belegt wird.

Im Krankenhaus haben Kennzahlen der Leistungen, Kosten und Erlöse als Informationen bei der Vorbereitung der jährlichen Budgetgespräche einer Abteilung mit der Krankenhausleitung eine große Bedeutung. Gut vorbereitete Zielgespräche mit eigener Analyse der Leistungsentwicklung und der Kosten können sehr wichtig für die weitere Entwicklung der Abteilung sein.

5.2 Terminmanagement

Im Rahmen der Gesamtorganisation der Prozessabläufe nimmt das Terminmanagement eine Schlüsselrolle ein. Die gute Planung einer Behandlung ist der erste Schritt zur erfolgreichen Durchführung. Zur Planung gehören die Terminierung, die Bereitstellung der apparativen und räumlichen Ressourcen und die quantitative und qualitative Zuordnung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals. Die Planung muss vorausschauend sein und eventuelle Notfälle einkalkulieren (Ausfallkonzept). Zusätzlich müssen „Freiheitsgrade" (Zeitlücken) für eine flexible Patientensteuerung vorgesehen werden („Sie haben zwar keinen Termin – werden aber trotzdem gleich untersucht."). Eine **flexible Terminvergabe** ist ein Wettbewerbsvorteil im Gesundheitsmarkt der „überlangen" Wartezeiten. Zusätzlich garantiert ein flexibles Terminmanagement eine kontinuierliche Auslastung der Geräte, Räume und des Personals und sichert damit die Wirtschaftlichkeit der Untersuchungs- und Behandlungsabläufe.

Das Terminmanagement kann nur von Mitarbeitern mit einem breiten Spektrum von Fähigkeiten (Verständnis für medizinische Abläufe, organisatorisches und planerisches Geschick, hohe Kommunikationsfähigkeit) übernommen werden. Die Gesamtverantwortung für die Terminierung und die Bereitstellung der Ressourcen trägt **eine** Person. Diese muss nicht der Chefarzt oder Oberarzt sein. Natürlich ist eine enge Rückkoppelung mit den an dem Behandlungsprozess beteiligten Personen, den Zuweisern und den Patienten notwendig. Die „Spielregeln" und die Strategie für die Terminierung und Bereitstellung von Gerätezeit und Personal müssen innerhalb der Abteilung definiert, das Ergebnis (der Terminplan) für alle im Intranet einsehbar sein.

Allen Beteiligten ist klar:
- Wer darf einen Termin vergeben?
- Wann muss er/sie mit wem Rücksprache nehmen?
- Welche personellen, räumlichen und apparativen Voraussetzungen sind für den Termin notwendig?
- Zu welchen Zeiten dürfen welche Untersuchungen als Termin vergeben werden?
- Wer hat den Termin vergeben und ist somit für die Planung verantwortlich?
- Wer organisiert die Abläufe bei ungeplanten Änderungen oder Anforderungen?

Das Termin- und Planungsmanagement steht heute unter dem Leitsatz: Soviel Planung wie notwendig – so viel Flexibilität wie möglich.

5.3 Personaleinsatzmanagement

Personaleinsatzmanagement und Personalbedarfsplanung sind eng miteinander verbunden. Die Festlegung des Personalbedarfs setzt eine Optimierung der Prozessabläufe und der Personaleinsatzplanung voraus. Die Zuteilung des Personalvolumens (Personalbedarf) für eine Abteilung/ein Zentrum in Abhängigkeit vom Leistungsvolumen wird durch den Vergleich mit dem Vorjahr, ein Benchmarking mit anderen Leistungserbringern oder durch eine „Trial-and-error"-Strategie der Personalverwaltung vorgenommen. Diese Strategie lautet: Entziehe der Abteilung/dem Zentrum Personal und schaue, ob sich der Output deutlich in Quantität und Qualität verringert. Ist dies nicht der Fall, bist du auf Wirtschaftlichkeitsreserven in der „Black Box" gestoßen.

Insbesondere diese „Trial-and-Error"-Strategie hat im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus in der Vergangenheit nicht für möglich gehaltene Reserven freigesetzt („Es geht nicht/unmöglich, und es ging doch."). Es scheint jedoch, dass man nach einem erfolgreichen Freisetzungsprozess jetzt an Grenzen der qualitativen Substanz stößt. Eine Gefahr besteht in der sichtbaren Verschlechterung

aus: Busch, Management-Handbuch für Chefärzte (ISBN 9783131622617) © 2012 Georg Thieme Verlag KG

des Arbeitsklimas durch Überlastung und daraus folgend in einer Verminderung der Leistungsmotivation. Als Konsequenz drohen die besten Mitarbeiter die Abteilung zu verlassen. Dem wurde von den Abteilungsleitern häufig das Prinzip des ausdruckvollen Klagens entgegengesetzt („Wir brauchen mehr Mitarbeiter, sonst bricht morgen der Betrieb zusammen." … nur brach er nie zusammen). Damit wurde die Strategie eingeübt: Sag nie, es ginge dir gut – dann wird sofort Einsparpotenzial vermutet (unzureichendes Klagen).

Beim Personaleinsatzmanagement müssen **nach einer erfolgreichen Prozessoptimierung** die Personalressourcen dem Arbeitsanfall **oder** der Arbeitsanfall muss durch geeignete Steuerung den zugeteilten Personalressourcen angepasst werden. Für die Personaleinsatzplanung gelten folgende Grundsätze:

- Die Verteilung des Auslastungsgrades der Arbeitsplätze muss **vor** einer Personaleinsatzplanung als Mittelwert dokumentiert und analysiert werden.
- Die Zuteilung von Personalressourcen hat in Abhängigkeit der Auslastung zu erfolgen.
- Flexibilisierung der Arbeitszeit und der Arbeitsplatzeinteilung sind Schlüsselelemente für ein erfolgreiches Bestehen im Wettbewerb.
- Ziel der Einsatzplanung muss es sein, die Arbeitsbelastung möglichst gleichmäßig auf die Mitarbeiter zu verteilen und freie Arbeitskapazitäten im eigenen Einflussbereich aufzuspüren.

Es ist eine logische Erwartung, dass mehr Arbeit auch mehr Personal erfordert. Was geschieht aber, wenn unter dem Zwang der gegenwärtigen Deckelung bei der Krankenhausfinanzierung für den Zuwachs an Arbeit keine zusätzlichen finanziellen Mittel vom Gesundheitssystem zur Verfügung gestellt werden und die Patienten nicht abgewiesen werden können? Dann bleibt nichts anderes übrig, als die Belastungen mit gleichem oder weniger Personal zu bewältigen. In dieser Situation kommt es entscheidend auf die Führungskräfte an. Übernehmen sie ausschließlich die Aufgabe des Klagens oder versuchen sie, mit der Abteilungs- und Unternehmensleitung Lösungen zu finden und trotz schlechter Zeiten, Zuversicht und Tatkraft zu verbreiten?

Die Prozessoptimierung in Krankenhäusern ist bisher dadurch gekennzeichnet, dass erhebliche Personalressourcen in eine aufwendige Beschreibung von aktuellen Prozessabläufen fließen – und dann? Die Analyse und Darstellung hat in der Regel (ähnlich der Zertifizierung) keine Fortführung in einer weiteren Prozessoptimierung mit Objektivierung der Auswirkungen an geeigneten Erfolgsparametern. Ziel der Prozessanalyse sollte neben einer Beschreibung insbesondere die Aufdeckung **ungenutzter Personalressourcen** sein.

Der berechtigten Forderung nach mehr Personal muss eine Phase der Optimierung und Umverteilung des Personaleinsatzes im eigenen Bereich vorausgehen. Heute ist die Zuteilung von **zusätzlichen** Personalressourcen nach sorgfältiger Bedarfs- und Kosten-/Wirksamkeitsanalyse eine strategische Entscheidung des Direktoriums. Zusätzliches Personal in schlecht organisierte Prozesse zu geben, ist eine Maßnahme ohne Wirkung, d. h. ein teurer Managementfehler.

5.4 Arbeitszeitmanagement

Eine für alle Krankenhäuser feste Rahmenbedingung ist die Einhaltung der Arbeitsgesetze und der Tarifverträge. Der Chefarzt ist verantwortlich für die Einhaltung der Arbeitszeitgesetze, die Personalverwaltung für die allgemeinen Arbeitsgesetze und die Tarifverträge.

Seit der endgültigen Einführung des novellierten Arbeitszeitgesetzes zum 1.1.2006, der zunehmenden Nutzung von Arbeitszeiterfassungssystemen und der Rahmenbedingung eines fallpauschalierten Entgeltsystems spielt die Ressource Arbeitskraft eine herausragende Rolle bei der Gestaltung der Behandlungsprozesse im Krankenhaus. Die flexible Zuordnung der Arbeitskraft zum optimierten Behandlungsablauf macht einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil aus. In früheren Jahren blieb der Arzt ohne Nachweis der geleisteten Arbeitszeit bis alle Arbeit getan war. So war auch bei schlechtester Organisation am Ende des Tages wieder eine stabile Ausgangslage für den nächsten Tag erreicht – und die Prozedur begann im alten Rhythmus von vorne. Von Chefärzten kam dann häufig der Satz, dass sie es in ihrer Ausbildung auch nicht besser gehabt hätten („Lehrjahre sind keine Herrenjahre."). In der heutigen Zeit muss der Chefarzt um gute Arbeitskräfte **werben** – dies bedeutet die Arbeitsbedingungen müssen besser sein, als bei den anderen Wettbewerbern im Gesundheitsmarkt.

Es muss anerkannt werden, dass auch Fort- und Weiterbildung in der täglichen (tariflichen) Arbeitszeit stattfinden müssen. Dies bedeutet, dass Mitarbeiter **während der Arbeitszeit** Fachbücher lesen und im Internet nach Informationen suchen. Diese Änderung zu akzeptieren, fällt Chefärzten (aber auch der Personalverwaltung) besonders schwer. Eine Berücksichtigung dieser Änderung des Fortbildungsverhaltens im Stellenplan ist in der Regel nicht vorgesehen.

Schlüssel zum Erfolg ist ein Management der Arbeitszeit unter den Aspekten Ökonomie, Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Ausgangspunkt waren starre Arbeitszeiten (fast) aller Mitarbeiter von 8:00–16:00 Uhr (offizielles Ende – inoffizielles Ende 20:00 Uhr und später) mit anschließendem Bereitschaftsdienst oder Rufdienst. Jeder Mitarbeiter bekam ganztägig einen Arbeits-/Ausbildungsplatz oder eine Funktion zugeordnet. Lag viel Arbeit an, hatte man Pech; lag wenig Arbeit an, hatte man Glück. In-

aus: Busch, Management-Handbuch für Chefärzte (ISBN 9783131622617) © 2012 Georg Thieme Verlag KG

suffiziente Organisationsformen konnten nur überleben, indem die Arbeitszeit (Überstunden) bewusst nicht registriert und zur Kenntnis genommen wurde. In diesem Fall fehlte der Zwang zur Prozessoptimierung.

Intelligente Arbeitszeiterfassungssysteme machen den Verbrauch der Ressource Arbeitskraft transparent und messbar. Ein Arbeitszeitkonto ermöglicht dem Mitarbeiter in einem vorgegebenen Rahmen, seine Arbeitszeit auch privaten Vorgaben anzupassen. Dieses Konto wird weitgehend selbstbestimmt vom Mitarbeiter als **Ampelkonto** geführt. Bleiben die Abweichungen in einem definierten Rahmen („Grünphase"), kann der Mitarbeiter weitgehend eigenverantwortlich disponieren, bei deutlichen Abweichungen („Gelbphase") wird eine Strategie mit der zugeordneten Führungskraft zur Rückführung verabredet. Extreme Überschreitungen („Rotphase") erfordern eine Disposition durch die Führungskraft und die Erörterung zur nachhaltigen Rückführung des Arbeitszeitkontos.

Flexibilisierung der Arbeitszeiten beginnen nicht mit dem Arbeitseinsatzplan, sondern in den Köpfen der Mitarbeiter. Um aus der höheren Flexibilität auch eine Steigerung der Lebensqualität abzuleiten, bedarf es einer „Lern- und Übungsphase" und einer Anpassung im Privatleben. Leider werden der Flexibilisierung im Privatleben durch starre Rahmenbedingungen (z. B. Kindergartenzeiten, Behördenzeiten) noch enge Grenzen gesetzt. Eine „Zwangsflexibilisierung" gegen die Mitarbeiter kann nicht erfolgreich sein. In aufwendiger Überzeugungsarbeit müssen Notwendigkeit und Chancen flexibler Organisationsformen den Mitarbeitern deutlich gemacht werden. Viele neue Arbeitszeitregelungen beinhalten gleichzeitig eine Steigerung der Lebensqualität **und** eine Verminderung der Lohnsumme („Lebensqualität gegen Geld"). Nach einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts ist die Mehrheit der Ärzte (62 %) zu keinem oder nur zu einem geringen Einkommensverzicht bei einer Wahlmöglichkeit zwischen momentanen Bereitschaftsdienstvergütungen und mehr Freizeit bereit (Rundschreiben der Krankenhausgesellschaft Rheinland Pfalz 274/05). Da in der heutigen Zeit Lebensqualität jedoch immer stärker in den Vordergrund tritt, dürften sich diese Anteile in Zukunft verschieben. Drohender Lohnverlust muss klar angesprochen werden – eine stellvertretende Diskussion über Lebensqualität und das Wohl der Patienten hilft da nicht weiter. Gute Mitarbeiter können auf Dauer nur gehalten werden, wenn auch „die Kasse" stimmt – und das ist eine der wesentlichen Aufgaben des Chefarztes und des Krankenhauses.

Das Bewusstsein für Flexibilität beginnt in der täglichen Arbeitsumgebung. Die selbst getroffene Entscheidung, bei geringem eigenem Arbeitsvolumen einem stark belasteten Kollegen zu helfen, ist der deutliche Ausdruck für dieses Denken. In diesem Fall sind keine Anweisungen und Einsatzpläne notwendig! Auch hier müssen Führungskräfte durch eigenes Beispiel vorangehen und bei Bedarf „an der Basis" aushelfen. Den Mitarbeitern muss deutlich sein (oder gemacht werden), dass in einem Dienstleistungsunternehmen („Der Kunde ist König" – oder der Patient steht im Mittelpunkt) ohne neue flexiblere Spielregeln beim Management der Arbeitsressourcen eine hohe Arbeitsplatzsicherheit nicht mehr zu garantieren ist.

Die Zukunftsstrategie muss lauten: Prozessoptimierung durch Flexibilisierung und Neugestaltung der Arbeitsabläufe und Arbeitszeiten, d. h. nicht **mehr** arbeiten, sondern **anders** arbeiten.

Flexibilisierung bedeutet:
- Flexibilisierung der Gerätenutzung
- Flexibilisierung der täglichen Arbeitsverteilung (Arbeitsplatz)
- Flexibilisierung der täglichen Arbeitszeit (Arbeitszeitkonto)
- Flexibilisierung der Fixkosten Arbeit: Falls nicht ausreichend Arbeit mit entsprechenden Einnahmen vorhanden ist, müssen mittelfristig durch Personalumschichtung und/oder Personalabbau die Ressourcen den Anforderungen angepasst werden.

In neuen Arbeitszeitmodellen geht der Trend zu einer Verlängerung der Servicezeit, zu einer Entzerrung der Anfangszeiten und zu einer Verkürzung der Bereitschaftszeiten. Rufdienst, der in Zukunft möglicherweise in Verbindung mit einer Basisbereitschaft vor Ort wieder stärker genutzt wird, stellt eine Bereitschaft mit hoher Flexibilität dar.

Allgemein zeigt sich in Krankenhäusern, dass der Samstag und teilweise auch der Sonntag von der Arbeitsbelastung zu „Regelarbeitstagen" wie die übrigen Wochentage geworden sind. Häufig hat diese Tatsache aber noch keinen Niederschlag in der Arbeitsorganisation gefunden. Werden zusätzliche Rufdienste in normale Arbeitszeit mit entsprechendem Freizeitausgleich umgewandelt, steigt zwar die Lebensqualität, doch die Lohnsumme wird geringer. Dies wird nicht von allen Mitarbeitern gewünscht.

5.5 Kommunikations- und Informationsmanagement

Ohne klare Kommunikations- und Informationsstrategie ist ein Unternehmen/eine Abteilung ohne Führung, d. h. es bewegen sich zwar die Führungsverantwortlichen, doch das Unternehmen/die Abteilung bleibt stehen. Dies erinnert an das Bild des Heerführers, der zur Erstürmung des Hügels aufruft, als Vorbild voran läuft, sich auf

aus: Busch, Management-Handbuch für Chefärzte (ISBN 9783131622617) © 2012 Georg Thieme Verlag KG