

M. Bauer • E. Martin • Klinik für Anaesthesiologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Management und Organisationsentwicklung im Krankenhaus

Angesichts knapper finanzieller und personeller Ressourcen im Krankenhaus gewinnen Maßnahmen zur Optimierung der Mittelallokation an Bedeutung. Diese Managementaufgabe stellt sich in besonderem Maße für den OP-Bereich. Aufgrund seiner zentralen Funktion mit vielen Schnittstellen zu anderen Abteilungen wird der OP zu einem Kristallisationspunkt bestehender Probleme in Abläufen und Prozessen. Die Optimierung dieser Abläufe und organisatorischen Strukturen wirkt in fast alle anderen Bereiche des Krankenhauses hinein und löst dort ebenfalls Verbesserungen aus [11]. Andererseits beinhaltet ein erfolgreiches Krankenhausmanagement neben einer Verbesserung der Aufbau- und Ablauforganisation auch andere Aspekte [12].

Von daher ist verständlich, daß Alon und Schüpfer in ihrem Beitrag „Operationsaal-management“ [1] sich nicht auf Grundsätze des perioperativen OP-Managements beschränken, sondern auch zu anderen Bereichen des Managements und der Organisationsentwicklung im Krankenhaus Stellung nehmen. So finden sich in ihrem Artikel Ausführungen zur Pharmakoökonomie, Lagerhaltung und Informationsmanagement sowie zu Benchmarking und Profit Center-Konzepten.

Neue Abrechnungsformen der Krankenhausleistung und ein aufkommender Wettbewerb unter den Krankenhäusern rücken den OP-Bereich in den Mittelpunkt der Rationalisierungsbemühungen. Effizienzkriterien wie die Optimie-

rung der Auslastung vorhandener OP-Kapazitäten, lang- bzw. mittelfristige Kapazitätsplanung oder qualitative und quantitative Prozeßsteuerung der OP-Leistung treten mehr und mehr in den Vordergrund [5].

Die heute noch weitverbreitete fixe Zuordnung von OP-Sälen zu Fachbereichen hat eine schlechte Auslastung der OP-Kapazitäten zur Folge und bringt hohe Opportunitätsverluste mit sich [7]. Andererseits erschwert die völlig flexible Zuteilung von Kapazitäten nach dem jeweiligen Bedarf der einzelnen Fachbereiche die mittelfristige Kapazitätsplanung. An diesem Beispiel wird die enorme Bedeutung eines OP-Koordinators deutlich.

Dieser ist erster Ansprechpartner für Fragen der OP-Nutzung und erstellt in Absprache mit allen Beteiligten das OP-Programm. Prädestiniert für diese Aufgabe ist der leitende Anästhesist, da er einen unvoreingenommenen und objektiven Ressourcenabgleich der Leistungsanforderungen seiner operativen Kollegen vorzunehmen vermag und über die Schnittstellenprobleme im OP-Bereich bestens Bescheid weiß. Zudem begünstigt die Wahrnehmung einer solch koordinierenden Aufgabe die Entwicklung unseres Fachgebietes hin zum „Arzt für perioperative Medizin“.

Letztendlich ist für die erfolgreiche Tätigkeit eines OP-Koordinators aber weniger die berufliche Qualifikation von Bedeutung als viel mehr die Weisungsbefugnis für seinen Aufgabenbereich. Ansonsten können späte Anfangszeiten,

lange Wechselzeiten und eine unverhältnismäßig lange OP-Dauer nicht wirksam angegangen werden. Weiterhin ist für eine effiziente Ablauforganisation im OP die Verfügbarkeit der unterschiedlichen Berufsgruppen in ausreichender Anzahl unabdingbar. In diesem Zusammenhang ist über bedarfsadaptierte flexible Arbeitszeitmodelle und multifunktionales OP-Personal nachzudenken [9].

Die Autoren beschränken sich in ihrem Beitrag aber nicht auf Rationalisierungsbestrebungen im OP-Bereich. Im Anschluß an das eigentliche Operationsaal-management und das weitergefaßte perioperative OP-Management finden sich Ausführungen zu anderen Aspekten des Krankenhausmanagements.

So wird mit der Pharmakoökonomie auch auf Einsparpotentiale im Bereich der Sachkosten verwiesen [4, 10]. Richtigerweise betonen Alon und Schüpfer, daß nicht der billigere Einkaufspreis eines Medikamentes, sondern die Wahl der kostengünstigsten Alternative zu Einsparungen führt. Die Überprüfung eines bestimmten Medikamentes auf eventuelle Kostenvorteile gegenüber einem anderen wird mit Hilfe von Kostenkontrollstudien vorgenommen [2]. Handelt es sich um zwei konkurrierende Medikamente mit identischen Wirkungen, kommt die Methode der Kostenminimierungsanalyse zur Anwendung. Hierbei erhält das im Einkauf billigere Medikament den Vorzug, die Entscheidung kann somit dem Einkäufer überlassen werden. Handelt es sich um zwei konkurrierende Medikamente mit unter-

schiedlichen Wirkungen, ist es nötig, eine Kosteneffektivitätsanalyse durchzuführen, bei der die Kosten, die sich aus den unterschiedlichen Wirkungen ergeben, mit berücksichtigt werden [3].

Andere von den Autoren angesprochene Rationalisierungspotentiale betreffen die Lagerhaltung und das EDV-unterstützte Informationsmanagement eines Krankenhauses. Bezüglich der Lagerhaltung ist anzumerken, daß bei einer „just in time“-Lagerhaltung, die zweifellos vorhandenen Kostenvorteile gegenüber den Konsequenzen eines eventuell auftretenden Versorgungsengpaaßes abzuwägen sind. Bezüglich der Implementierung eines EDV-unterstützten Informationsmanagements sind die hohen investiven Kosten bei fraglicher Ertrags- und Qualitätsverbesserung zu bedenken.

Mit dem Abschnitt über Benchmarking kommen die Autoren auch auf Aspekte des Qualitätsmanagements zu sprechen. Unter Benchmarking versteht man „den Prozeß eines kontinuierlichen Vergleiches von Ergebnissen einer Organisation mit den Ergebnissen des ausgewiesenen besten Betriebes“ [6]. Der Prozeß des Benchmarking kann dabei in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung stattfinden. So können nicht nur die Kosten (Input), sondern auch die Qualität (Output) einer medizinischen Intervention verglichen werden. Die Theorie des Benchmarking ist dabei nicht daran interessiert, ein bestes und ein Problemkrankenhaus ausfindig zu machen. Vielmehr besteht der Sinn des Benchmarking darin, daß jedes Krankenhaus von jedem lernt, wobei je nach untersuchtem

Kosten- bzw. Qualitätsbereich das Benchmark-Krankenhaus (d.h. das im jeweiligen Bereich beste Haus) ein anderes ist. Eine Besonderheit und zugleich ein wesentlicher Vorteil der Krankenhausvergleiche gegenüber dem Benchmarking in industriellen Betrieben besteht in der fehlenden Konkurrenzsituation geographisch entfernter Krankenhäuser. Von daher eignen sich für Krankenhausvergleiche vor allem Häuser der gleichen Versorgungsstufe, die unterschiedliche Einzugsbereiche aufweisen. Entscheidend für die Validität dieser Krankenhausvergleiche ist, wie von den Autoren richtig angemerkt, die Generierung von vergleichbaren Daten. Gelingt dies nicht, so können Unterschiede im Ergebnis nicht nur durch die Güte, sondern auch durch die Selektion unterschiedlicher Risiken zustande kommen. Die Benchmarking-Ergebnisse können in diesen Fällen lediglich als Diskussionsgrundlage verstanden werden.

Gegen Ende ihres Beitrages stellen Alon und Schüpfer das Managementkonzept des Profit Centers vor. Die positive Sichtweise der Autoren bezüglich dieses Ansatzes erscheint aus ärztlicher Sicht nicht ungefährlich, da gravierende Nachteile des Konzeptes (wie z.B. die kurzfristige Resultat- bzw. Gewinnorientierung[8]) unerwähnt bleiben. Bei allem Verständnis für die betriebswirtschaftlichen Zwänge eines Krankenhauses darf das Hauptziel der stationären Versorgung, die Heilung und Linderung von Krankheiten, nicht einem ökonomischen Imperativ untergeordnet werden.

Selbstverständlich können im Rahmen eines solchen Beitrages die von den Autoren angeführten verschiedenen Facetten des Managements und der Organisationsentwicklung im Krankenhaus nur blitzlichtartig dargestellt werden. Nichtsdestoweniger ist es den Autoren

mit ihrem Beitrag gelungen, das zentrale Problem einer effizienten Ressourcenzulokation im OP-Bereich zu thematisieren und zur Diskussion zu stellen.



M. Bauer



E. Martin

Literatur

1. Alon E, Schüpfer G (1999) **Operationssaal-Management**. Anästhesist 48:689-697
2. Bach A (1999) **Cost-effectiveness analysis in anaesthesia**. Curr Opin Anaesthesiol;12:207-215
3. Bach A, Böhrer H, Schmidt H, Motsch J, Martin E (1997) **Ökonomische Aspekte beim Einsatz moderner Inhalationsanaesthetika am Beispiel des Sevofluran**. Anaesthesist 46:21-28
4. Broadway PJ, Jones JG (1995) **A method of costing anaesthetic practice**. Anaesthesia 50:56-63
5. Busse T (1998) **OP-Management**. R. v. Decker's Verlag, Heidelberg
6. Jaster HJ (1997) **Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen**. Thieme, Stuttgart
7. Purschke R (1995) **Optimierung der Ablauforganisation im OP**. f & w 5:440-443
8. Richter H (1997) **Pro und contra Profit-Center im Krankenhaus**. das Krankenhaus 1:16-21
9. Scichilone RA, Barr CJ (1996) **Human Resources Management – Objectives and activities of human resource management in health care organizations**. In: Abdelhak M et al (eds) Health Information – Management of a strategic resource, 480f
10. Watcha MF et al. (1997) **Economics of Anesthetic Practice**. Anesthesiology 86 (5):1170-1196
11. Westphal E (1995) **Das Krankenhaus im Umbruch. Anforderungen an die Organisationsentwicklung aus der Sicht eines Krankenhausmanagers**. In: Grossmann et al. (Hrsg) Veränderungen in Organisationen, 217-237
12. Zwierlein E (1997) **Klinikmanagement**. Urban und Schwarzenberg, 191ff.