

Stephan von Bandemer und Josef Hilbert

Moderne Arbeit in Medizin und Pflege

1 Mehr und bessere Arbeit in der Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft gehört mit derzeit 4,1 Mio. Beschäftigten bundesweit zu den wenigen Wachstumsbranchen und sie wird auch in den nächsten Jahren weiter wachsen. Prognosen gehen von einer Zahl von ca. 5 Mio. Beschäftigten bis 2015 aus. Derartigen arbeitsmarktpolitischen Erfolgsmeldungen stehen allerdings auch immer Forderungen nach mehr Effizienz einerseits, höherer Qualität und besseren Arbeitsbedingungen andererseits gegenüber. So sind Klagen über die Arbeitszeit bei Ärzten mittlerweile ebenso an der Tagesordnung wie der Personalnotstand in der Pflege zur politischen Agenda gehört. Kampagnen zur Werbung für Pflegeberufe werden z. B. in Baden-Württemberg oder Rheinland-Pfalz und NRW gestartet, um den deutlichen Rückgang an Ausbildung zu bekämpfen.

Während die „Jobmaschine“ Gesundheitswirtschaft mittlerweile allerorten beschworen wird und sich die regionalen Wirtschaftsförderer durchaus zu Recht flächendeckend der Gesundheitswirtschaft verpflichten, wird der Entwicklung der Arbeitsbedingungen noch zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Dabei sind einerseits der Aufgabenumfang und die Personalentwicklung zu betrachten, um die Arbeitsbelastung zu erfassen. Andererseits sind die Arbeitsbedingungen zu berücksichtigen, die unabhängig vom Volumen zu beträchtlichen Belastungen beitragen können. Schließlich sind Gestaltungsansätze zu identifizieren, die zu attraktiven Arbeitsbedingungen, Qualität und Effizienz beitragen können. Dies geschieht im Folgenden am Beispiel der Krankenhäuser als größtem Arbeitgeber in der Gesundheitswirtschaft. Dabei kann empirisch auf einen Pool von Verbesserungen in rund sechzig Krankenhäusern und Kliniken zurückgegriffen werden, die sich an einem Benchmarking im Sinne eines vergleichenden Qualitätsmanagements beteiligen. Im Grundsatz lassen sich die meisten Fragen mit entsprechenden Anpassungen auf andere Bereiche der Gesundheitswirtschaft übertragen.

2 Jobmaschine Gesundheitswirtschaft: Wachstum von Aufgaben und Beschäftigung

Trotz ständiger Gesundheitsreformen und Kostendämpfung ist die Beschäftigung in Krankenhäusern während der letzten 10 Jahre gestiegen. Während die öffentliche Diskussion wie auch Landeskrankenhauspläne weitgehend von einer Diskussion um Bettenabbau geprägt sind, bildet dies weder für den Aufgabeanfall noch die Beschäftigung den geeigneten Indikator. Für die medizinische Behandlung ist die Zahl der Fälle der wesentlich relevantere Maßstab, für die Pflege kommen insbesondere die Zahl der Pfl egetage und die Verweildauer hinzu. Die Zahl der Fälle hat auch bei abnehmender Bettenzahl deutlich zugenommen (Abb. 1). Die Zahl der Pfl egetage hat gleichzeitig

deutlich abgenommen. Die Auswirkungen auf die Pflege zeigen sich dennoch nicht in einer negativen Beschäftigungswirkung, da die gleichzeitig gesunkene Verweildauer zu entsprechend höherer Arbeitsintensität führt. Dieses sind in der Vergangenheit stetig zu beobachtende Entwicklungen, deren Fortsetzung auch für die Zukunft weiterhin erwartet werden kann.

So ist die Zahl der behandelten Fälle in Krankenhäusern zwischen 1991 und 2001 um 19 Prozent gestiegen. Gleichzeitig hat auch die Zahl der Stellen im ärztlichen Dienst um 15 Prozent zugenommen (Abb.2). Die Zahl der Pflegetage ist hingegen um 20 Prozent gesunken, während die Zahl der Pflegekräfte um 11 Prozent zugenommen hat. Letzteres trägt der Intensivierung der Pflege bei einer verkürzten Verweildauer der Patienten Rechnung. Dabei ist es auch zu einer weiteren Professionalisierung der Pflege gekommen, denn die Zahl der examinierten Pflegekräfte hat um 16 Prozent zugenommen, während die Zahl der Pflegehilfskräfte um 30 Prozent abgenommen hat. Zugenommen haben auch der medizinisch-technische Dienst und der Funktionsdienst, also das Personal, das unmittelbar mit der medizinischen Versorgung verbunden ist (Labor, OP-Schwester etc., zusammen plus 11 Prozent).

Abbildung 1: Aufgabenentwicklung in Krankenhäusern 1991-2001

Jahr	Betten	Fallzahl	Pflegetage in Tausend	Verweildauer
1991	665 565	13 924 907	203 552	14,6
1992	646 995	14 233 471	198 028	13,9
1993	628 658	14 385 416	189 935	13,2
1994	618 176	14 626 639	185 178	12,7
1995	609 123	15 001 593	181 697	12,1
1996	593 743	15 231 877	174 313	11,4
1997	580 425	15 510 578	170 919	11,0
1998	571 629	15 952 070	170 906	10,7
1999	565 268	16 260 785	168 864	10,4
2000	559 651	16 486 672	167 013	10,1
2001	552 680	16 583 906	162 795	9,8
Veränderung in Prozent	-17	19	-20	-33

*Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 / Reihe 6.1,
Gesundheitswesen, Wiesbaden 2003, eigene Berechnungen*

Abbildung 2: Beschäftigungsentwicklung ausgewählter Personalgruppen im Krankenhaus

		Pflegedienst				sonstiges Personal		
Jahr	Ärzte	(Kinder-) Kranken-Pfleger/-schwestern	Kranken-pflege Helfer/innen	Zusammen	Medizin.-techn.- und Funktionsdienst	Wirt-, Hauspersonal, techn. Dienst	Verwaltungspersonal	Schüler
1991	99 548	270 768	32 312	303 080	230 312	186 678	69 818	89 177
1992	99 673	281 251	32 593	313 844	234 605	182 285	70 074	87 370
1993	100 082	289 456	32 240	321 696	236 458	176 095	69 717	85 896
1994	102 425	299 740	32 104	331 844	237 763	171 262	69 329	87 109
1995	104 552	308 919	32 736	341 655	246 004	166 489	70 457	88 841
1996	106 243	310 861	29 743	340 604	247 767	159 689	70 449	89 186
1997	107 752	309 791	27 013	336 804	248 316	151 567	69 538	88 270
1998	109 768	311 587	25 718	337 305	248 832	145 990	69 174	85 261
1999	111 198	310 921	24 500	335 421	250 315	140 403	69 110	82 149
2000	112 899	312 175	23 371	335 546	253 247	134 656	68 873	81 008
2001	114 930	314 857	22 740	337 597	256 071	131 937	69 678	78 117
Veränderung in %	15	16	-30	11	11	-29	0	-12

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12/Reihe 6, Wiesbaden 2003, eigene Berechnungen

Der deutliche Abbau im Bereich der Wirtschafts- und Versorgungsdienste als der Bereich mit schrumpfendem Personal ist vor allem durch ein Outsourcing der Leistungen bedingt und nicht durch Aufgabenwegfall oder Personalabbau¹. Diese Effekte werden von Seiten der Krankenhäuser vor allem auf Tarifstrukturen zurückgeführt, die bewirken, dass etwa Reinigungskräfte im Rahmen des BAT um ein Drittel teurer sind als Reinigungskräfte außerhalb dieses Tarifbereichs².

Die aktuellen Beschäftigungsperspektiven sind ebenfalls eher positiv zu betrachten. Von 2001 auf 2002 haben 27 Prozent der Krankenhäuser zusätzliches Personal eingestellt. Unterteilt nach Größenordnungen haben die Häuser mit über 300 Betten, die insgesamt rund 70 Prozent des Krankenhauspersonals stellen, sogar zu 40 Prozent neues Personal beschäftigt. Dies ist vor dem Hintergrund der Personalkostenentwicklung umso bemerkenswerter, als der Anstieg der bereitgestellten Finanzmittel deutlich unter dem Anstieg der Tarifsteigerungen liegt. Zusätzliche Einstellungen werden dadurch behindert, dass 28 Prozent der Krankenhäuser freie Stellen im Pflegedienst und 49 Prozent im ärztlichen Dienst wenigstens zum Teil aufgrund mangelnder Arbeitskräfte nicht

¹ Statistisches Bundesamt: Gesundheitspersonal 2000. Wiesbaden 2002, S.11

besetzen können. Einschließlich der Stellen für Ärzte im Praktikum waren dies im Jahr 2002 bundesweit 7380 Stellen³.

Einen massiven zusätzlichen Schub des Arbeitskräftebedarfs würde die Umsetzung der EU Arbeitszeitregelungen bedeuten, wonach Bereitschaftszeiten im Krankenhaus als Arbeitszeiten zu werten sind. Da die Bundesregierung deren Umsetzung unabhängig von der weiteren Rechtsprechung angekündigt hat, ist die Realisierung dieses Bedarfs nicht völlig unwahrscheinlich⁴. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft geht auf Basis einer Befragung von Krankenhäusern davon aus, dass dies zu einem Mehrbedarf von 27.000 Ärzten und 14.000 weiteren Stellen insbesondere im Funktionsdienst führen würde. Auch wenn diese Zahlen übertrieben sind, stünde entsprechend qualifiziertes Personal auch nicht in annähernd ausreichendem Umfang am Arbeitsmarkt zur Verfügung und könnte bei den vorhandenen Ausbildungskapazitäten auch nicht kurzfristig bereit gestellt werden⁵.

Ohne Gegensteuerung müsste ein entsprechender Personalmangel zu beträchtlichen regionalen Versorgungsengpässen führen. Wenn renommierte Kliniken an attraktiven Standorten zusätzliches qualifiziertes Personal einstellen müssten, würde dies andernorts zu einer deutlichen Verschärfung der Situation beitragen. Insofern können auch starke regionale Gefälle in der Gesundheitsversorgung entstehen, wie dies im Ost-West-Vergleich und international teilweise bereits der Fall ist⁶.

Eine gewisse Entlastung in den Krankenhäusern könnte durch die Umstellung der Finanzierung von tagesgleichen Pflegesätzen auf Fallpauschalen entstehen, da dadurch ein Druck zur weiteren Reduzierung der Liegezeiten ausgelöst wird. Dies wird andererseits zu einer weiteren Intensivierung der Behandlung führen und einen personellen Mehrbedarf in der Anschlussversorgung durch Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassene Ärzte, Pflegedienste und Altenheime bedeuten. Beschäftigungspolitisch dürften die Wirkungen sich wechselseitig ausgleichen, wobei den Beschäftigten bei einer stärkeren Durchlässigkeit der Sektoren jedoch eine höhere Flexibilität und Anpassungsfähigkeit abverlangt werden wird⁷.

² Deutsche Krankenhausgesellschaft: DKG-Rundschreiben Nr. 205/2002 vom 20.9. 2002

³ Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhausbarometer, Herbstumfrage 2002. Düsseldorf 2003

⁴ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Pressemitteilung Nr. 54, 27. März 2003

⁵ Deutsche Krankenhausgesellschaft: Einschätzung der finanziellen Auswirkungen bei Umsetzung des EuGH-Urteils zum Bereitschaftsdienst: Ergebnisse der DKG-Umfrage vom 13. 11. 2001.

⁶ Der Ärztemangel in Großbritannien hat beispielsweise bereits dazu geführt, dass deutsche Ärzte abgeworben wurden und dass der NHS die Behandlung britischer Patienten mit elektiven Eingriffen im deutschen Ärzteblatt ausgeschrieben hat.

⁷ Vor dem Hintergrund der Einführung von Fallpauschalen werden in Zukunft die Krankenhäuser nur noch Patienten mit akutem medizinischem Versorgungsbedarf behandeln. Dies wird z. B. im Bereich der Altenpflege, aber auch in der Rehabilitation zu einer deutlichen Steigerung des Schweregrades der Fälle führen. Damit ist natürlich auch ein entsprechender qualitativer wie quantitativer Mehrbedarf an Personal erforderlich, der allerdings heute am Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht. Auf die Bedeutung für die Arbeitsorganisation in diesen Bereichen kann hier aus Platzgründen nicht weiter eingegangen werden.

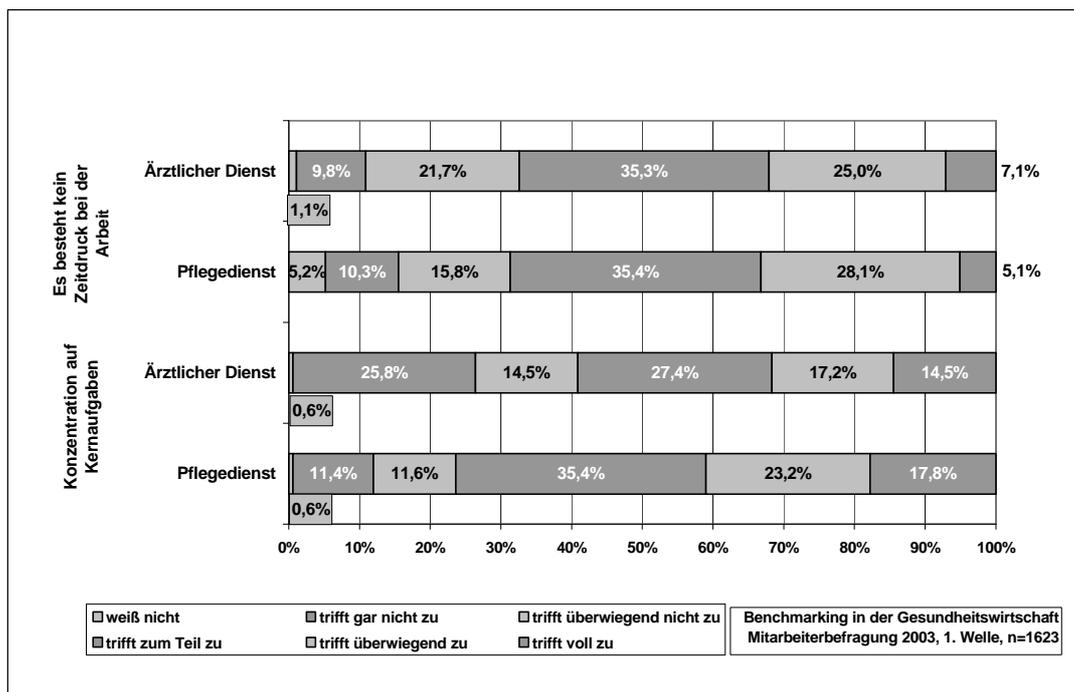
3 Zufriedene Patienten, frustrierte Beschäftigte? Arbeitsorganisation und Arbeitszeit in Krankenhäusern

Vor dem Hintergrund des quantitativen Drucks auf die Beschäftigung in der Gesundheitsversorgung ist auf qualitative Aspekte der Arbeitsgestaltung umso mehr Wert zu legen. Wiederum am Beispiel der Krankenhäuser lässt sich die Arbeitsgestaltung anhand der Fragen danach beschreiben, was die Beschäftigten wie und zu welcher Zeit tun. Dass hierbei großer Handlungsbedarf gegeben ist, wird bereits dadurch signalisiert, dass die Mitarbeiterzufriedenheit in Krankenhäusern bei steigender Kundenzufriedenheit sinkt⁸. Dies ist vor allem auf organisatorische Probleme zurück zu führen, die den Beschäftigten bei einer entsprechenden Kundenorientierung hohes Improvisationsvermögen und Engagement abverlangen. Ursachen hierfür sind durchaus im Detail nachvollziehbar.

Die Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung von 8 Krankenhäusern im Rahmen des vergleichenden Qualitätsmanagements aus dem Frühjahr 2003 zeigen, dass die Beschäftigten unter erheblichem Zeitdruck und teilweise fachfremden Tätigkeiten zu leiden haben. 67 Prozent der Ärzte und 62 Prozent der Pflegekräfte beurteilen ihre Situation als zumindest überwiegend durch Zeitdruck geprägt. Dabei sagen 68 Prozent der Ärzte und 59 Prozent der Pflegekräfte dass sie mindestens teilweise durch fachfremde Aufgaben belastet werden (Abb. 3).

⁸ Bandemer, Stephan von / Born, Andreas / Hilbert, Josef, 2002: Arbeit im Dienstleistungssektor - Arbeitsorganisation, Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenorientierung. In: Brödner, Peter / Knuth, Matthias (Hrsg.): Nachhaltige Arbeitsgestaltung: Trendreports zur Entwicklung und Nutzung von Humanressourcen. München: Hampp, S. 379-429

Abbildung 3: Zeitdruck und fachfremde Tätigkeit nach Berufsgruppen

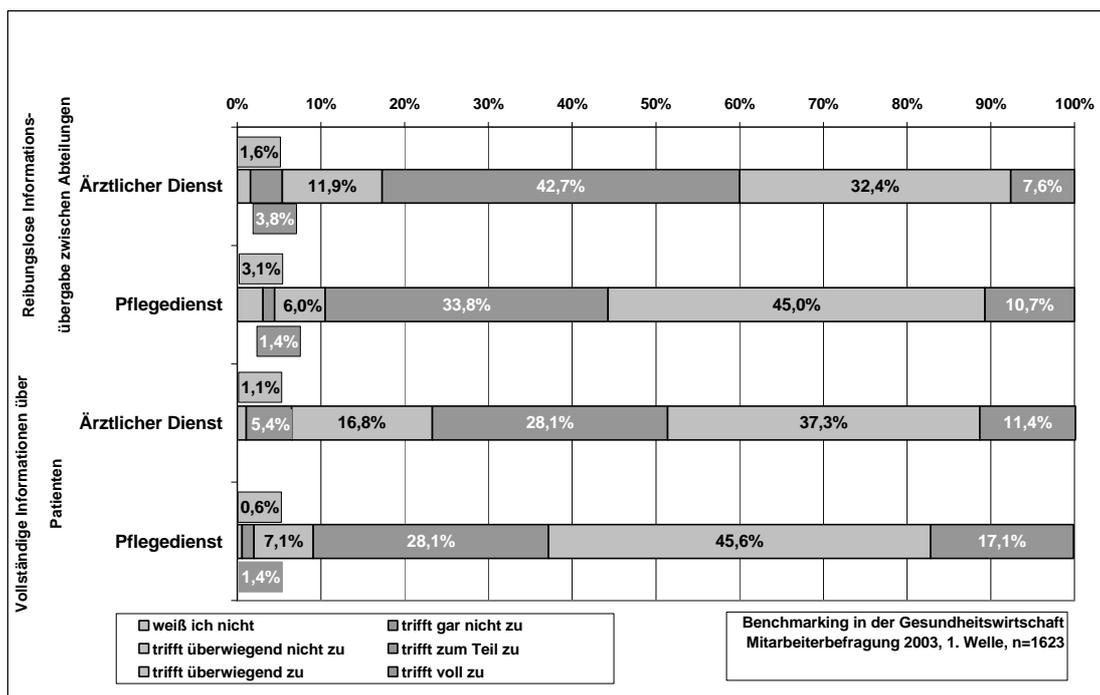


Neue Untersuchungen des Deutschen Krankenhausinstituts zeigen, dass Pflegekräfte 28 Prozent ihrer Arbeitszeit mit fachfremden oder patientenfernen Tätigkeiten verbringen. Dazu gehören Dokumentationsaufgaben, Patiententransporte, Essensausgabe, Warenbestellung und Verwaltung etc. Viele dieser Tätigkeiten müssten nicht durch qualifiziertes Pflegepersonal wahrgenommen werden. Bei den Ärzten liegen zumindest für die Chirurgie und die innere Medizin Ergebnisse vor. Danach verbringen Chirurgen 2:42 Stunden je Tag und Arzt mit Dokumentationsaufgaben. Bei den Internisten beträgt der Aufwand sogar 3:15 Stunden. Dies umfasst sowohl medizinische als auch administrative Dokumentation⁹.

Trotz des hohen Dokumentationsaufwandes bestehen nicht unerhebliche Informationsdefizite. Sowohl 50 Prozent der Ärzte als auch 37 Prozent der Pflegekräfte sagen, dass ihnen zumindest teilweise wichtige Patienteninformationen fehlen. Besonders gravierend werden die Informationsdefizite bei abteilungsübergreifenden Übergaben (Abb. 4). Da die Beschäftigten solche Probleme vielfach kompensieren, bemerken die Patienten diese Defizite allerdings in der Regel nicht und sind überwiegend zufrieden.

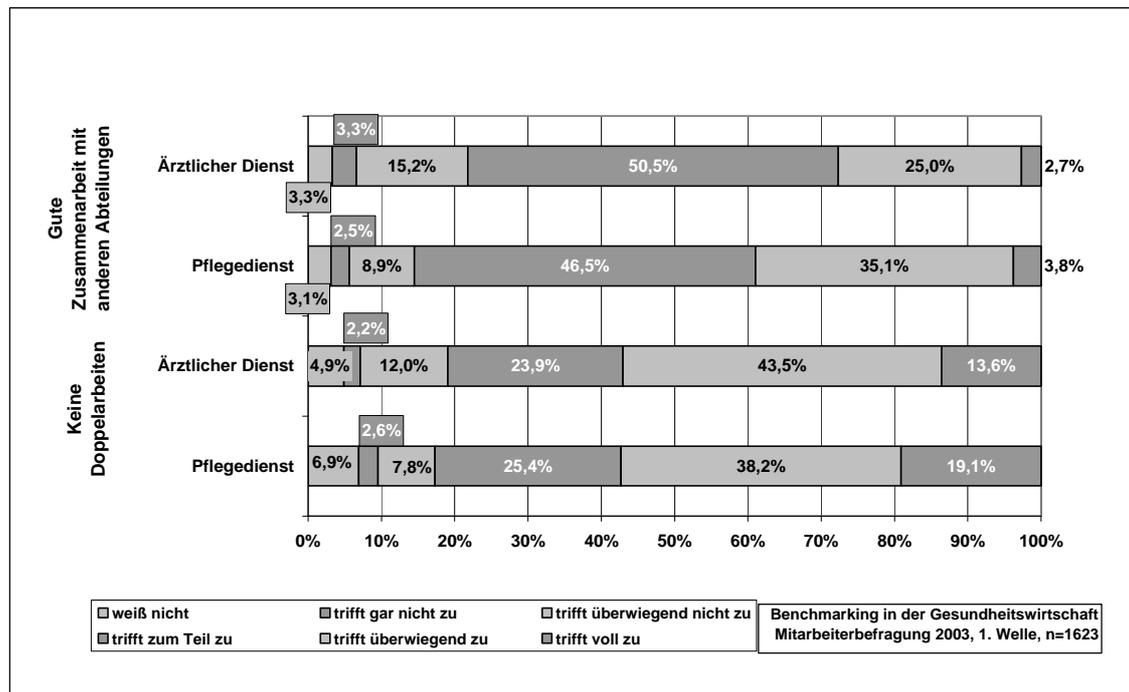
⁹ Blum, Karl: Pflegefremde/patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge. Düsseldorf 2003. Blum, Karl / Müller, Udo: Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser. Düsseldorf 2003

Abbildung 4: Informationsdefizite über Patienten und bei Übergaben



Auch die Koordination der pflegerischen und medizinischen Tätigkeiten funktioniert nur teilweise. Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Abteilungen und innerhalb von Abteilungen wird von den Beschäftigten selbst vielfach kritisch gesehen. 69 Prozent der Ärzte und 58 Prozent der Pflegekräfte sehen hier Verbesserungsbedarf. Außerdem fehlt es zur Erleichterung der Zusammenarbeit und Abstimmung an Standardisierung und schriftlicher Fixierung wichtiger Versorgungsabläufe. Doppelarbeiten und die Suche nach wichtigen Informationen wie Röntgenbildern und Patientenakten sind die Folge. Mangelnde Standards und Abstimmungen führen allein in den Operationssälen zu rund 25 Prozent nicht geplanter Leerzeiten.

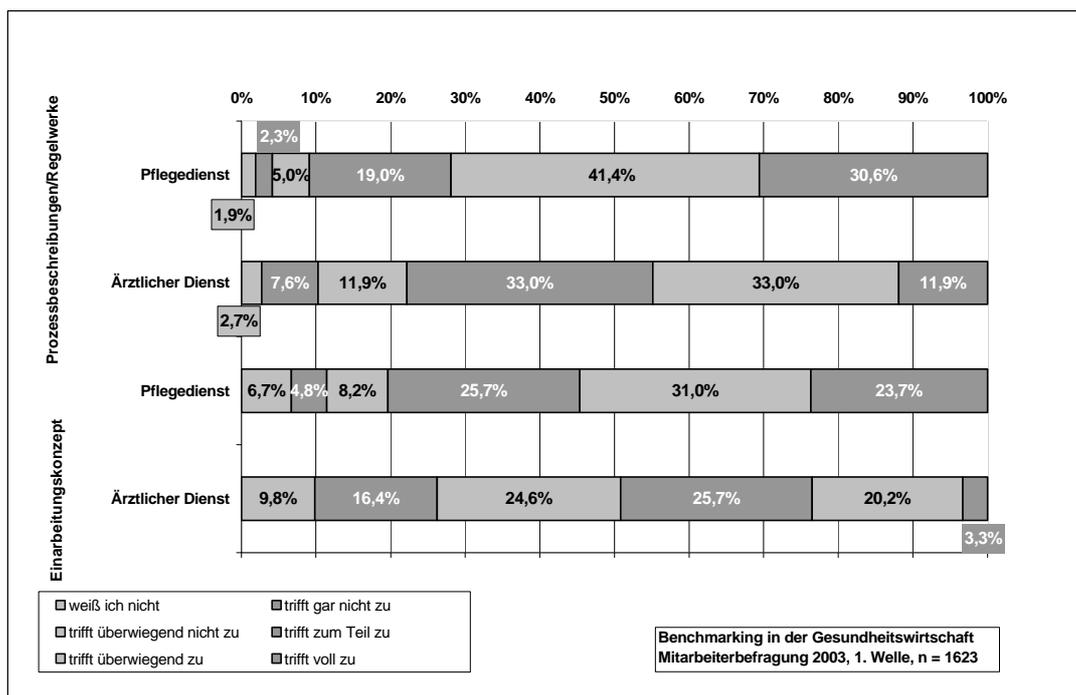
Abbildung 5: Abteilungsübergreifende Zusammenarbeit und Doppelarbeiten



Gerade für jüngere Beschäftigte führen fehlende Standards zu beträchtlichen Belastungen. Ohne Diagnosestandards werden so etwa aus mangelnder Erfahrung unnötige Analysen im Labor angefordert. Es ist auch keine Seltenheit, dass jüngere Ärzte von erfahrenen Stationschwestern gecoached werden müssen, um die Stationsabläufe im Griff zu behalten. Dies umso mehr, als vielfach systematische Einarbeitungskonzepte fehlen (Abb.6).

Die Belastungen der Beschäftigten werden durch ungünstige Arbeitszeiten zusätzlich verschärft. So müssen Krankenhäuser selbstverständlich einen 24 Stunden Dienst gewährleisten. Ein erheblicher Teil davon wird aber durch nicht bezahlte Bereitschaftszeiten abgedeckt. Dies könnte allerdings durch bessere Arbeitsorganisation und systematische Arbeitszeitgestaltung deutlich verbessert werden. So kommt es nicht selten vor, dass die Dienstpläne von ärztlichem und pflegerischem Personal nicht aufeinander abgestimmt sind, auch wenn sie – wie etwa im OP – auf gemeinsame Arbeitszeiten angewiesen sind. Zudem überwiegen starre Arbeitszeitregelungen mit Kernzeiten zwischen 7:30 Uhr und 16:00 Uhr und anschließend einsetzenden langen Bereitschaftsdiensten.

Abbildung 6: Standards und Einarbeitungskonzepte



Auch im Bereich der Aus- und Weiterbildung besteht im Gesundheitssektor Nachholbedarf. Insbesondere in der medizinischen Ausbildung werden Managementfragen zu wenig berücksichtigt¹⁰. Aber auch in der Pflege verfügt die Kranken und Altenpflegeausbildung über Sonderbedingungen, die die Attraktivität der Pflegeausbildung gegenüber dem sonst in der Bundesrepublik angewandten dualen System schmälert. In den Krankenpflegeschulen ist zudem ein kontinuierlicher Rückgang an Schülerinnen und Schülern zu beobachten (Abb. 2), was eine Entwicklung entgegen dem Beschäftigungstrend bedeutet.

4 Arbeitsgestaltung in Krankenhäusern: Chancen zur Verbesserung¹¹

Die Problembeschreibung der Arbeitsgestaltung in Krankenhäusern bildet gleichzeitig einen Teil der Lösungen. Modelle, die sich praktisch bewährt haben, sind selbstverständlich auch in Krankenhäusern vorhanden und haben sich zudem vielfach als übertragbar erwiesen. Dabei zeigt sich, dass die Verbesserungschancen vor allem in der Bündelung eines breiten Spektrums von Einzelmaßnahmen liegen. Dies stellt allerdings auch beträchtliche Anforderungen an das Change-Management.

¹⁰ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. 2: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Bundestagsdrucksache 14/5661 vom 21. 3. 2001

¹¹ Die folgenden Verbesserungsansätze für die Arbeitsorganisation in Medizin und Pflege sind Beispiele guter Praxis, die im Benchmarking mit 40 Krankenhäusern identifiziert bzw. erprobt wurden.

Veränderungen unter den Bedingungen einer hohen Arbeitsbelastung bedürfen zugleich einer Entlastungsstrategie, die Zeit dafür schafft, weitere Verbesserungen auf den Weg zu bringen. Da sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte in beträchtlichem Umfang mit fachfremden oder patientenfernen Tätigkeiten belastet sind, ist eine Entlastung der Beschäftigten von derartigen Aufgaben sinnvoll. Dies kann sowohl organisatorisch wie auch personell verfolgt werden.

Eine gezielte Arbeitsteilung zum Zweck der Entlastung von Medizin und Pflege, der Professionalisierung der Dokumentation und der Verbesserung der Informationsqualität lässt sich durch die Einführung von Dokumentationsassistenten bewirken. Der Dokumentationsaufwand wird von den Beschäftigten vielfach als Last empfunden. Die aufwändige Dokumentation erfordert ständige Schulungen insbesondere im ärztlichen Bereich. Die Qualität wird nachträglich von Medizincontrollern überprüft, die auch entsprechende Anpassungsmaßnahmen und Unterweisungen vornehmen. Demgegenüber erweisen sich Lösungen, die auf den Einsatz von Dokumentationsassistenten setzen, sowohl international als auch in der Bundesrepublik als überlegen. Diese Lösung entlastet das Personal beträchtlich und kann damit die Arbeitszufriedenheit in einem Maß steigern, das auch auf potenzielle Bewerber eine hohe Attraktivität ausübt¹². Gleichzeitig führt der Einsatz spezialisierter Dokumentationsassistenten zu einer Standardisierung und Vereinheitlichung der Dokumentation, so dass auch die Qualität der Dokumentation und Information zunimmt. So lässt sich etwa auch die zeitnahe Erstellung des endgültigen Arztbriefes unterstützen (Fertigstellung am Tag der Entlassung) und damit nicht nur eine stärkere Bindung von Einweisern erreichen, sondern auch Doppeluntersuchungen vermeiden. Nicht zuletzt lassen sich Arbeitsmarktengpässe abmildern, da für die Dokumentationsassistenten etwa auch weiterqualifizierte Arzthelferinnen oder ältere Pflegekräfte als Berufsrückkehrerinnen gewonnen werden können, die am Arbeitsmarkt durchaus zur Verfügung stehen. Das hoch qualifizierte Personal kann dagegen besser qualifikationsgerecht eingesetzt werden.

Für eine deutliche Entlastung bei der Dokumentation kann auch eine Standardisierung der Versorgung sowie sonstiger Abläufe sorgen. Sie reduziert den Dokumentations- und Administrationsaufwand beträchtlich, da man sich im Wesentlichen auf das Festhalten von Abweichungen vom Standard konzentrieren kann. Eine Standardisierung unterstützt auch die Qualifizierung, da in Regelfällen Handlungssicherheit geschaffen wird und Abweichungen vom Standard analysiert und zur Weiterqualifizierung genutzt werden können. Zusätzlich wird die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen Stationen oder Abteilungen verbessert, da die Regelabläufe definiert sind und Situationen mit Abstimmungsbedarf festgelegt werden können. Für die Beschäftigten wird neben den Entlastungseffekten auch höhere Handlungssicherheit und vielfach auch eine bessere Arbeitszufriedenheit durch Reduzierung von Redundanz und Verbesserung der Qualität erreicht.

Für eine Standardisierung der Kernaufgaben bieten sich definierte Patientenpfade an, die diagnoseorientiert festhalten, wann, was, wie und durch wen von der Aufnahme

¹² Stellenausschreibungen mit dem Hinweis, dass zur Entlastung von Dokumentationsaufwand entsprechendes Personal bereitgestellt wird, erzielen deutlich verbesserte Bewerberquoten.

bis zur Entlassung zu geschehen hat. Idealer Weise kann dies auch Informationen vor der Aufnahme und die Versorgung nach der Entlassung mit umfassen. Patientenpfade sollen dabei nicht einen nationalen Standard festschreiben, sondern sie beschreiben das, was die Ärzte und Pflegekräfte im jeweils spezifischen Krankenhaus bei der Versorgung in der Regel tun und machen dies transparent. Die Dokumentation kann sich dann im Wesentlichen auf Abweichungen beschränken. Eine kontinuierliche Verbesserung der Patientenpfade kann durch Krankenhausvergleiche auf freiwilliger Basis systematisch unterstützt werden.

Auch andere Bereiche wie etwa Beschaffungsprozesse können deutlich standardisiert werden und dadurch zu Effizienz- und Qualitätssteigerungen ohne Arbeitsverdichtung beitragen. Die Suche nach benötigten Materialien lässt sich ebenso vermeiden, wie der Beschaffungsaufwand reduziert werden kann. Nebenbei können vielfach Materialkosten eingespart werden.

Als wichtige organisatorische Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Arbeitsbedingungen erweisen sich auch die Bereiche Aufnahme und OP-Organisation. Beide Bereiche haben extremen Einfluss auf alle anderen Arbeitsabläufe in Krankenhäusern, da sie jeweils zentrale Schnittstellen bilden. Zentrale Aufnahmen mit entsprechender Diagnostik und Steuerung der Bettenbelegung ggf. in Verbindung mit Intermediate Care Stationen können die Belastung der Stationen wesentlich verstetigen und gleichzeitig Qualität und Wirtschaftlichkeit verbessern. Dies gilt auch für die OP-Planung und Organisation. Für viele Krankenhäuser sind beide Bereiche Gegenstand zentraler Verbesserungsaktivitäten und es existieren entsprechende Modelllösungen. Der Übertragbarkeit sind allerdings insoweit Grenzen gesetzt, als die Umsetzung vielfach an mangelnder Verbindlichkeit leidet. Eine entsprechende interne Budgetierung etwa der ungeplanten Leerzeiten im OP kann hier zu mehr Verantwortungsübernahme beitragen.

Verbesserungen der Arbeitsbedingungen sind auch durch die Arbeitszeitgestaltung möglich und notwendig. Dies ist allerdings auch mit einigen Hürden verbunden, deren Überwindung beträchtliche Anstrengungen erfordert. Dabei sind etwa für die Einführung von Schichtmodellen erforderliche organisatorische Maßnahmen wie Ablaufanalysen und Anpassung von Dienstplänen etc. bei allen damit verbundenen Schwierigkeiten noch vergleichsweise einfach vorzunehmen. Schwieriger ist vielfach, dass entsprechende Modelle die Krankenhäuser mehr Geld kosten, die einzelnen Ärzte weniger verdienen und die zusätzlich benötigten Ärzte am Arbeitsmarkt nicht in jedem Fall bereit stehen¹³. Existierende Modelllösungen einzelner Häuser lassen sich dabei nicht grundsätzlich auf alle Einrichtungen übertragen. Grundvoraussetzung für die Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle ist daher eine Anpassung der Arbeitsabläufe insgesamt.

In Zukunft wird schließlich die sektorübergreifende Organisation der Versorgung eine bedeutende Rolle auch für die Arbeitsorganisation erhalten. In dem Maße, wie die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser von möglichst kurzen Liegezeiten abhängt, wird

¹³ Für einen Vergleich unterschiedlicher Modelle s. Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik: Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern: Arbeitszeitproblematik am Beispiel des ärztlichen Dienstes. Hamburg 2003

es nicht nur zu einer Arbeitsverdichtung sondern auch zu wachsendem Druck auf die Organisation der Anschlussversorgung kommen. Dabei werden die Entlassungen bereits während der Aufnahme geplant, der Durchlauf der Patienten im Rahmen von Patientenfäden strukturiert, zeitnahe Arztbriefe und Pflegeüberleitungen organisiert und eine enge Abstimmung mit Rehabilitations- und Pflegediensten gesucht. Für die Beschäftigten in Medizin wie Pflege wird dies zu deutlich höheren Anforderungen an Standardisierung und Kooperation führen.

5 Fazit: Gute Lösungen und Change-Management

Zwischen den geschilderten Gestaltungsfeldern bestehen beträchtliche Wechselwirkungen. Daher kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern durch einzelne ad hoc Maßnahmen wesentlich verbessert werden können. Erforderlich ist vielmehr ein gezieltes Change-Management, mit dem eine breite Modernisierung der Arbeit in Medizin und Pflege eingeleitet werden. Einzelne Einrichtungen werden damit vielfach allein aufgrund begrenzter Managementressourcen überfordert sein. Damit wird einerseits der bestehende Trend zur Konzernbildung von Gesundheitsdienstleistungen verstärkt werden. Andererseits werden Benchmarkingverfahren an Bedeutung gewinnen, die insbesondere durch eine Reduzierung des Entwicklungs- und Erprobungsaufwands eine Verbreitung von guten Lösungen stärken können. Allerdings zeigen die Erfahrungen auch, dass darüber hinausgehend Organisationsentwicklungsprozesse etwa durch die Einführung eines systematischen Prozessmanagements unterstützt werden müssen, um nachhaltige Veränderungen zu bewirken.

Die Veränderungen insbesondere hinsichtlich Standardisierung und Schnittstellenmanagement sind auch Voraussetzungen für den systematischen Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien, die sowohl die Arbeit erleichtern als auch die Wirtschaftlichkeit verbessern können. Auch im Bereich von Krankenhausinformationssystemen sind in Zukunft deutliche Verbesserungen zu erwarten. Eine mangelnde Abstimmung zwischen Organisationsentwicklung und Technikentwicklung würde hier jedoch eher Havarien produzieren.

Die entsprechenden Veränderungen, die hier am Beispiel der Krankenhäuser diskutiert wurden, aber analog in der Rehabilitation und der Alten- und Behindertenpflege anstehen, werden eine wesentliche Voraussetzung dafür sein, die eingangs geschilderten Beschäftigungsperspektiven – wie eine angemessene Versorgung in der Gesundheitswirtschaft – realisieren zu können. Aufgrund der bestehenden Probleme weichen bereits heute viele Ärzte und Pflegekräfte in versorgungsferne Beschäftigungen aus. Teilweise führen Personalengpässe bereits zu Versorgungsengpässen. Die Modernisierung der Arbeitsbedingungen wird damit zugleich zu einem wesentlichen Faktor von Qualität und Wirtschaftlichkeit.