

1 Schrittmacher für ein neues Verständnis von Qualität und Kundenorientierung

Veränderte Rahmenbedingungen zwingen das Krankenhaus zu neuen Unternehmensstrategien. Das Kapitel gibt einen Überblick über die zentralen Herausforderungen zur Umsetzung von Qualität und Kundenorientierung für das Krankenhaus- und Abteilungsmanagement.

1.1 Demografischer Wandel und Personalmangel

Das Krankenhaus befindet sich im Umbruch. Demografischer Wandel und Fachkräftemangel sind die zentralen Herausforderungen (Pfannstiel u. Weiß 2015). Diese lassen sich mit der herkömmlichen Sicht auf Kundenorientierung und Qualität nicht bewältigen.

Während bisher Patienten im Mittelpunkt der Bemühungen standen, muss der Fokus der Aktivitäten des Krankenhauses auch auf die *Rekrutierung und Bindung von Mitarbeitern* gerichtet werden. Nur mit qualifizierten und motivierten Mitarbeitern, vor allem der Generation Y, lässt sich hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Der Wettbewerb um qualifizierte Mitarbeiter ist in vollem Gange, die Bindung von Mitgliedern der Generation Y ist allerdings schwierig. Ursachen sind eine Sozialisation mit teilweise übertriebenen Fürsorge durch die Eltern (HAZ 2015, Hellmann 2015d und f, Hurrelmann 2013, Kraus 2013, ► Kap. 5.6.1) und der zunehmende Wettbewerb der Krankenhäuser um Mitarbeiter. Neue Herausforderungen für das Krankenhaus ergeben sich nicht nur durch die jüngere Mitarbeitergeneration (Generation Y). Der massiv zunehmende Anteil an *ausländischen Mitarbeitern*, vor allem von Pflegekräften und Ärzten, schafft ebenfalls vielfältige Probleme, die vom Personalmanagement bewältigt werden müssen (► Kap. 5.6.2). Es ist erforderlich, integrationsfördernde Strategien und multikulturell orientierte Führungskonzepte zu entwickeln, die eine gute Zusammenarbeit von Mitarbeitern aus verschiedenen Kulturen fördern und sicherstellen können.

Nicht zu übersehen sind die Ansprüche und Wünsche älterer Mitarbeiter, ebenfalls mit besonderen Forderungen an ein leistungsfähiges und zukunftsorientiertes Krankenhausmanagement.

Eine wesentliche Aufgabe von Führung im Krankenhaus und auf Abteilungsebene wird es somit sein, altersheterogene und multikulturelle Mitarbeitergrup-

pen angemessen zu führen und damit in einen zielorientierten Arbeitsprozess zu integrieren, der Arbeitszufriedenheit für alle Beteiligten gewährleisten kann.

Nicht zu vergessen sind Einweiser und Kooperationspartner, deren spezifischen Ansprüchen an das Krankenhaus Rechnung getragen werden muss. Nur mit diesen gemeinsam kann das Krankenhaus in die Lage versetzt werden, hohe Versorgungsqualität mit Wirtschaftlichkeit zum Nutzen der Patienten kompatibel zu machen. Dies gilt z.B. für die Gewährleistung abgestimmter Therapien beim Übergang von Patienten vom stationären in den ambulanten Bereich oder im Rahmen integrierter Versorgung.

Fazit

Demografischer Wandel, Personalmangel, unzulängliche gesetzliche Regelungen, neue Patientenklientele und das Fehlen eines effizienten Managements sind zentrale Handlungsfelder für das Krankenhaus. Sie lassen sich nur durch die Zusammenarbeit der Entscheider im Krankenhaus bewältigen.

1.2 Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)

Eine kontinuierliche und effiziente Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen ist schwierig. Sie muss auf einschlägigen gesetzlichen Regelungen basieren, die nicht nur Wege aufzeigen, sondern Umsetzungsstrategien ermöglichen (Schrappe 2015). Vom Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das am 1.1.2016 in Kraft getreten ist (KHSG, 2016), wurde viel erwartet.

So heißt es: »Mit dem »Krankenhausstrukturgesetz« schaffen wir eine solide Arbeitsgrundlage für die rund 2000 Krankenhäuser in Deutschland und für die Patienten ein Plus an Behandlungssicherheit und Versorgungsqualität. Patienten müssen sich auf eine gute Versorgung im Krankenhaus verlassen können. Deshalb stärken wir die Spitzenmedizin und sorgen dafür, dass sich besonders gute Qualität auch lohnt. Außerdem bringen wir mehr Pflegepersonal ans Krankentbett. Denn gute Versorgung und Pflege im Krankenhaus können nur dann gelingen, wenn Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger nicht dauerhaft überlastet sind. Mit einem Strukturfonds unterstützen wir die Länder dabei, notwendige Umstrukturierungen zur Verbesserung der Versorgung voranzubringen. Das entlastet auch die Beitragszahler.«

Schwerpunkte des neuen Gesetzes (s. auch Obermüller u. Grühl 2016, Hommel 2016) sind:

- Qualität ist zukünftig Kriterium bei der Krankenhausplanung
- Rechtssichere Ausgestaltung der Mindestmengenregelung

- Einführung von Qualitätsabschlägen bzw. Qualitätszuschlägen
- Optimierung der Qualitätsberichte im Sinne von mehr Patientenorientierung
- Einrichtung eines Pflegestellen-Förderungsprogramms (»Pflege am Bett«)
- Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung
- Neuausrichtung der Mengensteuerung
- Einrichtung eines Strukturfonds
- Prüfverfahren zur Einhaltung von Qualitätsvorgaben

Unverändert bleibt die Verantwortlichkeit der Bundesländer für die Krankenhausplanung und die Bereitstellung der Investitionskosten.

Die Aussagen des KHSG bieten durchaus gute Perspektiven für die Patientenversorgung im Krankenhaus, vor allem für das Vorhaben einer qualitätsorientierten Vergütung (Senf u. Bürger 2016). Es bleibt jedoch abzuwarten, wann und wie diese konkret umgesetzt wird (Goretzki et al. 2015, Laufer 2015).

Ein Blick auf die konkreten Ausführungen des Gesetzes zur Qualität wirft derzeit noch vielfältige Fragen auf:

- Was soll Qualität im Krankenhaus genau sein?
- Wie kann und soll Qualität gemessen werden?
- Wie sollen grundsätzliche Regelungen für eine Qualitätsorientierung aussehen?
- Welche Leistungsbereiche sollen dazu herangezogen werden?

Diese Fragen werden derzeit nicht konkret beantwortet (Goretzki et al. 2015). Der Ball wurde zunächst an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) weiter gespielt. Insbesondere zum Kern der Forderung nach mehr Qualität, nämlich Hinweisen zu konkreten Qualitätsindikatoren, bleibt vieles im Nebel. So hört man aus dem IQTIG (Veit 2016): »Da die planungsrelevanten Indikatoren Neuland sind, werden wir dem G-BA vorschlagen, erst einmal in einem oder maximal zwei Leistungsbereichen dieses Verfahren zu erproben. Wir wollen zunächst in einem kleinen Bereich gute und belastbare Qualitätsverbesserung erreichen und auf der Basis dieser Erfahrungen die Anwendung der Verfahren ausweiten.« Hier reibt sich der Leser verwundert die Augen und überlegt, warum die Frage nach geeigneten Qualitätsindikatoren nicht geklärt wurde, bevor ein Gesetz verabschiedet wurde, das durch vage Formulierungen geprägt ist!

Inzwischen ist das IQTIG bereits aktiv geworden. Treiber sind die Krankenkassen, die Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität vehement einfordern. Ein erster Vorbericht hat allerdings massive Kritik von unterschiedlichen Seiten ausgelöst. Bemängelt wird vor allem die Auswahl von Indikatoren für Leistungsbereiche wie Herzchirurgie und Gynäkologie, die für viele Krankenhäuser gar keine Relevanz haben, da sie hier gar nicht vorgehalten werden.

Quelle: Jens Mau/kma20 Jahre-Online, veröffentlicht am 02.08.2016.

Bemerkenswert und erfreulich ist, dass über Indikatoren zur Ergebnisqualität hinaus Indikatoren zur Struktur- und Prozessqualität entwickelt werden sollen. Offenbar setzt sich die Erkenntnis durch, dass darauf bezogene Qualität besser erfass- und messbar ist als die Ergebnisqualität (Penner 2016).

Den Ländern bleibt überlassen, ob sie die vom G-BA gemachten Vorgaben umsetzen, oder eigene Qualitätsvorgaben verankern. Aus dem G-BA selbst gibt es bisher nur wenig hilfreiche Hinweise zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben. Ratlosigkeit scheint gegeben. Es müsste mehr erwartet werden können, als Angaben zu allgemeinen Kriterien für Qualitätsindikatoren und den Hinweis auf den komplexen Charakter des Gesamtvorhabens zur Qualität (Badenberg 2016).

Für die momentane Arbeit von Ärzten und Pflege mit Patienten sind die Aussagen des Gesetzes noch eher demotivierend. Weder ist derzeit konkret definiert, was Qualität konkret sein soll, noch an welchen konkreten Qualitätsindikatoren man sich orientieren will.

Zu vorgesehenen Zu- und Abschlägen für gute und unzureichende Qualität ergibt sich lediglich der Hinweis, dass der G-BA bis zum 31.12.2016 geeignete Leistungsbereiche für Zu- und Abschläge festlegen soll. Kaum Konkretes gibt es zur Frage, wie bei Verstößen gegen Vorgaben zur Qualität verfahren werden soll bzw. welche Sanktionen ggf. zu erwarten sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss zeigt Stärke und untersagt dem Universitätsklinikum Frankfurt am Main vorerst die Durchführung von Herztransplantationen. Anlass für diese Maßnahme ist eine im Leistungsbereich Herztransplantationen über dem Referenzbereich liegende Mortalitätsrate. (Quelle: Vertrauliche Mitteilung aus dem Klinikum Frankfurt und Hessenschau 16.00 Uhr vom 05.08.2016.)

Bis zum genannten Datum sollen aber Bewertungskriterien für gute und zureichende Qualität entwickelt sein. Positiv ist, dass die Frage einer *qualitätsorientierten* Vergütung sich nicht ausschließlich an den medizinischen Ergebnissen orientieren soll, sondern Struktur- und Prozessqualität ebenfalls betrachtet werden sollen. Dies ist ein Fortschritt. Qualität im Krankenhaus muss mehr sein als Ergebnisqualität. Weitere Qualitätsdimensionen (synonym: Qualitätskategorien) wie Arbeitgeberqualität oder Kooperationsqualität sollten allerdings zur Bewertung von Qualität zusätzlich einbezogen werden (► Kap. 3).

Die offenkundige Hilflosigkeit des G-BA überrascht, da es erprobte Instrumente zur Qualitätsmessung bereits gibt und damit auch zur Optimierung von Qualität. Gedacht sei an das Verfahren der Qualitätssicherung mit Routinedaten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de) und das Konzept der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Die Qualität wird hier mittels Routinedaten gemessen, die Ergebnisse werden im Rahmen von Peer Reviews analysiert und Optimierungsmaßnahmen vollzogen (Sinkowja 2015). Allerdings gilt auch hier, dass im Mittelpunkt »nur« die me-

dizinische Qualität steht und eine multidimensionale Perspektive von Qualität (► Kap. 3.2) nicht zum Tragen kommt.

Die Notwendigkeit einer neuen Sicht von Qualität macht eine aktuelle Stellungnahme des Ethikrates (Bohsem 2016, Deutscher Ethikrat 2016a, b) deutlich. Gefordert wird vor allem eine bessere Kommunikation im Krankenhaus auf der Grundlage von Schulungen zur Kommunikation für Ärzte und Pflegepersonal. Notwendig erscheint auch die Vermittlung von Kenntnissen von Medizin und Pflege für Geschäftsführer. Kritisiert wird das derzeitige Vergütungssystem (DRG). Postuliert wird ein daraus resultierendes Überangebot an lukrativen Leistungen (z. B. kontinuierliche Fallzahlsteigerungen in der Orthopädie und Urologie) zu Lasten der Versorgung von Behinderten und Kindern. Für die genannten Gruppen werden besondere Fallpauschalen und Zusatzentgelte gefordert. Wegweisend ist der Vorschlag, gute Kommunikation zu honorieren.

Fazit

Das Krankenhausstrukturgesetz ist ein wichtiger Schritt zur Optimierung von Qualität im Krankenhaus. Es zeigt jedoch noch viele Unzulänglichkeiten. So wird vor allem die Notwendigkeit einer übergreifenden Sicht von Qualität nicht ausreichend berücksichtigt.

Ein qualitätsbasierter Strukturwandel im Krankenhaus ist zwingend (Rödiger et al. 2015). Es empfiehlt sich, die unterschiedlichen Bemühungen für Qualität im Gesundheitswesen zu analysieren (Neumann 2015) und positive Aspekte für ein Gesamtkonzept Qualität zu nutzen. Dies muss ein fundiertes internes Qualitätsmanagement mit der externen Qualitätssicherung verknüpfen.

Die einseitige Sicht auf Ergebnisqualität im Rahmen der externen Qualitätssicherung mit Routinedaten und nachgeschalteter Evaluation ist vom Grundsatz her ein guter Ansatz. Fragen der Prozessqualität gehen mit ein. Das »Pferd erscheint dennoch vom Schwanz aufgezäumt«. Ein effizientes hausinternes Qualitätsmanagement muss den Bemühungen um Ergebnisqualität vorgeschaltet sein, damit »bestmögliche Qualität« beim Patienten direkt ankommt.

Die Verpflichtung für die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems ist zwar gegeben. Tatsächlich können jedoch nur wenige Krankenhäuser auf Systeme zurückgreifen, die eine fundierte Basis für gute Ergebnisqualität schaffen.

Über die bisherige Betrachtung hinausgehende Qualitätskategorien müssen zunächst gute Ergebnisqualität sichern helfen. Daran erfreuen sich dann der Patient und die Krankenkassen. Sollten in Einzelfällen immer noch Defizite identifizierbar sein (z. B. in der Prozessqualität), können diese im Kontext des »Strukturierten Dialogs« zwischen externer Qualitätssicherung und Krankenhaus ausgeschaltet werden.

Notwendig ist die Ausrichtung auf Qualität an Zielen und einschlägigen Qualitätskriterien für den Patienten. Über die Ergebnisqualität hinausgehende Qualitätsdimensionen gewinnen an Bedeutung (Laufer 2015, v. Eiff 2016). Eine Zieldifferenzierung für die verschiedenen Gruppen von Adressaten ist

zwingend (Neumann 2015). Nicht zu vergessen ist im Rahmen der Qualitätsdebatte die Kostenminimierung bzw. die Erfassung von Potenzialen zur Effizienzsteigerung. Die Prozessqualität ist dazu nach wie vor ein geeignetes Instrument, um diese zu erreichen (Ruegg-Sturm 2015). Gute Qualität muss im Kontext von Wirtschaftlichkeit umgesetzt werden (Raida u. Wibbeling 2015).

Exkurs 1: Ein visionäres Konzept zur Optimierung von Qualität im Krankenhaus

Im Mittelpunkt steht die Überlegung (Busch 2016b) einer Optimierung von Prozessen, sei es in Bezug auf Einzelschritte einer Diagnose oder Therapie, sei es im Hinblick auf Prozessketten. Möglich erscheint dies durch ein lernendes System, das kontinuierlich Wünschenswertes am Machbaren orientiert und in Einzelschritten zu Qualitätsverbesserungen führt. *Wünschenswert wäre lt. Busch das Ziel, eine langfristige Verbesserung der Lebensqualität des Patienten zu erreichen.* Die bestehenden Rahmenbedingungen machen dies jedoch nicht möglich. Insofern bietet sich als einfacher erreichbares Ziel eine risikoadjustierte Messung der Ergebnisqualität bei der Entlassung des Patienten an. Eingeräumt wird, dass eine entsprechende Messung mit zunehmendem Umfang der Behandlungskette komplexer wird. Damit wird es schwierig zu eruieren (z. B. bei einer sektorenübergreifenden Versorgung), welcher Kooperationspartner ggf. für aufgetretene suboptimale Versorgungsprozesse verantwortlich ist (*Anmerkung des Verfassers dieses Buches: Kooperationsqualität der beteiligten Akteure ist deshalb unverzichtbar, ► Kap. 3.2.3*). Auf der Hand liegt, dass qualitätsorientierte Erlössysteme nicht von einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung losgelöst betrachtet werden können.

Quelle: Nach Busch HP: Die neue Abteilung für Qualität. Von der Qualitätsbuchhaltung zum Qualitätsmanagement. KU Gesundheitsmanagement 2, 17-19, 2016.

1.3 Eingeschränkte Qualitätsperspektive

Zunächst stellt sich die Frage: Was ist Qualität? Eine wegweisende Antwort gibt schon früh der ganzheitliche Ansatz von Donabedian (1966, 1980) mit Fokussierung auf die Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Notwendigkeit und Art einer Behandlung werden an diesen Qualitätskategorien im Kontext evidenzbasierter Leitlinien orientiert. Leitlinien und weitere medizinische Standards sind die Grundlage für eine qualitativ hochwertige Behandlung von Patienten.

Problematisch ist die Frage nach der Messung von Qualität. *Strukturqualität ist einfach erfassbar und messbar* (Prüfung der vorhandenen medizinisch-pfle-

gerischen Ressourcen, der zur Verfügung stehenden Finanzmittel und auch baulicher Gegebenheiten).

Die Messung von *Prozessqualität* ist schon schwieriger. Zunächst muss klar definiert sein, was man darunter versteht. In der Regel ist eine Betrachtung aller Teilschritte einer Behandlung mit besonderer Fokussierung auf die Schnittstellen über das Krankenhaus hinaus gemeint (z. B. bei sektorenübergreifenden Behandlungen).

Ergebnisqualität ist nicht nur schwer definierbar, sondern auch schwierig zu bewerten. Einerseits »beißen« sich hier ggf. subjektive Wahrnehmungen des Patienten und objektivierbare Qualität. Andererseits stellt sich die Frage nach dem Zeitpunkt der Messung. Ist dies nach einer OP, der Entlassungszeitpunkt oder aber ein noch späterer Zeitpunkt (z. B. orthopädische Operationen).

Zunehmend ist die Qualität in deutschen Krankenhäusern aufgrund ökonomischer Zwänge in den Hintergrund gerückt. Insoweit ist »bemerkenswert«, dass die Bundesärztekammer inzwischen immerhin einräumt, dass medizinische Indikationen auf das Patientenwohl zu fokussieren seien (Bundesärztekammer 2015). Hier stellt sich die Frage: Worauf sonst? Ob ein Paradigmenwechsel zugunsten der Qualität sich allerdings manifestieren wird, bleibt abzuwarten.

Der eingeschlagene Weg des Gesetzgebers (KHSG) ist richtig und konsequent. Qualität muss zum zentralen Merkmal der Bemühungen um Gesundheit werden.

Die bisherige Fokussierung auf die Ergebnisqualität muss selbstverständlich nach wie vor beibehalten werden. Ergebnisqualität ist entscheidendes Merkmal für eine hochwertige Patientenversorgung. Der Blickwinkel auf Qualität muss jedoch über die Ergebnisqualität und Prozessqualität hinaus auf weitere Qualitätskategorien erweitert werden. Ist dies geschehen, lassen sich differenzierte Qualitätsindikatoren entwickeln (► Kap. 3).

Übergreifend betrachtet sind die Vorstellungen zur Qualität in verschiedenen Leistungsbereichen unterschiedlich. Während man mit dem Begriff Qualität im Krankenhaus vorrangig die Ergebnisqualität (auch im Kontext von Struktur- und Prozessqualität) verbindet, wird die *Sicht auf Qualität in Pflegeeinrichtungen* durch die derzeitige Praxis ins Absurde geführt (Kelleter u. Szepan 2014). Die Vergabe von Pflegenoten mit ausschließlicher Berücksichtigung der Struktur- und Prozessqualität (► Kap. 3.2.2) ist ein Schildbürgerstreich zu Lasten der Patienten.

Eine fundierte Aussage zur Qualität einer Pflegeeinrichtung kann somit gar nicht erfolgen. Der potenziell Pflegebedürftige hat aufgrund dieser Situation keine hinreichende Möglichkeit, problemlos ein Heim zu finden, das gute Ergebnisqualität sichert. Es ist zu hoffen, dass die Große Koalition hier Abhilfe schaffen wird. Dem Koalitionsvertrag ist zu entnehmen, dass Qualitätssicherungsverfahren entwickelt werden sollen, die einen Beitrag zu einer sinnvollen Bewertung von Pflegeheimen leisten könnten. Ob aus dieser Absichtserklärung allerdings Realität wird, bleibt abzuwarten.

Im Kontext zahlreich kursierender Definitionen des Begriffs »Qualität« finden Definitionen mit Anlehnung an einschlägige Normen Resonanz. Sie sind aber meist abstrakt fachlich orientiert und damit oft nur für Experten verständ-

lich. Nicht mit der Materie intensiv Vertraute (wie auch im Regelfall Ärzte) können häufig wenig damit anfangen. Ein Beispiel: »Qualität – Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt« (aus DIN EN ISO 9000:2005-12). Verständlicher ist hingegen eine Definition wie: »Qualität = Güte oder Beschaffenheit eines Prozesses, Produkts oder einer Dienstleistung.«

Für den *Qualitäts- und Risikodialog* im Krankenhaus ist eine *konsentiierte Terminologie* zu fordern. Verwendete Begriffe müssen nicht nur für alle Mitarbeiter verständlich sein, sondern von allen Mitarbeitern in gleicher Weise angewendet werden. Ein besonderes Negativbeispiel für wenig konsentiierte Terminologie im Krankenhaus ist das begriffliche Durcheinander im Hinblick auf Behandlungsabläufe. Z. B. ist die parallele Verwendung der Begriffe »*Patientenpfad*« und »*Klinischer Pfad*« wenig Ziel führend. Der Klinische Pfad beschreibt detailliert den Behandlungsprozess für Ärzte und weiteres Personal. Der Patientenpfad ist hingegen ein herunter gebrochener Klinischer Pfad, der in verständlicher Form das Vorgehen für den Patienten transparent macht. Er ist somit nicht mehr als eine Patienteninformation.

Die eindimensionale Sicht von Qualität muss ersetzt werden durch eine *multidimensionale Qualitätsperspektive* (Hellmann 2015i, 2016) mit Facetten über die Medizinische Qualität hinaus wie z. B. »Arbeitgeberqualität«, »Kooperationsqualität« und »Ökonomische Qualität« (► Kap. 3.2) und im Kontext kooperativer Kundenorientierung (KoKiK®). Zu prüfen ist, ob bei zunehmend knapper werdenden finanziellen und personellen Ressourcen aufwendige Qualitätsmanagement- und Zertifizierungssysteme der herkömmlichen Art (DIN ISO; KTQ®) noch zeitgemäß bzw. einfachere Systeme ggf. besser geeignet sind, Qualität im Krankenhaus nachhaltig zu implementieren.

Fazit

Was Qualität ist oder sein soll, ist konsentiiert nicht definiert. So wird unter Qualität im Krankenhaus anderes verstanden als in Pflegeeinrichtungen. Viele Fragen sind offen: Ist die Ausrichtung auf die Ergebnisqualität alleine wirklich zielführend? Ist die Prozessqualität nicht geeigneter? Ist die Einbeziehung weiterer Qualitätskategorien sinnvoll? Unabhängig von der Beantwortung dieser Fragen: Ein Paradigmenwechsel ist zwingend. Qualität bzw. Qualitätsmanagement für Einrichtungen der Leistungserbringung muss auf einer konsentiierten Grundlage umgesetzt werden, für den Patienten durchgängig transparent sein und einer Terminologie folgen, die gleichermaßen Patienten und Mitarbeitern zugänglich ist. Eine multidimensionale Qualitätsperspektive muss den bisher gefahrenen eindimensionalen Ansatz ablösen.

1.4 Verengte Sicht auf Kundenorientierung

Angesagt ist ein übergreifendes Kunden- und Qualitätsverständnis, das den Grundsatz »Im Mittelpunkt unserer Bemühungen steht der Patient« nicht weiterhin als Worthölse missbraucht, sondern die Begriffe Kundenorientierung und Qualität neu definiert. So muss Kundenorientierung neben Patienten auf *Mitarbeiter, Einweiser und Kooperationspartner* ausgerichtet sein (Hellmann 2015i, 2016). Von besonderer Bedeutung ist die Fokussierung auf Mitarbeiter der Generation Y (Hellmann 2015d, f, ► Kap. 5.6.1) und auf Mitarbeiter aus anderen Kulturkreisen (► Kap. 5.6.2) mit besonderen Ansprüchen an den Arbeitgeber Krankenhaus. Diese müssen erfüllt werden. Nur zufriedene Mitarbeiter werden Patienten optimal versorgen und damit zur Bestandsicherung des Krankenhauses beitragen.

Ein besonderes eindrucksvolles aktuelles Beispiel zur Generation Y: Ein Operationsaal in einem norddeutschen Krankenhaus, einem Patienten wird der Blinddarm entfernt. Es assistiert u. a. ein Student im Praktischen Jahr. Vor Ende der Operation weist der Student darauf hin, dass in wenigen Minuten für ihn Feierabend sei und er dann gehen müsse. Trotz massiver Einwände des Chefarztes verlässt er vorzeitig den Operationsaal (Heinrich 2015).

Das Beispiel ist eines von vielen möglichen. Es überrascht nicht. Der massive Ärztemangel gibt jungen Ärzten hohe Verhandlungsmacht (Hellmann, 2014a). Die Bewerber fragen nicht mehr wie bisher »Was habe ich zu tun?«, sondern »Was bietet mir die Klinik?«. Das Personalmanagement und Chefarzte müssen somit häufig große Anstrengungen unternehmen, die teilweise sehr hohe Erwartungshaltung mit dem Machbaren in Deckung zu bringen. Schaffen sie dies nicht, sucht sich der Bewerber schnell einen anderen Arbeitsplatz!

Nicht besonders optimistisch stimmt eine Studie der Conti (HAZ 2015) nach der Aufenthalte im Ausland zunehmend nicht mehr nachgefragt werden und der »Wunsch nach sicherem Nest« in Verbindung mit einem flexibleren Arbeitseinsatz gesehen wird. Darunter verstehen zwei Drittel der Befragten die Möglichkeit von zuhause, ein Drittel die Möglichkeit unterwegs arbeiten zu können. Dass dabei die Nutzung der neuen Medien im Mittelpunkt stehen soll, versteht sich von selbst.

Alle Berufsgruppen im Krankenhaus müssen erkennen, dass sie »in einem Boot sitzen« und eine Realisierung von umfassender Kundenorientierung auf Grundlage einer multidimensionalen Qualitätsperspektive (► Kap. 3 u. 4) nur möglich ist, wenn sie abgestimmt miteinander zusammenarbeiten. Hier gibt es viel zu optimieren. Sei es im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärztlichem Dienst, sei es in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen Geschäftsführungen und Chefarzten.

Fazit

Die ausschließliche Fokussierung auf den Patienten als Kunden ist nicht mehr zeitgemäß. Kunden des Krankenhauses sind neben Kooperationspartnern (Einweisern) vor allem Mitarbeiter. Nur mit guten Mitarbeitern lassen sich Patienten qualitativ hochwertig versorgen. Neue Mitarbeiterklientele wie die Generation Y oder Mitarbeiter aus anderen Kulturkreisen bedeuten für das Krankenhaus eine große Herausforderung. Sie haben besondere Bedürfnisse und Ansprüche, denen Rechnung getragen werden muss. Nur wenn Arbeitszufriedenheit bei allen Beteiligten erreicht ist, besteht die Chance für eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

1.5 Alte und demente Patienten

Das Krankenhaus wird zunehmend mit alten und dementen Patienten konfrontiert. Damit werden neue Service- und Versorgungskonzepte (Kimmel 2011, Kraft u. Steinhagen-Thiessen 2011, Werner u. Ossig 2011, Wingefeld 2016) notwendig. Entsprechende Patienten bedürfen ganzheitlicher Konzepte für die Behandlung in speziellen Zentren im Krankenhaus oder einer Versorgung im Rahmen sektorenübergreifender Kooperationen.

Hohe kommunikative und kooperative Fähigkeiten der zusammenarbeitenden medizinischen und pflegerischen Akteure sind deshalb einzufordern. Einerseits, um Therapien aufeinander abstimmen zu können, andererseits um mit unterschiedlichen Patientenclientelen bedürfnisorientiert kommunizieren zu können (z. B. Partizipative Entscheidungsfindung bei Patienten, wo dies sinnvoll ist).

Neben den genannten Herausforderungen eröffnen sich neue Chancen für das Krankenhaus durch die Möglichkeit der *Generierung von Mehrerlösen auf der Grundlage altersmedizinischer Interventionen* (► Kap. 5.5).

Fazit

Alte und demente Patienten sind Herausforderung und Chance zugleich. Sie erfordern neue Kommunikations- und Behandlungsstrategien, eröffnen aber auch neue und lukrative Geschäftsfelder für das Krankenhaus.