Mario A. Pfannstiel, M. Sc., M. A./Andreas J. Reuschl, M. Sc./Prof. Dr. Ricarda B. Bounken

FAQ: Was Krankenhäuser über Produktivität wissen sollten

Die wichtigsten Fragen und Antworten zur Produktivität von Krankenhäusern

Einleitung

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt werden im Gesundheitssektor nur eingeschränkt Instrumente zur Produktivitätsermittlung eingesetzt. Während die produzierende Industrie die Produktivität unlängst als wichtige Kennzahl zur Beurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit erkannt hat, existiert bis zum heutigen Tag noch kein einheitliches Produktivitätsverständnis für Einrichtungen im Gesundheitssektor. Als problematisch erweist sich einerseits die Bestimmung und Bewertung der eingebrachten Ressourcen und andererseits die Komplexität der erstellten Leistungen von Gesundheitsdienstleistern. Bislang erfolgte u. a. deshalb noch keine Umsetzung der existierenden theoretischen Modelle zur Produktivitätsermittlung und -berechnung in die Praxis. Es gilt daher, zunächst ein einheitliches Verständnis von Produktivität für Gesundheitsdienstleister und anschließend Instrumente zu deren Ermittlung und Messung zu etablieren.

Nachfolgend werden wichtige Fragen und Antworten zum Produktivitätsverständnis gegeben:

1. Was ist Produktivität?

Grundsätzlich beschreibt der Begriff „Produktivität" das Verhältnis zwischen einer hervorgebrachten Leistung (Output) und den dafür eingesetzten Ressourcen (Input). Produktivität gibt folglich darüber Auskunft, wie ergiebig Produktions-, Kapital- oder Personalressourcen für die Leistungserstellung eingesetzt werden. Das Produktivitätsverständnis ist stark mit den Begriffen der Effizienz und der Effektivität verbunden. Effizienz zeigt, wie wirtschaftlich eine Leistung erstellt wurde. Effektivität hingegen gibt an, wie gut ein definiertes Ziel erreicht wurde. Die Produktivität hingegen stellt In- und Output losgelöst von Zielen in Beziehung.

Abb. 1: Aufbau eines Produktivitätsindexes.

Während die Produktivität von Produktionsbetrieben gut zu definieren ist, ergeben sich bei der Betrachtung von Dienstleistungsunternehmen Schwierigkeiten. Ein Dienstleister muss zunächst eine Leistungsbereitschaft herstellen, erst im nächsten Schritt kann eine immaterielle und nicht lagerfähige Leistung für einen potentiellen Nachfrager erbracht werden. Wie bei der Leistung von Krankenhäusern besonders deutlich wird, kann die Leistung nur dann erbracht werden, wenn ein Patient vor Ort ist (Uno-actu-Prinzip). Die Dienstleistungsproduktivität muss darüber hinaus differenziert nach zwei Aspekten betrachtet werden: Einerseits spielen quantitative Faktoren wie Personal, Rohstoffe und Betriebsmittel, andererseits qualitative Aspekte wie die Zufriedenheit und Erfahrung der Mitarbeiter und der Patienten, die Qualität der erbrachten Leistungen sowie die Zusammenarbeit von Personen eine besondere Rolle (siehe Abbildung 1). Wie noch gezeigt wird, kann die Ermittlung der Produktivität an beiden Aspekten ansetzen. Ebenso ist eine Zusammenführung beider Bereiche zu einer holistischen Kennzahl möglich.

2. Wie lässt sich die Dienstleistungsproduktivität ermitteln?

Die Ermittlung und Berechnung der Produktivität von Dienstleistungen kann auf den verschie-

densten Verfahren beruhen, wobei noch kein Konsens bezüglich einer optimalen Vorgehensweise besteht. Klassische Modelle zur Produktivitätsermittlung und -berechnung setzen ausgewählte Kennzahlen in Beziehung, wie z. B. die Anzahl der behandelten Patienten je Arzt oder Pflegekraft. Dieser quantitative Ansatz kann erweitert werden, so dass ein möglichst großer Anteil der für die Erstellung des Outputs notwendigen Inputfaktoren Berücksichtigung findet. Neuere Berechnungsmodelle verlassen diesen quantitativen Ansatz und ermitteln eine Produktivität ausgehend von der subjektiven Wahrnehmung der an der Leistungserstellung beteiligten Anspruchsgruppen. Beispiele hierfür sind die Interaktionsproduktivität, das Partizipative Produktivitätsmanagement oder die Bayreuther Produktivitätsanalyse (BPA). Ein Produktivitätsindex lässt sich für gesamte Krankenhäuser, spezifische Abteilungen oder für einzelne Behandlungsschritte berechnen.

3. Welche Faktoren beeinflussen die Dienstleistungsproduktivität im Krankenhaus?

Im Mittelpunkt der Leistungserstellung im Krankenhaus steht der Mensch. Sowohl die Mitarbeiter als auch die Patienten haben einen bedeutenden Einfluss auf die Produktivität und den Erfolg einer Einrichtung. Die zu erbringenden komplexen Dienstleistungen können nur unter sehr hoher Personalintensität am anwesenden Patienten erbracht werden. Zudem muss gerade bei der medizinischen Behandlung ein maximaler Qualitätsanspruch stetig erfüllt werden. Fehler, die bei einem produzierenden Unternehmen zu Ausschuss und einer geminderten Produktivität führen, können im Krankenhaus Leben kosten. Eine Steigerung der Produktivität darf daher nie zu Lasten der Qualität erfolgen. Neben den personenbezogenen Faktoren (z. B. Motivation, Stress, Fluktuation, Absentismus) beeinflusst aber auch das Umfeld (z. B. Räumlichkeiten, technische Ausstattung, zur Verfügung stehende Arbeitsmethoden) die Produktivität von Patienten und Mitarbeitern.

4. Was sollten Krankenhäuser über Dienstleistungsproduktivität wissen?

Die Leistungserstellung von Krankenhäusern erfolgt in zwei Phasen. Zunächst muss eine Leistungsbereitschaft hergestellt werden, d. h. durch das Vorhalten von Gebäuden, Technik, Material und Personal muss eine Einrichtung dazu befähigt werden, Patienten bei Bedarf zu behandeln. Die zweite Phase entspricht der eigentlichen Behandlung von Patienten, bzw. der Nutzung der vorhandenen Gebäude, der Technik, des Materials und des Personals, um den Gesundheitszustand von Patienten zu verbessern. Die Produktivität der erbrachten Leistung lässt sich allerdings nur sehr schwer ermitteln, da eine objektive Beurteilung der tatsächlichen Veränderung des Gesundheitszustandes bei Patienten kaum möglich ist. In Folge dessen wird die Leistung anhand von Kennzahlen beurteilt (z. B. Anzahl behandelter Patienten und Anzahl durchgeführter Operationen). Während die Qualität in der Praxis kaum Eingang in die Ermittlung der Produktivität findet, wird der Qualität in der Theorie ein sehr hoher Stellenwert beigemessen. Die fehlende Berücksichtigung bei der Produktivitätsermittlung ist auf die Erfassungsproblematik zurückzuführen.

5. Welche Instrumente zur Ermittlung der Dienstleistungsproduktivität stehen zur Verfügung?

Die Bayreuther Produktivitätsanalyse (BPA) ermittelt die Produktivität im Krankenhaus anhand von zwei standardisierten Fragebögen (1 Patienten- und 1 Mitarbeiterfragebogen, siehe Abbildung 2). Beide Fragebögen bestehen aus 6 Dimensionen (Information, Organisation, Klima, Methoden, Infrastruktur und Technik). Jeweils 5 Items bilden eine Dimension. Ein Item beschreibt einen Sachverhalt, der produktivitäts- und dienstleistungsrelevant ist und somit einen Beitrag zur Gesamtproduktivität im Krankenhaus darstellt. Die Items dienen gleichzeitig zur Ableitung von Handlungsempfehlungen. Nach individueller Bewertung der Items erfolgt in beiden Fragebögen eine subjektive Gewichtung der Dimensionen. Mit der differenzierten Bewertung und Gewichtung der Dimensionen durch alle Patienten und Mitarbeiter im Krankenhaus kann ein Produktivitätsindex für 5 Zielgruppen (z. B. Privat- und Kassenpatienten, Ärzte, Pflegekräfte und nicht-medizisches Personal) ermittelt werden.

Abbildung 2: Instrumente zur Produktivitätsermittlung.

Der Bayreuther Produktivitätsbenchmark (BPB) integriert quantitative und qualitative Aspekte der Leistungserstellung im Krankenhaus in einen Produktivitätsindex. Zu diesem Zweck werden ausgewählte Leistungskennzahlen für die Beschreibung des Outputs und ein speziell auf Krankenhäuser zugeschnittenes Produktionsfaktorensystem verwendet. Die quantitativen Outputfaktoren werden darüber hinaus durch qualitative Faktoren wie die medizinische Qualität, die technische Ausstattung und die Struktur des Krankenhauses adjustiert. Die Berechnung erfolgt getrennt für die Phase der Herstellung der Leistungsbereitschaft und für die Erstellung der eigentlichen Leistung. Das Berechnungssystem ist hierarchisch aufgebaut, so dass eine Untergliederung nach einzelnen Bereichen im Krankenhaus erfolgen kann. Die Verwendung einer Positionierungsmatrix und die Hierarchisierung ermöglichen ein präzises Benchmarking sowie die Ableitung von Handlungsempfehlungen zur Produktivitätssteigerung.

Weitere klassische Verfahren zur Produktivitätssteigerung seien hier nur kurz verwähnt: z. B. die Erfolgsfaktoren-basierte Balanced Scorecard (BSC), Critical Incident Reporting System (CIRS)und das Partizipative Produktivitätsmanagement (PPM).

6. Welchen Nutzen haben Instrumente zur Produktivitätsermittlung?

Während Krankenhäuser immer wieder auf Grund einer angespannten wirtschaftlichen Situation Erwähnung in der Presse finden, wird die tatsächlich erbrachte Leistung nicht oder nur durch oberflächliche Werte beziffert, wie z. B. die Anzahl von behandelten Patienten. Die Ermittlung und Berechnung der Produktivität leistet dem Abhilfe, da von einer wirtschaftlichen Beurteilung abgesehen und eine Beurteilung der erbrachten Leistung fokussiert wird.

Mit der BPA kann für verschiedene Zielpopulationen im Krankenhaus ein Produktivitätsindex aufgestellt werden. Ermittelt wird die Produktivität dabei anhand einer Berechnungsmatrix. Der BPB erweitert die klassische Produktivitätsberechnung um ausgesuchte qualitative und quantitative Faktoren und verdichtet die Ergebnisse ebenfalls zu einer Indexzahl.

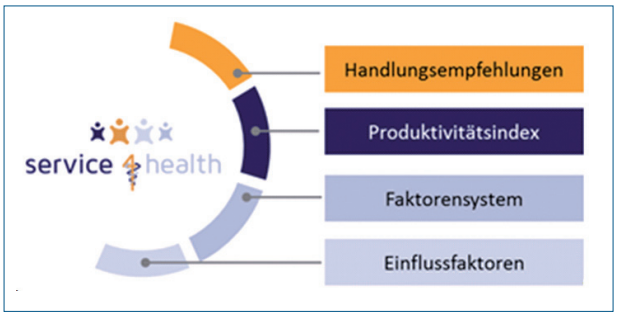


Abbildung 3: Nutzen der Instrumente zur Produktivitätsermittlung.

Die Berechnung ermöglicht die Identifikation von problematischen oder defizitären Leistungserstellungsbereichen in einer Einrichtung. Der produktivitäts- und dienstleistungsrelevante Aufbau der BPA und der hierarchische Aufbau des BPB erlauben eine sehr detaillierte Identifikation von produktivitätsmindernden Stellen. Zudem können Maßnahmen (Handlungsempfehlungen) abgeleitet werden, um Leistungen zu verbessern und die Produktivität zu steigern (siehe Abbildung 3).

7. Wie kann die Produktivität im Krankenhaus verbessert werden?

Um eine Produktivität steigern zu können, muss zunächst ein Instrument zur Produktivitätsermittlung etabliert werden. Während die BPA direkt erlaubt, produktivitätsmindernde Einflussfaktoren zu identifizieren, muss für den BPB mindestens ein Vergleichswert erhoben werden. Für einen Vergleich können einzelne Organisationseinheiten einer Einrichtung, ein anderes Krankenhaus oder eine Datenerhebung zu einem anderen Zeitpunkt herangezogen werden. Die Analyse von beiden Verfahren stellt Produktivitätsdefizite heraus, die als Startpunkt für Verbesserungsmaßnahmen im Krankenhaus dienen können. Ein alleinstehender Produktivitätswert sollte aber kritisch beurteilt werden, da ohne Erfahrungswert nicht beurteilt werden kann, ob der Wert als „gut“ zu klassifizieren ist. Als wesentliches Erfolgskriterium für eine Steigerung der Produktivität gilt die Einbindung von Entscheidungsträgern und Betroffenen im betrachteten Handlungsfeld.

8. Wer kann Instrumente zur Produktivitätssteigerung einsetzen?

Die BPA ist eine einfache und praktikable Methode zur Ermittlung und Verbesserung der Dienstleistungsproduktivität im Krankenhaus. Für sechs Dimensionen wird aufgezeigt, wie hoch deren Bedeutung für unterschiedliche Zielgruppen ist und welche Produktivitätswerte diese einnehmen. Eingesetzt werden kann diese ganzheitliche Methode von Entscheidungsträgern im Krankenhaus.

Der Bayreuther Produktivitätsbenchmark (BPB) greift hingegen auf medizinische und wirtschaftliche Routinedaten eines Krankenhauses zurück. Es empfiehlt sich, eine Controlling-Abteilung mit der mathematischen Durchführung zu beauftragen.

Für beide angesprochenen Verfahren gilt, dass die Ergebnisse erst dann Relevanz erlangen, wenn die betroffenen Entscheidungsträger involviert und zur Maßnahmenergreifung motiviert sind. Wie bereits dargestellt wurde, ist der Mensch die wichtigste Ressource eines Krankenhauses, und so kann eine Steigerung der Produktivität nur dann erfolgreich sein, wenn Patienten und Mitarbeiter in die Bemühungen einbezogen werden.

9. Welche Vorteile bietet das Produktivitätsmanagement?

Die aktive Steuerung und die dadurch ermöglichte Verbesserung der Produktivität können als Basis für eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität von Krankenhäusern dienen. Drei zentrale Vorteile der beiden vorgestellten Methoden werden nachfolgend aufgezeigt:

- Bewusstsein für Wirkungszusammenhänge: Schaffen eines Bewusstseins für die Wirkung einzelner Tätigkeiten auf die Gesamtproduktivität.
- Produktivität statt Wirtschaftlichkeit: Im Fokus steht die erbrachte Leistung im Krankenhaus, nicht der wirtschaftliche Erfolg. Die Optimierung der Leistung beeinflusst allerdings die Wirtschaftlichkeit positiv.
- Der Mensch im Mittelpunkt: Die Instrumente zur Produktivitätsermittlung und -berechnung beinhalten als wesentliches Element den qualitativen (BPA) und den quantitativen (BPB) Einfluss der Mitarbeiter und den Einfluss der erbrachten Qualität auf die Produktivität.

10. Hat das Produktivitätsmanagement auch Nachteile?

Auch das Produktivitätsmanagement kann kritisch betrachtet werden und zur Entstehung von Nachteilen beitragen. Wie sich diese Nachteile äußern können, wird nachfolgend anhand von zwei ausgesuchten Beispielen dargestellt:

- Effektivität: Durch den falschen Einsatz oder ohne Unterstützung der Entscheidungsträger erzeugt das Produktivitätsmanagement eine zusätzliche Belastung, ohne Veränderungen bzw. eine Verbesserung der Produktivität herbeizuführen.
- Krankenhausführung: Das Produktivitätsmanagement kann mit seinen Methoden das klassische finanziell orientierte betriebswirtschaftliche Management von Krankenhäusern nicht ersetzen. Die Belastung der Mitarbeiter wird deshalb speziell bei der Einführung erhöht. Sind die Mitarbeiter allerdings erst mit dem Vorgehen vertraut, nimmt der Aufwand stark ab.

Schlussbetrachtung

Der Ruf nach einer Steigerung der Produktivität von Krankenhäusern nimmt gerade in Zeiten wirtschaftlicher Krisen und angespannter finanzieller Situationen zu. Da „Gesundheit“ nicht oder kaum monetär bewertet werden kann, steht erheblichen Aufwendungen für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung kein direkt ersichtlicher wirtschaftlicher Nutzen gegenüber. Wesentliche Einflussfaktoren wie die Zufriedenheit der Mitarbeiter, die Zufriedenheit der Patienten, die erbrachte Qualität und der Einfluss der Diversität werden - wenn überhaupt - losgelöst von der Produktivität oder Wirtschaftlichkeit betrachtet und verlieren neben den klassischen betriebswirtschaftlichen Kennzahlen schnell an Bedeutung.

Um dieser Situation entgegen treten zu können, ist es notwendig, verbesserte Instrumente zur Produktivitätsermittlung, -messung und -steuerung zu entwickeln, die sowohl quantitative als auch qualitative Einflussfaktoren berücksichtigen. Die Instrumente „Bayreuther Produktivitätsanalyse“ und „Bayreuther Produktivitätsbenchmark“ setzen hier an und zeigen Möglichkeiten zur Umsetzung der theoretischen Forderungen in eine professionelle Realität. Zu diesem Zweck setzt die BPA direkt bei der durch Patienten und Mitarbeiter wahrgenommenen Produktivität an, die BPB bei quantitativen und qualitativen betrieblichen Routinedaten zur Berechnung eines Produktivitätsindexes.

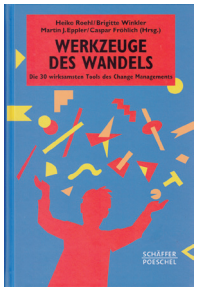
Mario A. Pfannstiel, M.Sc., M.A., Wissenschaftlicher Mitarbeiter/Andreas J. Reuschl, M.Sc. Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Projektleitung „Service4Health“: Prof. Dr. Ricarda B. Bouncken, Lehrstuhl für Strategisches Management und Organisation, Bayreuth, www.service4health.de

H. Roehl/B. Winkler/M.J. Eppler/C. Fröhlich (Hrsg.)

Werkzeuge des Wandels

Die 30 wirksamsten Tools des Change Managements

Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart 2012, 304 Seiten, 39,95 €, ISBN: 978-3-7910-3124-8.



Nur wer veränderungsfähig ist, kann langfristig erfolgreich wirtschaften. Die zukunftsorientierte Gestaltung von Veränderungen ist heute unerlässlich für die Wettbewerbsfähigkeit von Organisationen. Wie der Wandel professionell gestaltet wird, zeigt dieses Buch. Es stellt die 30 wirkungsvollsten Change-Tools vor und erklärt, wie und wann sie am besten funktionieren. Ausführlich werden nicht nur die wichtigsten Schritte zur Umsetzung dargestellt, sondern auch Möglichkeiten, Grenzen und häufig auftretende Schwierigkeiten bei der Anwendung:

- den Wandel vorbereiten – Auftragsklärung und Kontraktgestaltung, Diskrepanzanalyse, Management Audit, Kernkompetenzanalyse, Projektarchitektur
- Kontexte verstehen – Interviewtechniken, Akteursanalyse, Kraftfeld-Analyse, Systemisches Fragen, Soziale Netzwerkanalyse
- Zukünfte erleben – Szenario-Technik, TPC-Matrix, Strategisches Roadmapping, Deep Democracy
- Lernen gestalten – Lernreisen, Benchmarking, Debriefing, Fragebogen zur Arbeit im Team, Action Learning, Feedbackschleife der Organisationsmediation
- Organisationen bewegen – Dynamic Facilitation, Systemspiele, Intervisionsgruppen und kollegiale Fallberatung, Mitarbeiterbefragung und Survey Feedback
- Wandel vermitteln – Methode Film, Fokusgruppen, Blogging
- Veränderung bewerten – Outcome Mapping, Balanced Scorecard, Wissensbilanz

Der Band ist mit 57 Schaubildern und 53 Tabellen versehen. Ein kenntnisreiches Buch für Firmen und Experten, die Change-Prozesse einführen und erprobte Best Practices zu allen Phasen organisationalen Wandels benötigen. ***(jk)***