

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)
„Basales und mittleres Pflegemanagement“
07.11.2011 bis 04.10.2012**

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

**PROZESSOPTIMIERUNG AUF
STATIONSEBENE am Beispiel der
GYNÄKOLOGISCHEN ABTEILUNG
KLINIKUM KLAGENFURT**

vorgelegt von: Astrid Ogris
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Abteilung für Gynäkologie und
Geburtshilfe, Perinatalzentrum

begutachtet von: Mag. Horst Sadovnik
KABEG Management

August 2012

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Klagenfurt, 01.08.2012

Inhaltsverzeichnis

0	VORWORT	5
1	EINLEITUNG	6
2	VORSTELLUNG DER ABTEILUNG GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE, PERINATALZENTRUM	7
2.1	Das medizinische Leistung Spektrum	7
2.2	Leistungsdaten	8
3	RAHMENBEDINGUNGEN	9
3.1	Allgemeine Rahmenbedingungen	9
3.1.1	Verknappung der Ressource Zeit.....	9
3.1.2	Verknappung der Ressource Geld	10
3.1.3	Genereller Befund : Dramatische Steigerung der Komplexität	10
3.2	Spezielle Rahmenbedingungen	12
3.2.1	Die Expertenorganisation „Krankenhaus“	12
3.2.2	Medizinisch-fachliche Entwicklung/Spezialisierung	14
3.2.3	Patientenorientierung	15
3.2.4	Demografische Entwicklung	16
3.2.5	Finanzierung	17
4	PROZESSMANAGEMENT	18
4.1	Business Reengineering (BR).....	19
4.1.1	Phasen von BR.....	20
4.1.2	Kritische Würdigung des Konzeptes	21
4.1.3	Differenzierung des Begriffes Prozessmanagement.....	22
4.2	Zwischenresümee.....	23
5	THEORETISCHE LÖSUNGSANSÄTZE	25
5.1	Evolutionäres Prozessmanagement	25
5.1.1	Sechs generische Schritte einer „Evolutionären Prozessoptimierung“	26
5.2	Case Management	29
6	RESÜMEE UND PRAXISREFLEXION	29
7	ZUSAMMENFASSUNG	33
	LITERATURVERZEICHNIS	34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: ELKI	7
Abbildung 2: Organigramm der Abteilung	9
Abbildung 3: Fragmentierte Organisation.....	18
Abbildung 5: Evolutionäres Prozessmanagement	28

0 VORWORT

Ich habe mich für das Thema Prozessoptimierung auf Stationsebene am Beispiel der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Perinatalzentrum entschieden, da es durch die Neubesetzung der Abteilungsleitung und die laufende Reduktion an Pflegepersonal notwendig wurde, Prozesse und Abläufe neu zu überdenken und zu optimieren. Da es im täglichen Arbeitsalltag zu vielen zum Teil unkoordinierten Arbeitsschritten kommt, ist es mir ein besonderes Anliegen dieses Thema zu beleuchten.

Mein Dank gilt meinen beiden OSR. Maier Christine und Mag. Pfeifenberger die es mir ermöglichten diese Fortbildung zu besuchen. Meinen kompetenten, freundlichen und geduldigen Betreuer dieser Abschlussarbeit Mag. Horst Sadovnik gilt ein besonderer Dank, sowie allen meinen Arbeitskollegen in dieser Zeit für die aufmunternden Worte.

Ich möchte hinweisen, dass in der Arbeit auf eine geschlechterspezifische Schreibweise geachtet wird, ich jedoch auf die Begriffe Patient, Onkologe etc. zurückgreife

Klagenfurt, 01.08.2012

Ogris Astrid

1 EINLEITUNG

Mit Versuchen, die Ausgaben im Gesundheitswesen zu beschränken, ist das Krankenhaus als einer der zentralen Erbringer von Gesundheitsleistungen seit längerem in den Mittelpunkt von Effizienz- und Effektivitätsbestrebungen gerückt. Nicht selten wird dabei der Ruf nach Prozessmanagement laut, verbunden mit dem Wunsch, die im System vorhandenen Kostensenkungs- und Leistungspotentiale über dieses Konzept auszuschöpfen. (vgl. Rüegg-Sturm et.al.; Prozessmanagement im Krankenhaus, S. 1673)

Durch die aktuellen Rahmenbedingungen - insbesondere die laufende Reduktion von Pflegepersonal und die Neubesetzung der Medizinischen Abteilungsleitung „Gynäkologie und Geburtshilfe“ am Klinikum Klagenfurt, wurde das Thema Reorganisation bestehender Prozesse und Abläufe zu einem zentralen Thema für mich in meiner Funktion als Stationsleitung. Die kurz beschriebene Ausgangssituation bestärkte und motivierte mich, die theoretische und praktische Auseinandersetzung mit dem Thema Prozessmanagement und/oder der Prozessoptimierung zu suchen. Geleitet von der Forschungsfrage: „Prozessoptimierung auf Abteilungs- und Stationsebene im Krankenhaus“ möchte ich in meiner Abschlussarbeit zentrale Themen des Prozessmanagements – von einer Aufnahme bestehender Rahmenbedingungen hin zu praktikablen Lösungskonzepten darstellen.

Ausgehend von einer Beschreibung der Abteilung für „Gynäkologie und Geburtshilfe“ habe ich auf einer sehr allgemeinen Ebene zentrale Veränderungskräfte bzw. –treiber beschrieben, um diese in weiterer Folge auf einer - für Krankenhäuser/Abteilungen - spezifischeren Ebene detaillierter darzustellen. Die Beschreibung spezifischer Rahmenbedingungen erscheint als dringend notwendig, da sehr spezielle Aspekte – speziell die der Expertenorganisation und der Patientenorientierung – Besonderheiten aufweisen, welche jedenfalls in den zu suchenden Lösungsansätzen Berücksichtigung finden müssen.

In diesem beschriebenen Kontext eingebettet, gilt es - gemäß der Forschungsfrage nach Lösungsansätzen zu suchen. Dabei fokussiere ich auf das zentrale Thema des Prozessmanagements als Basistheorie. Innerhalb der Theorie des Prozessmanagements habe ich den zentralen Ansatz des „Business Reengineerings“ herausgearbeitet, einer kritischen Würdigung unterzogen und um einen weiter gefassten allgemeinen Erklärungsansatz ergänzt. In den letzten zwei Teilen der Abschlussarbeit habe ich zwei konkrete Lösungsansätze dargestellt und versucht diese - in Form einer Praxisreflexion - auf eine, aus meiner Sicht, realistische Umsetzung hin zu diskutieren.

2 VORSTELLUNG DER ABTEILUNG GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE, PERINATALZENTRUM

Die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Perinatalzentrum des Klinikum Klagenfurt verfügt über 54 Betten wobei jeweils 23 der Allgemeinen Klasse und 4 der Sonderklasse der Gynäkologie und der Geburtshilfe zugeteilt sind. An der Abteilung sind 11 Fachärzte und 5 Assistenzärzte der Gynäkologie und Geburtshilfe tätig. Im Pflegebereich arbeiten insgesamt 250 DGKS, Hebammen und Pflegehelfer. Die gynäkologische Station ist in zwei Bereiche unterteilt (Bereichspflege) mit jeweils einer DGKS und einen Pflegehelfer.

Die Mission: Wir, die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe - Perinatalzentrum, wollen evidenzbasierte, ganzheitliche, interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgung für Frauen und Neugeborene auf Spitzenniveau, sowie gemäß § 3 Abs. 3 der Anstaltsordnung - Klinikum Klagenfurt die Standardversorgung am Standort Klagenfurt und die Schwerpunktversorgung im Bundesland Kärnten sicherstellen. (vgl. www.inet/kl/qm/, 17.07.2012, 10.55)



Abbildung 1: ELKI

2.1 Das medizinische Leistung Spektrum

Im gynäkologischen Bereich

- Interdisziplinäre Behandlung bösartiger Tumore, gemeinsam durchgeführt mit den Abteilungen für Chirurgie, Urologie, Plastische Chirurgie, der 1. Med. Abteilung und dem Institut für Strahlentherapie
- Gynäko-Urologie, wo durch neueste Messmethoden und neue Operationstechniken der ungewollte Harnverlust bei Frauen behandelt wird

- Endoskopische Operationsmethoden
- Behandlung des chronischen Unterbauchschmerzes
- Operationen der Brust; hierfür wurde ein interdisziplinäres Mamma- Kompetenz Zentrum eingerichtet
- Brustambulanz, Beratungsstelle für vererbaren Brust- und Eierstockkrebs
- Chronic pelvic Pain
- Descensus
- Diagnostik und Therapie von Störungen der Sexualität und Transsexualismus-Ambulanz
- Dysplasie
- First- Love- Ambulanz
- Gynäkologie, Geburtshilfe, Perinatalzentrum Allgemeinambulanz
- Risikoschwangerenambulanz
- Tumornachsorge
- Urogynäkologische Ambulanz für Inkontinenz und Beckenbodensenkungen

In der Geburtshilfe:

- Ambulanz für pränatale Diagnostik und Therapie, in der jährlich rund 3.200 Patientinnen Betreuung finden
- Im neuen Kreißsaal mit modernen Entbindungszimmern können die werdenden Mütter aus sämtlichen Varianten einer individuellen Geburt (Wassergeburt, Hockergeburt...) wählen. (siehe <http://www.klinikum-klagenfurt.at/1821.html>, 28.05.2012, 13.00)

2.2 Leistungsdaten

Pro Jahr werden im Bereich der Gynäkologie rund 2.500 Operationen durchgeführt. Fast 4.000 Patientinnen werden stationär behandelt und etwa 13.000 Patientinnen im ambulanten Bereich versorgt.

An der geburtshilflichen Abteilung des Klinikum Klagenfurt kommen pro Jahr rund 1.700 Kinder zur Welt. Als Perinatalzentrum kümmern wir uns um alle Risikofälle in Mittel- und Unterkärnten.

Zur besseren Übersicht zeigt die folgende Abbildung das Organigramm der Abteilung.

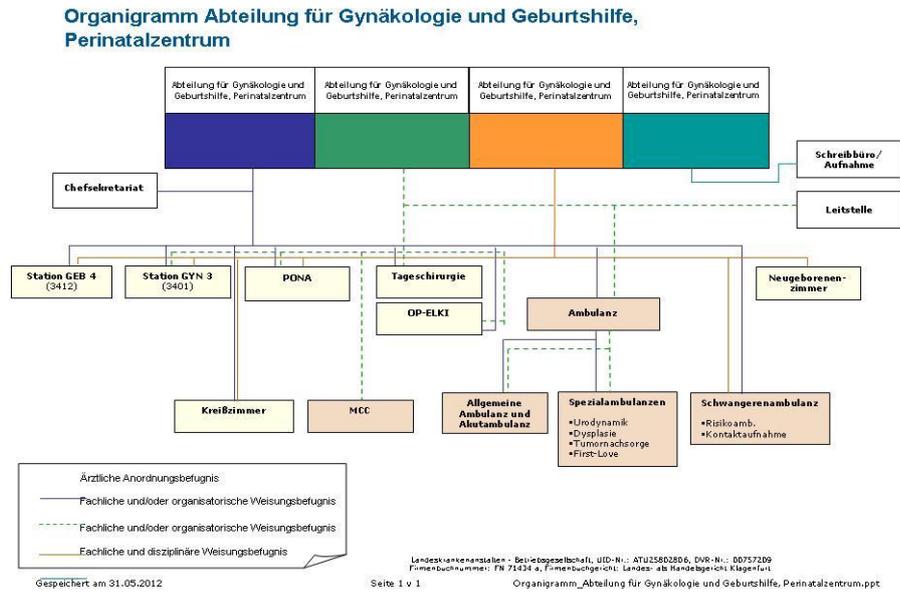


Abbildung 2: Organigramm der Abteilung

3 RAHMENBEDINGUNGEN

3.1 Allgemeine Rahmenbedingungen

In einer globalen Welt, in der sich laufend vieles ändert, ist wohl der Wandel selbst das einzig Stabile. Doch welche globalen Faktoren bzw. Ressourcen können als Auslöser und Treiber betrachtet werden? Doppler und Lauterburg weisen auf folgende Faktoren hin:

3.1.1 Verknappung der Ressource Zeit

Die gesamte Wirtschaft steht unter einem gewaltigen Leistungs- und Veränderungsdruck. Dies hat zunächst mit der technologischen Entwicklung zu tun, vorab auf den Gebieten der Mikroelektronik, der Informatik und der Telekommunikation. Es sind im Wesentlichen der Computer (Internet) und das Fernsehen, die den Umbruch verursacht haben. Sie machen es möglich, Informationen beliebig zu kanalisieren und praktisch ohne Zeitverzug zu transportieren. Gleichzeitig verändern sich die Einstellungen und Verhaltensweisen der Menschen in praktisch allen Lebensbereichen. Der Einfluss der Massenmedien die Konsequenzen der Mobilität sind enorm. In der Gesellschaft entwickeln sich laufend neue Lebensformen und Lebensgewohnheiten. Konsumentenwünsche und Kundenbedürfnisse ändern sich von heute auf morgen. Der Innovationsdruck ist enorm, der Rhythmus, mit dem Veränderungen in das organisatorische und personelle Gefüge eingesteuert werden,

atemberaubend. Geschwindigkeit wird zum strategischen Erfolgsfaktor. (vgl. Doppler/Lauterburg, S.17ff)

3.1.2 Verknappung der Ressource Geld

Das Geld in letzter Zeit allenthalben knapp geworden ist, hat mittlerweile jeder gemerkt. Über die Gründe dafür ist man sich auch unter sogenannten Sachverständigen nicht einig. Die merkwürdigsten Theorien über Wirtschaftszyklen werden herumgereicht. Die Folge davon ist, dass viele immer noch glauben, wir hätten es mit einer momentanen Laune der Weltwirtschaft, das heißt mit einer vorübergehenden konjunkturellen Schwankung zu tun, wie es immer mal gegeben hat. Dies ist erstaunlich, denn wer Zeitung liest, wird tagtäglich auf einige fundamentale Tatsachen aufmerksam gemacht, wie hier beispielhaft angeführt:

- natürliche Ressourcen gehen zur Neige,
- horrenden Folgekosten gesellschaftlicher Fehlentwicklungen; die Überalterung der Bevölkerung, progressive Schädigung des menschlichen Immunabwehrsystems, die galoppierende Zunahme an physischer und psychischer Zivilisationskrankheiten führen zu einer exponentiellen Steigerung des Bedarfs an medizinischer Versorgung- und gleichzeitig lassen die Technisierung der Medizin, die Fehlsteuerung im Gesundheitswesen und das Missmanagement in den Krankenhäusern die Kosten explodieren.
- wachsende Vielfalt staatlicher Aufgaben; Krankenhäuser, Altersheime, Schulen und Universitäten sind überlastet.

Jede einzelne der genannten Entwicklungen ist ein ernstzunehmender, das wirtschaftliche Wachstum begrenzender Faktor. In der Kombination der Faktoren aber liegt eine gewaltige Brisanz. Da muss man schon fragen: Wer soll das bezahlen? Wo soll das viele Geld herkommen das hier gebraucht und verbraucht wird? Die Antwort ist einfach, aber unbequem: Von uns Allen. (vgl. Doppler/Lauterburg, S. 20ff)

3.1.3 Genereller Befund : Dramatische Steigerung der Komplexität

Es passiert heute ständig zu viel gleichzeitig. Alles ist zunehmend mit allem „vernetzt“. Technische, ökonomische, politische und gesellschaftliche Prozesse beeinflussen sich gegenseitig und entwickeln ihre Eigendynamik. Es kommt zu „Kipp-Effekten“ und von heute auf morgen hat sich ein bisher realistisches Szenario in sein Gegenteil verwandelt. Das heißt: Wir haben es nicht nur mit knappen Ressourcen, sondern auch mit einer zunehmenden Komplexität zu tun. (vgl. Doppler/Lauterburg, S. 23)

Komplexität ist als Bestandteil jeder Organisation und daher auch jedes Krankenhauses zu betrachten – dazu der Versuch einer Definition:

Im Duden findet man folgende Bedeutung: Vielschichtigkeit; das Ineinander vieler Merkmale (zit. nach: <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/Komplexit%C3%A4t>)

Komplexität (Begriff): Gesamtheit aller voneinander abhängigen Merkmale und Elemente, die in einem vielfältigen aber ganzheitlichen Beziehungsgefüge stehen. Unter Komplexität wird die Vielfalt der Verhaltensmöglichkeiten der Elemente und die Veränderlichkeit der Wirkungsverläufe verstanden.

Komplexität (Merkmale): Komplexität ist durch Anzahl und Art der Elemente und deren Beziehungen untereinander bestimmbar. Komplexe Prozesse weisen eine Eigendynamik auf und sind meist irreversibel, so dass Handlungen nicht rückgängig gemacht werden können. Wichtigstes Merkmal komplexer Situationen ist die Intransparenz für den Entscheider: Er hat keine Möglichkeit, das Netzwerk zirkulärer Kausalität intuitiv zu erfassen, keine Möglichkeit exakter Modellierung und exakter Prognosen, er muss mit Überraschungen und Nebenwirkungen rechnen. Der Umgang mit komplexen Systemen erfordert ein hohes Maß an Wissen über die kausalen Zusammenhänge der Systemelemente und die Fähigkeit, Komplexität auf wenige Merkmale und Muster zu reduzieren. (zit. nach: Gabler Wirtschaftslexikon)

Daraus kann abgeleitet werden, dass Komplexität immer dann vorliegt, wenn folgende Gründe gegeben sind:

- a. Varietät: Es sind viele Faktoren an einer Situation oder Problemstellung beteiligt
- b. Vernetzungsgrad: Es bestehen viele Ursache - Wirkungs - Beziehungen zwischen den Faktoren untereinander
- c. Diversität: Die Faktoren sind unterschiedlich
- d. Dynamik: Die Geschwindigkeit (Zeitverzögerung) und Stärke der Ursachen sind höchst unterschiedlich
- e. Strukturdynamik: Die Ursache-Wirkungs-Beziehungen können mit der Zeit aufgelöst werden oder neue können entstehen
- f. Öffnungsgrad: Die Abgrenzung zu anderen Systemen ist nur schemenhaft erfassbar (vgl.:<http://conny-dethloff.de/chaostheorie.html>; 18.07.2012)

Es ist heute praktisch nichts mehr so, wie es einmal war- und wenn es etwas gibt, das sich verlässlich vorhersagen lässt, dann dies. Es wird nie mehr so sein, wie es einmal war. Anhand einiger wichtiger, heute erkennbarer Trends werden sich die Funktionen und die Aufgaben der Führungskräfte im betrieblichen Alltag verändern. Hinsichtlich der

steigenden Komplexität werden die Führungseigenschaften Koordination und Integration in Zukunft besonders gefragt sein. (vgl. Doppler/Lauterburg, S. 23)

3.2 Spezielle Rahmenbedingungen

Neben den angeführten - sehr allgemein beschriebenen Rahmenbedingungen - wirken sich bestehende Entwicklungen ganz unmittelbar auf Krankenhäuser bzw. Abteilungen aus. Als zentraler Faktor anzuführen ist, dass Krankenhäuser eine spezielle Organisationsform aufweisen bzw. als eine eigene Organisationsart bezeichnet werden können.

3.2.1 Die Expertenorganisation „Krankenhaus“

Ein Krankenhaus ist ein komplizierter und komplexer Dienstleistungsbetrieb in dem Leistungen von vielen unterschiedlichen Berufsgruppen, Fachbereichen, Abteilungen, Institute, Medizin, Pflege, Verwaltung und Technik integriert werden müssen. Jede Berufsgruppe hat ihre eigenen Ziele und Hierarchien.

Expertenbetriebe wie Krankenhäuser stellen eine sehr anspruchsvolle Organisationsform dar, da der Erfolg dieser Organisation in besonderer Weise von der Kompetenz der Mitarbeiter abhängt und insbesondere folgende Charakteristika aufweisen:

- Der einzelne Mitarbeiter als Experte hat eine relativ starke Stellung durch eine hohe individuelle Autonomie, die als sachliche Voraussetzung zur Ausübung der Expertentätigkeit gesehen wird. Der Experte zeichnet sich durch eine hohe Qualifikation aus und ist seiner Profession hinsichtlich der fachlichen und ethischen Standards verpflichtet. Die Leistungsfähigkeit des Experten ist das Kapital der Organisation. Das wichtigste Produktionsmittel - das Wissen - befindet sich in der Hand der Experten.
- Der Experte identifiziert sich weniger mit der Organisation, in der er arbeitet, sondern stärker mit seiner Profession, der er angehört. Man sieht sich eher als Vertreter eines bestimmten Faches (z.B. Onkologie), denn als Mitarbeiter eines bestimmten Krankenhauses.
- Die Bildung spezialisierter Disziplinen ist nach wie vor der wichtigste Mechanismus in der Produktion von neuem Wissen und zur Sicherung der eigenen Position. In der Dynamik der Spezialisierung sind sachliche Motive, wie neue Möglichkeiten der Krankenbehandlung und der Erkenntnisgewinnung oder die Reaktion auf veränderten Qualifikationsbedarf, mit positionsorientierten Motiven untrennbar verbunden. Da die Reputation sehr von der Originalität der eigenen Expertise abhängt, arbeiten auch viele Experten am Aufbau eines eigenen Spezialfeldes mit

- eigenständigen Inhalten und Methoden, um der ausgewiesene Experte eines neuen Feldes zu werden.
- Auf der Organisationsebene drückt sich die fachliche Spezialisierung in einer fortschreitenden Ausdifferenzierung in Organisationseinheiten aus, die um die Fachgebiete gebaut sind, wie etwa medizinische Abteilungen/Institute und ihre Untergliederungen. Die Expertise wird institutionalisiert, ihre Verankerung in Stellen und Organisationseinheiten eröffnet die Möglichkeit, an der Ressourcenverteilung der Gesamtorganisation teilzunehmen. Die verschiedenen Spezialdisziplinen und Einheiten verfügen über jeweils unterschiedliche Arbeitsformen und Kulturen. Auf der Ebene der Gesamtorganisation wirkt das zusätzlich abgrenzend statt integrierend.
 - Expertenorganisationen werden traditionellerweise von der Verwaltung zusammengehalten. Administrative Fachkräfte und mit Einschränkung auch Techniker sind in Expertenorganisationen, wie z.B. dem Krankenhaus, oft die einzigen Berufsgruppen (Querschnittsfunktionen) mit einem wirklichen fachlichen Interesse an der Gestaltung der Gesamtorganisation.
 - Vielfältige sichtbare und unsichtbare Trennlinien prägen Expertenorganisationen. So werden im Krankenhaus die Arbeitsprozesse in den Kerneinheiten zusätzlich durch die parallelen Hierarchien der Berufsgruppen Medizin und Pflege zerteilt. Horizontal existiert durch die Trennung von Verwaltung und Experten und vertikal durch die parallelen Hierarchien, eine meist sehr strikt gegliederte Hierarchie.
 - Für die österreichische Expertenorganisation ist die Mischung aus sehr hoher individueller Autonomie des Experten und relativ großer Autorität des Staates bei einer gleichzeitig geringen institutionellen Autonomie der Expertenorganisation typisch. Während der einzelne Experte also weite Freiräume bezüglich seiner Arbeitsweise hat, besteht auf der Ebene der Organisation eine große Regelungsdichte, die wenig Spielraum lässt.
 - Da sich die Position des Experten innerhalb der Expertenorganisation wie oben beschrieben durch eine sehr große Autonomie auszeichnet, ist auch die Qualität der Arbeitsleistung hauptsächlich seiner eigenen Selbstkontrolle unterzogen. Daher beschränken sich die einzelnen Experten im Krankenhaus auf die selbstverantwortliche Einhaltung ihrer eigenen wissenschaftlich abgesicherten und anerkannten professionellen Standards und überlassen in einem sehr arbeitsteiligen Prozess die anderen Bereiche weitgehend den anderen Professionen mit deren Standards.
 - Die Expertenorganisationen müssen - durchaus ähnlich einem Konzern mit selbständigen Geschäftsfeldern - ein schwieriges Organisationsparadoxon

bewältigen. Es gilt, die Kerneinheiten in ihrer Autonomie und Leistungsfähigkeit zu stärken und gleichzeitig die Integration und die Entwicklung der Gesamtorganisation zu forcieren. (vgl. Grossmann et.al.; Krankenhaus, Schule, Universität, Charakteristika und Optimierungspotentiale S. 24ff)

3.2.2 Medizinisch-fachliche Entwicklung/Spezialisierung

Die Vielfalt der Lehren und die Zunahme des Wissens haben zu einer Aufgliederung der Medizin in eine große Anzahl von Fachgebieten und Subspezialisierungen geführt (siehe auch 3.2.1). Auch die Krankenpflege hat sich von der rein karitativen Hilfestellung mittlerweile zu einer akademischen Wissenschaft und selbstständigen Stütze der Krankenversorgung entwickelt.

Eine kontinuierlich und schnelle Entwicklung der Medizinischen Operationstechniken wie „die „Minimale Invasive Chirurgie“ (operative Eingriffe mit kleinster Verletzung von Haut und Weichteile) in den letzten Jahren, haben zu maßgeblichen Veränderungen der Arbeitsabläufe geführt.

Beispielhaft – im Bereich der Gynäkologie – steht dafür „Fast Track Surgery“

Die Fast Track Surgery (zu deutsch: "Schnellspur - Chirurgie") ist eine bestimmte Behandlungsform bzw. ein bestimmtes Vorgehen bei operativen Eingriffen der verschiedensten Fachrichtungen. Sie zielt darauf ab, die Traumata einer Operation im Körper möglichst gering zu halten und das postoperative Komplikationsrisiko zu senken, vor allem durch eine Abkürzung der Erholungsphase (Rekonvaleszenz). Der chirurgische Eingriff selbst (die Methode wurde zuerst bei Eingriffen am Colon angewandt) ist nahezu unverändert derselbe geblieben, die meisten dieser Eingriffe werden laparoskopisch durchgeführt. Jedoch lässt sich das Fast- Track- Konzept auch bei konventionellen Operationen mit Laparotomie anwenden.

Das Konzept wurde von dem dänischen Chirurgen Henrik Kehlet am Universitätsklinikum Kopenhagen (Dänemark) Anfang der 1990er Jahre entwickelt. Als er sein Vorgehen in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlichte, wurde er von einer breiten Masse seiner Kollegen belächelt: Dieses Vorgehen wurde als nicht umsetzungsfähig bezeichnet. Schnell setzte sich jedoch die Erkenntnis durch, dass es sehr wohl von Vorteil ist, Patienten solch eine Behandlungsform zuzumuten. Kehlet setzte damit wieder klassische chirurgische Traditionen aus der der Zeit vor der Narkose um. (vgl. <http://www.pflegewiki.de/Fast-Track-Surgery>,10.07.2012 15.00)

Eckpunkte des Konzeptes

Das Trauma für den Körper möglichst gering halten bedeutet, dass die physiologischen Abläufe im Organismus möglichst wenig durch den Eingriff durcheinander gebracht

werden. Beispielsweise wird eine den Kreislauf sehr belastende präoperative Lavage des Darmes mit verschiedensten Spülungen nicht mehr angewandt. Die Narkosezeit wird auf das Minimum der Notwendigkeit verkürzt, ebenso werden Medikamente eingesetzt, die der Körper schnell abbauen kann oder die den Organismus nur minimal beeinträchtigen. Eine nahezu vollständige Schmerzausschaltung über einen intraoperativ eingesetzten Epiduralkatheters erlaubt eine rasche postoperative Remobilisation. Der Atonie des Darmes wird dadurch entgegengewirkt, dass die Patienten bis kurz vor dem Eingriff noch Flüssigkeiten zu sich nehmen können und bereits am OP-Tag selbst wieder trinken dürfen und ein schneller Kostaufbau erfolgt. Ebenfalls wird durch eine strikte Vermeidung von Opioiden zur Analgesie die Darmmotilität unterstützt, damit werden auch Übelkeit und Erbrechen weitgehend vermieden. Somit werden bereits am OP-Tag gefürchtete postoperative Komplikationen wie Pneumonie, Thrombose, Lungenembolie, Emesis oder eine Paralyse des Darmes umschifft. Die einzige Komplikation, die man auch mit der Fast Track Surgery nicht ausschalten kann, ist die der Anastomosendehiszenz. Jedoch zeigen Studien, dass weder die frühzeitige Nahrungsaufnahme noch der Stuhlgang an sich darauf direkten Einfluss nehmen. Aufgrund der Mobilisation, die bereits am OP-Tag beginnt, beugt man einer Pneumonie, Thrombose oder Embolie vor. Die Lunge kann optimal belüftet werden, dafür sorgt auch die Schmerzausschaltung mit der damit verbundenen Möglichkeit tief ein- und auszuatmen. Die Muskel-Venen-Pumpe wird sofort wieder aktiviert, was die Gefahr eines thrombotischen Geschehens minimiert, gleichzeitig fördert die Mobilisation die Peristaltik. (vgl. http://www.pflegewiki.de/wiki/Fast_Track_Surgery; 10.07.2012,15.00)

3.2.3 Patientenorientierung

Seit Hippokrates´ Zeiten ist die Medizin auf das Wohl des Kranken ausgerichtet und daran hat sich bis heute nichts geändert. Gerade weil die moderne Medizin ein komplexes, technisiertes und arbeitsteiliges System geworden ist, reicht es zur Erfüllung der Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten nicht mehr, dass jeder für sich nach besten Wissen und Gewissen sein fachliches Können umsetzt. Der Patient ist mehr als die Summe seiner Symptome und Diagnosen, und möchte als dieses Mehr gesehen und behandelt werden. (vgl. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen; Patientenorientierte Stationsorganisation, S. 10f)

Zufriedenheit ist nicht nur wenn die medizinische Behandlung qualitativ hochwertig ist, sondern auch das subjektive Befinden wie Unterbringung, Verpflegung und Freundlichkeit des Personals. Ebenfalls die Ressource Zeit (siehe allg. Rahmenbedingungen) spielt eine große Rolle. War der durchschnittliche Patient früher die erdulden, dankbare, leicht zufrieden zu stellende Person, sehen sich Krankenhäuser zunehmend mit fordernden,

hinterfragenden, gelegentlich sogar Behandlungsvorschläge ablehnenden Kunden konfrontiert. Konkret drückt sich diese Veränderung in den Erwartungen und Wünschen nach mehr Transparenz des Leistungsangebotes, einer ärztlichen Zweitmeinung zu Diagnosen oder alternativen Behandlungs- und Heilmethoden aus. Das Ziel von Patientenorientierung ist das größtmögliche Wohlbefinden der Patienten. Als wesentlicher Motivationsfaktor erscheint dabei, dass viele Evaluierungen eindeutig gezeigt haben : – die Patientenzufriedenheit hängt unmittelbar mit der Mitarbeiterzufriedenheit zusammen. (vgl. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen; Patientenorientierte Stationsorganisation, S. 13ff)

Die Ausrichtung der Ablauforganisation auf „Kundenwünsche“ rückt im Gesundheitswesen immer mehr in den Mittelpunkt und wird zukünftig eine wichtige Voraussetzung für eine langfristige Existenzsicherung im Krankenhaus darstellen. (vgl. Skowronnek, Bader; S. 45)

Damit steht Patientenzufriedenheit in einem unmittelbaren ökonomischen Zusammenhang. Nachweislich fühlen sich zufriedene Patienten mehr an einen Leistungsanbieter gebunden, und kehren ebenso mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu diesem zurück. (vgl. Döhr; S. 304f)

Prof. Rüegg- Sturm geht noch einen Schritt weiter: Patienten sind nicht einfach Kunden, sondern als Ko- Produzenten zu betrachten.

3.2.4 Demografische Entwicklung

Die demografische Entwicklung allgemein und in Österreich, welche sich grundsätzlich in einem steigendem Anteil der älteren und einem sinkendem Anteil der jüngeren Generation ausdrückt, hat ganz wesentliche Auswirkungen auf beinahe alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. Dabei wird die demografische Entwicklung von folgenden drei Tendenzen maßgeblich geprägt:

– Steigende Lebenserwartung

Die Lebenserwartung steigt im Durchschnitt um zwei Jahre pro Jahrzehnt. Derzeit liegt sie bei 77,7 Jahren bei Männern und 83,1 Jahren bei Frauen.

– Niedrige Fertilität

Die „Fertilitätsrate“ in Österreich liegt bei 1,44 Kindern pro Frau, was deutlich unter dem Reproduktionsniveau liegt.

– Zunehmende Migration

Der Bevölkerungszuwachs in Österreich basiert hauptsächlich auf einem positiven Wanderungssaldo. Ohne Zuwanderung würde die österreichische Bevölkerung stagnieren, bzw. mittel- bis langfristig schrumpfen. Diese Wandlungsprozesse haben weitreichende Auswirkungen auf unsere Gesellschaft, unter anderem auf Wirtschaft, Unternehmen und Arbeitsmarkt, auf Politik und Sozialsysteme.

Der steigende Anteil der Bevölkerung im fortgeschrittenen Alter hat erhebliche Implikationen für die Stabilität und Nachhaltigkeit der Sozial- und Pensionssysteme. Werden die derzeitigen politischen Strategien beibehalten, wird die zunehmende Alterung der Bevölkerung immer höheren Druck auf die öffentlichen Ausgaben ausüben. (vgl. http://portal.wko.at/wk/format_detail.wk?angid=1&stid=643578&dstid=19,10.07.2012,15.00)

3.2.5 Finanzierung

Seit 1997 gibt es in Österreich das leistungsorientierte Krankenhausfinanzierungssystem (LKF). Damit wurde die Umstellung von einer pauschalen Tagesfinanzierung auf ein Finanzierungssystem, welches sich auf erbrachte Leistungen und Diagnosen stützt vollzogen. Das Ziel von LKF sollte sein, eine höhere Kosten- und Leistungstransparenz, den medizinischen Erfordernissen angepasste kürzere Belagsdauer, Reduktion der Mehrfachleistungen und reduzierte Krankenhausaufenthalte sicherzustellen.

Die finanzielle Situation in den Krankenhäusern hat sich durch sinkende Einnahmen bei budgetierten Leistungen, steigende Lohnkosten und Wettbewerbssituation verschlechtert. Die Folgen daraus sind Personalabbau, vor allem im Pflegebereich, bei gleichzeitig steigender Leistungsverdichtung und steigendem Qualitätsanspruch in der Versorgung (vgl. Thiry /Pape; S. 27f)

Zunehmend wird sichtbar, dass die bestehenden Rahmenbedingungen den Veränderungsdruck auf Krankenhäuser und Abteilungen erhöhen. Ausgelöst von den speziellen Dynamiken – wie oben angeschnitten – entsteht, aufgrund der Ressourcenverknappung und zunehmenden Spezialisierung, ein immer höherer Integrationsbedarf, welchem vorrangig durch Administrierung begegnet wird. Dies mündet darin, dass Experten sich dazu wie folgt äußern: „Wir müssen etwas tun, und dann müssen wir es aufschreiben. Und manchmal dauert das Aufschreiben länger als das Machen.“ (vgl. Rüegg- Sturm et. al., S. 271)

Zudem wird sichtbar, dass aufgrund demografischer Entwicklungen und damit einhergehender fachlicher Aufgabenstellungen sowie sich verändernder Patientenbedürfnisse die Anpassungsaufforderungen und –notwendigkeiten zunehmen.

Eine Steuerung ausschließlich nur über die Forderung nach mehr Effizienz und Kostensenkung greift – wie ich zeigen möchte - zu kurz und bringt für die bestehenden Organisationen nicht nur große Probleme, sondern stellt auch deren Funktionsfähigkeit in Frage. Dabei wird deutlich, dass die Veränderungen durch flankierende Maßnahmen

unterstützt werden müssen, wenn sie zum Erfolg führen sollen. Diese Maßnahmen beziehen sich auf die fragmentierte Organisation als soziale Struktur - unter Berücksichtigung der Besonderheiten einer Expertenorganisation - mit ihren zentralen Leistungsprozessen sowie auf die Kunden- bzw. Patientenbedürfnisse.

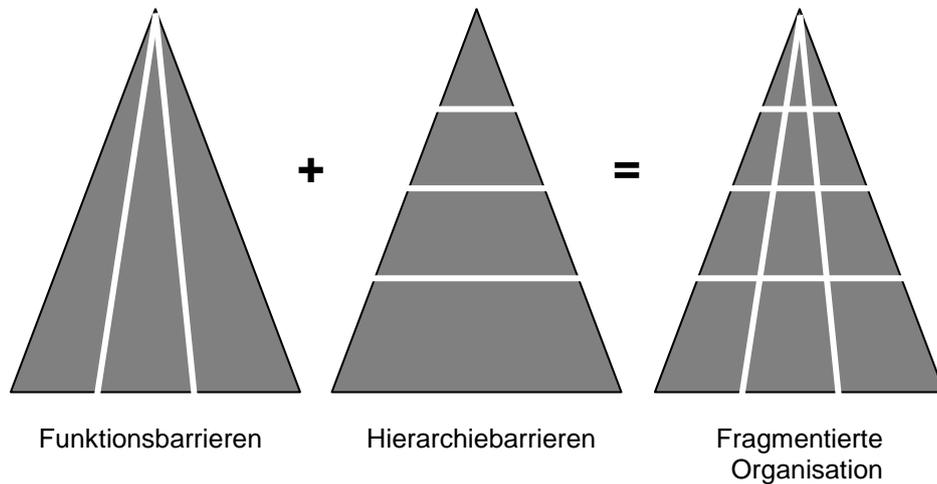


Abbildung 3: Fragmentierte Organisation

Der beschriebene Veränderungsdruck – im Sinne einer immer stärker eingeforderten Effizienzsteigerung- soll gemäß meiner zentralen Fragestellung im Weiteren, mit dem Fokus auf die Theorie des Prozessmanagements und der Prozessoptimierung beantwortet werden.

4 PROZESSMANAGEMENT

Die ersten theoretischen Auseinandersetzungen mit der Gestaltung von Arbeitsabläufen fanden schon im 18. Jahrhundert statt. Auslöser dafür war die industrielle Entwicklung. Die Prozessorganisation kommt in erster Linie aus der Industrie und Produktion. Immer komplexer werdende Abläufe in Dienstleistungsunternehmen sowie die Informationstechnologie setzten große Erwartung und eine deutliche Entlastung der Routine. Am Anfang stand die Informationstechnologie im Vordergrund, diese stellte nur teilweise eine Unterstützung dar. Bald schon erkannte man, dass der Mensch wieder ins Zentrum der Informationsverarbeitung rücken muss. Die zunehmende Flut an Informationen kann nur durch kreativ mitarbeitende Personen bewältigt werden. In der historischen Betrachtung ist es auffällig, dass die Strukturen die Abläufe bestimmen und nicht umgekehrt.

- zu lenken, die ihrer Geschäftstätigkeit zugrunde liegen. Dabei kann sich herausstellen, dass bisher verfolgte Regeln falsch, veraltet oder ungeeignet sind.
2. Radikales Redesign: BR versteht darunter, dass man einen klaren Trennstrich zu Vergangenheit zieht. Die Arbeit soll auf eine vollständig neue Art und Weise erledigt werden; bestehende Strukturen und Verfahrensweisen finden keine Berücksichtigung mehr („Tabula-rasa-Prinzip“). Das Redesign bezieht sich in den meisten Fällen auf das gesamte Unternehmen („Ganzheitlichkeit“).
 3. Prozesse: Die Prozessorientierung ist das wichtigste Element und kann als Grundidee bezeichnet werden. Sie besteht darin, dass Unternehmen nicht mehr vertikal nach Funktionen, sondern horizontal nach Prozessen zu gliedern sind. BR fokussiert sich auf die Kernprozesse des Unternehmens.
 4. Verbesserungen um Größenordnungen: Bei BR geht es nicht um geringfügige Verbesserungen. Es werden Quantensprünge verlangt, d. h. Verbesserungen von weit mehr als fünf oder zehn Prozent. (vgl. Hammer/Champy 1994)

Prozessmanagement sollte in fünf Schritten erfolgen:

- Prozessverantwortung und Handlungskompetenz festlegen
- Beschreibung des Prozesses
- Messung des Prozesses
- Beherrschung des Prozesse
- Kontinuierliche Verbesserung des Prozesses (vgl. Greiling,2002, S. 38)

4.1.1 Phasen von BR

Phase 1: Voruntersuchung

Diese verfolgt das Ziel, die Geschäfte und Prozesse der Leistungserstellung zu strukturieren und die Veränderungsbereitschaft der Mitarbeiter festzustellen.

Phase 2: Analyse der Geschäftsprozesse

Anhand von quantitativen und qualitativen Messkriterien werden die Prozesse untersucht und ein erstes Prozessdesign entworfen.

Phase 3: Neues Prozessmodell

Dieses beinhaltet sämtliche Kernprozesse (Hauptprozesse) unterstützende Prozesse (Hilfsprozesse).

Phase 4: Umsetzungsplan

Er bildet die zu realisierenden Veränderungen ab und zeigt die zeitlichen Meilensteine des BR-Projektes auf.

- Phase 5: Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
Mit Hilfe von Kontrollen der erzielten Resultate (Vergleich der Soll- mit den Ist-Prozessen) können Abweichungen können frühzeitig erfasst und bereinigt werden. Aber auch ein systematisches Benchmarking (intern und/oder extern) kann zu einer Optimierung der Prozesse beitragen.
- Phase 6: Erneutes Reengineering
Falls notwendig, können die Prozesse nach einiger Zeit einem erneuten BR unterzogen werden. (vgl. Hammer/Champy 1994)

4.1.2 Kritische Würdigung des Konzeptes

Den zentralen Ansatzpunkt des Konzeptes stellt deshalb Hammer/Champy das Gesamtunternehmen dar, was zu einer eingeschränkten Realisierung auf reiner Abteilungsebene führt, da eine beachtliche Anzahl von übergreifenden Unternehmensprozessen nicht aus den Bemühungen einer Abteilung heraus einer Änderung zugeführt werden können.

Weitere Kritikpunkte sind

- die Radikalität des Gesamtkonzeptes und
- die Dominanz der Prozessorientierung.

Jedenfalls greift das BR Konzept wesentliche „Faktoren“ eines Krankenhauses nicht auf. Hervorzugeben sind ins besonders die Aspekte der Expertenorganisation (siehe 3.2.1) – im Gegenteil, das Konzept betont doch eine stark linear-kausale Logik, welche der Komplexität und dem Spezialisierungsgrad eines Krankenhauses nicht gerecht werden kann – und der Patientenorientierung (siehe 3.2.4) – unter dem Gesichtspunkt, dass der Patient als Ko-Produzent zu betrachten ist.

Mitarbeiter sehen dieses radikale Konzept als Bedrohung ihres Arbeitsplatzes, sie verfolgen daher auch eigene Interessen um ihre Arbeit zu sichern, Arbeitsabläufe und Teams werden – entgegen erfolgreich etablierter Routinen – auseinander gerissen.

Die gewachsenen Fähigkeiten und bestehenden Abläufe eines Krankenhauses - in ihrer täglich praktizierten Form - finden keine oder nur geringe Berücksichtigung. Damit kommt es zu einem radikalen Bruch mit gewachsenen Denk- und Deutungsmustern und zu einer Überforderung der Organisation und deren Mitgliedern. Zudem wird sehr schnell sichtbar, dass das Verständnis darüber, was Prozessmanagement ausmacht, bei vielen Beteiligten sehr weit auseinander geht, da das Thema Prozessmanagement im Krankenhaus relativ undifferenziert bearbeitet wird. Viele Erfahrungen mit Prozessmanagement sind in Krankenhäusern mit dem Thema Qualitätsmanagement verbunden. Dabei werden Prozesse vorrangig - gemäß der Praxis - als Soll Prozesse dokumentiert und

standardisiert. Mit jedem Vorgehen sind völlig unterschiedliche Herausforderungen für das Organisieren und Führen verbunden, je nachdem, ob es sich beispielsweise um eine Zertifizierung oder um eine Optimierung handelt. (vgl. Rüegg-Sturm et.al.; S.1673f)

Damit wird eine differenziertere Betrachtungsweise des Prozessmanagements im Krankenhaus notwendig, welche Prozessmanagement nach ihren Wirkungsbereichen und nach ihrer Radikalität unterscheidet.

4.1.3 Differenzierung des Begriffes Prozessmanagement

Diese Differenzierung gliedert sich in vier Kategorien Dokumentation, Design, Optimierung und Revolutionäre Erneuerung.

a) Dokumentation

Im Rahmen von oftmals gesetzlich vorgeschriebenen Qualitäts- und Zertifizierungsmaßnahmen wird Prozessmanagement in dieser Spielart im Wesentlichen als Dokumentation von Soll-Prozessen verstanden, die sich in relativ abstrahierter Form an den Ist-Prozessen orientiert. Ziel ist es, Transparenz, rechtliche Sicherheit und Verbindlichkeit über relevante Abläufe zu erhalten und ein angemessenes Qualitätsniveau sicherzustellen. Der Wirkungsbereich erstreckt sich meist auf Prozesse innerhalb von Fachbereichen und Abteilungen. Ein solches Dokumentationsverfahren entfaltet in der Regel nur beschränkte Wirkung auf eine Organisation, weil die Veränderung alltäglicher, routinierter Interaktionspraktiken dabei nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit steht.

b) Design

Der Ausgangspunkt dieser Spielart ist die Gründung eines neuen Spitals, einer neuen Klinik oder eines Versorgungsnetzwerks. Die Organisationsarbeit beginnt auf der grünen Wiese, d.h. in einem «geschichtsfreien» Raum. Im Gegensatz zur Spielart «Dokumentation» handelt es sich also bei der Spielart «Design» um eine komplette Neugestaltung von Prozessen, ohne dass bereits Ist-Prozesse vorhanden wären. Idealerweise werden in einem solchen Verfahren zusammen mit den zukünftigen Mitarbeitenden optimale Soll-Prozesse erarbeitet, vergemeinschaftet und dokumentiert. Dies bildet die Grundlage für die Einarbeitung der Mitarbeitenden und die Routinisierung der zukünftigen Abläufe.

c) Optimierung

Unter «Optimierung» ist ein Vorgehen zu verstehen, das von der gegenwärtigen Organisationspraxis ausgeht und versucht, diese kontinuierlich und sukzessiv

weiterzuentwickeln und zu verbessern. Diese Vorgehensweise zielt in der Regel auf Optimierungen innerhalb eines Fachbereiches ab.

d) Erneuerung

Am radikalsten gestaltet sich eine «revolutionäre Erneuerung» von Abläufen. Unter der Bezeichnung Business Reengineering oder Business Process Redesign hat sie sowohl in der Krankenhausliteratur als auch in der Krankenhauspraxis zwischenzeitlich einen hohen Popularitätswert erreicht. Pauschale Übertragungen des Konzepts auf den Krankenhauskontext sind jedoch meist gescheitert.

Gründe dafür gibt es zahlreiche. So sind Patientenprozesse als Gesamtheit aller Aktivitäten der Anamnese, Diagnose und Therapie meist viel weniger linear und weniger planbar als Produktionsprozesse in der Industrie (OP-Prozesse mögen hier eine Ausnahme sein).

Vergleicht man diese hier knapp skizzierten Spielarten des Prozessmanagements unter dem Aspekt einer nachhaltigen Optimierungswirkung oder gar organisationalen Innovation, so fällt auf, dass die Varianten Dokumentation und revolutionäre Erneuerung implizit ein ziemlich simplifizierendes Organisationsverständnis mitführen. Sie reduzieren Abläufe auf eine technisch-sachlogische Tätigkeitsfolge; soziale Beziehungsgefüge sowie Interaktionen zwischen den Mitarbeitenden untereinander und mit ihren Aufgabenbereichen finden wenig Beachtung. Ebenso werden vielschichtige kulturelle Praxiswelten, wie sie insbesondere für Krankenhäuser typisch sind, und gewachsene Strukturen als Kontext alltäglicher Prozesse kaum berücksichtigt. Das Gleiche gilt für nichtlineare Abläufe und Unerwartbarkeiten, mit denen Krankenhäuser mehr als andere Organisationen konfrontiert sind. (vgl. Rüegg-Sturm et.al.; S. 1673ff)

4.2 Zwischenresümee

In der gezeigten Betrachtungsweise des Business Reengineering Konzeptes bzw. innerhalb der Varianten Dokumentation und revolutionäre Erneuerung wird der Fokus auf Zuständigkeiten, Aufgabenverteilungen, die Spezifikation von Daten und Datenflüssen im Sinne von sachanalytischen Problemstellungen bearbeitet. Dahinter steht die Annahme, dass die Spitalsorganisation vornehmlich sachanalytisch in Richtung eines technisch regelbaren Wirkungsgefüges aufzufassen ist, in dem das vorhandene Wissen problemlos transportierbar wäre. Diese Vorstellung ist problematisch, da in der täglichen Arbeit die Mitarbeiter unterschiedlicher Professionen immer mit Ungewissheit umgehen müssen. Die gemeinsame Interpretation komplexer Krankheitsbefunde ist als wesentlicher Bestandteil der täglichen Routine zu betrachten. Damit strukturieren sich Aufgaben, Rollen und

Zuständigkeiten erst im täglichen Vollzug aufeinander bezogener Handlungen. In diesem Vollzug formieren sich wechselseitige Erwartungen, die weder festgeschrieben noch beliebig sind. Das heißt in Spitälern ist der Ausnahmefall weitgehend der Normalfall und genau darauf ist das Organisieren auszurichten. Für die Organisation des Behandlungskontextes kommen die Weiterentwicklung von Koordinationspraktiken und strukturierter Kommunikations- und Entscheidungsforen große Bedeutung zu. Dies wird spätestens dann sichtbar, wenn beispielsweise der Patient zur Visite nicht anwesend ist, wenn Unterlagen fehlen, wenn sich Termine überschneiden.

In diesen konkreten Situationen gilt es dann zu improvisieren. Derartige Formen der Improvisation lassen zusätzliche Ungewissheit entstehen und gleichzeitig sinkt tendenziell die Zeit für die originäre pflegerische und ärztliche Arbeit. Außerdem gerät die kommunikative Dimension von Organisieren zunehmend aus dem Blick. Man gerät sehr schnell in eine Administrationsfalle welche vielerorts zu neuen Regelungen, Vorschriften und Anweisungen führt. (vgl. Rüegg-Sturm et. al.;2008, S. 273)

Krankenhäuser müssen - aufgrund der aufgezeigten, sich ändernden Rahmenbedingungen - immer schneller integrieren. Die Integration erscheint durch reine Standardisierung unlösbar, denn in einer sich ständig ändernden Welt können bzw. dürfen Ordnung, Abläufe und Prinzipien nicht absolut stabil bleiben. Vielmehr müssen sich Organisationen oder Abteilungen den Entwicklungsaufgaben stellen, um sich an die neuen Bedingungen anpassen zu können. Dabei erscheint es notwendig, dass alle bestehenden Wirkkräfte auf personaler, interaktioneller, organisatorischer und kultureller Ebene Berücksichtigung finden. Unter den – von mir beispielhaft beschriebenen Aspekten – greift „reines“ Prozessmanagement jedenfalls zu kurz. Vielmehr müssten umfassende Organisationsentwicklungsprozesse in Gang gesetzt werden, um - einerseits organisatorische aber andererseits auch dem Gesundheitssystem zugrunde liegend gesamtstrukturelle - Antworten entwickeln zu können.

Hinsichtlich meiner Fragestellungen möchte ich zwei theoretische Antworten anbieten. Diese sind, auf der Abteilungsebene hinsichtlich der Prozessoptimierung das Konzept des evolutionären Prozessmanagements und auf der Ebene der Gesamtorganisation Krankenhaus das Konzept des Case Managements.

5 THEORETISCHE LÖSUNGSANSÄTZE

Die Umsetzung eines allumfassenden Organisationsentwicklungsprojektes erscheint, bei volllaufendem Betrieb eines Krankenhauses, als ein sehr komplexes und nicht rasch realisierbares Unterfangen, da unterschiedliche Abteilungen vor unterschiedlichen Herausforderungen stehen. Gemäß meiner Forschungsfrage und der bisherigen Ausführungen sind potentielle Lösungsansätze jedenfalls auf zwei Ebenen der Organisation zu etablieren, da sie sonst zu kurz greifen würden. Einerseits ist die Notwendigkeit gegeben, bestehende Prozesse auf Abteilungsebene zu optimieren und an die gegebenen bzw. zukünftig zu erwartenden Rahmenbedingungen anzupassen. Andererseits muss ein – die gesamte Organisation Krankenhaus betreffender – Integrationsmechanismus etabliert werden.

5.1 Evolutionäres Prozessmanagement

Die evolutionäre Prozessoptimierung nimmt gewachsene Fähigkeiten eines Krankenhauses und der bestehenden Arbeitsabläufe in ihrer täglich praktizierenden Form zum Ausgangspunkt einer umsichtigen Weiterentwicklung. Ein radikaler Bruch von Denk- und Bedeutungsmustern sowie eine Überforderung der Organisation werden somit verhindert, eine Realisierung nachhaltiger Veränderungen daher möglich. Das Einbeziehen von Mitarbeitern verschiedener Professionen und Hierarchieebenen erhält damit eine breite und „aktive“ Abstützung. Eingespielte Interaktionen zwischen den Beteiligten führen durch kleine, verkräftbare Schritte zum Erfolg. Mittels Reflexionsschleifen können Vorgehensweisen oder Themen überdacht werden und gegebenenfalls modifiziert werden. Die Bereitstellung und Entwicklung förderlicher Arbeitsbedingungen sind in entscheidender Weise (neben einer umsichtigen Gestaltung der Optimierungsmaßnahmen) erforderlich. Identifikation von „best practices“ im Krankenhaus, Reduktion von Schnittstellen und Medienbrüchen (= Fehlerquellen), saubere Definition von Informationsformaten an den verbleibenden Schnittstellen und eine genaue Klärung von Spielregeln der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit, sind unerlässlich für eine Optimierung. Die Umsetzung der evolutionären Prozessoptimierung erfolgt neben den intensiven und anspruchsvollen Alltagsbetrieb, vergleichbar „Radwechsel beim fahrenden Auto“.

5.1.1 Sechs generische Schritte einer „Evolutionären Prozessoptimierung“

SCHRITT 1: **Institutionelle Verankerung des Optimierungsvorhabens**

- Einrichtung transparenter Projektstrukturen
- Erwartungs-, Auftrags- und Rollenabklärung

Es beginnt mit einer Schaffung eines arbeitsförderlichen Kontexts.

Die Erwartungs-, Auftrags- und Rollenabklärung verbunden mit der Einrichtung transparenter Projektstrukturen sollten geklärt werden. Die Bildung verschiedener Teams wie:

- a) Kernteam: wenig zentrale Akteure, Übernahme der übergreifenden Koordination des Veränderungsprozesses, alle Fäden laufen hier zusammen
- b) Steuerungsgruppe: Repräsentanten aller wichtigen Bereiche und Professionen. Sie übernehmen größere Entscheidungen kritisch zu überdenken, zu autorisieren, legitimieren und motivieren sowie mobilisieren die Betroffenen für die Veränderungsarbeit.
- c) Arbeitsteams: bei Voranschreiten des Projektes werden die beiden oben genannten Gruppen durch dieses Team ergänzt. Sie bearbeiten spezifische Optimierungsaufgaben und setzen diese um.

SCHRITT 2: **Vorbereitung der Prozessanalyse**

- Bestimmung geeigneter Patientenpfade und Interviewpopulationen
- Zielsetzung und Planung des Vorgehens

Es ist weder machbar noch sinnvoll alle Patientenpfade (Prozesse) gleichzeitig zu optimieren. Die Steuerungsgruppe erhebt z. B. durch Workshops einige strategisch wichtige Patientenpfade für die Prozessanalyse. Dafür werden wiederum geeignete Abteilungs- und Hierarchie übergreifende Interviewpopulationen bestimmt. Sie werden über den Kontext, die Zielsetzung und das geplante Vorhaben vorrangig zur Prozessaufnahme informiert.

SCHRITT 3: **Durchführung von Interviews zur Aufnahme**

- Rekonstruktion der Patientenpfade
- Visualisierung des Prozesses

Der Beginn der Prozessanalyse erfolgt mit der Aufnahme einzelner Tätigkeiten wie sie routinemäßig im Alltag vollzogen werden. Die Patientenpfade sollen somit teilweise rekonstruiert und mit Hilfe von

einfachen Visualisierungstechniken wie z.B. Prozess Mapping Software sichtbar gemacht werden. Auf diese Weise können Mitarbeiter unmittelbar Einfluss nehmen und die Korrektheit überprüfen.

Das Visualisieren und das Schaffen von Transparenz ist das Ziel einer Prozessdarstellung (Prozess-Struktur-Transparenz). Nicht die Beschreibung der Abläufe sollte im Vordergrund stehen, sondern das Erkennen von Ineffizienz und Ineffektivität. Daher ist es wichtig, eine bildliche bzw. grafische Darstellung, sowohl was die Analyse betrifft, als auch bei der Entwicklung neuer Prozesse, allen anderen Dokumentationsformen vorzuziehen. (vgl. Greiling, 2002, S. 48)

SCHRITT 4: Erarbeitung integraler Prozesspläne

- Röntgenbild organisationaler Abläufe
- Primäre Arbeitsbasis der gemeinsamen Diagnosearbeit und Optimierungsmaßnahmen

Die dokumentierten Einzelsichten werden in einen Prozessplan integriert und gut sichtbar in ausgedruckter Form ausgehängt. Diese „Röntgenbild“ stellt die primäre Arbeitsbasis für die gemeinsame Diagnosearbeit und die davon abzuleitenden Optimierungsmaßnahmen dar.

SCHRITT 5: Mobilisierungs- und Review- Workshop

- Schnelle Veränderungen werden sichtbar- Motivation der Mitarbeiter
 - Gemeinsame Verbesserungspotentiale und Optimierungsmaßnahmen
- Die visualisierten und integrierten Prozesssichten sollten (zeitnah an die Prozessaufnahme) möglichst einer großen Anzahl von involvierten Mitarbeitern vorgestellt und gemeinsam reflektiert werden. So erhalten die Beteiligten erstmals die Möglichkeit, Patientenpfade an denen sie tagtäglich mitwirken, in ihrer Gesamtheit zu betrachten und die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Wertschöpfungsaktivitäten nachzuvollziehen. Gemeinsam können Verbesserungspotentiale identifiziert und geeignete Optimierungsmaßnahmen abgeleitet werden. Es werden so nicht nur langfristige zu realisierende Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt, sondern es ergeben sich daraus oft kurzfristig zu erzielende Möglichkeiten Optimierungen durchzuführen. Die schnelle und gut sichtbare Veränderung motiviert die Mitarbeiter, was auch für den weiteren Fortgang des Prozesses nicht unwesentlich ist.

SCHRITT 6: Spezifikation, Umsetzung und Überprüfung der Optimierungsmaßnahmen

- Prozesse in Teilabschnitten gegliedert, Module in kleinen Arbeitsteams bearbeiten

Zielführend ist es, Prozesse in Teilabschnitte zu gliedern, wie z. B. die geplante stationäre Aufnahme. Es ergeben sich daraus beispielsweise Module „der Patienten-Aufnahme“, „Vorstellung in der Gynäkologischen Ambulanz“, „Anamnese“, „Termin disposition“, „Operations- bzw. Behandlungspfad“, „Entlassung/Nachsorge“, und „Patientenabrechnung“. Die Module sollten in kleinen Arbeitsteams bearbeitet werden.

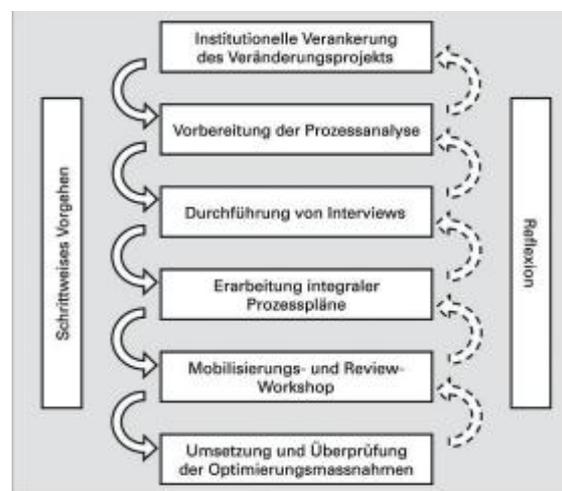


Abbildung 5: Evolutionäres Prozessmanagement

Die evolutionäre Prozessoptimierung ist keine schnelle und kurzfristige Methode für eine Krisensituation. Das bedeutet, sich auf einen vielschichtigen und längerfristigen Prozess des Wandels einzulassen, der im Detail und konkreten Verlauf nicht planbar ist. Im Mittelpunkt steht dabei die Optimierung und Vereinfachung von gewachsenen, standardisierten Abläufen (Arbeitsroutinen) und zu verstehen. Grundlegende Aspekte einer nachhaltigen Zukunftssicherung wie z.B. Fragen der Strategie des Medien- und IT-Einsatzes. Gewachsene Denk- und Deutungsmuster und eine Überforderung der Organisation erfolgen nicht durch einen radikalen Bruch. Das Ziel einer evolutionären Prozessoptimierung ist nicht nur eine effiziente und qualitative Leistungserstellung, sondern ist als eine strategische „Reflexionsplattform“ zu, Führungs-, Struktur-, Personal-, Kultur- und Technologieentwicklung, im Sinne einer integrativen Unternehmensentwicklung, sollten gemeinschaftlich konstruktiv erarbeitet werden. (vgl. Rüegg-Sturm et.al.; 2009, S. 1391ff)

5.2 Case Management

Definition der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management:

Case Management ist ein Prozess der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Patientenversorgung über alle Abteilungen eines Klinikums und darüber hinaus. Es umfasst die Einschätzung, Planung, Dokumentation, Koordination, Organisation und Evaluation von Gesundheitsleistungen. Die individuellen medizinischen und pflegerischen Bedarfe (Hilfe- und Unterstützungsbedarfe) eines Patienten werden vom Case Manager mit dem Patienten eruiert und geplant. Der Case Manager erfasst die prospektiven Pflegebedarfe mit Unterstützung eines geeigneten Assessmentinstruments. Der Case Manager begleitet den Behandlungsverlauf eines Patienten unter den Aspekten der Qualitätssicherung und der Kostenkontrolle. Dabei organisiert es primär interne Prozesse des Klinikums. Sind darin vor- und nachstationäre Prozesse mit einbezogen, werden diese ebenfalls vom Case Manager organisiert. Patientenversorgung ist eine dem individuellen, professionell und wissenschaftlich anerkannten Bedarf von entsprechende, also „indizierte“, sich auf Leistungen mit hinreichend gesicherten Nettonutzen beschränkende und fachgerechte Versorgung ist eine bedarfsgerechte Versorgung.

Case Management wird derzeit individuell von mehreren Personen betrieben. Durch Implementierung von Case Management kann die Verweildauer optimiert, bevorstehende Entlassungen und Verlegungen der Patienten frühzeitig organisiert werden und termingerechte Einbindung von extramuralen Diensten für die weiter Versorgung der Patientin zu Hause erfolgen. Da die Aufnahme und Entlassung rein medizinische Anforderungen berücksichtigt und die Pflege auf Stationsebene erfolgt, wäre eine Vernetzung von Medizin und Pflege wünschenswert. Ein hoher Aufwand an doppelten Arbeitsleistungen, Informationsverlust, unzureichende Kommunikation, Missverständnisse, lange Wartezeiten, unnötige Wiederaufnahmen könnten vermieden werden. Solche Störungen führen zur Verzögerung der Behandlung, Fehlbelegungen und wirtschaftlichen Risiken. (vgl. Franke, S.162)

6 RESÜMEE UND PRAXISREFLEXION

„Vor allem die Verwirrung um den Unterschied zwischen Effektivität und Effizienz machen. Es gibt sicherlich nichts Sinnloseres, als mit großer Effizienz Dinge zu erledigen, die eigentlich gar nicht getan werden sollten.“ (vgl.: Druck, S.105)

Gelebte Prozesse und Arbeitsabläufe, wie z.B. das Aufnahme- und Entlassungsmanagement der Abteilung, sind im Laufe der Jahre gewachsen und bilden

die interne Auffassung der Patientenwünsche, die ärztlichen Zuweiser- Gepflogenheiten bzw. den „Hausbrauch“ ab.

Es entstehen dabei – im Laufe der Zeit – Routinen, die einen wachsender Bedarf an Re-Integration und Ausrichtung der medizinischen und pflegerischen Wertschöpfung auf die Gesamtbefindlichkeit von Patienten durch

- patientenorientiertes Prozessmanagement und Entwicklung integrierter Versorgungsnetzwerke
- bewussten Umgang mit Komplexität durch Standardisierung und Modularisierung beinhalten. (vgl. Rüegg-Sturm et.al.; Evolutionäre Prozessoptimierung, S. 1391ff)

Für mich lassen sich viele der aufgezeigten Punkte darin zusammenfassen, dass sich unsere Abteilung - aber auch ganze Krankhäuser – mit der Notwendigkeit Veränderungsprozesse in Gang zu setzen, konfrontiert sehen.

Viele notwendige Teilaspekte sind dabei bereits vorhanden und erleichtern eine gezielte Bearbeitung. Zum Beispiel liegen visualisierte Prozesse vor, auf welche gezielt aufgebaut werden kann.

Dabei erscheint mir, dass auf einen wesentlichen Erfolgsfaktor im Rahmen von Prozessmanagement - welche jedenfalls als Veränderungsprozesse zu betrachten sind - sehr oft vergessen wird: Betroffen zu Beteiligte machen.

Mitarbeiter die an Change Prozessen (Veränderungsprozessen) beteiligt sind, verlieren ihre Veränderungsängste und den damit verbundenen persönlichen Widerstand. Die Mitarbeit der Betroffenen zum Finden von Organisationslösungen erleichtert den Prozess und motiviert sie auch etwas bewegen zu können. Mitarbeiterzufriedenheit entsteht durch klar definierte Prozesse. Veränderungen müssen nicht immer langwierig sein, sondern können schnell und mit Freude an der Arbeit geschehen. Durch Erfahrung aus vorhergehenden Projekten (Pilotstation für ORBIS, elektronische Pflegedokumentation, ISO Zertifizierung) sind die Mitarbeiter auch sehr aufgeschlossen aber auch kritisch gegenüber Veränderungen. Mit der Förderung ihrer individuellen Fähigkeiten erhält er neue Aufgaben und Verantwortung. Die daraus erzielten Fortschritte motivieren, um wieder neues zu lernen.

Diejenigen Unternehmen, die ihre Mitarbeiter mit ausreichenden Kompetenzen ausgestattet und ihnen die Verantwortung für die Umsetzung der Veränderungsmaßnahmen übertragen haben, waren mit einer Wahrscheinlichkeit von 99% erfolgreicher als andere Unternehmen. Auch die Möglichkeit, eigene Ideen einzubringen wirkte sich in 95% der Fälle positiv auf den Grad der Zielerreichung aller gewichtigen Veränderungsziele aus. (vgl. Vahs, Leiser;2003, S.51)

Gelebte interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen beteiligten Professionen und ein regelmäßiger Informationsaustausch, würde die tägliche Arbeit sehr erleichtern. Gemeinsame Ziele sollten definiert und erarbeitet werden. Die erstellten Spielregeln sollten von Allen eingehalten werden. Probleme sollten nicht als Problem einer einzelnen Person gesehen werden. Es wird im Team partnerschaftlich und gleichberechtigt auf Augenhöhe von Arzt und Pflege der Prozess durch Kooperation und Koordination bearbeitet und Entscheidungen getroffen. Durch eine gute Zusammenarbeit lernt man die anderen beteiligten Mitspieler besser kennen und verstehen. Durch die erzielten Qualitätsverbesserungen ist die Identifikation der Mitarbeiter mit ihrer Tätigkeit erhöht. Gut erbrachte Leistungen, die nicht als selbstverständlich angesehen, sondern geschätzt und anerkannt werden, steigern die eigene Selbstzufriedenheit und Motivation.

Der Beginn sollte z.B. schon die Morgenbesprechung sein in der aktuelle Probleme und Komplikationen von Patientinnen diskutiert und bearbeitet werden. Maßnahmen daraus können ohne Zeitverzögerung umgehend umgesetzt werden.

Wie in meinen Ausführungen gezeigt wurde, greifen klassische Konzepte des Prozessmanagements oft zu kurz bzw. sind in ihrer Radikalität in dem sehr sensiblen Gebiet einer Expertenorganisation Krankenhaus schwierig umsetzbar. Mit dem Ansatz des evolutionären Prozessmanagements wurde eine Vorgehensweise entwickelt, welche wesentliche Aspekte eines Krankenhauses (Abteilung) berücksichtigt, wenngleich dabei anzumerken ist, dass - gemäß meiner Fragestellung - das Optimierungspotential innerhalb einer Abteilung ins Zentrum gerückt wird und der Ruf nach einer gesamtheitlich-integrativen Entwicklung des Gesundheitssystems nicht bedient werden kann.

Die Komplexität der Organisation Krankenhaus macht es - aus meiner Sicht - eher unwahrscheinlich, dass solche Konzepte auf der Ebene der Gesamtorganisation einer Umsetzung zugeführt werden. Damit kann dem Ruf nach Effizienzsteigerung eines Krankenhauses nur bedingt Folge geleistet werden, da eine Verankerung spezifischer Maßnahmen auf unterschiedlichsten Prozessebene genüge getan werden muss. Diese Verankerung im Sinne einer übergreifenden Koordination - entlang bestehender Patientenbedürfnisse inkl. der Hebung von Einsparungen - könnte mittels der Einführung von Case Management erfolgen.

Durch die Kombination beider Konzepte wären wesentliche Weiterentwicklungen durchaus denkbar, sofern auf das Know How und die Kompetenz der unmittelbar im Kernprozess beteiligten Experten zurückgegriffen wird und die Antwort auf eingeforderte Effizienzsteigerung nicht in einer Flut von Neuregelungen und der reinen Standardisierung gesucht wird.

Die Ausrichtung der Organisation sollte sich an den Bedürfnissen der Patienten (kundenorientierte Patientenpfade) orientieren. Prozessmanagement sollte unabhängig vom Ansatz, auch eine strategisch wichtigere Funktionen zukommen. Liefert das Prozessmanagement bei einer marktorientierten Sichtweise vor allen die Voraussetzungen für eine effiziente Umsetzung bei der Differenzierung und bei der Schwerpunktbildung, so gilt es zukünftig, Wettbewerbsvorteile zu generieren, das heißt den Nutzen vor allem in der Erschließung und Betreuung neuer Märkte und Kundengruppen zu suchen. (vgl. Gaitanides,2007,S. 146ff)

Jene Konzepte, welche sehr pragmatisch auf die Verbesserung von Symptomen abzielen und dabei den Faktor der Expertenorganisation (Fragmentierte Organisation) vernachlässigen, werden - meiner Meinung nach - keine Nachhaltigen Verbesserungen ermöglichen.

Das Produkt Gesundheit kann nicht gekauft werden, es wird gemeinsam (Arzt, Pflege und Patient) in einem Interaktionsprozess „hergestellt“. Die Qualität der Beziehung und die Qualität der Leistung beeinflusst dies sehr stark. Der Weg dazu sollte über folgende Veränderungsbereiche führen:

- Qualitätssicherung (bedarfsgerechte und wirtschaftliche Patientenversorgung auf hohem Niveau)
 - Entbürokratisierung (Dienstwege verkürzen)
 - Interdisziplinäre Kooperationsstrukturen
 - Implementieren von Feedback- und Entwicklungsinstrumenten
- (vgl.:

Diese Notwendigkeit unterstreichend möchte ich mit folgendem arabischen Zitat schließen:

„Wer alleine arbeitet addiert.
Wer zusammen arbeitet multipliziert!“

7 ZUSAMMENFASSUNG

Diese Arbeit sollte ein Ausblick zum Thema Prozessoptimierung auf Stationsebene am Beispiel der Gynäkologischen Abteilung des Klinikum Klagenfurt sein.

Neben der Vorstellung der Abteilung, wird insbesondere auf die geänderten Rahmenbedingungen – als Auslöser für Veränderungen eingegangen. Das Thema des Prozessmanagements als theoretischer Lösungsansatz wird dargestellt und im Sinne der Umsetzungsmöglichkeiten im Krankenhaus diskutiert. Als praxistaugliche Lösungsansätze werden zwei Modelle beschrieben: Das Evolutionäre Prozessmanagement und Case Management behandeln zwei unterschiedliche Organisationsebenen, welche notwendigerweise bei der Umsetzung und in der theoretischen Diskussion als berücksichtigungswürdig herausgearbeitet wurden. In der abschließenden Praxisreflexion wird die aktuelle Situation unter Berücksichtigung der theoretischen Empfehlungen reflektiert und entsprechende Umsetzungsempfehlungen dargestellt.

LITERATURVERZEICHNIS

- Bundesministerium für Gesundheit, Das Österreichische LKF System 2010
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen; Patientenorientierte Stationsorganisation; 2000
- Bundesministerium für Soziales, Sicherheit und Generationen, LKF- Tagesklinik-Definition und Kriterien, Wien, November 2000
- Döhr, Ralf: Die Patientenzufriedenheit als Einflussfaktor - Bericht über die Befragung in einer Klinik, In : Zapp, Winfried (Hrsg.): Prozessgestaltung im Krankenhaus, 2002
- Doppler, Klaus; Lauterburg, Christoph: Change Management: den Unternehmenswandel gestalten; 1994
- Gaitanides, Michael: Prozessorganisation; 2007
- Greiling, Michael; Hofstetter, Jürgen: Patientenbehandlungspfade optimieren- Prozessmanagement im Krankenhaus; 2002
- Grossmann, Ralph; Pellert, Ada; Gotwald, Victor: Krankenhaus, Schule, Universität, Charakteristika und Optimierungspotentiale In: iff Texte, Band 2, Besser Billiger Mehr. Zur Reform der Expertenorganisation Krankenhaus, Schule, Universität; Springer Verlag
- Hammer, Michael; Champy, James: Business Reengineering, Frankfurt/ New York; 1994
- Rüegg-Sturm, Johannes; Tuckermann, Harald: Warum immer mehr Administration? In: Schweizerische Ärztezeitung (2008), Nr. 7
- Rüegg-Sturm, Johannes; Merz, Juergen; Bucher, Silke Verena: Prozessmanagement im Krankenhaus : Spielarten und deren Wirkungsweisen. In: Schweizerische Ärztezeitung (2008), Nr. 39
- Rüegg-Sturm, Johannes; Bucher, Silke Verena; Merz, Juergen: Evolutionäre Prozessoptimierung : Nachhaltige Wirkungen durch kontextsensitives Vorgehen. In: Schweizerische Ärztezeitung (2009), Nr. 36

Skowronnek, Olav; Bader Tobias: Prozessorientiert IT- Unterstützung im Krankenhaus, in: Greulich, Andreas; Thiele, Günther; Thiex – Kreye, Monika Prozessmanagement im Krankenhaus; 1997

Thiele, Günther: Prozessmanagement im Krankenhaus in; Greulich, Andreas; Thiele, Günther; Thiex - Kreye, Monika: Prozessmanagement im Krankenhaus; 1997

Vahs, Dietmar; Leiser, Wolf: Change Management in schwierigen Zeiten – Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen für die Gestaltung von Veränderungsprozessen; 2003

ONELINEQUELLEN:

<http://www.klinikum-klagenfurt.at/1820.html> 07.08.2012 um 13.00, Mission,

<http://www.kabeg.at/1821.html> Med. Leistungsspektrum, 9.08.2012

<http://www.duden.de/suchen/dudenonline/Komplexit%C3%A4t,Komplexitat>

<http://de.wikipedia.org/wiki/Fast-Track-Chirurgie>

<http://de.wikipedia.org/wiki/Prozessoptimierung> 11.07.2012,17.00

ABBILDUNGSQUELLEN:

Abbildung 1: ELKI

(http://static2.kleinezeitung.at/system/galleries_520x335/upload/6/6/6/2790838/elki_eggenger726.jpg&w=520&h=335&ei=JJoJUKNpianiBJsgbgL&zoom=1)

Abbildung 2: Organigramm Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Perinatalzentrum.ppt

(Gespeichert am 31.05.2012 ,13.00)

Abbildung 3: Fraktale Organisation

Eigen Darstellung i.A. an Rüegg-Sturm

Abbildung 4: Reengineering

(<http://www.payer.de/arbeitskapital/arbeitskapital014.htm>)

Abbildung 4: Evolutionäres Prozessmanagement

(Rüegg-Sturm et.al; Evolutionäre Prozessoptimierung, S. 1392)