Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

School of
Management and Law

SpitalPuls 2012
Prozess- und Changemanagement in Schweizer Spitälern

**Vom Symptom zur Diagnose.
Crossing Borders.**

Eine Studie von
Dr. oec. Alfred Angerer, Prof. Dr. Holger Auerbach und Michael Früh

Herausgeber
Abteilung General Management
ZHAW School of Management and Law

Projektleitung
Dr. oec. Alfred Angerer
Zürcher Hochschule für
Angewandte Wissenschaften
School of Management and Law
Telefon +41 58 934 66 72
alfred.angerer@zhaw.ch

Autoren
Dr. oec. Alfred Angerer
Dozent und Projektleiter
Zentrum für Strategie & Operations (ZSO)

Prof. Dr. Holger Auerbach
Stellvertretender Leiter
Winterthurer Institut für
Gesundheitsökonomie (WIG)

Michael Früh
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Winterthurer Institut für
Gesundheitsökonomie (WIG)

Mehr Information zur Studie
www.spitalpuls.ch

Zwecks besserer Lesbarkeit wird in dieser Publikation nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

Dank an die Forschungspartner

Das Autorenteam bedankt sich herzlich bei den folgenden Personen, welche das Forschungsprojekt massgeblich unterstützt haben:

Urs Brügger Leiter des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie, ZHAW School of Management and Law

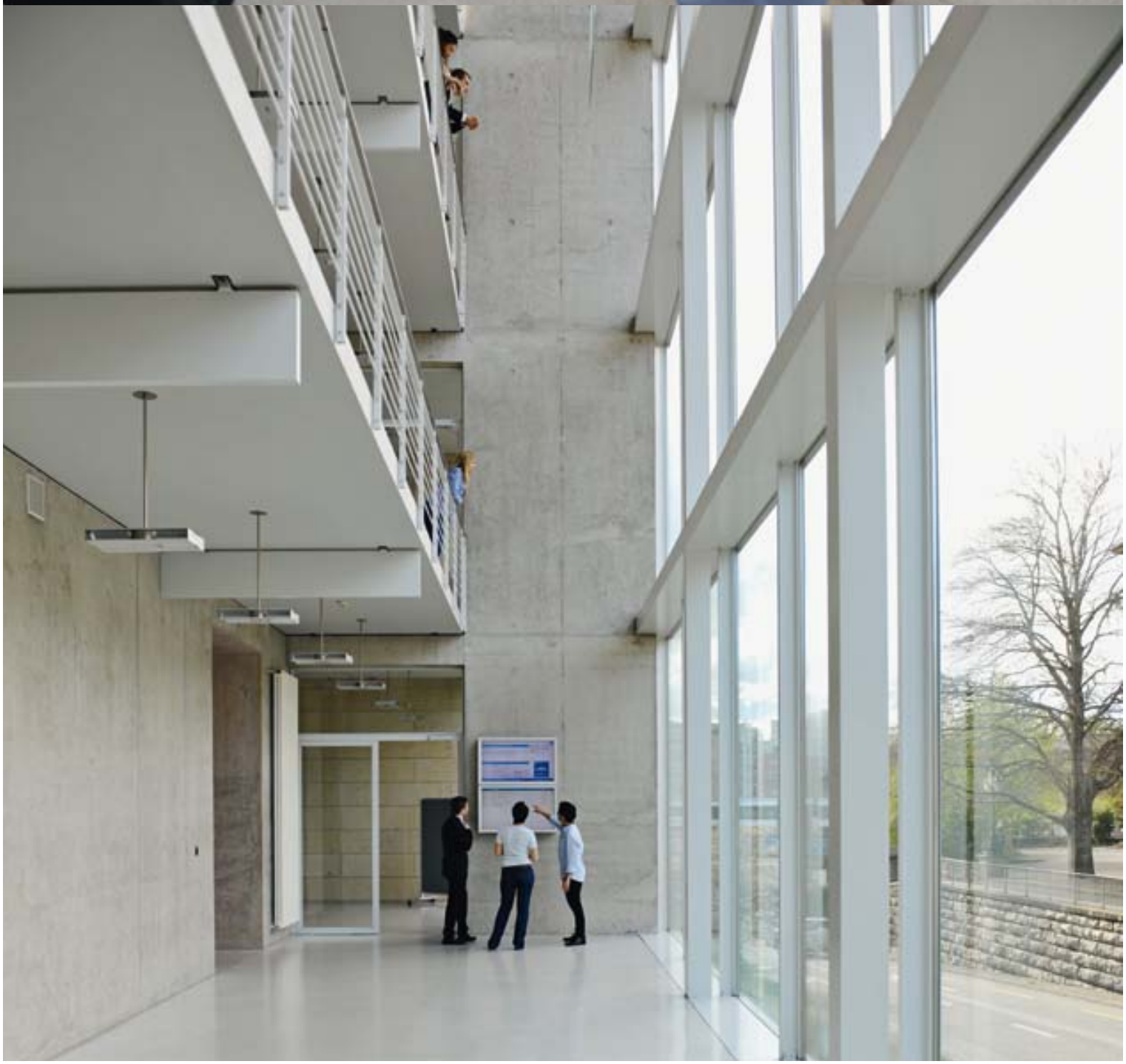
Stephan Loretan Leiter der Abteilung General Management, ZHAW School of Management and Law

Philipp Keller Direktor, Hirslanden Klinik Aarau

Beat Stierlin Klinikdirektor, Klinik Barmelweid

Norbert Vetterli Spitaldirektor, Kantonsspital Frauenfeld

Markus Wepf Leiter Prozess- und Qualitätsmanagement, Kantonsspital Winterthur



Management Summary
Schlussbericht der SpitalPuls 2012 Studie

ZIEL DER STUDIE

Das Projekt «SpitalPuls – Prozess- und Changemanagement in Schweizer Spitälern» wurde 2012 von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften durchgeführt und hat einerseits zum Ziel, die Verbreitung, Effektivität und Potentiale der Prozess- & Changemanagement (PCM) Systeme in Schweizer Spitälern zu messen und andererseits auf der Basis der Forschungsergebnisse konkrete Handlungsempfehlungen für die Spitäler abzuleiten.

FORSCHUNGSMETHODE

Mittels eines eigens entwickelten Fragebogens wurden insgesamt ca. 1 100 Mitarbeitende aus vier Schweizer Spitälern zur Teilnahme an der Umfrage eingeladen. Der Rücklauf betrug 46%, über 500 Spitalmitarbeitende beteiligten sich an der Umfrage. Der Fragebogen umfasste vier Erfassungsdimensionen, die aus einer umfassenden Literatur und Best Practice Sichtung hergeleitet wurden: (1) Output, definiert durch die Leistung des Spitals und der Mitarbeiterzufriedenheit. Input (2) «Können», definiert als das Wissen und die Kompetenzen des Personals bezüglich Optimierungen. (3) «Wollen», definiert als die Motivation und Bereitschaft zur Veränderung und (4) «Dürfen», definiert als die Befähigung, Veränderungen vorzunehmen.

ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG

Auf der Seite des Outputs erzielen die vier Spitäler insgesamt gute Resultate, wenngleich der hohe Administrationsaufwand und Kapazitätsengpässe dem Personal Sorgen bereiten. Die Spitalmitarbeitenden sind grundsätzlich zufrieden mit ihrer Arbeit, wobei auch hier noch Verbesserungspotenzial vorhanden ist. Auf Ebene der Inputdimension «Können» zeigt sich, dass es noch Defizite im Wissen und in der Anwendung von Prozessoptimierungsstrategien gibt. Dies ist u.a. auf ein mangelndes Schulungsangebot seitens der Spitäler zurückzuführen. Erfreulicherweise werden in den Spitälern dennoch bereits Optimierungen durchgeführt, welchen letzten Endes auch Erfolg und Nachhaltigkeit attestiert werden. Im Bereich des «Wollens» beweisen die Mitarbeitenden eine überdurchschnittlich hohe Veränderungsbereitschaft, was eine grosse Chance für geplante Veränderungsinitiativen innerhalb der Spitäler bedeutet. Der Veränderungsreifegrad der jeweiligen Spitäler ist allerdings noch ausbaufähig – speziell im Bereich der Kommunikation der Vision besteht Nachholbedarf. In der vierten und letzten Dimension, «Dürfen», erreichen die Spitäler grundsätzlich gute Werte – besonders die Führungsqualitäten von Vorgesetzten werden gut bewertet. Es zeigt sich jedoch, dass im Bereich der Leistungsvereinbarung und -kontrolle noch grosses Verbesserungspotential vorhanden ist.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse werden für die erkannten Verbesserungspotenziale auf allen vier Dimensionen generelle Handlungsempfehlungen für die Spitallandschaft Schweiz formuliert. Einerseits wird bei den Outputfaktoren empfohlen, (1) bestehende Administrationsprozesse in Frage zu stellen, (2) rechtzeitig Kapazitätsreserven durch Effizienzsteigerungen zu schaffen, (3) die gute Zusammenarbeit in und zwischen Teams zu nutzen und (4) auf die grosse Mitarbeiterzufriedenheit zu bauen.
Andererseits wird bei den Inputfaktoren empfohlen, (1) das Angebot an Fortbildungsmöglichkeiten zu überprüfen, (2) die Prozesse verstärkt zu visualisieren, (3) statistische Methoden zur Qualitätssicherung einzusetzen, (4) die Bereitschaft für Standardisierung zu erhöhen, (5) Freiräume für Optimierungen zu schaffen, (6) Leuchtturm-Projekte zu schaffen und zu kommunizieren, (7) sich die hohe Veränderungsbereitschaft der Mitarbeitenden zu Nutze zu machen, (8) den Umgang mit Wandel zu professionalisieren, (9) Optimierungsvorschläge von Mitarbeitenden aktiv einzufordern und (10) die Steuerung und Führung mittels Kennzahlen zu optimieren.

4. Handlungsempfehlungen und Fazit

Anhang

1. Hintergrund der Studie

Das Projekt «SpitalPuls – Prozess- und Changemanagement in Schweizer Spitälern» wurde 2012 von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften initiiert, um erstmalig vertiefte Informationen bezüglich Prozess- und Changemanagement (PCM) Systemen in Schweizer Spitälern zu erheben. Ein eigens entwickelter Fragebogen, welcher u.a. die Dimensionen «Können», «Wollen» und «Dürfen» erfasst, wurde erstmalig bei vier Schweizer Spitälern eingesetzt. Insgesamt konnten 519 ausgefüllte Fragebogen von Spitalmitarbeitenden aus sämtlichen Unternehmensbereichen ausgewertet werden. Es ist geplant, die Erhebung alle zwei Jahre zu wiederholen und auf weitere Spitäler auszuweiten, um die Entwicklung und aktuelle Themen bezüglich PCM laufend erfassen und beurteilen zu können.

Im schweizerischen Gesundheitswesen macht das Spitalwesen, bestehend aus Akutspitälern, Psychiatrien, Rehabilitationskliniken sowie Spezialkliniken, einen grossen Anteil aus. Die Gesamtkosten des Gesundheitswesens beliefen sich 2010 auf ca. CHF 62.5 Mrd., wovon rund CHF 22.5 Mrd. oder 36% der Kosten auf die Spitäler entfielen (Bundesamt für Statistik, 2012a). Im Jahr 2010 stellten 300 Spitäler rund 39 000 Betten zur Verfügung, welche durchschnittlich zu 90% ausgelastet wurden. Rund 185 000 Personen (ca. 139 000 Vollzeitäquivalente) betreuten 2010 über 1.3 Millionen Fälle (Bundesamt für Statistik, 2012b).

Durch die Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 wurde der Wettbewerb im Spitalwesen verschärft. Die Kriterien und Anforderungen an Spitäler, einen für die Finanzierung entscheidenden Platz auf der kantonalen Spitalliste zu erhalten, sind höher geworden. Durch die neue Spitalfinanzierung wurden zudem Fallpauschalen (DRGs) als Finanzierungsgrundlage verpflichtend eingeführt und die interkantonale freie Spitalwahl für Patienten gewährleistet. Die Anreize für Spitäler, nicht nur qualitativ sondern auch ökonomisch wettbewerbsfähig zu sein, haben dadurch zugenommen.

Es sind allerdings nicht nur finanzielle Herausforderungen, mit welchen Schweizer Spitäler stärker konfrontiert werden: Die Bevölkerung der Schweiz wird älter, multimorbider, chronisch kranker und es fehlt zunehmend das notwendige Gesundheitspersonal (OECD/WHO, 2011; GDK/BAG, 2012). Diese Umstände setzen auf der Ebene der Spitäler hohe Ansprüche an die Erbringung und Koordination der Patientenversorgung und der internen Prozesse.

Internationale Best Practices belegen, dass das professionelle Management von Prozessen und Veränderungsinitiativen signifikant die Kosten senken kann, dabei jedoch gleichzeitig höchste Qualität gewährleistet. Die Spitäler haben zwar in gewissen Bereichen Optimierungspotential erkannt, z.B. durch die Ausarbeitung von standardisierten Patientenpfaden für gewisse Krankheitsbilder oder der Definition von Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Strukturen. Zwei Vorstudien des Zentrums für Strategie & Operations (ZSO) und des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) lassen allerdings vermuten, dass das professionelle Management von Prozessen und Veränderungsinitiativen in Spitälern noch selten anzutreffen ist. So zeigte die ZSO Studie anhand einzelner Interviews exemplarisch auf, dass Schweizer Spitäler im internationalen Vergleich in Sachen Prozess- und Changemanagement (PCM) Systeme wohl noch einen grossen Nachholbedarf haben. Im Bereich Veränderungsbereitschaft konnte keines der vier untersuchten Spitäler in der Mehrheit der Kriterien die Noten «gut» oder «sehr gut» erzielen. Auch die aktuelle Studie des WIG zu den Auswirkungen der DRGs im Spital zeigt, dass die Spitäler in der Schweiz bzgl. PCM Nachholbedarf haben.

In der vorliegenden Studie werden Optimierungspotentiale aufgedeckt, Handlungsempfehlungen ausgesprochen und damit soll ein Beitrag geleistet werden, die Wettbewerbsfähigkeit von Schweizer Spitälern zu erhöhen.

2. Studienbeschreibung SpitalPuls

2.1 ZIEL DER STUDIE

Die Forschungsstudie hat zum Ziel, die Verbreitung, Effektivität und Potentiale der Prozess- & Changemanagement (PCM) Systeme in Schweizer Spitälern zu messen. Zudem sollen aufgrund der Forschungsergebnisse konkrete Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden.

Die in der Studie zu beantwortende Hauptforschungsfrage lautet:

«Wo stehen Spitäler heute bezüglich Prozess- und Changemanagement Systemen?»

Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden folgende Teilbereiche untersucht:

Output

- Leistung: Wie hoch ist die Mitarbeiterzufriedenheit und welche Probleme sehen die Mitarbeitenden jetzt und zukünftig bezüglich ihrer Prozesse?

Input

- «Können»: Welches Prozessmanagement-Wissen besitzen die Mitarbeitenden und was davon wird bereits angewendet?
- «Wollen»: Inwiefern sind die Spitäler und Mitarbeitenden bereit für Veränderungen?
- «Dürfen»: Wie gut unterstützen die Organisation und Führungskräfte die Mitarbeitenden?

Das Studiendesign ist auf die Beantwortung dieser Fragestellungen ausgelegt und wird im nachfolgenden Abschnitt dargestellt.

2.2 STUDIENDESIGN

Für die Forschungsstudie wurde ein Vorgehen in fünf Phasen gewählt. Ziel war es, sowohl auf einer soliden theoretischen Fundierung aufbauen zu können, als auch die Praxistauglichkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.

In einem ersten Schritt wurde die Literatur und internationale Best Practices im Bereich PCM im Gesundheitswesen vom Autorenteam gesichtet und systematisiert. Das theoretische Grundmodell «Können, Wollen, Dürfen» wurde in Phase 2 entwickelt. In Phase 3 wurde ein Tool zum Vergleich der Leistung der Spitäler erstellt und ein passender Fragebogen entwickelt. Dieser wurde in Phase 4 bei den teilnehmenden Spitälern zur Befragung der Mitarbeitenden eingesetzt. In der fünften und letzten Phase wurden die Auswertungen vorgenommen und konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet (siehe Abbildung 1).

Abb. 1

VORGEHENSMODELL

Phase 1 – Analyse der Literatur

Durch eine breite Literaturanalyse konnten mehr als 70 relevante Quellen identifiziert werden. Die Berichte und Studien wurden untersucht und deren Kernaussagen extrahiert. Zudem wurden die Berichte anhand gewisser Kriterien wie der verwendeten Methodik oder der untersuchten Zielgruppe gruppiert. Diese Untersuchung erlaubte es, besonders wichtige Faktoren und Forschungslücken im Bereich PCM zu identifizieren.

Phase 2 – Entwicklung eines theoretischen Grundmodells

In der Literaturanalyse wurden die zu untersuchenden Themen identifiziert, welche allerdings nun in ein sinnvolles Modell gegossen werden mussten. Der Aufbau des Fragebogens orientiert sich an einem klassischen Modell aus dem Operations Management. Dabei werden die zur Verfügung stehenden Inputfaktoren durch spezifische Tätigkeiten und Prozesse zu einem möglichst gewünschten Output in Form von Produkten oder Dienstleistungen transformiert (vgl. Abbildung 2).

Um die Verbreitung, Effektivität und die Potentiale von PCM messen zu können, müssen sowohl der geleistete Input wie auch der erzielte Output beurteilt werden. Im entwickelten Fragebogen wird dies auf der Seite des Outputs über die Erhebung der Leistung des Spitals (Operations Performance) und der Zufriedenheit der Mitarbeitenden sichergestellt.

Da der Erfolg oder Misserfolg von Projekten (Output) von einer Vielzahl von Parametern (Input) bestimmt wird, ist eine Reduzierung der Komplexität durch die Verwendung eines Modelles hilfreich. Seitens des Inputs wurde daher das «Können-Wollen-Dürfen-Modell» herangezogen. Dieses Modell stammt ursprünglich aus der Organisationspsychologie (von Rosenstiel et al., 2005), wurde jedoch auch in anderen Disziplinen wie Operations Management validiert. Das Modell geht davon aus, dass Projekte erfolgreich sind, wenn die notwendigen Voraussetzungen auf allen drei Ebenen erfüllt werden.

Abb. 2

INPUT- UND OUTPUT-MODELL

Im Bereich «Können» wird das Wissen um die Art und Weise, wie Prozesse analysiert und verbessert werden können, erhoben. Die Art und Weise, wie Menschen am Arbeitsplatz denken und Ihre Bereitschaft, sich zu verändern, wird im Bereich «Wollen» erhoben. Schlussendlich müssen die Rahmenbedingungen, unter denen Mitarbeitende arbeiten und geführt werden, geeignet sein, um PCM umsetzen zu «Dürfen». Die drei Elemente «Können», «Wollen» und «Dürfen» sollten demzufolge ausgewogen berücksichtigt werden, um die Chance auf Output-Erfolg zu erhöhen.

Phase 3 – Erstellung des Tools und Fragebogens

Das Autorenteam hat im Gespräch mit Praktikern schnell gemerkt, dass ein starker Wunsch nach einer Quantifizierung der Input- und Outputfaktoren vorhanden war. Eine Quantifizierung würde einerseits den genauen Vergleich

Abb. 3

DAS «KÖNNEN-WOLLEN-DÜRFEN»-MODELL

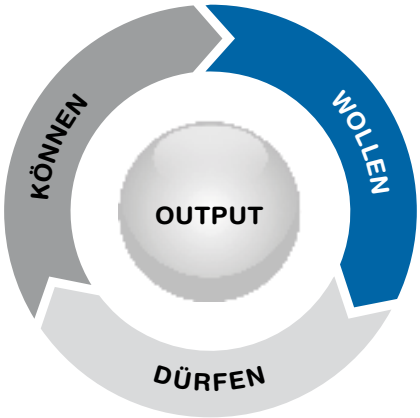


Abb. 4

VERANSCHAULICHUNG DES KENNZAHLEN-KASKADENTOOLS

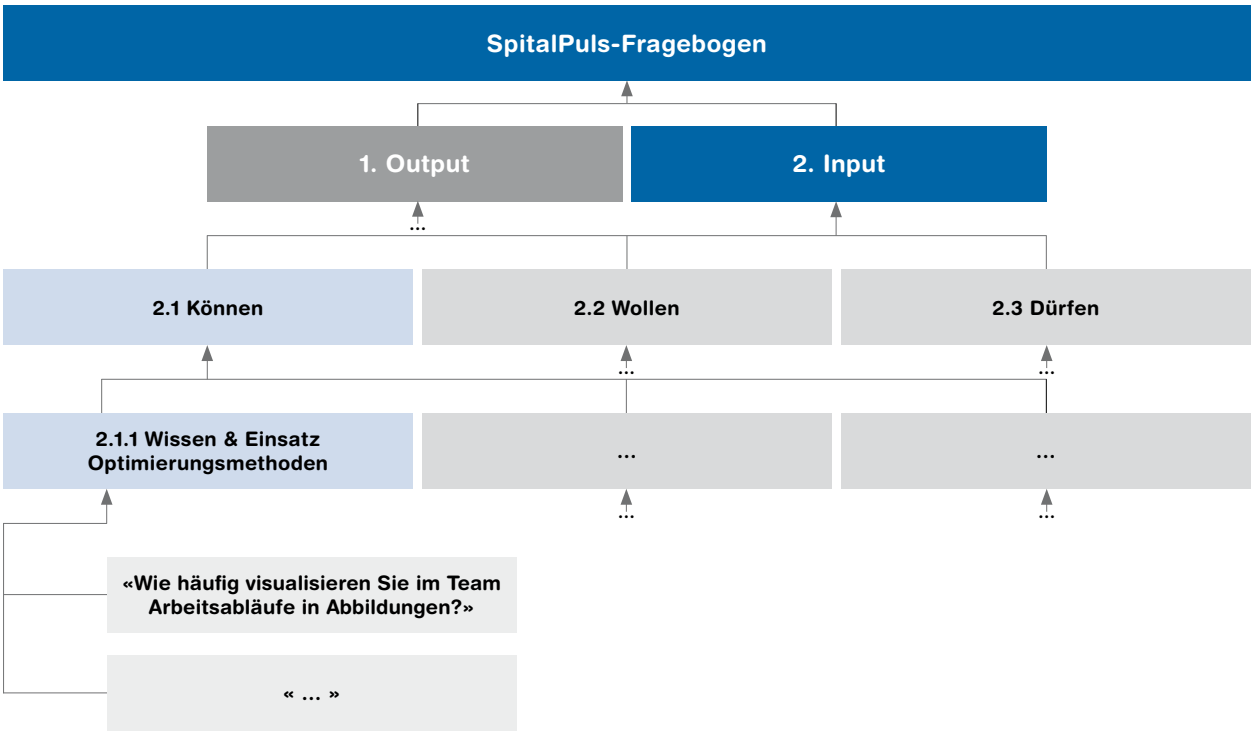


Tabelle 1

AUFBAU SPITALPULS-FRAGEBOGEN

1. Output	**2. Input**
1.1 Operations Performance	**2.1 Können**
1.1.1 Qualität	2.1.1 Wissen & Einsatz Optimierungsmethoden
1.1.2 Kapazität	– Heutiges Wissen
1.1.3 Kurze Wartezeit	– Weiterbildung Mitarbeitende
1.1.4 Zusammenarbeit	2.1.2 Standardisierung
1.1.5 Effizienz Kosten	2.1.3 Praxiserfolg Optimierungen
1.1.6 Effizienz Administration	**2.2 Wollen**
1.2 Zufriedenheit Mitarbeitende	2.2.1 Veränderungsbereitschaft (VB) Mitarbeitende
1.2.1 Jetzige Zufriedenheit	– VB 1: Routine Abneigung
1.2.2 Trend	– VB 2: Emotionale Kontrolle
	– VB 3: Langfrist-Fokus
	– VB 4: Kognitive Veränderung
	2.2.2 Veränderungsbereitschaft Organisation
	– Kotter 1: Dringlichkeit schaffen
	– Kotter 2: Machtvolles Change Team
	– Kotter 3: Klare Vision entwickeln
	– Kotter 4: Vision vielschichtig kommunizieren
	– Kotter 5: Hürden eliminieren
	2.3 Dürfen
	2.3.1 Führungsstil & Kompetenz
	– Partizipation Mitarbeitende
	– Entscheidungsverantwortung
	– Steuerung Mitarbeitende
	2.3.2 Führungsqualität
	– Führung im Alltag
	– Führung im Change

zwischen den Spitälern (Benchmarking), aber auch die Identifikation von möglichen Trends und Entwicklungen in der Zukunft ermöglichen. Entsprechend wurde ein Kennzahlen-Kaskadentool entwickelt, bei dem Faktoren gebildet werden aus dem Mittelwert von Unterfaktoren, die wiederum aus dem Mittelwert von Unterfaktoren bestehen usw. Abbildung 4 veranschaulicht den Aufbau und in Tabelle 1 sind alle verwendeten Faktoren ersichtlich.

Phase 4 – Erhebung bei den Spitälern

Im Juni und Juli 2012 wurden die Spitalmitarbeitenden mit dem entwickelten Fragebogen befragt. Insgesamt konnten 519 vollständig ausgefüllte Fragebogen ausgewertet werden. Die aggregierten und anonymisierten Ergebnisse werden in diesem Bericht vorgestellt. Mit den teilnehmenden Spitälern werden in individuellen Workshops detaillierte Auswertungen bzgl. ihrer Umfrageergebnisse diskutiert.

Phase 5 – Auswertung und Ableitung von Handlungsempfehlungen

Die ausgewerteten Ergebnisse wurden innerhalb des Projektteams diskutiert und in gemeinsamen Workshops Handlungsempfehlungen abgeleitet. Dabei wurden die Best Practices aus der Literaturanalyse und die qualitativen Umfrageergebnisse berücksichtigt. Eine Zusammenfassung dieser Handlungsempfehlungen sind in Kapitel 4 aufgeführt.

2.3 TEILNEHMENDE SPITÄLER

Das Interesse der angefragten Spitäler am Thema Prozess- und Changemanagement war erfreulich gross. Von insgesamt sechs angefragten Spitälern entschieden sich vier Spitäler zur Mitwirkung. Die angestrebte Anzahl von maximal vier Spitälern wurde damit sehr schnell erreicht.

Für die Teilnahme an der Studie konnten die Hirslanden Klinik Aarau, die Klinik Barmelweid sowie die Kantonsspitäler Winterthur und Frauenfeld gewonnen werden. Die teilnehmenden Spitäler unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Leistungsaufträge, ihrer Grösse, dem geografischen Standort und den Eigentumsverhältnissen untereinander und liefern dadurch ein vielschichtiges Bild der Spitallandschaft Schweiz.

2.4 BEFRAGTE UND RÜCKLAUF

Die Untersuchung SpitalPuls 2012 strebte an, pro Spital eine hohe Anzahl von Mitarbeitenden aus allen Berufsgruppen zu befragen. Die hohe Anzahl an angefragten Mitarbeitenden von Spitälern und der hohe Rücklauf ermöglichten es, einen tiefen Einblick in die Prozess- und Changemanagement Einstellung von über 519 Personen zu erhalten.

Tabelle 2

TEILNEHMENDE SPITÄLER

Merkmal	KSW	KSF	Hirslanden	Barmelweid
Trägerschaft	Kantonal	Kantonal	Privat	Privat
Mitarbeitende (2011)	2 676	725	786	480
Ertrag (2011)	CHF 352 Mio.	CHF 150 Mio.	CHF 121 Mio.	CHF 39 Mio.
Standort	Winterthur	Frauenfeld	Aarau	Barmelweid
Leistungsauftrag	Zentrumsspital	Zentrumsspital	Spezialklinik	Spezialklinik

Quelle: Webseite der Spitäler

Die Anzahl der angefragten Mitarbeitenden in den Spitälern wurde individuell mit den Spitalverantwortlichen festgelegt. Es musste ein Kompromiss aus einer möglichst hohen Zahl an Befragten pro Spital (zur repräsentativen Darstellung des Gesamtspitals) und dem zeitlichen Aufwand, der dem Spital durch das Ausfüllen der Umfrage entsteht, gefunden werden. Insgesamt wurden ca. 1 100 Personen aus allen vier Spitälern zur Teilnahme an der Umfrage eingeladen (siehe Tabelle 3).

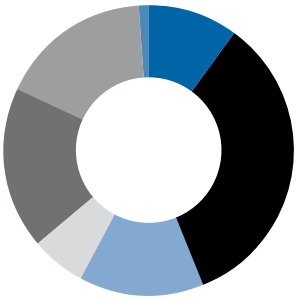
Der durchschnittliche Rücklauf von 46% kann als hoch bezeichnet werden. Aus den gemachten Erfahrungen werden der Umfrage-Versand durch die Spitaldirektion sowie die doppelte Ansprache (elektronisch und Papier) der Mitarbeitenden als besonders motivierend erachtet. Die Verlosung eines attraktiven Sachpreises unter den Teilnehmenden hat sicherlich auch zu der hohen Rücklaufquote beigetragen.

Wie bereits erwähnt, wurde die Umfrage nicht auf spezifische Funktionsbereiche eingeschränkt. Um ein möglichst umfassendes Bild erhalten zu können, wurden Mitarbeitende aus sämtlichen Funktionsbereiche zur Teilnahme angefragt. Die Verteilung der Teilnehmenden auf die Funktionsbereiche ist in Abbildung 5 aufgeführt.

Abb. 5

FUNKTIONSBEREICHE DER TEILNEHMENDEN

Ärztlicher Dienst	**10 %**
Pflegedienst	**34 %**
Medizintechnischer und therapeutischer Dienst (z.B. Labor, Physio- und Ergotherapie)	**14 %**
Hotellerie / Facility Management (inkl. Einkauf, Materialbeschaffung, Lager)	**6 %**
Verwaltung / Finanzen / Administration (inkl. Personalwesen)	**18 %**
Anderes	**17 %**
Keine Angabe	**1 %**



N=519

Tabelle 3

BEFRAGTE UND RÜCKLAUF PRO SPITAL

Merkmal	KSW	KSF	Hirslanden	Barmelweid
Kontakt durch E-Mail	Ja	Ja	Ja	Ja
Papierfragebogen?	Konnte bei Bedarf abgeholt werden	Wurde verschickt	Nein	Konnte bei Bedarf abgeholt werden
Reminder versendet	Ja	Ja	Nein	Ja
Vollständige Fragebogen	93	131	128	167
Rücklauf	37 %	59 %	43 %[1]	46 %

[1] Die exakte Anzahl eingeladener Personen kann aufgrund von Sammel-Accounts bei den Email-Adressen der Hirslanden Klinik, bei welchen mehrere Mitarbeitende auf denselben Account zugreifen können, nicht angegeben werden. Der in Tabelle 3 aufgelistete Rücklauf von 43% ist dementsprechend eine Annäherung.

Die Verteilung der Teilnehmenden bzgl. Führungsfunktion, Alter und Geschlecht kann den nachfolgenden Abbildungen entnommen werden.

Abb. 6

VERTEILUNG FÜHRUNGSFUNKTION in %

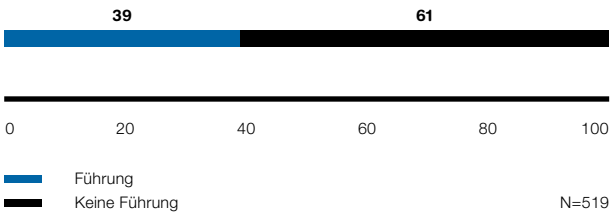


Abb. 7

VERTEILUNG ALTER in %

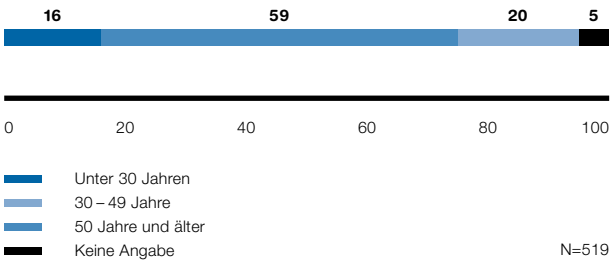
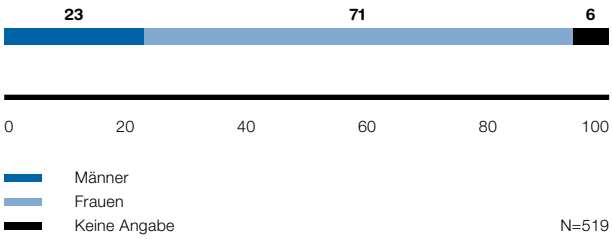


Abb. 8

VERTEILUNG GESCHLECHT in %



Der Anteil der Führungspersonen ist mit 39% bemerkenswert hoch. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass sich Führungspersonen mehr für Prozess- und Changemanagement interessieren beziehungsweise sich im Alltag stärker damit auseinandersetzen müssen. Die Altersverteilung unter den Umfrageteilnehmenden ist nicht auffällig. Ca. 59% der Umfrageteilnehmenden sind zwischen 30 und 49 Jahren alt. 16% sind jünger als 30 Jahre und 20% älter als 49 Jahre. Die Mehrheit der Umfrageteilnehmenden (ca. 71%) ist weiblich. Dieser Anteil entspricht ca. dem Schweizer Durchschnitt bzgl. dem Frauenanteil der Spitalmitarbeitenden von 75% (Bundesamt für Gesundheit, 2012c).

LESEHILFE ERGEBNISSE

Sämtliche Fragen des verwendeten Fragebogens wurden auf einer Likert-Skala von 1 bis 5 gemessen. Zur Deutung der Antworten und der Werte des Kennzahlen-Tools kann es nützlich sein, diese Zahlen in Attribute umzuwandeln. Eine mögliche Deutung der einzelnen Zahlenwerte ist in der Abbildung 9 dargestellt. Um Tendenzen festzustellen, werden bei vielen Fragen die Häufigkeiten der zwei niedrigsten Werte zusammengefasst (1 und 2) und mit der Häufigkeit der Summe der zwei obersten Werten (4 und 5) verglichen. Der Wert 3 wird somit als unentschieden interpretiert.

Abb. 9

LESEHILFE DER ZAHLENWERTE

3. Ergebnisse

3.1 GESAMTÜBERBLICK: ERZIELTE INPUT- UND OUTPUTWERTE

Die Schweizer Spitäler sind bezüglich Ihres Prozess- und Changemanagements auf einem guten Weg. Ihre Mitarbeitenden haben eine überdurchschnittlich hohe Veränderungsbereitschaft. Allerdings sind klare Verbesserungspotenziale in Hinsicht auf ihr Prozesswissen und ihren organisatorischen Umgang mit Veränderungen vorhanden.

Die heutige Leistung der vier untersuchten Spitäler befindet sich mit einem Outputmittelwert (MW) von 3.58 zwischen mittelmässig und gut. Ihre Prozess- und Changemanagementkompetenzen (Input) haben mit 3.43 einen ähnlich hohen Wert. Es ist also durchaus noch Potenzial nach oben vorhanden. Bei den zukünftigen Untersuchungen im Rahmen der SpitalPuls Studien werden diese Werte als Benchmark dienen, um Entwicklungen feststellen zu können.

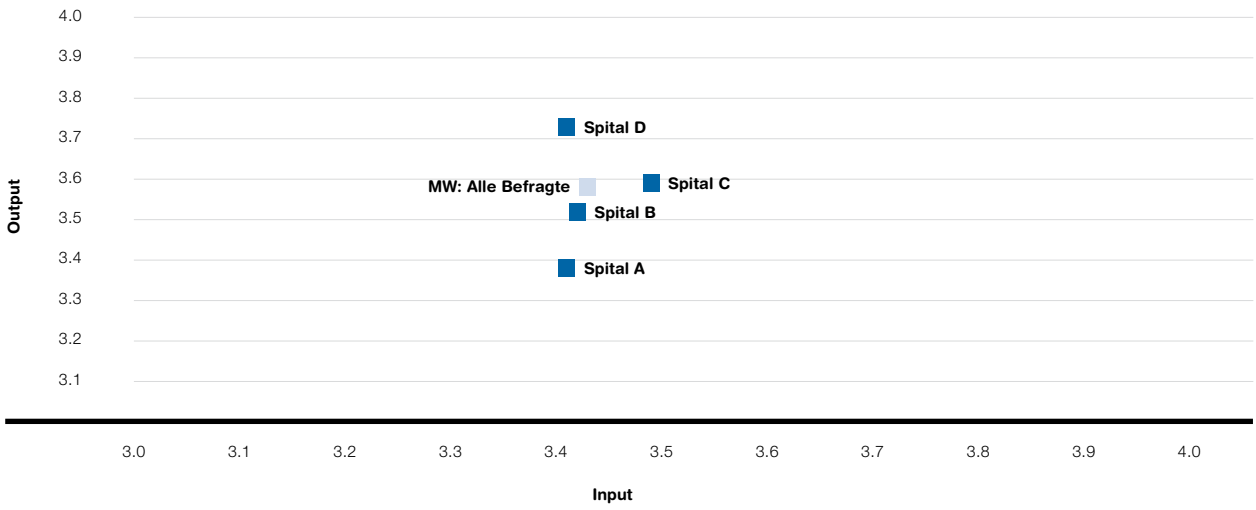
Während bei den Inputfaktoren nur ein kleiner Unterschied zwischen den untersuchten Spitälern besteht, ist der Unterschied bei den Outputfaktoren schon bedeutsamer (siehe Abbildung 10). So kann sich das Spital D beim Leistungsergebnis (Output) von den anderen drei absetzen. Zu beachten ist, dass beim verwendeten Bewertungsmodell, das sich aus der Verrechnung von 47 Einzelfragen zusammensetzt, auch kleine Unterschiede bei hochagreggierten Werten auf grosse Unterschiede in den Unterfaktoren hinweisen können.

Der Outputwert setzt sich aus zwei Faktoren zusammen, die die Leistung der Operations und die Zufriedenheit der Mitarbeitenden messen. Der Inputwert besteht aus insgesamt sieben Faktoren aus den Bereichen «Können, Wollen, Dürfen». Abbildung 11 zeigt den Durchschnitt der vier untersuchten Spitäler sowie die Tiefst- und Höchstwerte der vier Spitäler.

Insgesamt ist gut zu erkennen, dass die vier Spitäler nicht allzu weit voneinander entfernt sind. Der maximale Unterschied beträgt 0.36 bei den Faktoren «Zufriedenheit Mitarbeitende» und «Standardisierung» – das entspricht weniger als einem halben Skalenpunkt. Bei den Outputwerten ist gut zu sehen, dass die Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit 3.65 auf einem eher guten Niveau liegt. Nicht weit dahinter folgt der Wert der Operations Performance mit 3.5. Die

Abb. 10

GESAMTER INPUT- UND OUTPUTWERT PRO SPITAL



niedrigsten Werte bei den Outputfaktoren wurden bei «Wissen und Einsatz von Optimierungsmethoden» (MW: 3.20) sowie bei «Veränderungsbereitschaft Organisation» (MW 3.02) gemessen. Einen erstaunlich hohen Wert mit 3.84 wurde beim Faktor Praxiserfolg Optimierungen gemessen. Das deutet darauf hin, dass der durchschnittliche befragte Mitarbeitende gute Erfahrungen mit Optimierungsinitiativen gemacht hat (wenn solche durchgeführt wurden). Das sind gute Nachrichten, denn schlechte Erfahrungen mit gescheiterten Optimierungsinitiativen sind häufig ein grosses Hindernis bei neuen Verbesserungsprojekten.

Auf den ersten Blick lässt sich mit zwei Vorurteilen in der Spitalbranche aufräumen. Erstens ist der Wert bei der Führungsqualität relativ hoch (3.70). Dieser Wert zeigt auf, dass die Mitarbeitenden durchaus mit der Führung durch ihre Vorgesetzten zufrieden sind. Und als Zweites sind die Mitarbeitenden durchaus bereit, sich zu verändern (MW bei «Veränderungsbereitschaft Mitarbeitende»: 3.66). Wie im Kapitel 3.4.1 zu sehen sein wird, ist dieser Wert höher als der Bevölkerungsdurchschnitt. Damit haben die untersuchten Spitäler gute Voraussetzungen, um die anstehenden Veränderungen der Branche zu bewältigen.

3.2 OUTPUT FAKTOREN: LEISTUNG UND HERAUSFORDERUNGEN

Die SpitalPuls Studie misst die heutige Leistung der Spitäler anhand der Faktoren «Operations Performance» und «Zufriedenheit Mitarbeitende». Die befragten Spitäler erzielten in beiden Dimensionen insgesamt gute Resultate. Allerdings wird das Bild von einem schlechten Wert beim Administrationsaufwand sowie bei möglichen Engpässen bei der Kapazität getrübt.

3.2.1 Operations Performance

Der Outputfaktor «Operations Performance» misst die Leistung der täglichen Arbeitsprozesse der Spitäler. Er setzt sich zusammen aus sechs Unterfaktoren, die in Abbildung 12 dargestellt sind.

Auffallend ist der niedrige Wert bei Administration – der geringste Mittelwert in der gesamten Umfrage. So sagten 67% aller Befragten aus, dass sie einen (sehr) grossen Anteil ihrer Arbeit mit Administrationsaktivitäten verbringen. Dieser Wert schwankt stark von Spital zu Spital. So klagten in Spital D nur 57% über (sehr) hohen Administrationsauf-

Abb. 11

MITTELWERTE DER INPUT- UND OUTPUTWERTE DER UNTERSUCHTEN SPITÄLER

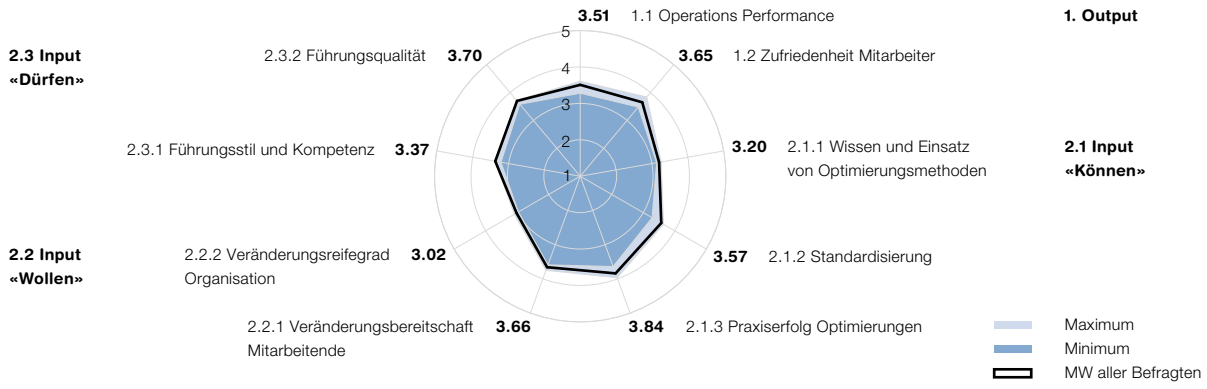
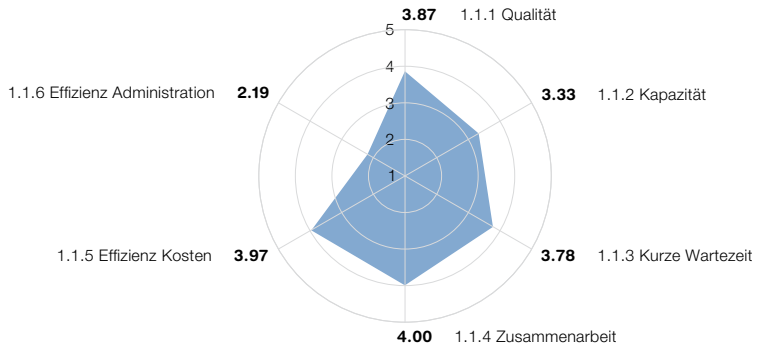


Abb. 12

MITTELWERTE DER UNTERFAKTOREN VON OPERATIONS PERFORMANCE ALLER SPITÄLER



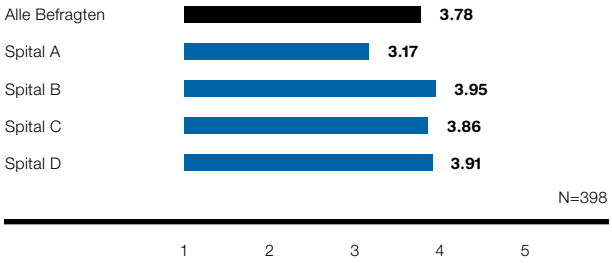
N=518

wand, im Spital B waren es jedoch 73%. Diese Befunde werden durch Forderungen von Kaderärzten im Kanton Zürich untermauert, wonach die Bürokratie Überhand gewinnt und kostbare Zeit für Tätigkeiten im Kerngeschäft, der Patientenbehandlung, fehlt und deshalb drastisch reduziert werden müsse (Scherrer, 2011).

Die Zusammenarbeit scheint hingegen gut zu klappen. Der Faktor setzt sich zusammen aus Fragen zur Zusammenarbeit mit anderen Teams im gleichen Spital und mit anderen Institutionen ausserhalb des Spitals. Das Ergebnis zeigt keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Spitälern. Die Kosteneffizienz hat mit einem MW von 3.97 auch eine hohe Ausprägung. Allerdings ist die Forschungsmethodik zu berücksichtigen: Dieser Wert kommt durch das direkte Befragen der Mitarbeitenden und nicht durch das Analysieren von quantitativen Finanzkennzahlen zustande. Damit sagt dieser Wert aus, dass die Mitarbeitenden kaum Kosteneinsparungspotenziale in ihrem Team sehen. Weiterhin zufrieden sind die Mitarbeitenden mit der Qualität ihrer Arbeit (MW: 3.84) und der Wartezeit der Patienten (MW: 3.72). Bei letzteren gibt es aber hohe Schwankungen zwischen den Spitälern (MW: 3.17–3.95), wie aus Abbildung 13 ersichtlich wird.

Abb. 13

MITTELWERTE WARTEZEIT DER PATIENTEN



N=398

«We have the very best pharmacy sitting next to the best laboratory, sitting very next to the very best x-ray department, sitting right next to the best nursing department … and the hospital does not work.»

Prof. Dr. Paul Batalden, Präsident des «Institute for Healthcare Improvement» (zitiert in Graban 2012, S. 50)

Einen mittelhohen Wert (MW: 3.33) hat der Faktor «Kapazität» erreicht. Dieser Faktor misst, inwieweit genug Personal und Zeit zur Verfügung stehen, um die anstehenden Aufgaben gut zu bewältigen. Die Spitäler scheinen, im Kontrast zu manchen Spitälern in Deutschland, noch über ausreichende Personalressourcen zu verfügen, um ihre Aufgaben erledigen zu können. Eine Umfrage von Professor Buxel (2011, S. 179) unter 3 145 Pflegekräften aus deutschen Krankenhäusern ergab, dass nur 20% ausreichend Zeit hatten, um ihre Aufgaben gut zu erledigen. In der SpitalPuls Umfrage waren es mit 47% wesentlich mehr. Der Kapazitätswert sollte zukünftig im Auge behalten werden, um zu sehen, ob sich durch den Kostendruck die schweizerische Kapazität der deutschen annähert.

3.2.2 Zufriedenheit Mitarbeitende

Der Gesamtwert der Zufriedenheit der Mitarbeitenden (MW: 3.65) setzt sich aus der jetzigen Zufriedenheit (MW: 4.03) und einem Trendfaktor (MW: 3.24), der die Entwicklung gegenüber dem Vorjahr misst, zusammen. Die heutige Zufriedenheit ist damit relativ hoch. Insgesamt sind 79% aller Befragten (sehr) zufrieden mit ihrer jetzigen Arbeit (siehe Abbildung 14). Auch dieser Wert ist noch etwas steigerungsfähig. Ein Vergleich mit der erwähnten Studie deutscher Spitäler zeigt auf, dass die Mitarbeitenden dort mit 86% einen etwas höheren Zufriedenheitswert aufweisen (Buxel, 2011, S. 55). Nur 6% der Teilnehmer der SpitalPuls Studie würden sich als unzufrieden oder sehr unzufrieden bezeichnen – genauso viele wie in der deutschen Studie. Zu beachten sind die deutlichen Unterschiede zwischen den untersuchten Schweizer Spitälern. Während im Spital D nur 3% (sehr) unzufrieden sind, sind es im Spital B mit 10% mehr als dreimal so viele Personen.

Die Studie SpitalPuls untersucht die Gründe für die Zufriedenheit mit der Arbeit nicht in der Tiefe. Allerdings ist aus anderen Studien bekannt, dass z.B. bei der Pflege im Spital die wichtigsten Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit Führungsqualität, Zusammenarbeit mit Ärzten, Arbeit-Familien-Konflikt und Bedeutung der Arbeit sind (Schmidt et al., 2008). Somit erscheint der hohe Wert bei Zufriedenheit gut erklärbar, da auch die SpitalPuls Befragten hohe Werte im Bereich Führung und Zusammenarbeit angaben.

Abb. 14

ICH BIN INSGESAMT ZUFRIEDEN MIT MEINER JETZIGEN ARBEIT in %

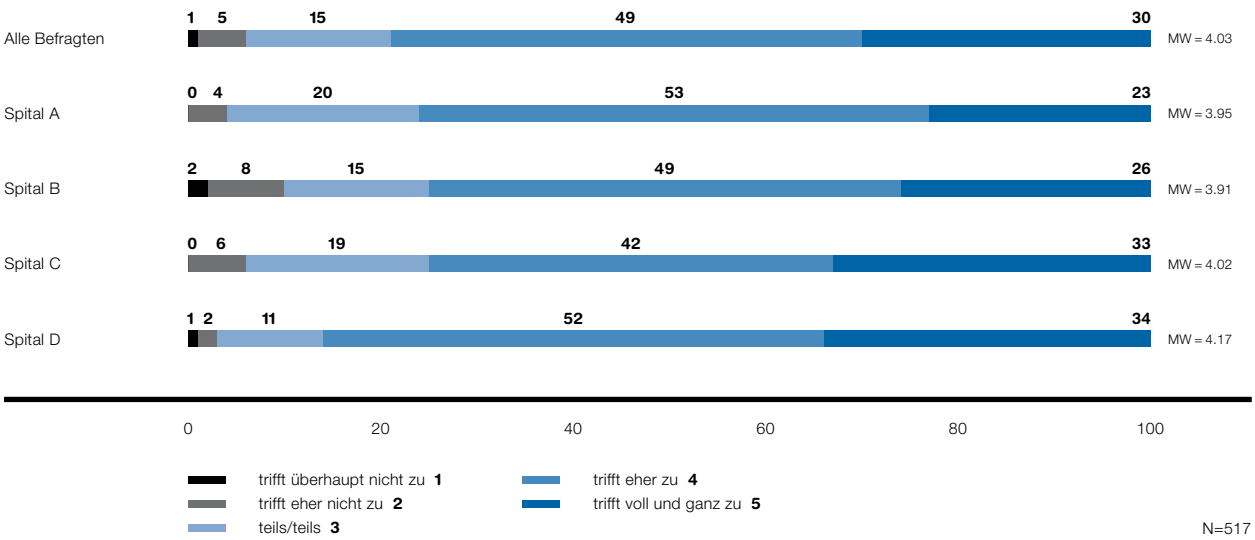
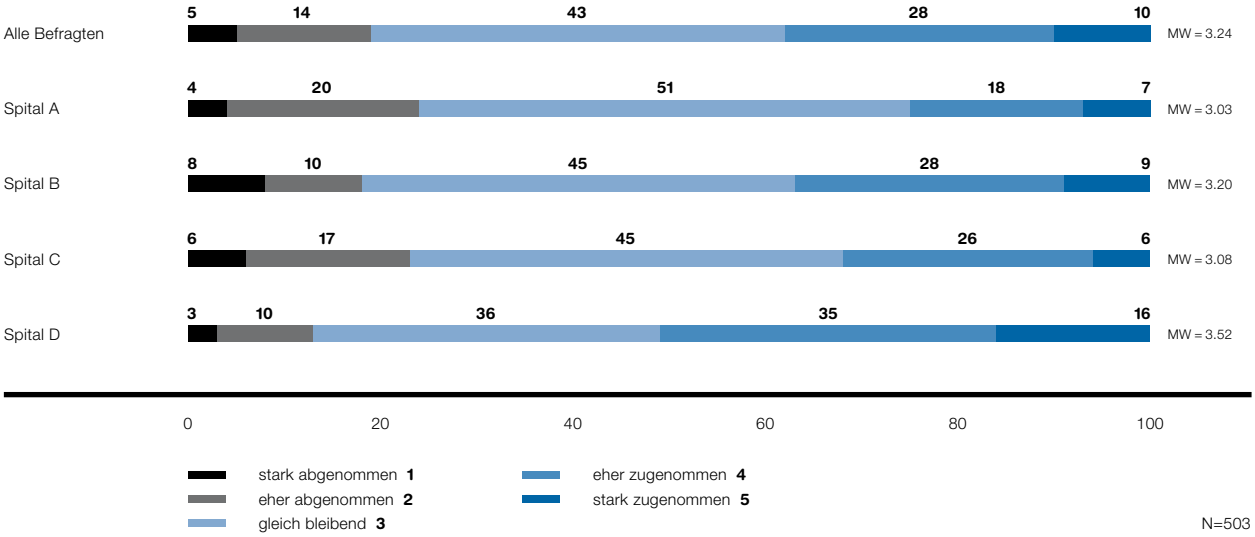


Abb. 15

PERSÖNLICHE ZUFRIEDENHEIT DER MITARBEITENDEN

in den letzten 12 Monaten, in %



«Patienten müssen oft Stunden warten, bevor sie einen Arzt sehen. (…) Die gesamte Erfahrung leidet darunter – die Qualität sinkt, die Patientensicherheit ist gefährdet, die Arbeitsmoral der Arbeitnehmer schwindet und die Pflegekosten steigen ins Unermessliche.»

Carrus et al. (2010), Unternehmensberater im Gesundheitswesen

Die Zufriedenheit hat bei den meisten Befragten im Vergleich zum Vorjahr zugenommen, obwohl per Januar 2012 DRGs eingeführt wurden. Nur 19% der Befragten sind 2012 (weitaus) unzufriedener als 2011. Der Vergleich zwischen den vier Spitälern offenbart mit Spital D einen Ausreisser (siehe Abbildung 15). Es weist mit einem Wert von 4.17 nicht nur die höchste jetzige Zufriedenheit aus, der Zuwachs an zufriedenen Mitarbeitenden war ebenfalls am stärksten. 51% der Mitarbeitenden sind (viel) zufriedener als vor einem Jahr.

3.3 INPUTFAKTOREN: KÖNNEN

Der erste Inputfaktor «Können» misst das Wissen, die Kompetenzen und die Praxiserfahrung der Mitarbeitenden bezüglich Prozessoptimierungen. Auch wenn das Wissen um Prozesse bei den Befragten insgesamt noch ausbaufähig ist, so zeigt sich, dass die Teams, die bereits Optimierungen durchgeführt haben, gute und nachhaltige Resultate erzielen konnten. Jedoch wünschen sich die Mitarbeitenden mehr Schulungen von ihren Arbeitgebern auf diesem Gebiet.

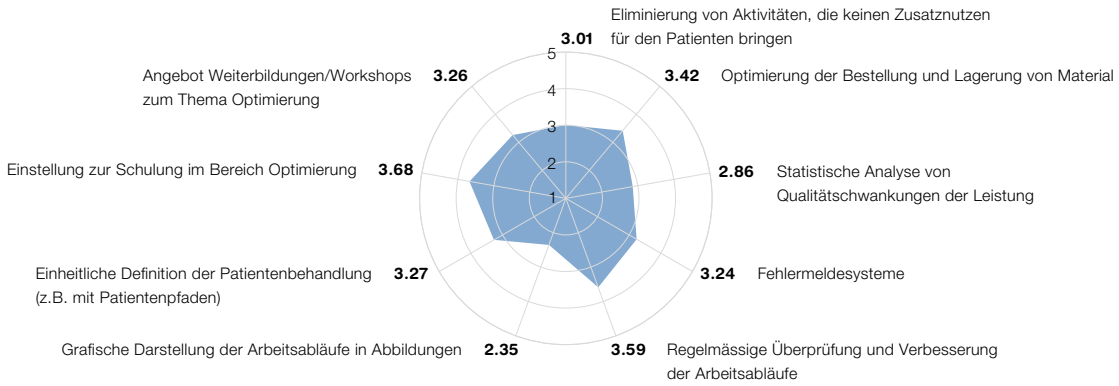
3.3.1 Wissen und Einsatz von Optimierungsmethoden

Der Faktor «Wissen und Einsatz von Optimierungsmethoden» setzt sich aus sieben Fragen bzgl. dem heutigen Wissen zum Thema Prozessoptimierung, sowie aus zwei Fragen, die das Thema Weiterbildung vertiefen, zusammen. Die Fragen orientieren sich an den wichtigsten Methoden des Lean Managements zur Optimierung von Prozessen (siehe auch Infobox Lean Management). In Abbildung 16 sind die Resultate abgebildet.

Am häufigsten kommt der kontinuierliche Verbesserungsprozess KVP (MW: 3.59) zum Einsatz. Auch relativ häufig optimiert wird der Bestell- und Lagerprozess von Material. Trotzdem sagt selbst hier jeder 5. Befragte (19%) aus, dass diese Materialflussoptimierung in ihrem Team selten bis nie geschieht. Als Schlusslicht zu betrachten ist das Thema Visualisierung von Prozessen. 60% der Befragten tun das selten bis nie. Aus Prozessmanagement Sicht ist das eine sehr schlechte Nachricht, denn die Visualisierung von Prozessen gilt als eines der wichtigsten Instrumente zur Prozessoptimierung. Eine gute Nachricht ist hingegen, dass nur 14% der Befragten aussagten, selten bis gar nie ihre Abläufe zu optimieren.

Abb. 16

MITTELWERTE ZUM FAKTOR «WISSEN UND EINSATZ VON OPTIMIERUNGSMETHODEN»



N=495

In Sachen Sinnhaftigkeit von Weiterbildung im Bereich Prozessoptimierung sind sich die Mitarbeitenden einig. Im Schnitt sagen nur 19% der Befragten aus, dass dies (eher) nicht sinnvoll ist (siehe Abbildung 17). Immerhin 61% aller Befragten halten Optimierungsweiterbildungen für (sehr) sinnvoll. Es existieren signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen: So halten nur 56% der Ärzte solche Weiterbildungen für (sehr) sinnvoll, während Facility Manager diese zu 75% befürworten.

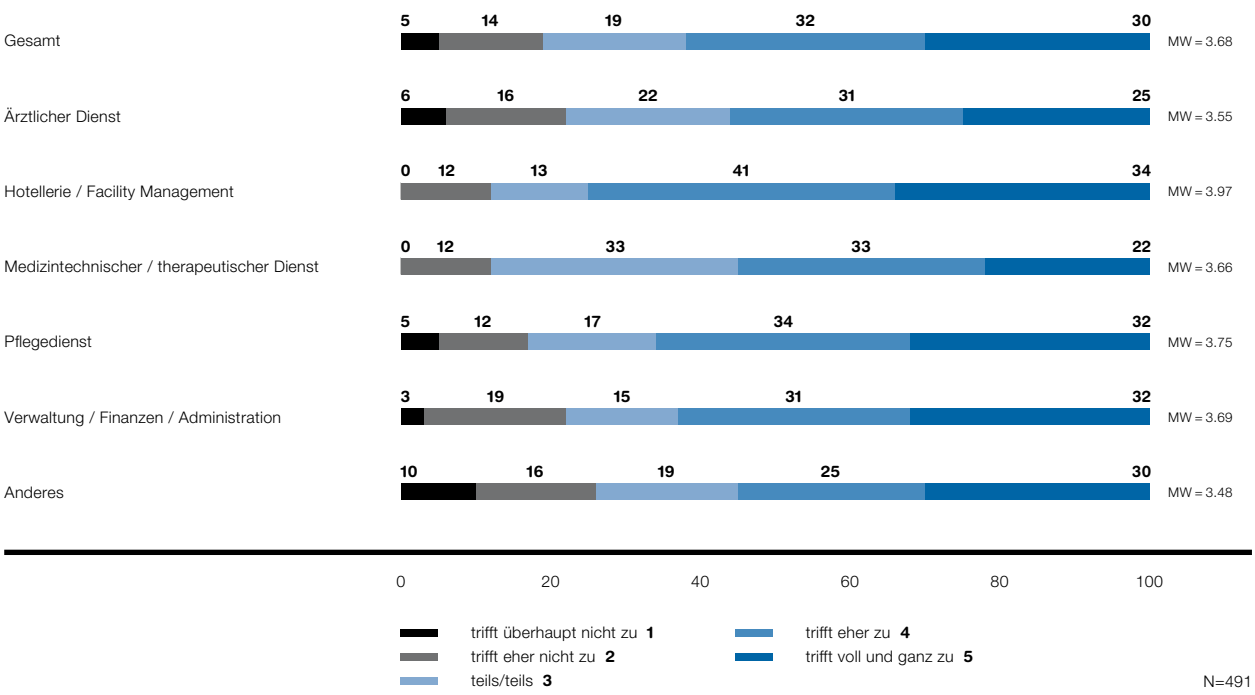
Obwohl alle Berufsgruppen in der Mehrheit diese Schulungen für sinnvoll halten, so liegt das Angebot der Spitäler zurück. Nur 27% der Befragten sagen, dass in ihrem Spital (sehr) gute Angebote im Bereich Optimierung vorhanden sind. Eine klare Lücke, die geschlossen werden sollte.

«Wir haben Weltklasse-Ärzte, Weltklasse-Behandlungsmethoden und total kaputte Prozesse.»

Mark Graben (2012), Lean Berater im Nordamerikanischen Gesundheitswesen

Abb. 17

SCHULUNGEN SIND IM BEREICH «OPTIMIERUNG DER ARBEITSABLÄUFE» SINNVOLL in %



LEAN MANAGEMENT

Lean Management ist eine ursprünglich aus der Industrie stammende Management-Denkweise, die ihren Siegeszug in allen Branchen und Tätigkeitsbereichen dieser Welt angetreten hat. In den letzten Jahren hat sie sich weiter entwickelt und nun auch Einzug ins Dienstleistungsgewerbe, wie dem Gesundheitswesen, gefunden. Lean Management, zu Deutsch «schlanke Unternehmensführung», hat zum Ziel, sämtliche Aktivitäten von nicht wertschöpfenden Aktivitäten (Verschwendung) zu befreien und auf den Kunden auszurichten. Typischerweise ergeben sich durch die Anwendung von Lean Management vier Vorteile (Jones & Mitchell, 2006):

- Verbesserte Qualität und Sicherheit: Weniger Fehler und Zwischenfälle
- Verbesserte Geschwindigkeit: Bessere Arbeit wird in kürzerer Zeit verrichtet
- Verbesserter Durchsatz: Dieselben Ressourcen (Personal, Maschinen, etc.) können mehr leisten
- Kontinuierliche Optimierung: Ein stabiles Arbeitsumfeld mit klaren, standardisierten Abläufen als Grundlage für kontinuierliche Verbesserungen

Im Lean Management werden Prozesse in zweierlei Hinsicht unterschieden: Demnach sind sämtliche Aktivitäten, die keinen Kundennutzen stiften, Verschwendung und müssen, soweit möglich, eliminiert werden. Selbstverständlich ist dies nicht für alle Aktivitäten durchführbar. Buchführung, wie sie vom Gesetz vorgeschrieben ist, stiftet keinen direkten Kundennutzen, ist aber unabdingbar für den geordneten Geschäftsbetrieb und die Zusammenarbeit mit Behörden. Wertgenerierende Aktivitäten dagegen gilt es in einem unterbrechungsfreien Fluss zu verknüpfen, um Ressourcen optimal auszuschöpfen. Tatsächlich sind die meisten Aktivitäten durch Verschwendung aufgebläht; Unnötige Wege werden zurückgelegt, Wartezeiten führen zu Variationen in der Nachfrage, Lagerhaltungskosten entstehen und Ressourcen liegen brach. Die Analyse der Allgemeinchirurgie eines deutschen Spitals zeigte, dass die Ärzte nur gerade 27% ihrer Zeit wertschöpfend verbringen (Leser, 2007). Auch das Schweizer Gesundheitswesen sieht sich einem enormen Druck ausgesetzt: Die Nachfrage nach ihren Dienstleistungen steigt von Jahr zu Jahr, während finanzielle Mittel und andere Ressourcen, insbesondere Humankapital, knappe Güter sind. Mittels Lean Management können die vorhandenen Ressourcen bestmöglich zur Wertgenerierung eingesetzt werden.

Der Prozess des Lean Managements gliedert sich nach Ansicht von Jones & Mitchell (2006) grob in drei Phasen: In der ersten Phase werden Wertströme identifiziert und sichtbar gemacht. Man begleitet die Wertgenerierung – im Beispiel eines Spitals die Versorgung eines Patienten – vom Eintritt bis zum Austritt in der Organisation, Schritt für Schritt durch alle Prozesse hindurch. Unabdingbar ist, dass Mitarbeitende aller Hierarchieebenen und Abteilungen daran partizipieren, um so ein holistisches Bild der vorhandenen Aktivitäten zu erhalten. Im zweiten Schritt werden die Wertströme aufgezeichnet und so arrangiert, dass ein durchgehender Fluss der Wertströme stattfindet. Im Beispiel des Spitals bedeutet dies, dass für den Patienten und das Personal geringe oder keine Wartezeiten anfallen und die Durchlaufzeit eines Patienten somit drastisch reduziert wird. Prozesse, die eine genügend grosse Gemeinsamkeit aufweisen, werden dabei gruppiert. Nicht die klinische Diagnose ist dabei das entscheidende Kriterium, welchen Wertstrom der Patient durchläuft, sondern viel mehr die Behandlungsweise – also die nötigen Schritte, um den Wert (die Genesung) zu generieren. Zum Dritten werden kurz-, mittel-, und langfristige Massnahmen geplant und ergriffen. Viele Veränderungen können bereits direkt nach der zweiten Phase in Angriff genommen werden. Mittel- und langfristig gilt es, das Konzept der kontinuierlichen Verbesserung als Denkweise in den Köpfen des Personals aller Hierarchieebenen zu verankern, um die Organisation weiter effizient und schlank zu halten.

Fortsetzung auf Seite 26

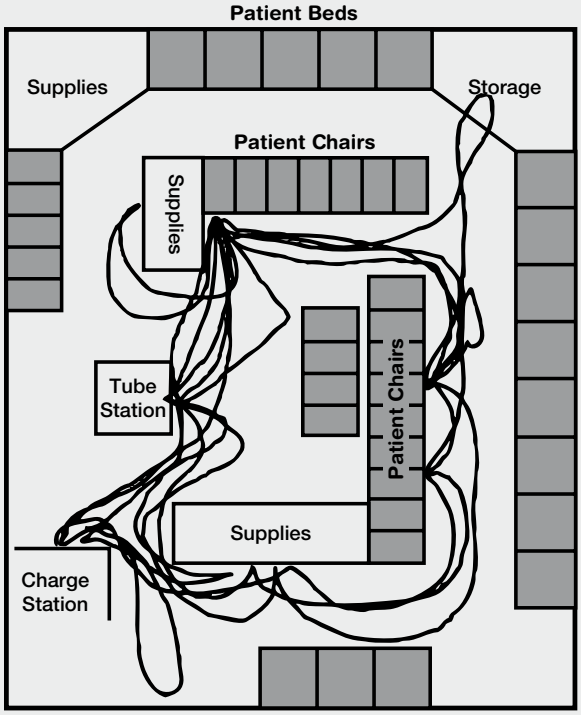
Fortsetzung von Seite 25

Lean Management bietet einen breiten Methodenkoffer, um Prozesse zu analysieren und zu optimieren. Diese sind in der Regel einfache Werkezuge, die in ihrer Wirkung jedoch sehr mächtig sind. Als Beispiel sei hier das «Spaghetti-Diagramm» erwähnt:
So wurde in diesem Beispiel eine Pflegefachperson bei der Vorbereitung eines Chemotherapiepatienten beobachtet und ihre Wege auf einem Grundrissplan mit der Hand grob aufgezeichnet (siehe Abbildung 18). Die Ergebnisse zeigten, dass sie rund ein Drittel ihrer Zeit mit Gehen verbringt – und lediglich 30% ihrer Zeit in wertschöpfende Aktivitäten fliesst (Graban, 2012). Mit diesem Wissen können nun Optimierungsmassnahmen ergriffen werden, um diese Wege auf das notwenige Minimum zu reduzieren.

Die Erfahrungen mit Lean Management im Gesundheitswesen sind sehr positiv. Ein Krankenhaus in Bolton (UK) beispielsweise konnte dank den Methoden des Lean Managements die Verarbeitung einer Blutprobe von 309 Schritten auf lediglich 57 Arbeitsschritte reduzieren – dies alleine durch eine bessere Anordnung der Infrastruktur. Ein Endokrinologietest dauerte schliesslich nur noch zwei bis drei Stunden – gegenüber 24 bis 30 Stunden davor (Jones & Mitchell, 2006). Ein Spital in Nebraska führt klinische Untersuchungen mit derselben Infrastruktur und Belegschaft nun 60% schneller durch. Qualitätsseitig konnte das Allegheny Hospital in Pennsylvania die Sterbefälle aufgrund einer Blutinfektion durch zentrale Venenkatheter um 95% senken (Graban, 2012). Nicht zu verwechseln ist das Lean Management mit Reorganisation oder einer Kostenreduktion. Einerseits ist eine Reorganisation eine mögliche Konsequenz aus dem Lean Management, grundsätzlich bleibt der Arbeitsinhalt der Mitarbeitenden aber derselbe. Andererseits wird bei Lean Management Projekten nicht primär versucht Kosten zu reduzieren. Konsequentes Lean Management nutzt dafür vielmehr die vorhandenen Ressourcen wie Personal und Infrastruktur effizienter und kann somit mehr Leistung mit denselben Ressourcen erbringen (Jones & Mitchell, 2006).

Abb. 18

DER ZURÜCKGELEGTE WEG EINER PFLEGEFACHPERSON IN DER CHEMOTHERAPIE



3.3.2 Standardisierung

Standardisierung ist eines der Fundamente von gutem Prozessmanagement. Auch im Gesundheitsmanagement kann Standardisierung die Qualität der Prozesse sicherstellen. So zeigt eine Studie von 36 amerikanischen Spitälern, dass im Schnitt nur 48% der Objekte eines Operationsaals desinfiziert wurden (Carling et al., 2008). Nach einer ersten Standardisierungsinitiative konnte dieser Wert auf 77% gesteigert werden, ohne höhere Kosten zu verursachen.

Damit Standards funktionieren, müssen diese zunächst einmal definiert und schriftlich festgehalten werden. 62% der Befragten sagen aus, dass dies bei ihnen (sehr) zuverlässig geschieht. Spital A fällt hier mit einem Wert von 48% etwas zurück. Standards nützen jedoch nichts, wenn diese nicht eingehalten werden. Das scheint jedoch kein Problem zu sein, wie am relativ hohen Wert von 3.83 bei der Frage nach der Einhaltung der Standards ersichtlich wird. Nur 8% der Befragten sagen aus, dass die Standards selten bis gar nie eingehalten werden. Auch die Verantwortung für die Festlegung der Standards scheint im Schnitt mit nur geringen Unterschieden zwischen den Spitälern klar zu sein (MW: 3.71). In der Frage, ob sich die Arbeit überhaupt standardisieren lässt, sind die Meinungen der Mitarbeitenden gespalten. Die Verteilung nach Funktionsbereichen ist in Abbildung 20 ersichtlich.

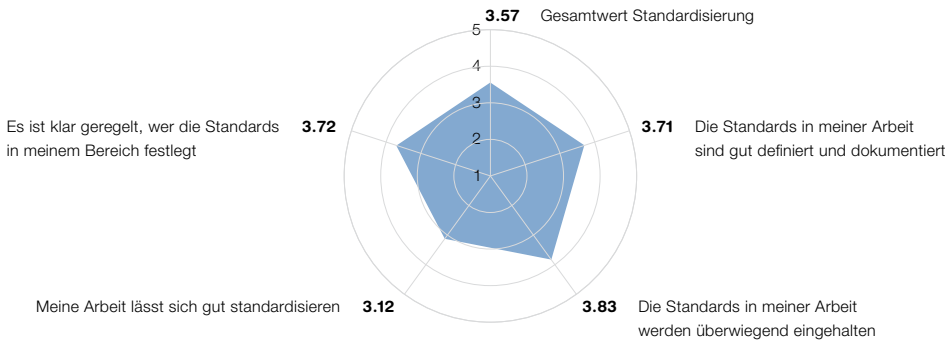
Im Schnitt glauben 41% der Befragten, dass sich ihre Arbeit (sehr) gut standardisieren lässt. Den höchsten Wert erzielten Mitarbeitende aus der Funktion Hotellerie / Facility Management. Ärzte glauben nur zu 35%, dass sich ihre Arbeit gut standardisieren lässt und am wenigsten glauben Personen aus dem Bereich Medizintechnik / therapeutischer Dienst (31%) daran.

Teilt man die Befragten in solche mit und ohne Führungskompetenzen ein, so zeigen sich deutliche Unterschiede in der Einschätzung, in wie weit sich die eigene Arbeit standardisieren lässt. Führungskräfte halten ihre Arbeit für deutlich weniger standardisierbar (MW: 2.85) als Mitarbeitende ohne Führungsverantwortung (MW: 3.29). Dies deckt sich auch mit Hinweisen aus vorhandener Literatur: Graban (2012) stellt fest, dass je höher man sich im Organigramm einer Organisation bewegt, desto weniger standardisierte Arbeit stattfindet, dafür wird mehr Zeit unstrukturiert verbracht. Obwohl Führungskräfte ihre Arbeit für weniger standardisierbar halten als Mitarbeitende ohne Führungsverantwortung, schätzen sie die Notwendigkeit, ihre jetzigen Arbeitsabläufe wirtschaftlicher zu gestalten, höher ein (MW: 3.23 gegenüber MW: 2.89).

> «Bei Lean geht's darum, eine positive Zukunft zu erschaffen – Gesundheitsorganisationen in einer komplett neuen Art und Weise zu führen, damit das kurzfristige Feuerlöschen endlich der Vergangenheit angehört.»
>
> Jones & Mitchell (2006), Lean Enterprise Academy, UK

Abb. 19

MITTELWERTE ALLER BEFRAGTEN ZUM THEMENGEBIET STANDARDS

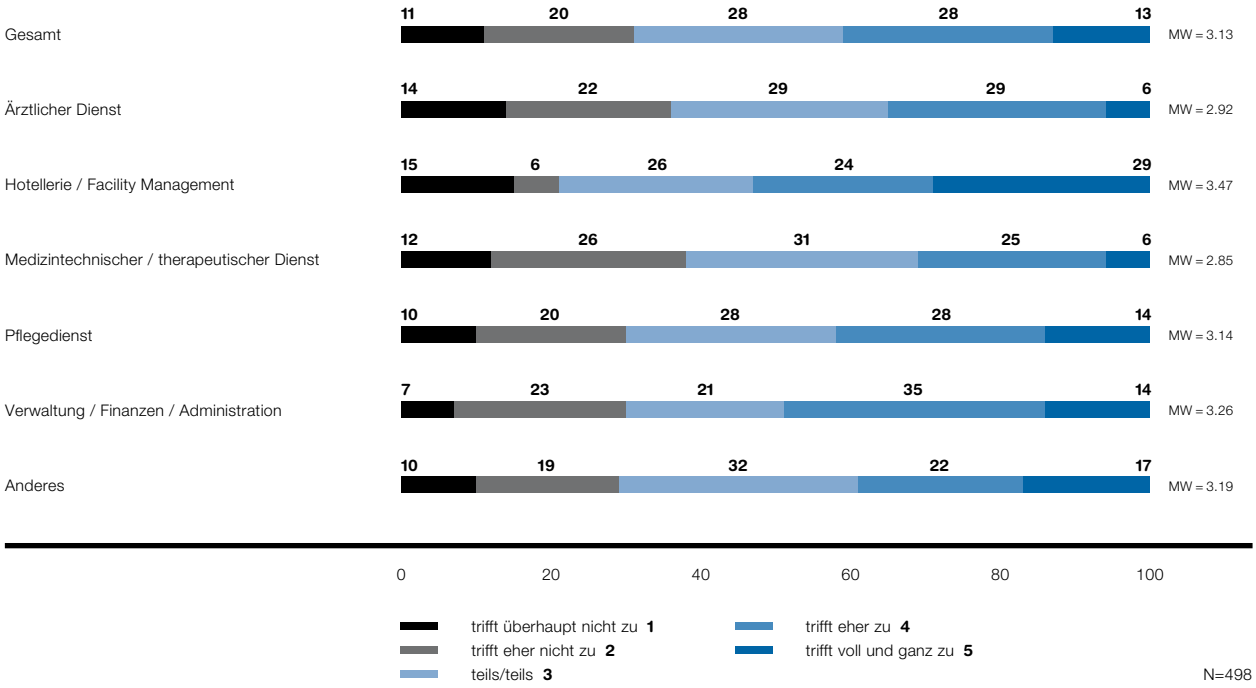


N=519

Abb. 20

MEINE ARBEIT LÄSST SICH GUT STANDARDISIEREN

in %



N=498

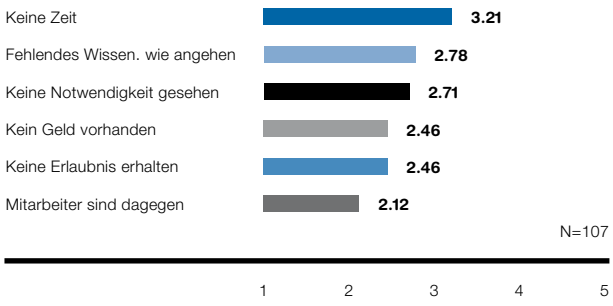
3.3.3 Optimierungsinitiativen

22% aller Befragten haben selten bis nie eine Optimierung ihrer Prozesse vorgenommen. Diese Gruppe wurde näher untersucht, um festzustellen, warum dies der Fall war. Die Gründe sind in Abbildung 21 dargestellt.

Der wichtigste Hinderungsgrund ist die fehlende Zeit, gefolgt von fehlendem Wissen und fehlendem Bedarf. An der Motivation scheint es nicht zu liegen. Genauer betrachten sollte man den Faktor «Keine Erlaubnis erhalten». Wenn Mitarbeitende ihre Prozesse optimieren wollen, sollte ein solches Projekt nur aus sehr guten Gründen abgelehnt werden, ansonsten wird die Motivation der Mitarbeitenden stark leiden.

Abb. 21

MITTELWERTE DER GRÜNDE FÜR FEHLENDE OPTIMIERUNGEN



Falls bei den untersuchten Spitälern Optimierungsmassnahmen durchgeführt werden, scheinen diese sehr erfolgreich und nachhaltig zu sein. Nur 8% der Befragten sagen, dass ihre Initiativen nicht erfolgreich waren. Und nur bei 6% der Befragten hat sich die optimierte Arbeitsweise nicht auf Dauer durchgesetzt. Diese Werte sind im Vergleich zur allgemeinen Erfolgsquote von Projekten sehr gut. So beträgt die Quote von IT-Projekten, die komplett scheitern, 24% (The Standish Group, 2009).

Gerade in diesem Bereich sind Unterschiede zwischen Personal mit und ohne Führungsverantwortung feststellbar. Führungskräfte gaben häufiger an, dass regelmässig Optimierungen der Arbeitsabläufe stattfinden (3.63 gegenüber 3.20). Diese Optimierungen werden von Führungskräften dann auch stärker als Erfolg (4.04 gegenüber 3.65) und nachhaltig (4.06 und 3.69) eingeschätzt. Falls eine Optimierung nicht von Erfolg geprägt war, fühlten sich Personen ohne Führungskompetenz weitaus öfter nicht mit der notwenigen Befähigung ausgestattet als Führungskräfte (2.65 gegenüber 1.92), vergleiche Kapitel 3.5.2.

«Was Lean Management so kraftvoll werden lässt, ist, dass dabei die Begeisterung der Mitarbeitenden mitwirkt.»

David Fillingham, Leiter der Royal Bolton Hospital NHS Foundation Trust

3.4 INPUTFAKTOREN: WOLLEN

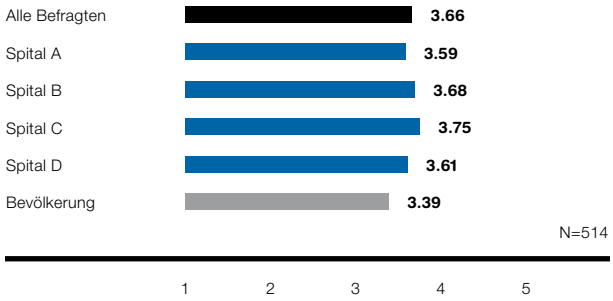
Die positive Einstellung der Mitarbeitenden gegenüber Veränderungen ist der zweite wichtige Faktor, um Optimierungsinitiativen erfolgreich zu gestalten. Mitarbeitende müssen bereit sein, den Wandel mitzutragen. Aber auch die Organisation muss professionell mit Wandel umgehen können, um den Erfolg nachhaltig zu gewährleisten. Die Resultate der SpitalPuls Umfrage sind eindeutig: Die Mitarbeitenden sind überdurchschnittlich veränderungsbereit. Der Reifegrad der Organisation bezüglich Veränderung ist jedoch nicht so hoch, wie er sein könnte.

3.4.1. Veränderungsbereitschaft Mitarbeitende

Die Veränderungsbereitschaft (VB) der Mitarbeitenden wurde mittels einer vierdimensionalen Skala, die aus der psychologischen Theorie «Resistance to Change» abgeleitet wurde (siehe Infobox für Details), gemessen. Im Durchschnitt haben die Mitarbeitenden der befragten Spitäler einen Veränderungsbereitschaftswert (VB-Wert) von 3.66. Die Unterschiede zwischen den Spitälern sind nicht sehr ausgeprägt, wie in Abbildung 22 zu sehen ist. Grösser ist der Unterschied zum internationalen Wert der Bevölkerung (MW: 3.39)[2]. Das heisst, dass die befragten Spitalmitarbeitenden im Schnitt eher bereit sind sich zu verändern, als der Rest der Bevölkerung.

Abb. 22

MITTELWERTE DER VERÄNDERUNGSBEREITSCHAFT DER MITARBEITENDEN

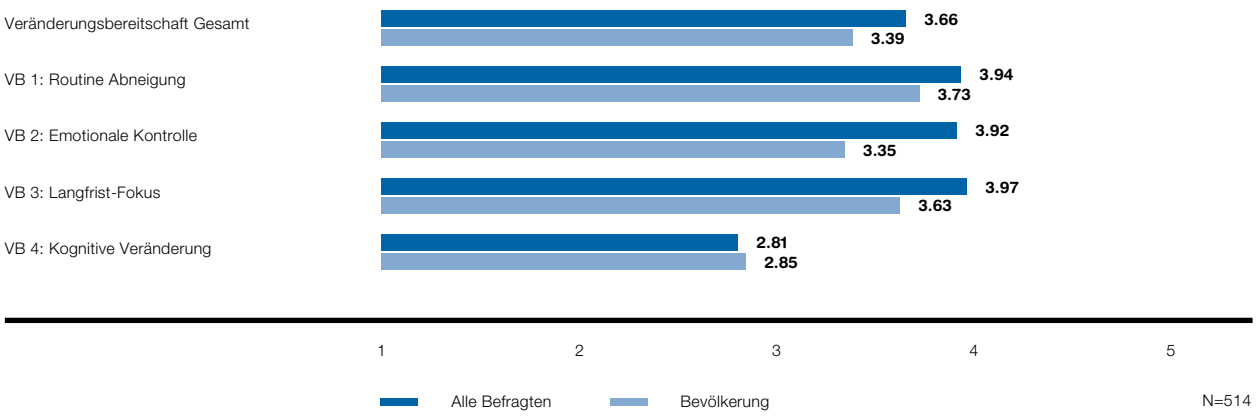


Details zu den Unterschieden der VB-Werte der Befragten zum Bevölkerungsschnitt sind in Abbildung 23 zu sehen. Der grösste Unterschied zur Bevölkerung besteht beim Faktor VB 4: Emotionale Kontrolle. Spitalangehörige scheinen Emotionen sehr gut unter Kontrolle zu haben, was bedeutet, dass sie sachlich auf angekündigte Veränderungen reagieren.

2 Es sind leider keine Messwerte für die Schweiz vorhanden. Ein vergleichbarer Kulturraum ist Deutschland, der einen VB-Wert von 3.40 aufweist (Oreg, 2008) und damit sehr nahe am weltweiten Schnitt von 3.39 liegt. Dieser Schnitt ist aus einer Umfrage von über 3 400 Personen entstanden (Oreg, 2012). Deswegen wird in diesem Report davon ausgegangen, dass der Schweizer Bevölkerungsschnitt dem weltweiten Schnitt nahe kommt.

Abb. 23

VERGLEICH DER VIER VERÄNDERUNGSDIMENSIONEN ZUM BEVÖLKERUNGSSCHNITT



DIE THEORIE «RESISTANCE TO CHANGE»

Veränderungen in der Umwelt sind allgegenwärtig und unaufhaltsam. Die Bereitschaft, sich solchen Veränderungen hinzugeben, variiert jedoch von Mensch zu Mensch. Während einige einer Veränderung insgesamt positiv entgegen schauen, ist es für andere eine Herausforderung, sich neuen Umständen anzupassen. Gründe für eine Resistenz gegen Veränderungen sind dabei vielfältig. Charakteristika und Einstellungen von Individuen spielen dabei eine tragende Rolle.

Oreg (2008) entwickelte und validierte mit mehreren tausend Personen in mehreren internationalen Studien eine Skala, um die Veränderungsbereitschaft von Menschen zu messen und zu vergleichen. Sein Modell ist von vier Dimensionen geprägt, die sich mittels Befragung des Individuums eruieren lassen:

Routine Seeking

Menschen, die sich in von Routine geprägten Umgebungen wohlfühlen, neigen dazu, sich in ihrem Alltag Regelmässigkeiten einzurichten, die ihnen eine gefühlte Sicherheit verschaffen. Sie sind tendenziell Veränderungen gegenüber abgeneigt, da diese etablierte Routinen obsolet werden lassen. Dem gegenüber stehen Menschen, die gezielt aus Routine ausbrechen und damit eine vergleichsweise hohe Veränderungsbereitschaft aufweisen.

Emotional Reaction

Gefühle, die Veränderungen in Menschen auslösen, tragen in erheblichen Umfang dazu bei, ob diese einer Veränderung positiv entgegen schauen, oder ob gegebenenfalls Resistenzen vorhanden sind. Einzuschätzen gilt, ob Menschen in Situationen von unvorhergesehenen Veränderungen gestresst und ängstlich reagieren, oder ob sie eine Gelassenheit oder gar Enthusiasmus an den Tag legen.

Short-Term Focus

Untersuchungen haben gezeigt, dass Menschen sich selbst dann gegen Veränderungen wehren, wenn diese langfristig zu ihrem Vorteil ausfallen. Dies aus dem einfachen Grund, dass kurzfristig Mehraufwand für die Anpassung anfällt und dieser vermieden werden möchte. Menschen, die einen kurzfristigen Planungshorizont besitzen, sind tendenziell resistenter gegen anstehende Veränderungen.

Cognitive Rigidity

Die vierte Dimension erfasst die Bereitschaft, andere Meinungen und Optionen zu prüfen und die eigene Meinung und Einstellung gegebenenfalls anzupassen. Menschen, die tendenziell stur sind, neigen auch dazu, Veränderungen gegenüber negativ eingestellt zu sein. Im Gegensatz dazu erzielen Menschen, die bereit sind, ihre Meinung zu ändern, eine hohe Punktezahl auf der Skala.

Durch das Kennen der Veränderungsbereitschaft der Mitarbeitenden ergibt sich damit die Möglichkeit, vor geplanten Veränderungen gezielte Massnahmen zu ergreifen, um die Erfolgschance der Initiative zu erhöhen. Auf Ebene des Kollektivs ermöglicht eine solche Analyse das Benchmarking gegen andere Gruppen, beispielsweise im Quervergleich zwischen Abteilungen, Organisationen oder Bevölkerungsgruppen.

In dieser Studie SpitalPuls wurden die vier Dimensionen umgedreht, so dass nun hohe Werte eine hohe Veränderungsbereitschaft (VB) des Individuums anzeigen. Die vier entstandenen Dimensionen sind entsprechend umbenannt worden in:

VB 1: Routine Abneigung
VB 2: Emotionale Kontrolle
VB 3: Langfrist-Fokus
VB 4: Kognitive Veränderung

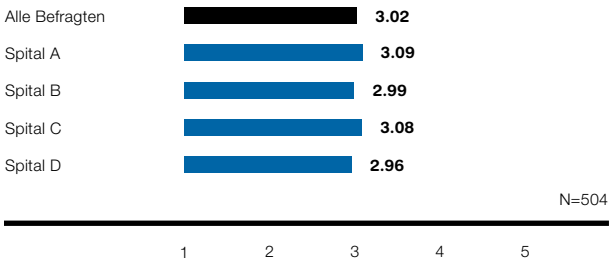
Zwischen den Berufsgruppen gibt es relativ geringe Unterschiede (siehe Abbildung 24). Am veränderungsfreudigsten sind Mitarbeitende in Verwaltung / Finanzen / Administration und Hotellerie / Facility Management. Alle Berufsgruppen liegen oberhalb des Bevölkerungsschnitts. Stärker ist der Einfluss des Alters auf die Veränderungsbereitschaft. Entgegen der Erwartung ist die Gruppe der 50-jährigen und älter mit einem VB-Wert von 3.78 am veränderungsfreundlichsten im Vergleich zu nur 3.52 bei den unter 30-jährigen.

3.4.2. Veränderungsreifegrad der Organisation

Nicht nur jeder einzelne Mensch hat eine Veränderungsbereitschaft, auch eine Organisation an sich kann verschiedene Reifegrade aufweisen, wie gut sie mit Veränderung umgehen kann. Um diese zu messen, wurde angelehnt an die Theorie von John P. Kotter eine Skala mit insgesamt fünf Stufen untersucht (siehe Infobox Veränderungsmanagement). Der durchschnittliche Veränderungsreifegrad der untersuchten Spitäler beträgt 3.02. Es existieren keine signifikanten Abweichungen zwischen den Spitälern, wie aus Abbildung 25 ersichtlich ist.

Abb. 25

MITTELWERTE DES VERÄNDERUNGS-REIFEGRADES DER ORGANISATION



Interessantes tritt zum Vorschein, wenn man die fünf Unterfaktoren im Detail anschaut, die den gesamten Veränderungsreifegrad bilden. Aus Abbildung 27 kann man entnehmen, dass die Befragten wissen, wie man Veränderungen spitalweit durchsetzt (Stufe 5, MW: 3.75). 67% der befragten Führungskräfte wissen, welche Implementierungshürden zu beseitigen sind. Ob diese Hürden sich tatsächlich in den realisierten Projekten überwinden lassen, kann in dieser Studie nicht beantwortet werden. Jedoch ist die Kenntnis dieser Hürden schon eine gute Voraussetzung für den Erfolg.

Abb. 24

MITTELWERTE DER VERÄNDERUNGSBEREITSCHAFT NACH FUNKTION

VERÄNDERUNGSMANAGEMENT (CHANGE)

Die wohl renommierteste Autorität im Bereich Veränderungsmanagement, John P. Kotter, beschreibt in seinem Bestseller-Buch «Leading Change» (2011), wie man Veränderungsprojekte erfolgreich durchführt. Da die Mehrheit seiner analysierten Projekte scheiterten, hat er folgende acht Punkte entwickelt, um eine starke Veränderung erfolgreich durchzuführen.

1. Dringlichkeit erzeugen. Der erste Schritt besteht darin, ein Bewusstsein für die Dringlichkeit bezüglich einer Veränderung zu schaffen. Es ist der fundamentalste Schritt, denn es bedarf einer ausserordentlichen Motivation und Zusammenarbeit aller Mitarbeitenden, um radikale Veränderungsprogramme auf die Beine zu stellen. 50% der Unternehmen scheitern bereits in dieser Phase.

2. Machtvolles Team kreieren. Der zweite Schritt besteht darin, ein starkes (Führungs-)Team zusammenzustellen. Grundlegende Veränderungen sind nur möglich, wenn das Vorhaben vom Top-Management unterstützt wird.

3. Klare Vision entwickeln. Im dritten Schritt wird eine klare Vision erschaffen. Eine Vision zeigt, in welche Richtung ein Unternehmen sich bewegen soll. Sie muss vorstellbar, machbar, fokussiert, anpassungsfähig und kommunizierbar sein. Eine einfache Regel gilt es zu befolgen: Kann man jemanden nicht innerhalb von fünf Minuten von der Vision überzeugen und Interesse wecken, ist die Vision noch nicht ausgereift.

4. Vision vielschichtig kommunizieren. In Schritt vier wird die Vision mit vielfältigen Hilfsmitteln kommuniziert. Ob in grossen Meetings, vor verschiedenen Mitarbeitendengruppen oder über Newsletter: erfolgreiche Führungskräfte nutzen alle im Unternehmen existierenden Kommunikationsmittel, um die Vision glaubwürdig und überzeugend zu vermitteln.

5. Hürden eliminieren. Manchmal wird der Veränderungsprozess von Hindernissen innerhalb der Organisation blockiert. Im fünften Schritt müssen diese überwunden und beseitigt werden. Meist handelt es sich um Mitarbeitende, die sich weigern, etwas zu ändern, da sie von der Vision nicht überzeugt sind. Sie müssen ermutigt werden, Risiken einzugehen und das alte Verhaltensmuster abzulegen.

Abb. 26

DIE 8 STUFEN DER VERÄNDERUNG

1. Dringlichkeit erzeugen
2. Machtvolles Team kreieren
3. Klare Vision entwickeln
4. Vision vielschichtig kommunizieren
5. Hürden eliminieren
6. Schnelle Erfolge erzielen
7. Erfolge konsolidieren, weitere Veränderungen einleiten
8. Neue Ansätze in der Kultur verankern

nach John P. Kotter

6.–8. Implementieren und nachhaltig verankern. Da Veränderungen viel Zeit in Anspruch nehmen, muss das Unternehmen auch kurzfristige Erfolge nachweisen können. Gewinne müssen gefestigt und Veränderungen weiter vorangetrieben werden. Als Letztes werden die neuen Vorgehen institutionalisiert und in der Unternehmenskultur verankert.

Die vorliegende Studie SpitalPuls orientiert sich an den Stufen 1.–5. von John Kotter, um den Reifegrad der Organisation bezüglich Veränderung zu messen, denn Fragen zu den Stufen 6.–8. lassen sich nur beantworten, wenn im Spital bereits konkrete langjährige Verbesserungsprojekte durchgeführt wurden. Somit hätten diese Fragen nur von einem Bruchteil der Mitarbeitenden beantwortet werden können und damit die Ergebnisse verfälscht.

Den kleinsten Reifegrad hat der Unterfaktor «Klare Vision entwickeln» (Stufe 3, MW: 2.71). Nur 27% der Befragten sagen aus, dass sie eine klare Zukunftsvision hätten und wissen, wie sie sich in den nächsten fünf Jahren verändern müssen. Damit besteht eine grosse Unsicherheit bezüglich der langfristigen Ziele der Veränderungsinitiativen.

Beim Thema Vision besteht ein grosser Widerspruch zwischen dem, was die Führungskräfte sagen, und was tatsächlich von den Mitarbeitenden wahrgenommen wird. Während 51% der Führungskräfte sagen, dass sie die Vision (sehr) häufig kommunizieren, stimmen dem nur 30% der Mitarbeitenden zu (siehe Abbildung 28).

3.5 INPUTFAKTOREN: DÜRFEN

Komplexe Unternehmen wie Spitäler benötigen gerade in diesen bewegten Zeiten gute Organisations- und Führungsstrukturen. Die befragten Mitarbeitenden fühlen sich von ihren Vorgesetzten insgesamt gut geführt. Verbesserungspotenzial gibt es vor allem bei den Führungsmethoden: insbesondere der Einsatz von Kennzahlen könnte stärker ausgeprägt sein.

Die untersuchten Spitäler haben im Schnitt einen organisatorischen Reifegrad («Dürfen») von 3.48. Dieser setzt sich aus den Faktoren «Führungsstil» und «Führungsqualität» zusammen (siehe Abbildung 29).

Abb. 27

MITTELWERTE DER UNTERFAKTOREN DES VERÄNDERUNGSREIFEGRADS DER SPITÄLER

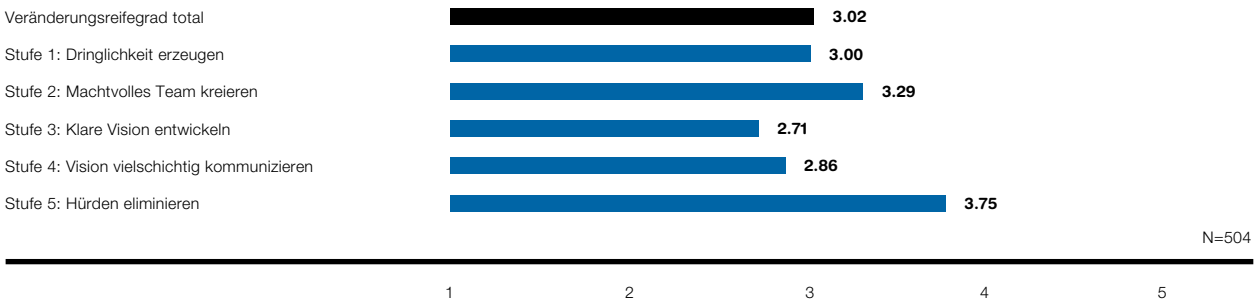


Abb. 28

VERGLEICH DER KOMMUNIKATION DER ZUKUNFTSVISION ZWISCHEN FÜHRUNGSKRÄFTEN UND MITARBEITENDEN

in %

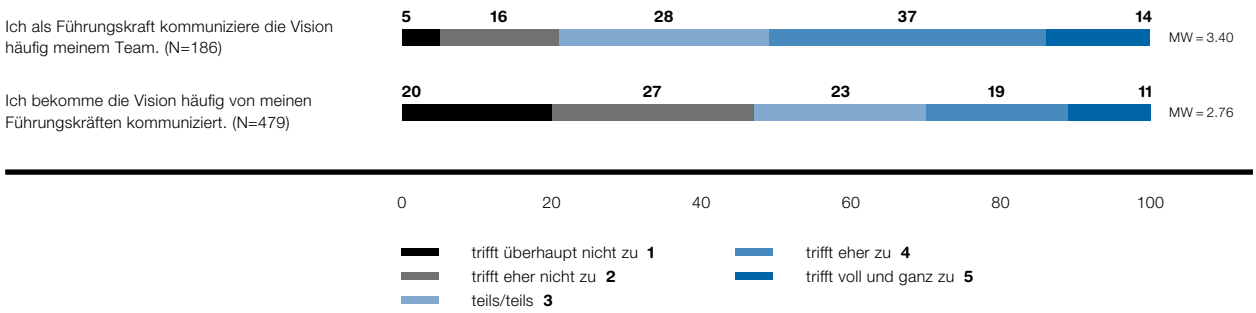


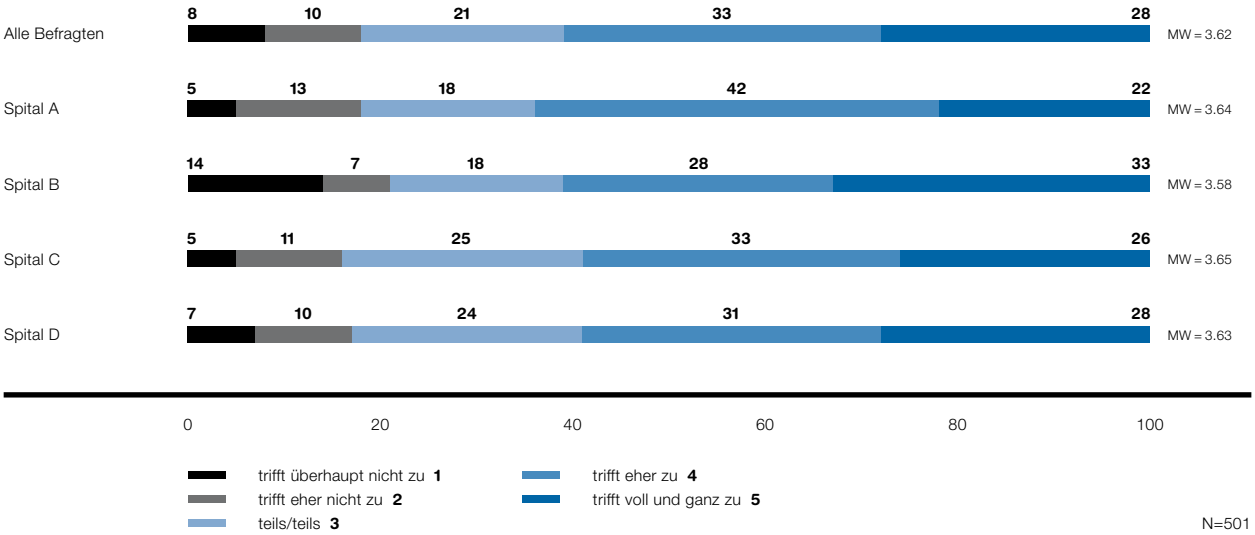
Abb. 29

MITTELWERTE DER UNTERFAKTOREN DES ORGANISATORISCHEN REIFEGRADES

Abb. 30

MEINE FÜHRUNGSKRAFT IST IN DER LAGE, UNS ANGEMESSEN DURCH EINE VERÄNDERUNG ZU FÜHREN

in %



«Führung ist unabdingbar: Die Geschäftsleitung muss das Verbesserungsprogramm sichtbar unterstützen und Ärzte sollten sich für die nötigen Veränderungen stark machen.»

Carrus et al. (2010), Unternehmensberater im Gesundheitswesen

3.5.1 Führungsqualität

Es existierte keine grossen Unterschiede zwischen den Organisationsreifegraden der einzelnen Spitäler. Auch die Führung wird im Schnitt positiv von den Mitarbeitenden wahrgenommen (MW 3.67). Das ist eine gute Nachricht, denn die Bedeutung von guter Führung darf nicht unterschätzt werden. Schmidt et al. (2008, S. 113) fanden in Ihren Untersuchungen von Mitarbeitenden aus der Pflege heraus, dass sich alleine 32.6% der Varianz der Zufriedenheit mit dem Faktor Führungsqualität erklären lassen. Kein anderer Faktor hatte einen derart grossen Einfluss.

Ein wichtiger Aspekt der Führung ist das Managen der Mitarbeitenden in Zeiten starker Veränderungen. Hier fühlen sich die Spitalmitarbeitenden gut vorbereitet. Nur 18% der Befragten geben an, dass ihre Führungspersonen schlecht oder sehr schlecht geeignet wären, sie durch eine grosse Veränderung zu führen.

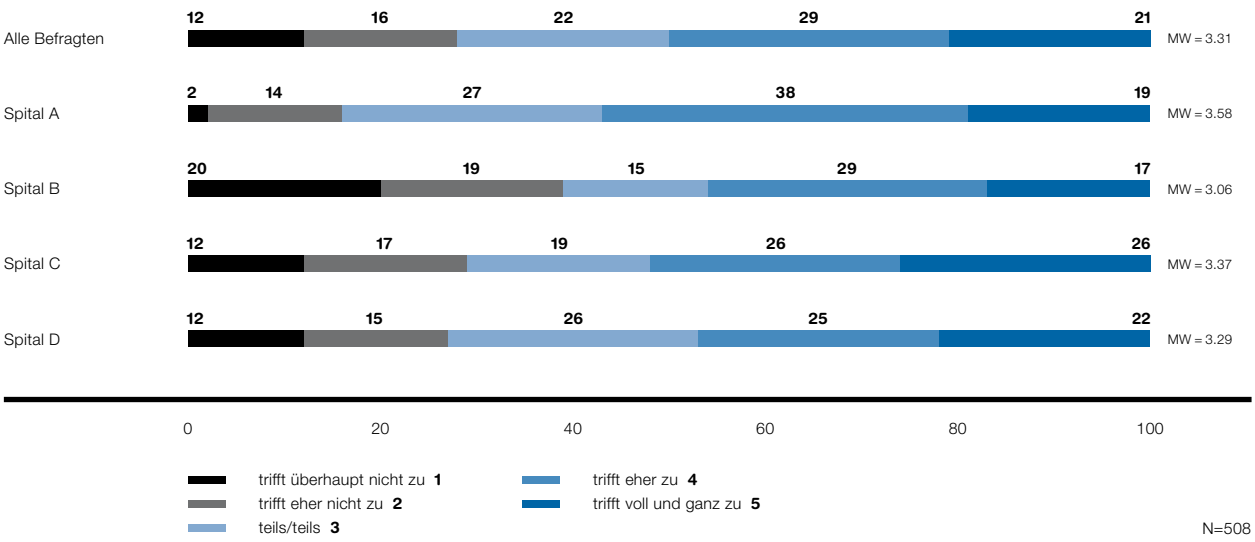
3.5.2 Führungsstil

Um genauer zu verstehen, wie die Führungskräfte führen, wurden drei Aspekte im Detail untersucht: Partizipation, Entscheidungsverantwortung und Prozesscontrolling.

Partizipation ist wichtig für nachhaltige Optimierungen, denn die Mitarbeitenden kennen die Arbeitsprozesse am besten. Doch nur ungefähr jeder zweite Mitarbeitende (49%) hat ein (grosses) Mitspracherecht bei wichtigen Entscheidungen (siehe Abbildung 31). Dieser Wert schwankt deutlich zwischen den Spitälern. Spital A hat einen deutlich höheren Partizipationswert von 57% im Gegensatz zu B und D mit jeweils nur 46%. Auch schwankt der Wert deutlich zwischen den verschiedenen Funktionen. Am wenigsten involviert fühlen sich die Ärzteschaft (46%) und die Pflege (48%), während der medizintechnische und therapeutische Dienst zu 57% aussagt, ein Mitsprachrecht bei wichtigen Entscheidungen zu haben.

Abb. 31

ICH HABE EIN MITSPRACHERECHT BEI WICHTIGEN ENTSCHEIDUNGEN in %



Die Resultate bei der Entscheidungskompetenz zeigen in etwa gleich hohe Werte wie die Partizipation. 52% der Befragten können die notwendigen Entscheidungen selber treffen (siehe Abbildung 32). Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Spitälern: Während bei Spital A 59% der Befragten über (sehr) hohe Entscheidungskompetenzen verfügen, haben dies bei Spital D nur 44%.

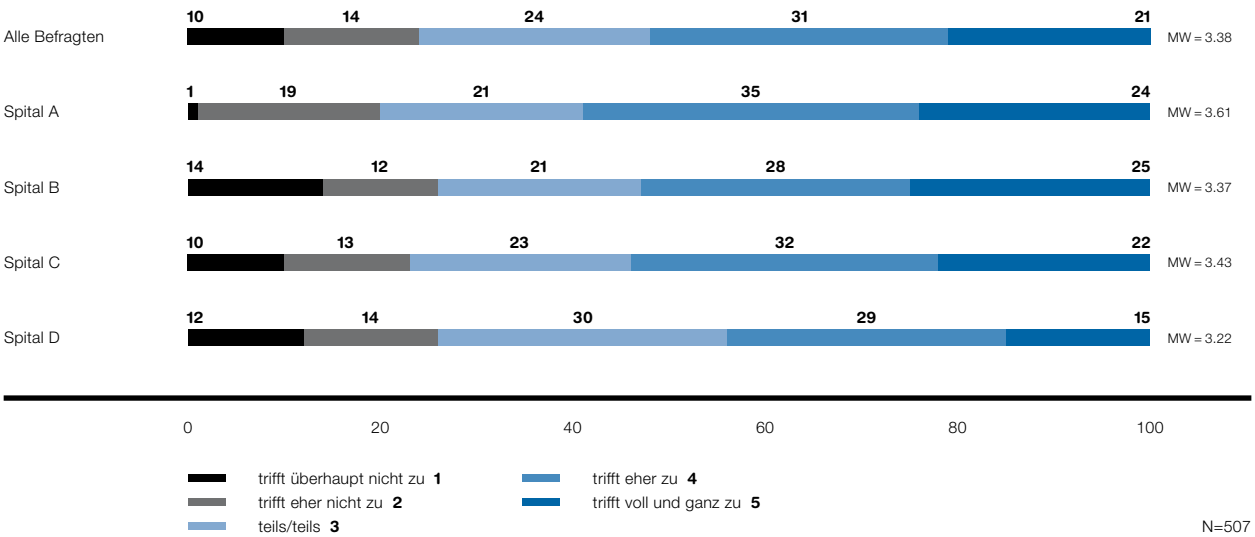
Im Bereich Mitspracherecht fühlen sich Führungskräfte im Gegensatz zu Angestellten ohne Führungsverantwortung mehr involviert (MW: 3.88 gegenüber MW: 2.94). Ebenfalls sind sie stärker im Besitz der notwendigen Entscheidungsgewalt für anstehende Optimierungen von Prozessabläufen (MW: 3.83 gegenüber MW: 3.09). Grosse Unterschiede sind auch hier zwischen den Spitälern feststellbar. Spital B verzeichnet zwischen Führungskräften und Nicht-Führungskräften Abweichungen zugunsten der Führungskräfte von 1.42 Punkten beim Mitspracherecht und 1.14 Punkten bei der Entscheidungsgewalt. Gründe für diese starken Abweichungen gilt es zu klären. Ein möglicher Einfluss auf diese Werte hat die Unternehmenskultur und Organisationsstruktur, die in jedem Unternehmen anders ausgestaltet sind.

Unterschiede bestehen auch bei den Einschätzungen bzgl. der Führungskompetenz der eigenen Vorgesetzten. Im Gegensatz zu Angestellten ohne Führungsverantwortung attestiert Personal, das selbst über Führungsverantwortung verfügt, der eigenen Vorgesetzten mehr Führungsqualitäten (MW: 4.05 gegenüber MW: 3.49) und glauben eher, dass ihre Vorgesetzten sie durch anstehende Veränderungen führen können (MW: 3.92 gegenüber MW: 3.44). Vermutungsweise ist dies auf den Umstand zurück zu führen, dass die Erwartungshaltung an eine Führungskraft anders ausfällt, wenn man selber Führungserfahrung und -kompetenzen besitzt.

Abb. 32

FÜR ANSTEHENDE OPTIMIERUNGEN MEINER ARBEITSABLÄUFE KANN ICH DIE NOTWENDIGEN ENTSCHEIDUNGEN SELBER TREFFEN

in %



N=507

Als letzter Punkt zum Thema Führungsstil wurde die Steuerung der Prozesse (Controlling) genauer untersucht. Die Prozessliteratur ist sich einig, dass gute Führungskräfte ihre Prozesse mittels Kennzahlen steuern sollten (Schmelzer & Sesselmann, 2010, S. 228–230). Der Gesamtwert in dieser Kategorie beträgt 3.20 (siehe Abbildung 33). Leistungsziele werden zwar für viele klar definiert (62% der Befragten sagen 4 oder 5, MW: 3.6). Aber schon bei der Verwendung dieser Kennzahlen, um Verbesserungen zu entdecken, nimmt dieser Wert ab auf 40% der Befragten (MW: 3.03). Eine echte Führung mit Kennzahlen erfolgt nur noch für 31% der Befragten (MW: 2.67). Deutlichere Schwankungen existieren zwischen den Funktionen. Während Mitarbeitende in der Hotellerie bzw. Facility Management einen MW von 2.87 bei der Beurteilung durch Kennzahlen haben, hat die Verwaltung nur einen MW von 2.55.

Auch bei der Steuerung der Prozesse sind die Unterschiede zwischen den Spitälern erheblich. Während bei Spital A nur 15% der Befragten anhand Kennzahlen (häufig) beurteilt werden, sind das bei Spital B beachtliche 42%.

Während sowohl für Führungskräfte als auch für Mitarbeitende ohne Führungsverantwortung in etwa gleichermassen klare Leistungsziele vereinbart werden (MW: 3.65 und MW: 3.58), werden Kennzahlen zum Leistungsvergleich mit der Vorperiode weit weniger häufig verwendet (MW: 3.34 gegenüber MW: 2.80), wobei der Unterschied zwischen Führungspersonen und Mitarbeitenden ohne Führungsverantwortung zunimmt. Die persönliche Leistungsbeurteilung findet dann in noch geringerem Umfang statt (MW: 2.80 gegenüber MW: 2.67).

Als Fazit des Inputfaktors «Dürfen» lässt sich festhalten, dass die Führungskräfte noch hohes Potenzial zur Verbesserung ihrer Führungskompetenzen haben. Auf das Vertrauen der Mitarbeitenden können sie aber bereits bauen.

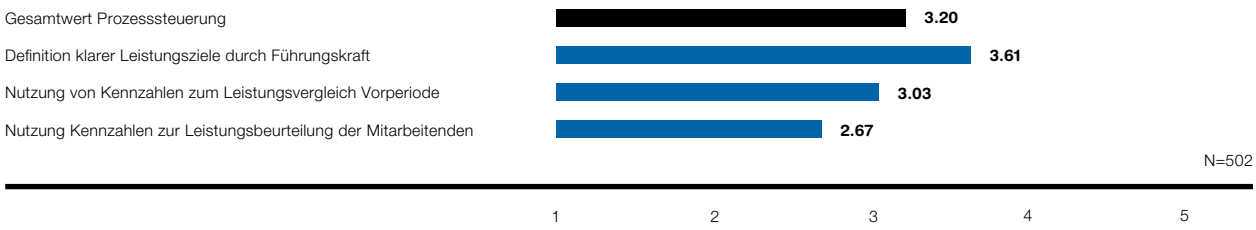
3.6 ZUSAMMENHÄNGE UND ERFOLGSFAKTOREN

Das im SpitalPuls Projekt verwendete Forschungsmodell verfolgte die Grundannahme, dass die Leistung der Spitäler (Output) vom Reifegrad im Prozess- und Changemanagement (Input) abhängen wird. Wie in Abbildung 34 gut ersichtlich ist, gibt es einen klaren, statistisch signifikanten Zusammenhang. Je höher die Werte beim Input, desto höher auch der Output. Dieses Modell kann bereits 25% der Varianz des Outputs erklären.

Weiterhin wurde postuliert, dass der Erfolg von Optimierungsmassnahmen vom Zusammenspiel dreier Faktoren abhängt: «Können», «Wollen», und «Dürfen». Eine Korrelationsanalyse zeigt eindrücklich auf, dass die beiden ver-

Abb. 33

MITTELWERTE DER UNTERFAKTOREN VON PROZESSSTEUERUNG



wendeten Outputfaktoren «Operations Performance» und «Zufriedenheit Mitarbeitende» in der Tat positiv mit den drei Faktoren «Können», «Wollen» und «Dürfen» korrelieren. All diese Korrelationen sind statistisch signifikant ($p<0.001$, siehe Abbildung 35). Mit anderen Worten ausgedrückt: Mitarbeitende, die hohe Werte bei «Können», «Wollen» und «Dürfen» erreichen, tendieren dazu, auch hohe Werte bei der Leistung ihrer Operations und ihrer Zufriedenheit anzugeben. Die Höhe der Korrelationskoeffizienten gibt Hinweise darauf, dass der Faktor «Können» am stärksten mit dem Output korreliert, gefolgt von «Dürfen». Im Schnitt scheint es, dass der Faktor «Wollen» zwar immer noch positiv mit Output korrelierte, jedoch von den drei Faktoren den geringsten Effekt auf den Output aufweist. Das sind allerdings nur grobe Tendenzen, der genaue statistische Zusammenhang der drei Inputfaktoren zum Output wird in zukünftigen Untersuchungen noch genauer analysiert und modelliert.

Abb. 34

ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN FAKTOREN INPUT UND OUTPUT

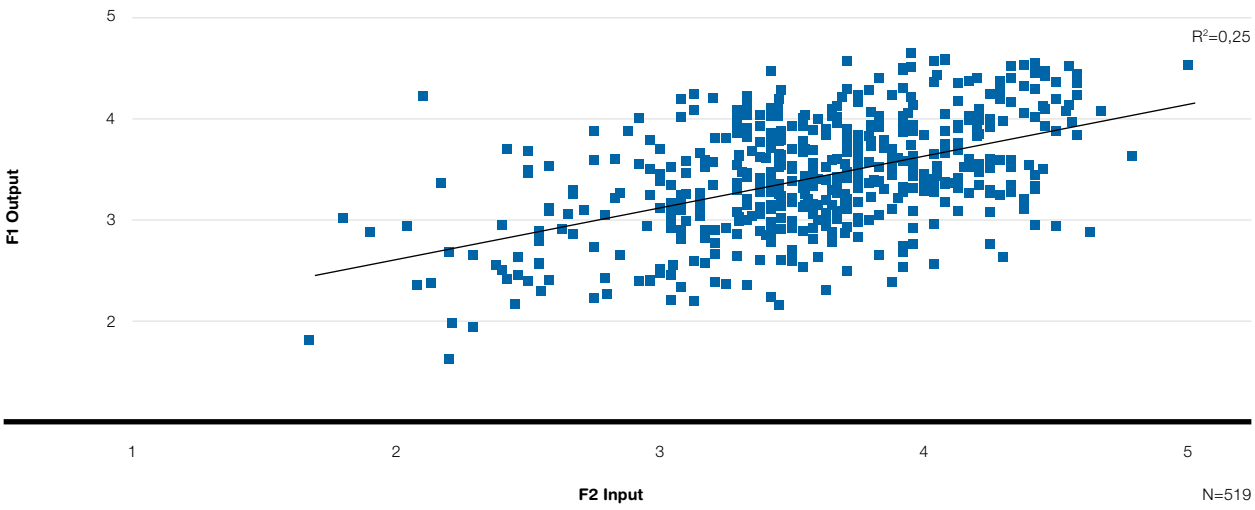


Abb. 35

KORRELATIONSKOEFFIZIENTEN DER INPUT- UND OUTPUT-FAKTOREN

Positive, hochsignifikante Korrelation ($p<0.001$) nach Pearson

	1.1 Operations Performance	1.2 Zufriedenheit Mitarbeitende	2.1 Können	2.2 Wollen	2.3 Dürfen
1.1 Operations Performance	1	+ ,33	+ ,29	+ ,17	+ ,21
1.2 Zufriedenheit Mitarbeitende	+ ,33	1	+ ,39	+ ,31	+ ,46
2.1 Können	+ ,29	+ ,39	1	+ ,41	+ ,42
2.2 Wollen	+ ,17	+ ,31	+ ,41	1	+ ,48
2.3 Dürfen	+ ,21	+ ,46	+ ,42	+ ,48	1

N=519

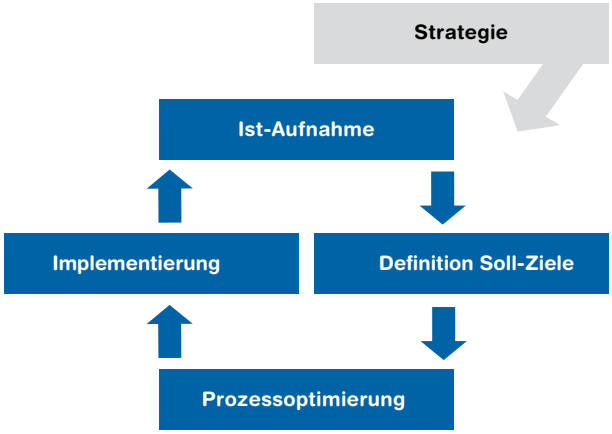
4. Handlungsempfehlungen und Fazit

Die Studie SpitalPuls 2012 hatte sich zum Ziel gesetzt, den Reifegrad Schweizer Spitäler zum Thema Prozess- und Changemanagement zu messen. Anhand der Befragung konnten sowohl der Output sowie der Input in Form der Faktoren »Können», «Wollen» und «Dürfen» der involvierten Spitäler in Bezug auf PCM analysiert werden. Die Ergebnisse sind in aggregierter Form im vorausgehenden Kapitel 3 dargestellt worden. Auf dieser Grundlage werden nachfolgend nun generelle Handlungsempfehlungen für Spitäler abgeleitet – die Einzelergebnisse je einbezogenen Spital werden den jeweiligen Spitälern gesondert erläutert. Dadurch sollen die Spitalverantwortlichen unterstützt werden, die notwendigen Schritte einzuleiten, um für die zukünftigen Herausforderungen gewappnet zu sein.

Spitäler, die eine Verbesserung der Prozesse und damit ihres Outputs anstreben, sollten sich ein systematisches Optimierungsmodell zu Eigen machen. Eine Möglichkeit, die vom Autorenteam erfolgreich in der Praxis angewendet wurde, ist in Abbildung 36 dargestellt und beschreibt eine Vorgehensweise in den vier Schritten Ist-Aufnahme, Definition Soll-Ziele, Prozessoptimierung und Implementierung. In den folgenden Abschnitten wird gezeigt, welche Handlungsempfehlungen Spitäler aus dieser Studie mitnehmen können, bevor ein Gesamtfazit gezogen wird.

Abb. 36

VORGEHENSMODELL ZUR ANALYSE UND OPTIMIERUNG DER PROZESSE



nach Angerer und Richard, 2011

4.1 STRATEGIEKONFORM DIE OUTPUT-ZIELE DEFINIEREN

Die Studie SpitalPuls 2012 hat die Ist-Situation der untersuchten Spitäler aufgenommen, mittels eines Kennzahlensystems quantifiziert (vgl. Kapitel 3.2) und zeigt daraus mögliche Optimierungsdimensionen auf. Die Frage, die sich den Spitalverantwortlichen nun stellt, ist, welchen Fokus zukünftige Optimierungsmassnahmen haben sollten.

Durch Effizienzsteigerungen werden Input-Ressourcen eingespart, die anderweitig eingesetzt werden könnten. So könnte es z.B. das Ziel sein, die Qualität noch weiter zu steigern oder die Kosten der Prozesse zu senken. Diese Entscheidung kann nur im Einklang mit der Unternehmensstrategie beantwortet werden. Die vorliegende Studie kann hierzu Impulse liefern, in welche Richtung die Optimierung erfolgen sollte. Vier mögliche Schwerpunkte der Optimierungsinitiativen in Bezug auf den Output werden im Folgenden dargestellt.

Administrationsprozesse in Frage stellen

Die überwiegende Mehrheit der Mitarbeitenden klagt über den hohen Aufwand im Bereich der Administration (vgl. Kapitel 3.2.1). Eine erste Stossrichtung der Optimierungsinitiativen könnte somit sein, das tatsächliche Ausmass des Aufwandes der Administration quantitativ zu erheben und dessen Notwendigkeit kritisch zu hinterfragen. Die Studie konnte durch ihr Design nur nach der gefühlten Belastung durch die Administration fragen – es gilt daher individuell zu prüfen, wie hoch der Aufwand durch die Administration in der Realität wirklich ist. Einleuchtend ist grundsätzlich, dass übermässige Administration nicht wertschöpfend ist. Möglich ist aber auch, dass Tätigkeiten, die von den Befragten als «lästige Administration» verstanden werden, notwendig sind, um z.B. eine hohe Qualität zu gewährleisten oder gesetzlichen Vorschriften nachzukommen. In diesem Fall läge ein Kommunikationsproblem zwischen Führung und Mitarbeitenden vor, das zu beseitigen wäre.

Rechtzeitig Kapazitätsreserven durch Effizienzerhöhung schaffen

Ein weiteres Optimierungsziel könnte die Erhöhung der Personalkapazitäten durch die Nutzung von Effizienzgewinnen darstellen. Noch ist die Bewertung der verfügbaren Kapazitäten überwiegend im grünen Bereich, bei ausländischen Spitälern ist die Belastung der Mitarbeitenden teilweise deutlich höher. Jedoch werden die immer knapperen Humanressourcen verbunden mit einem Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen dazu führen, dass die Kapazität im Spital immer knapper wird und die Arbeitsbelastung pro Mitarbeitenden steigt. Erste Tendenzen hierzu sind auch in der Schweiz bereits zu erkennen. Spitäler sollten dieses Thema deswegen bereits heute proaktiv angehen und mögliche Kapazitätsengpässe identifizieren und beseitigen.

Gute Zusammenarbeit zwischen Teams nutzen

Schlussendlich zeigt die Operationsperformance noch eine Chance auf: der Wert für die Zusammenarbeit mit anderen Teams und mit anderen Institutionen weist eine aussergewöhnlich hohe Ausprägung auf. Das sind beste Voraussetzungen für die Durchführung von abteilungsübergreifenden Projekten, die das Ziel haben, den gesamten Prozessfluss im Spital zu optimieren (z.B. Patientenfluss von der Aufnahme bis zur Entlassung) – gegebenenfalls auch die Aktivitäten in Richtung integrierte Versorgung durch die Einbindung der vor- und nachgelagerten Leistungserbringer zu verbessern. Aus der Praxis und Literatur ist bekannt, dass das volle Optimierungspotential nur erreicht werden kann, wenn der gesamte Prozess betrachtet und verbessert wird. Es ist zwar möglich, eine einzelne Abteilung (z.B. Röntgenabteilung) eines Spitals zu optimieren. Das heisst jedoch nicht, dass der Gesamtprozess im Spital optimal verläuft. So werden z.B. Zeitgewinne in der einen Abteilung verpuffen, wenn vor- und nachgelagerten Stellen nicht mitoptimiert werden.

Auf die Mitarbeitenden setzen

Gemäss der Befragung zur Zufriedenheit der Mitarbeitenden sind 79% aller Befragten mit ihrer jetzigen Arbeit zufrieden (vergleiche Kapitel 3.2.2). Das ist kein schlechter Wert, jedoch im internationalen Vergleich und auch unter Einbeziehung der Entwicklungen des Vorjahres aus der Befragung zeichnet sich hier noch Verbesserungspotential ab. Gerade auch unter Berücksichtigung des drohenden Engpasses bei ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden sollten die Spitalverantwortlichen diesen Werten auf den Grund gehen und kritisch hinterfragen, wie sie die Zufriedenheit ihres wichtigsten Kapitals weiter verbessern könnten. Unzufriedene Mitarbeitende sind auch den Inputfaktoren »Können» und «Wollen» nicht förderlich.

4.2 OPTIMIERUNGSFOKUS BEI INPUT-FAKTOREN

Wenn die Ziele der Optimierung definiert sind, kann die eigentliche Optimierung stattfinden. Dessen Ziel ist es, die ermittelten Schwachstellen zu eliminieren, um so einen erhöhten Output zu erhalten. Diese Verbesserungsinitiativen müssen im Detail vom Spital individuell ermittelt werden. Doch die Studie Spital-Puls 2012 zeigte übergreifende Potentiale auf, die alle Spitäler grundsätzlich näher betrachten sollten.

Im Folgenden werden ausgewählte Handlungsempfehlungen aus den Inputfaktoren «Können», «Dürfen» und «Wollen» vorgestellt. Ein Überblick über die Empfehlungen ist der Tabelle 4 zu entnehmen.

4.2.1 Handlungsempfehlungen zu «Können»

Angebot an Fortbildungsmöglichkeiten überprüfen

Wie im Kapitel 3.3.1 erwähnt, existiert eine grosse Lücke zwischen der wahrgenommenen Wichtigkeit von Schulungen zum Thema Prozessoptimierung und dem Angebot an Schulungen durch die befragten Spitäler. Zu überprüfen ist, ob dies «nur» ein Kommunikationsproblem ist (sprich, ob das Kursangebot existiert, aber nicht bekannt ist) oder ob diese Kurse wirklich nicht in genügendem Masse angeboten werden. Die genauen Gründe für das Fehlen der Kurse sind dem Autorenteam unbekannt. Sollte es ein Budgetproblem geben, so könnte eine Verbindung der Kurse mit realen Praxisprojekten Abhilfe schaffen. Die Teilnehmenden könnten die durch den Kurs entstandenen Kosten und Zeitaufwände schnell amortisieren, wenn sie das gelernte Wissen in die Praxis umsetzen würden und somit Effizienzgewinne in ihrem Alltag erreichen.

Die Prozesse verstärkt visualisieren

So unterschiedlich die verschiedenen Prozessoptimierungsphilosophien auch sein mögen, ein gemeinsames Element haben diese alle: Um Schwachstellen bei Ist-Prozessen festzustellen und um bessere Soll-Prozesse zu definieren, müssen diese visualisiert werden. Dieses einfache, aber mächtige Instrument wird von den Befragten jedoch selten eingesetzt. Dabei ist es eine Methode, die weder grossen Zeit- noch Kostenaufwand verursacht, wenn sie richtig eingesetzt wird. Der richtige Umgang mit Visualisierungsinstrumenten wäre etwas, das in den erwähnten Fortbildungsmöglichkeiten vermittelt werden könnte.

Statistische Methoden zur Qualitätssicherung einsetzen

Eines der Ziele jedes Spitals sollte eine möglichst hohe und konstante Qualität der Prozesse sein. Aus der Praxis weiss man jedoch, dass alle Prozesse Schwankungen unterliegen. Eine kleine Prozessschwankung ist natürlich und wird sich nie ganz vermeiden lassen. So wird die Dauer der Datenaufnahme eines Patienten von Mitarbeitenden zu Mitarbeitenden leicht schwanken, da diese von vielen Faktoren wie z.B. der Sprechgeschwindigkeit abhängt. Doch wenn der Prozessoutput stark schwankt, kann es versteckte Ursachen dafür geben, die es zu eliminieren gilt (z.B. ein unklar definierter Standard zur Erfassung der Patientendaten, der je nach Mitarbeitenden anders interpretiert wird). Um die natürliche von der unnatürlichen Prozessschwankung zu unterscheiden, gibt es mathematische Verfahren, wie z.B. die statistische Prozesskontrolle. Die Befragten in der Studie SpitalPuls 2012 setzen jedoch solche Verfahren eher selten ein. Auch das könnte ein weiteres Schulungsgebiet sein, um die Methodenkompetenz der Mitarbeitenden zu stärken.

Bereitschaft für Standardisierung punktuell erhöhen

Der Wert für den Umgang mit Standards ist bei den vier Spitälern auf einem relativ hohen Niveau, Potential nach oben ist jedoch trotzdem vorhanden. Einerseits sagen die Befragten im Durchschnitt, dass sie über gut definierte Standards verfügen, die in der Regel auch eingehalten werden. Allerdings ergaben sich grössere Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und Hierarchiestufen (siehe Kapitel 3.3.2). Führungskräfte glauben weniger an die Möglichkeit der Standardisierung ihrer Arbeit. Hier lautet die Empfehlung, punktuell den Standardisierungsprozess im Spital zu überprüfen. Denkbar ist auch die Etablierung

Tabelle 4

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE INPUTFAKTOREN

Inputfaktor	Handlungsempfehlung
Können	Angebot an Fortbildungsmöglichkeiten überprüfen
	Die Prozesse verstärkt visualisieren
	Statistische Methoden zur Qualitätssicherung einsetzen
	Bereitschaft für Standardisierung punktuell erhöhen
	Freiräume für Optimierungen schaffen
	Leuchtturm-Projekte schaffen und kommunizieren
Wollen	Hohe Veränderungsbereitschaft der Mitarbeitenden nutzen
	Umgang mit Wandel professionalisieren
Dürfen	Optimierungsvorschläge der Mitarbeitenden aktiv einfordern
	Steuerung und Führung mittels Kennzahlen optimieren

einer spitalinternen Gruppe, die die operativen Einheiten bei Standardisierungsinitiativen unterstützt (z.B. bei standardisierte Behandlungspfade).

Freiräume für Optimierungen schaffen

Das Haupthindernis für die fehlenden Optimierungsinitiativen ist laut der Studie SpitalPuls 2012 die fehlende Zeit. Die Mitarbeitenden sind gemäss der Befragung mit ihrer täglichen Arbeit gut ausgelastet und haben wenige Spielräume für zusätzliche Projekte. Diesbezüglich sind die Aussagen von Prozessmanagement Experten eindeutig: Das Management ist gefragt, diese Freiräume für die Mitarbeitenden zu schaffen. So könnte z.B. wöchentlich Zeit eingeplant werden, um gemeinsam ein Optimierungsprojekt zu planen und durchzuführen. Das kostet zwar Zeit und Ressourcen, dieser Ansatz sollte aber als Investition für das Spital aufgefasst werden. Die Mehrausgaben werden idealerweise durch einen verbesserten Prozess um das Vielfache wieder zurückerstattet.

Leuchtturm-Projekte schaffen und kommunizieren

Die gute Nachricht der vorliegenden Studie ist, dass die Befragten überwiegend gute Erfahrungen mit Optimierungsprojekten gemacht haben. Die Ergebnisse dieser Projekte haben dabei überwiegend zu dauerhaften Verbesserungen der Prozesse im Spital geführt. Diese positive Einstellung sollte aktiv von den Spitälern genutzt werden. Erfolgreiche Initiativen im Sinne von «Leuchtturm-Projekten» sollten breit kommuniziert und der Erfolg für die Betroffenen klar herausgearbeitet werden. Diese Projekte können genutzt werden, um Begeisterung für weitere Initiativen im Sinne von Prozess- und Changemanagement zu schaffen.

4.2.2 Handlungsempfehlungen zu «Wollen»

Hohe Veränderungsbereitschaft der Mitarbeitenden nutzen

Eine der positiven Erkenntnisse der Studie ist die überdurchschnittlich hohe Veränderungsbereitschaft der Mitarbeitenden (vgl. Kapitel 3.4.1), entgegen der Erwartung mancher im Vorfeld befragter Führungskräfte. Diese sollten die Verantwortlichen in den Spitälern als Aufforderung verstehen, mehr Mut zur Veränderung zu zeigen. Den höchsten positiven Unterschied zur Gesamtbevölkerung zeigen Spitalmitarbeitende im Faktor «emotionale Kontrolle». Daraus lässt sich ableiten, dass die Mitarbeitenden sachlich mit der Notwendigkeit der Veränderung konfrontiert werden sollten, ohne zu viel Angst vor kurzfristigen emotionalen Resistenzen zu haben. Weiterhin zeigen die Befragten überdurchschnittliche Werte im Faktor «Langfrist-Fokus». Für die Führungskräfte bedeutet das, dass die Mitarbeitenden durchaus bereit sind, kurzfristige Nachteile in Kauf zu nehmen, um langfristig besser zu werden. Dieser Aspekt ist bei der Veränderung von Prozessen besonders wichtig, denn viele Optimierungen können in der ersten Zeit nach der Umstellung eine Verschlechterung für die Mitarbeitenden mit sich bringen. So kann der Umstieg von einer handschriftlich geführten Akte auf eine elektronisch ausgefüllte Akte am Anfang zeitaufwändiger ausfallen. Wenn der Benutzende sich jedoch einmal an das neue Vorgehen gewöhnt hat, ist der Gesamtprozess bereits kurz- bis mittelfristig effizienter.

Umgang mit Wandel professionalisieren

Der Reifegrad des Umgangs mit Wandel war bei den befragten Spitälern nicht so hoch, wie er sein könnte (vgl. Kapitel 3.4.2). Eines der Hauptprobleme ist die fehlende Kenntnis der Mitarbeitenden bezüglich der Vision des jeweiligen Spitals respektive der Abteilung. Die Befragten wissen überwiegend nicht, in welche Richtung sich das Spital und damit auch ihr Team in den nächsten Jahren entwickeln soll. Ob das «nur» ein Kommunikationsproblem ist oder ob diese Vision einfach nicht existiert, muss im Einzelfall geklärt werden. Fest steht jedenfalls, dass ohne diese Vision die Leitplanken für die Mitarbeitenden für die geplanten Veränderungen fehlen. Die Teams können zwar vereinzelt Prozessoptimierungen vornehmen, bleiben aber in der Ungewissheit, ob das der richtige Weg zur Gesamtoptimierung ihres Spitals ist.

4.2.3 Handlungsempfehlungen zu «Dürfen»

Empfehlungen im Bereich Führung sind mit Vorsicht zu geniessen, da es keine allgemein perfekte Führung, sondern immer nur die passende Führung gibt. Bei den Befragten wird die Führungsqualität generell als gut eingeschätzt, die

Mitarbeitenden fühlen sich überwiegend gut geführt (vgl. Kapitel 3.5.1). Jedoch gibt es Prinzipien, die im Bereich Prozess- und Changemanagement noch stärker von den Spitälern beachtet werden sollten. Zwei Empfehlungen konnten diesbezüglich abgeleitet werden, die im Folgenden vorgestellt werden.

Optimierungsvorschläge der Mitarbeitenden aktiv einfordern

Das Wissen der Mitarbeitenden sollte stärker berücksichtigt werden, wenn es darum geht, Prozesse zu optimieren. Schliesslich haben die betroffenen Mitarbeitenden die meiste Erfahrung mit den Prozessen und oft viele gute Ideen zur Verbesserung. Wenn diese Ideen jedoch nicht aktiv von den Spitalverantwortlichen eingefordert werden, werden diese nicht gemeldet und können auch nicht umgesetzt werden. Lean Management spricht hier von «Verschwendung von Talent». Die Spitäler sollten deswegen ihre Mechanismen und Anreizsysteme zur Sammlung von Ideen stärker überprüfen. Die Einrichtung eines Verbesserungswesens wäre hier eine Möglichkeit. Zudem ist es bei konkreten Optimierungsprojekten unabdingbar, dass die Prozessbetroffenen aktiv im Verbesserungsteam involviert sind.

Steuerung und Führung mittels Kennzahlen optimieren

Der Wunsch von Managern nach Kennzahlen zur Beurteilung der Leistung von Prozessen und Mitarbeitenden ist berechtigt. 59% der befragten Mitarbeitenden sagen, dass sie über klar definierte Leistungsziele verfügen, doch nur bei 24% der Mitarbeitenden wird die Leistungsbeurteilung anhand von Kennzahlen vorgenommen. Weich formulierte Leistungsziele sind natürlich schwerer zu beurteilen als klar quantifizierte und messbare Ziele. Die kontinuierliche Verbesserung der Prozesse basierend auf detaillierten Messungen der Leistung wird in der Literatur als die höchste Stufe des Prozessmanagements verstanden (Schmelzer & Sesselmann, 2010, p. 319). Deswegen sollten Spitäler detailliert untersuchen, wie effektiv und effizient sie Kennzahlen einsetzen, um ihre Prozesse zu steuern. Im Gespräch mit vielen Praxispartnern hat sich herauskristallisiert, dass das Problem nicht eine zu geringe Anzahl von Kennzahlen ist. Es werden eher bereits zu viele Kennzahlen erhoben, deren Zweck teilweise undurchsichtig ist. Die konkrete Nutzung der Kennzahlen in der Praxis ist entscheidend. Die Empfehlung an die Spitalverantwortlichen lautet demzufolge, den konkreten Nutzen jeder gemessenen Kennzahl in sämtlichen Spitalbereichen (z.B. medizinische, finanzielle, organisatorische Kennzahlen) kritisch zu hinterfragen und die Kennzahlen auf eine übersichtliche Anzahl zu beschränken. Die verbleibenden sinnvollen Kennzahlen gilt es kontinuierlich zu überwachen, um die Leistung zu überprüfen und zu steuern zu können (z.B. Wartezeit der Patienten).

4.3 FAZIT UND AUSBLICK

Das Autorenteam ist der Meinung, dass das Thema Prozess- und Changemanagement im Gesundheitswesen an Bedeutung gewinnen wird, da die Zunahme des finanziellen Drucks auf die Spitäler bereits jetzt zu spüren ist. Gut gerüstet für diese Herausforderung sind Spitäler, die ihre Prozesse kontinuierlich analysieren und optimieren.

Der professionelle Umgang mit Wandel ist nicht leicht, jedoch erfolgsentscheidend. Die Studie SpitalPuls 2012 hat zum ersten Mal den Status Quo von vier Schweizer Spitälern bezüglich ihres Prozess- und Changemanagement Reifegrads untersucht. Insgesamt scheinen sich die Spitäler in einer guten Ausgangslage zu befinden, um die anstehenden Herausforderungen zu meistern. Die vorliegende Studie kann dabei helfen, die notwendigen Schritte einzuleiten, um die identifizierten Leistungsdefizite zu verringern.

Das Autorenteam prüft derzeit die Möglichkeiten, die Studie fortzusetzen und dabei auch auszuweiten. Einerseits ist im Sinne einer «Diagnose» eine Ausdehnung der befragten Spitäler in Richtung Vollerhebung in der Schweiz denkbar, um einen regelmässigen und repräsentativen Benchmark zu generieren. Anderseits könnten als Ansatz für eine «Therapie» für die Spitäler spezifische Fragestellungen vertieft analysiert (z.B. Führung mit Kennzahlen) und / oder ein integratives Entwicklungstool «von der Strategie über die Optimierung hin zum nachhaltigen Wandel» erarbeitet werden.

«Gute Qualität kostet weniger.»

David Fillingham, CEO des Royal Bolton Hospital NHS Foundation Trust (Zitiert in Graban, 2012)

Anhang

Literaturverzeichnis

Angerer, A. & Richard, M. (2011). Prozesse verändern im Krankenhaus – mit Changemanagement nachhaltig Wirkung erzielen. Das Krankenhaus, S. 994–997.

Bundesamt für Gesundheit (2012c). Beschäftigte im Gesundheitswesen. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/04/key/01.html.

Bundesamt für Statistik (2012a). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/ueberblick.html.

Bundesamt für Statistik (2012b). Krankenhäuser. [Online] Available at: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/key/01.html.

Buxel, H. (2011). Jobwahlverhalten, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegepersonal und Auszubildenden in Pflegeberufen, S. 55.

Carling, P. C. et al. (2008). Improving Cleaning of the Environment Surrounding Patients. Infection control and hospital epidemiology, S. 1035–1041.

Carrus, B., Corbett, S. & Khandelwal, D. (2010). A hospital-wide strategy for fixing emergency-department overcrowding. McKinsey Quarterly.

GDK/BAG (2012). «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung». Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle» von GDK und BAG, Bern: s.n.

Graban, M. (2012). Lean Hospitals. New York: Productivity Press.

Jones, D. & Mitchell, A. (2006). Lean thinking for the NHS, London: NHS Confederation.

Kotter, J. (2011). Leading Change: Wie Sie Ihr Unternehmen in acht Schritten erfolgreich verändern. s.l.: Vahlen.

Leser, M. (2007). Leistung muss sich lohnen. Caracho, Januar, S. 20–24.

OECD/WHO (2011). OECD Review of Health Systems: Switzerland 2011, s.l.: OECD Publishing.

Oreg, S. (2008). Dispositional resistance to change: Measurement equivalence and the link to personal values across 17 nations. Journal of Applied Psychology, S. 935–944.

Oreg, S. (2012). The Hebrew University of Jerusalem – Resistance to Change Scale. http://pluto.huji.ac.il/~oreg/

Scherrer, R. (2011). Ärzte gegen Bürokratie. Neue Zürcher Zeitung, S. 17.

Schmelzer, H. & Sesselmann, W. (2010). Geschäftsprozessmanagemen in der Praxis. München: Carl Hanser.

Schmidt, S. et al. (2008). Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung. Pflege & Gesellschaft, S. 102–118.

The Standish Group (2009). The Standish Group Report.

Von Rosenstiel, L., Molt, W. & Brüttinger, B. (2005). Organisationspsychologie. S. 259.

Autoren

Dr. oec. Alfred Angerer
Dozent und Projektleiter am Zentrum für Strategie und Operations (ZSO)

Prof. Dr. Holger Auerbach
Stellvertretender Leiter des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG)

Michael Früh
Wissenschaftlicher Mitarbeiter des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG)

Dr. oec. Alfred Angerer promovierte am Logistik Institut der Universität St. Gallen und ist seit 2009 als Dozent und Projektleiter am Zentrum für Strategie und Operations (ZSO) der ZHAW School of Management and Law angestellt. Zuvor war er u.a. im Supply Chain Management der Nestlé AG und als Operationsberater bei McKinsey & Company tätig. Sein Forschungsschwerpunkt liegt in der Optimierung von Prozessen im Gesundheitswesen.

Prof. Dr. Holger Auerbach hat Betriebswirtschaftslehre an der Universität Augsburg studiert. Nach Tätigkeiten als Unternehmensberater und selbstständiger Unternehmer hat er an der Charité – Universitätsmedizin Berlin promoviert. Seit 2006 ist er stellvertretender Leiter des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) der ZHAW School of Management and Law. Er führt als Dozent und Projektleiter den betriebswirtschaftlich ausgerichteten Bereich «Management im Gesundheitsbereich».

Michael Früh hat Betriebsökonomie an der ZHAW Winterthur studiert. Seit 2009 arbeitet er am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie und ist dort als wissenschaftlicher Mitarbeiter hauptsächlich in betriebswirtschaftlichen Beratungsprojekten für Institutionen des Gesundheitswesens tätig. Vorgängig hat er mehrere Jahre im Bereich von Unternehmenssoftware gearbeitet.

Unterstützendes ZHAW-Team

Patrick Bartl

Katja Benndorf

Therese Ciardo

Andreas Eggli

Alessandro Nuzzo

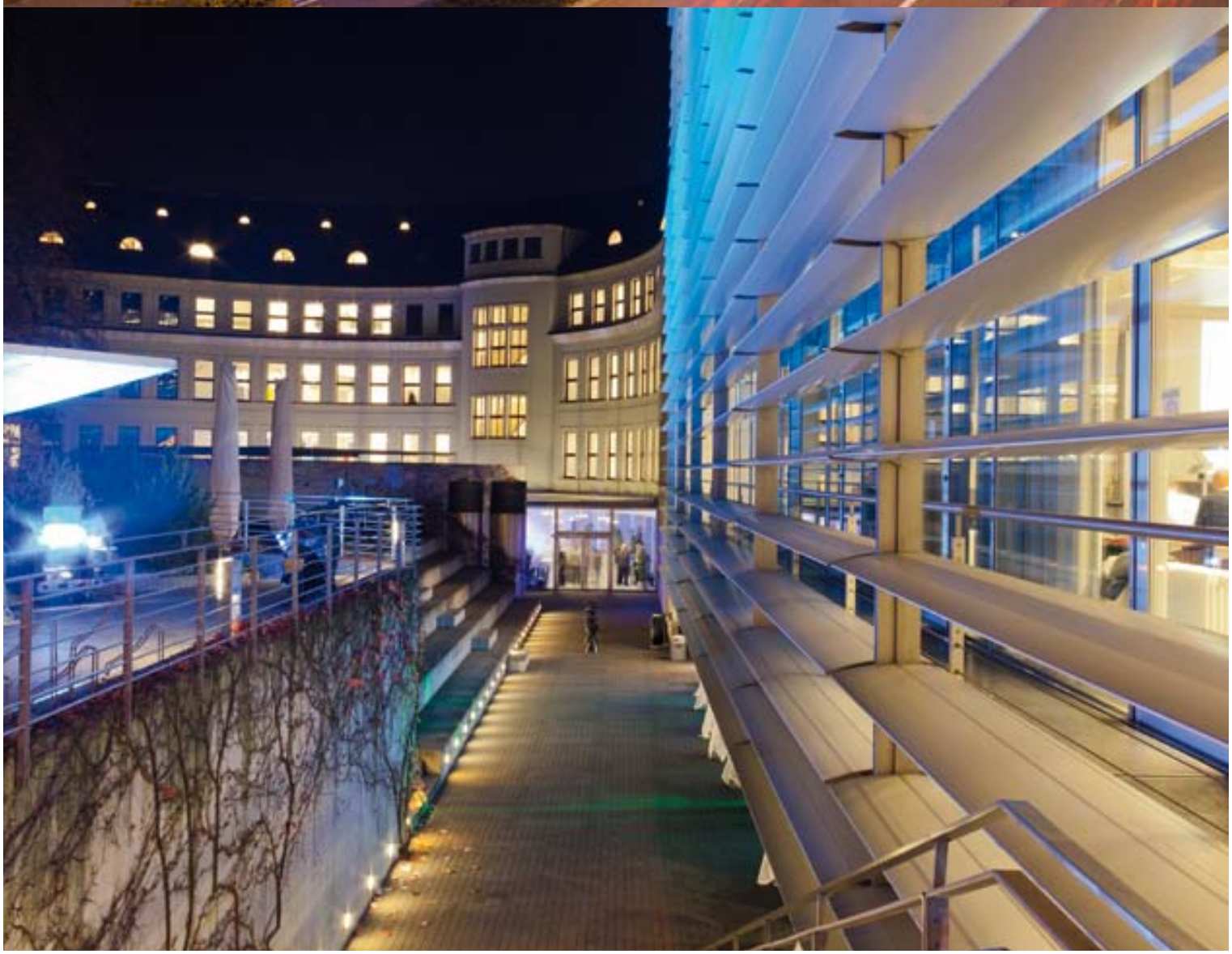
Daryl Peter

Alex von Siebenthal

Ohne die fachliche und operative Unterstützung des ZHAW-Teams hätte dieses Forschungsprojekt nicht stattfinden können – vielen herzlichen Dank.

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis



Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

**School of
Management and Law**

St.-Georgen-Platz 2
Postfach
8401 Winterthur
Schweiz

www.sml.zhaw.ch

Oktober 2012