

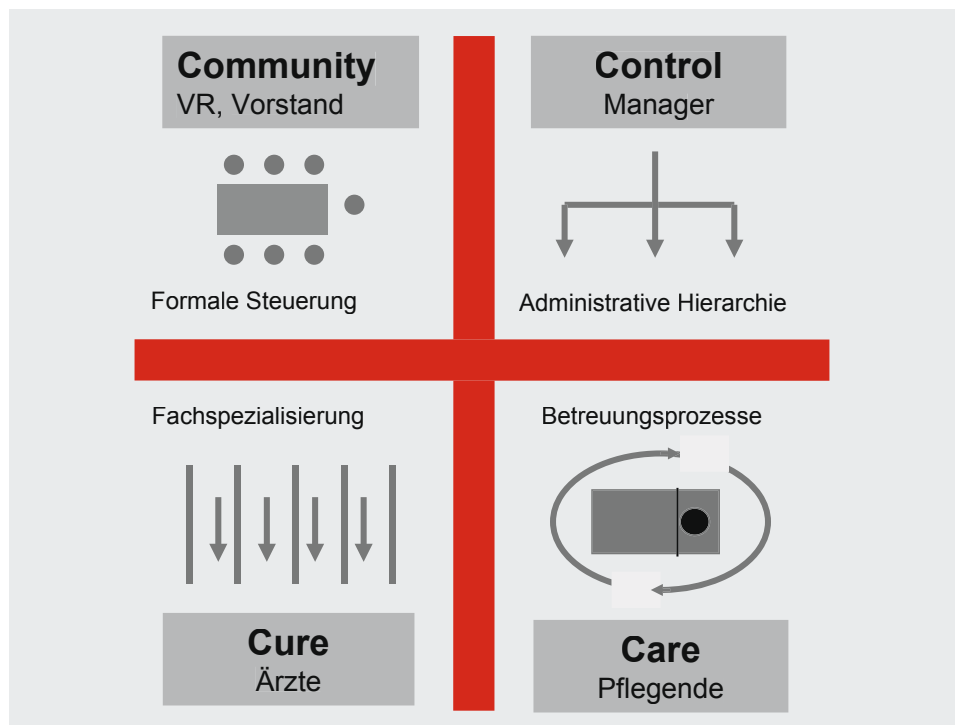
Muss man Management fürs Spital neu erfinden?

Spitäler sind in ihrer Besonderheit nur begrenzt verträglich für kontextfremde Konzepte. Das Beispiel der DRG-Einführung in Deutschland zeigte etwa, dass Prozessoptimierung nicht automatisch einsetzte. – Von Peter Berchtold und Christof Schmitz

Evidenz-basierte Medizin – definiert als «die gewissenhafte, explizite und vernünftige Anwendung der besten medizinischen Informationen in der täglichen klinischen Entscheidungsfindung» – spielt eine immer bedeutendere Rolle im klinischen Alltag.¹ Die aus wissenschaftlichen Studien gewonnene Evidenz soll Ärzte und andere Gesundheitsberufe unterstützen, optimale Entscheide zu fällen. Klinische Erfahrung und Intuition, persönliche und individuelle Präferenzen von Patienten sollen dabei nicht ersetzt, sondern ergänzt werden, so dass gemeinsam mit den Patienten die bestmögliche Behandlung definiert werden kann. Seit wenigen Jahren fordern Managementforscher, dass auch Manager ihre Entscheide vermehrt Evidenz-basiert fällen sollten.² Die Herausforderungen für Manager sind in manchen Dimensionen ähnlich wie jene für Mediziner: Es stehen folgenreiche Entscheide an, für die nur unvollständige oder uneindeutige Information zur Verfügung steht. Und wie früher in der Medizin gilt: Statt Evidenz und reflektierter Prüfung bestimmen Glaubenssätze und Ideologien, ungetestete Annahmen oder ungeprüfte Übertragungen aus anderen Kontexten die Entscheide. Insbesondere die unreflektierte Übertragung erfolgreicher Praktiken aus anderen Kontexten führt allzu leicht in demotivierende Ergebnislosigkeit oder bringt gar kontraproduktive Ergebnisse hervor.

DRG-Einführung: paradoxe Effekte

Ein eindrückliches Beispiel dazu bietet die Umstellung der Leistungsabrechnung in Spitälern auf DRG in Deutschland. Aus ökonomischer Perspektive scheint dies eine höchst sinnvolle Massnahme zu sein: nicht



Spitäler unterscheiden sich von anderen Organisationen durch eine aussergewöhnlich starke interne Differenzierung in vier Subsysteme

mehr individuell unterschiedliche Leistungsaufwände zu verrechnen, die Anreize für Mengenausweitungen darstellen, sondern eine Pauschale – eine Art Durchschnittswert. Damit soll ungerechtfertigten Aufwänden und Ineffektivitäten ein Riegel geschoben werden. In der Tat zeigen Erfahrungen in anderen Ländern eine Abschwächung des Kostenwachstums nach Einführung der DRG-Pauschalen, wenn auch die Resultate nicht schlüssig sind.³ Gleichzeitig stellen sich, wie neuere Forschungsarbeiten zeigen, paradoxe Effekte ein. Nicht nur sind teilweise erheblicher administrativer Mehrauf-

wand und implizite Rationierung die Folge, auch können Behandlungen teurer statt kostengünstiger und Prozesse fragmentierter statt koordinierter werden.⁴ So war das alles nicht gemeint. Und gerade deshalb ist eine geeignete, für Evidenz sorgende Begleitforschung schwer einzurichten. Nicht zufällig hat der Start einer sozialwissenschaftlich und nicht nur rein ökonomisch orientierten Begleitforschung zur DRG-Vergütung erst mehrere Jahre nach deren Einführung stattgefunden. In der Schweiz hat die FMH die Initiative übernommen, um ein ähnliches Manko zu verhindern.

Evidenz ist oft nicht eindeutig

Im Management ebenso wie in der Medizin kann Evidenz anspruchsvoll sein. Das ist besonders dann der Fall, wenn Evidenz bisherigen Überzeugungen, scheinbaren Gewissheiten oder herrschenden «Ideologien» in die Quere zu kommen droht. Entsprechend lange dauert es gelegentlich, bis sich Evidenz durchsetzt. Herausfordernd ist Evidenz-basiertes Handeln aber auch, weil die Evidenz oftmals uneindeutig ist. Auch für Evidenz-basiertes Management steht nur limitierte Evidenz zur Verfügung und nur ein Teil der Management-Konzepte und -Instrumente ist durch wissenschaftliche Studien ausreichend bewertet.⁵ Dieses Phänomen kennt die Medizin ebenfalls. Darum orientiert sich EBM nicht an «Wahrheit», sondern an einem Vorgehen, das beantwortbare Fragen formuliert, reflektiert, prüft und testet, was tatsächlich der Fall ist.

Nehmen wir nochmals das Beispiel der DRG. Eine zentrale Annahme jeder DRG-Einführung ist, dass dieses Vergütungssystem Spitälern dazu anhalten wird, Prozesse zu optimieren und dadurch die Verweildauern verkürzt und ineffektive Leistungen reduziert werden können. Die geläufige Annahme ist, dass dies möglich ist, weil die Prozesse selbst verbessert werden, z.B. indem unnötige Arbeitsschritte weggelassen, unnötige Störungen beseitigt und standardisierte Routinen eingebaut werden. Verschiedene Begleitforschungen etwa aus Deutschland zeigen heute aber, dass zwar die Verweildauern (wie angenommen) zurückgehen, aber die Prozesse (entgegen der Annahme) als solche nicht oder nur sehr beschränkt adaptiert wurden. Berichtet werden hingegen belastende Arbeitsverdichtungen (als typisches Symptom einer Divergenz zwischen Ressourcen und Anforderungen) und Unzufriedenheiten und Demotivationen der medizinischen Kader. Letztere resultieren daraus, dass aus Sicht von Kaderärzten nicht mehr eine in ihrem Sinne angemessene, «gute Medizin» geleistet werden kann. Auch wenn die diesbezügliche Evidenz (wiederum) nicht eindeutig ist, bleibt sie stark genug, um sich mit der Frage weiter zu beschäftigen, warum die zentrale Annahme, dass Prozessoptimierung einsetzen werde, nicht zutraf – eine Annahme, die für weite Bereiche anderer Industrien stimmig war? Was ist das Spezielle an Spitälern, dass allen ökonomischen Anreizen zum Trotz Praktiken bestehen bleiben?

Für eine Antwort muss man sich nicht mit dem Hinweis begnügen, dass die Medizin eine Profession ist, die nicht mit Waren aller Art, sondern von einem besonderen Gut, nämlich Krankheit/Gesundheit handelt. Das Besondere betrifft die Organisation selbst, das Spital. Spitäler unterscheiden sich von anderen Organisationen durch eine aussergewöhnlich starke interne Differenzierung in vier Subsysteme (siehe Grafik). Diese Differenzierung ergibt zusammen eine prekäre Konfiguration relativ dezentraler Einfluss- und Autonomiezonen. Wir haben diese Besonderheit, das «Kreuz des Spitals», bezugnehmend auf die grundlegende Arbeit von Mintzberg/Gloubberman, an verschiedenen Stellen ausgeführt.⁶ Besonders relevant ist der horizontale Balken, die so genannte «clinical divide». Der Balken zwischen den beiden «oberen» kerngeschäftsfremden und den «unteren» kerngeschäftsnahen Subsystemen, bedeutet eine starke Barriere und macht ein erfolgreiches Management von Spitälern so herausfordernd. Bezeichnenderweise zeigt die einschlägige DRG-Begleitforschung, dass sich an vielen Orten die Einschätzungen zu den Folgen der Einführung stark unterscheiden, je nachdem ob man «oben» oder «unten» fragt. Das ist wenig überraschend, wenn man um die Dynamik dieser Konfiguration weiss.

Eigenständige Kultur der Kooperation

Daraus sind drei Hinweise zu gewinnen. Der erste ist der, dass Evidenz in Spitälern nur multifokal zu erreichen ist. Der zweite ist jener, dass Spitäler in ihrer Besonderheit begrenzt verträglich sind für kontextfremde Konzepte und Praktiken.⁷ Der dritte Hinweis schliesslich besagt, dass sinnvolle, neue Lösungen dort entstehen werden, wo die Subsysteme ihr Wissen und ihre Expertise in konziser und innovativer Weise kombinieren können. Das wird dort der Fall sein, wo es gelingt, eine entsprechende, eigenständige Kultur der Kooperation zu entwickeln. Spitäler sind anders – dieses Wissen ist zur Kenntnis zu nehmen – genauso wie jenes, dass mehr Evidenz-Basierung jeder DRG-Einführung nützen würde. ■

Referenzen

- 1 Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg WM, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. London: Churchill-Livingstone; 1997.
- 2 Pfeffer J, Sutton RI. Hard Facts, Dangerous Half-Truths, and Total Nonsense. Profiting from Evidence-Based Management. Boston: Harvard Business School Press; 2006
- 3 Brügger U. Impact of DRGs – a literature review. Schriftenreihe der SGGP No. 98, 2010



Christof Schmitz, Dr. rer. soc. oec; Geschäftsführer college M; christof.schmitz@college-m.ch

Peter Berchtold, PD Dr. med., Co-Leiter college M; peter.berchtold@college-m.ch

College M, Bern; 031 632 30 26

Faut-ils réinventer le management?

Depuis plusieurs années, des chercheurs estiment que les managers devraient eux aussi prendre des décisions fondées sur les preuves (Evidence-based). Leurs défis sont analogues à ceux des médecins: des décisions lourdes de conséquences doivent être arrêtées sur la base d'une information incomplète ou ambivalente. Mais il faut pendre garde au fait que la transposition non réfléchie de solutions provenant d'autres domaines peut être contre-productive. L'introduction des DRG en Allemagne, par exemple, a certes atteint son but en terme de durées de séjour, mais les processus n'ont été qu'en partie adaptés, ce qui a soulevé l'ire des cadres médicaux. Les hôpitaux étant peu compatibles avec les concepts issus d'autres secteurs, il convient de procéder de manière multifocale pour atteindre l'«Evidence» à l'hôpital. ■

- 4 Vogt W. Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Verlag Hans Huber, Bern 2006
- 5 Als ein Beispiel: Locke EA. (Ed.) Handbook of Principles of Organizational Behavior. Indispensable Knowledge for Evidence-Based Management. Chichester: Wiley; 20092
- 6 Berchtold P, Endrissat N, Müller WR, Schmitz C. Managing Professionals – Führung in Spitälern. Projektbericht (http://www.college-m.ch/uploads/media/Managing_Professionals_Executive_Summary_02.pdf), Berchtold P. & Schmitz C., Managing Professionals. Amelung V. et al (Hrsg.) Vernetzung im Gesundheitswesen. Stuttgart: Kohlhammer; 2009
- 7 Lozeau D., Langley A., Denis JL. The Corruption of Managerial Techniques by Organizations. Human Relations. May 2002 vol. 55 no. 5 537-564