
Volume 10, Issue 5 / 2008 - German

Executive Summaries

22 EVKD-Kongress: Eröffnungszereemonie

Über 600 Krankenhausmanager konnten zum 22. EVKD-Kongress zum Thema „Neue Führung für neue Herausforderungen“ in der prächtigen Haupthalle des Grazer Kongress-Zentrums begrüßt werden. Nikolaus Koller, Vorsitzende der Vereinigung der Krankenhausedirektoren Steiermarks und Organi - sator des Kongresses, begrüßte die Delegierten. Mag. Helmut Hirt, Landesrat für Gesundheit und Personal, und die österreichische Gesundheits - ministerin Andrea Kdolsky unterstrichen in ihren Reden die Herausforderungen für das österreichische Gesundheitssystem, die jenen der anderen euro - päischen Länder gleichen würden.

Dominique Acker, Vertreterin des französischen Gesundheitsministers, stellte die gesundheitsbezogenen Prioritäten der französischen EU-Präsidentschaft dar. Die Hauptrede hielt Professor DDR. Eckhard Nagel, Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth. Er wies unter anderem darauf hin, dass die zunehmende Dominanz wirt - schaftlichen Denkens, soziale Grundsätze in eine prekäre Lage gebracht habe.

Führung Trifft Politik

Beide Redner dieser Sitzung betonten, dass die politischen Entscheidungsträger die Gesundheits - systeme an den gesellschaftlichen Veränderungen anpassen müssen. Deutlich wiesen sie dabei auf die Überwindung von strukturellen Hindernissen bei der Durchführung dieses politischen Auftrages hin.

Gediminas Cerniauskas, litauischer Gesundheits - minister, erklärte wie Litauens geringere Lebenserwartung die unterschiedlichen Normen der Medizin innerhalb der Europäischen Union veranschaulicht. Seine Präsentation über innovative Regelung für Gesundheitssparkonten (MSA) zeigte aber auch, dass sich die Dinge entwickeln. Die erwähnten Gesundheitssparkonten werden zur Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen, die nicht unter die einzelstaatlichen gesetzlichen Systeme fallen, verwendet. Es handelt sich dabei um ein Leihsystem, das zu einer Verminderung der Zahlungen aus MSA führt und damit eine wesentliche Senkung der Verwaltungskosten bringt.

Yannis Tountas, Vorsitzender des Direktoriums des internationalen Netzwerkes gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitsdienste, illustrierte die Herausforderungen des griechischen nationalen Gesundheitssystems. Kontrolliert durch den Gesundheitsminister haben öffentliche Krankenhäuser unterbewertete Leistungen und unzureichendes Personal. Es gebe eine niedrige Quali tät der Dienstleistungen oder auch geringere öffentliche Zufriedenheit. Um Abhilfe zu schaffen, wurden allgemeine und spezifische Reformen vorgeschlagen. Obwohl die Dezentralisierung und die Stärkung der Krankenhausverwaltung erfolg - reich waren und einige Fortschritte bei der Einführung der privaten Zahlungen, Krankenhausinformationssysteme und Verbesserung der Qualität erzielt wurden, war der Rest der Reformen erfolglos.

Führung und Wirtschaft

Privatisierung ist gerade jetzt eines der heißesten Themen der europäischen Krankenhausszene, da es die grundlegende Notwendigkeit für Krankenhäuser verdeutlicht, sich in eine allgemeine marktorientierte Wirtschaft einzufügen. Auch die adäquate Erfassung von neuen Berufen ist eine wichtige Führungsanforderung für Krankenhausmanager. Professor Eric Engelbrecht von der Katholischen Universität Leuven, Belgien, zeigte unter anderem auf, dass sich die finanzielle Lage der öffentlichen Krankenhäuser mit durchschnittlich 400 Betten positiv entwickelte, indem sie ihr Pflegeangebot erweitern konnten. Allerdings ist die Anzahl der Krankenhäuser stark zurückgegangen. Belgische Krankenhäuser haben eine duale Struktur, bei der Diagnose und Behandlung allgemein privatisiert sind, da die Ärzte unabhängig sind. Andererseits ist das Krankenhaus für die Betreuung, pflegerischen Dienstleistungen, Versorgung und Labordienst-Plattformen verantwortlich.

Mike Horswell, vom Institut für Gesundheitsdienst-Mana - gement, berichtete von den klinischen Professionalisten in Großbritannien. Um als solcher praktizieren zu können, muss er als „geeignet“ für die Praxis registriert sei. Allerdings, so Horswell, würden zwei wichtige Gruppen von Fachleuten im Gesundheitswesen ohne solche Leitlinien praktizieren. Um diese Anomalie zu beseitigen, wurde 2002 der UKCHIP (Großbritanniens Rat für die Gesundheitsinformatik) gegründet. Er fördert Professionalität in der Gesundheits - informatik und öffnet eine Registrierungsregelung für Fachleute, die nach klar definierten Standards arbeiten.

Führung und Ethik

Dr. Becker, Professor für Bioethik und Philosophie der Abteilung Wissenschaft und Technologie der Jagiellonen Universität von Krakau (Polen) glaubt, dass Ziele im Gesundheitswesen nur durch eine in besonderer Weise angepasste Führung erreicht werden. Daher sei eine

© For personal and private use only. Reproduction must be permitted by the copyright holder. Email to copyright@mindbyte.eu.

Übereinstimmung von Zielen und Moral von wesentlicher Bedeutung. Allerdings könne das Anpeilen von wirtschaftlichen Zielen an einem Ort des Mitgefühls wie es ein Krankenhaus ist, auch Ursache von moralischen Konflikten sein. Dr. Becker stellt jedoch fest, dass gute Ethik, richtige Ziele und eine gute Leitung immer zum Erfolg führe.

Professor DDR. Lehofer, ärztlicher Direktor des Sigmund Freud neuro-psychiatrischen Klinikums in Graz (Österreich) ist überzeugt, dass Menschen sich dann führen lassen, wenn ihre Bedürfnisse erfüllt werden. Bedürfnisse nach Erfolg, Bindung oder Selbstachtung haben alle Menschen. Die Erfüllung dieser grundlegenden Bedürfnisse sei ein Beweis für gute Führung und stelle einen enormen Anreiz für professionelle Motivation dar. Er unterstrich die Bedeutung der strategischen Seite der Führung, aber auch der Notwendigkeit der Anpassungsfähigkeit. Die Führung sollte nämlich ein Ziel nicht zu starr verfolgen und auch bereit sein, davon abzuweichen.

Führung und Patienten

Eine der großen Unterschiede zwischen einem Krankenhaus und den meisten anderen Unternehmen ist, dass sein Kunde ein Patient ist. Im letzten Jahrzehnt gab es eine logische Rückkehr zu einem auf den Patienten konzentriertes Gesundheitswesen. Viele Strukturen und Projekte haben somit die zentrale Bedeutung einer effizienten Kontrolle der Pflegequalität und die Berücksichtigung des Patienten als Kunden, der für sein Geld einen Wert bekommen sollte, unterstrichen.

Iris van Bennekom, Generaldirektorin bei der niederländischen Patienten- und Verbraucherorganisation, ist überzeugt, dass für die Reformen der Preise, Transparenz- und Konsumentenrechte, wettbewerbsfähige Krankenkassen notwendig sind. Krankenkassen müssen zwischen Patienten, dem Versicherungswert des Geldes und einer konstanten Qualitätsverbesserung eine Vermittlerrolle spielen. Die Generaldirektorin begrüßt daher die personalisierten Gesundheitsbudgets, die es den Patienten ermöglichen, ihr Leben selbst zu managen und ihre eigene Entscheidung bezüglich ihrer Gesundheit zu treffen, um als Kunden behandelt zu werden. Dies würde auch - wie für jede andere Dienstleistung - das Beschwerdeverfahren betreffen.

Karsten Hundborg, Direktor des dänischen Instituts für Qualität und Akkreditierung im Gesundheitswesen, beschreibt das dänische Qualitätsprogramm als eine Methode, um im gesamten Gesundheitswesen in Dänemark eine dauerhafte Qualitätsentwicklung zu erreichen. Es sei ein transparentes Programm: Jeder könne die Folgen und Ergebnisse der angestrebten Ziele nachvollziehen. Es umfasse alle Dienstleistungseinrichtungen (GPs, Pharmazeuten) und fördere eine Kommunikation zwischen den Einrichtungen. Es sei aber auch eine Zusammenarbeit zwischen den lokalen und nationalen Verwaltungen und werde 2009 in allen dänischen Krankenhäusern implementiert. Die Ziele: Fehler sollen vermieden und hohe Qualität gefördert, die besten Praktiken in der täglichen Arbeit angewandt oder auch eine ständige Qualitätsverbesserung geschaffen werden.

Führung und Mitarbeiter

Führung bedeutet auch die Vermeidung von Hochtechnologie, Kostendruck, Managementklischees oder Patienten zentrierte Pflege, damit die wertvollste Ressource eines Krankenhauses – nämlich das Personal – nicht beeinträchtigt oder gar demotiviert wird.

Jean Luc Chassaniol, Generaldirektor des Saint Anne Krankenhauses und Präsident der französischen Krankenhausmanagervereinigung, und Guy Vallet, Honorardirektor der Krankenhäuser von Rouen und Marseille, erklärten, dass die Pyramidenstruktur der Vergangenheit angehört. Das Schlüsselwort jetzt heiße: Kooperation. In dieser Hinsicht sei die Fuzzy-Logik ein pragmatischer Ansatz, da sie Einnahmen- und Ausgaben-Variable durchschnittlich bewerte und eine Reihe von Regeln einführe, die die Festsetzung von Ausgaben als eine Funktion der Einnahmen erlaube. Die Fuzzy-Logik erlaube ein „nachhaltiges Management“. Mag. Gottfried Koos, Vorstandsmitglied der VAMED in Wien, erklärte, dass es drei Kategorien von Unternehmen gibt: Antreiber, Arbeitstiere und Pioniere. Antreiber sind stark im Marketing, haben aber wenig mit Innovation am Hut. Arbeitstiere arbeiten konstant, sie sind aber im Marketing und in der Innovation durchschnittlich. Und Pioniere sind die wahren Erneuerer, sie konzentrieren sich auf den Prozess und versuchen das zu implementieren, was sie entwickelt haben. Nur ein effizientes und wirtschaftliches Gesundheitswesen sei in der Lage, sichere Arbeitsstellen anbieten zu können. Und nur gesunde und zufriedene Mitarbeiter können ihre Herausforderungen erfüllen, was bedeute, dass für sie der Patient an erster Stelle stehe. Das Ziel sei nicht nur die Erhöhung der Effizienz, sondern dass die Innovation zu einem wichtigen Teil der Organisationskultur gemacht werde.

Führung und Führer

Birgit Miesch, Direktorin der Humanressourcen bei Johnson & Johnson, definierte die Führung als eine Gleichung: „Werte+das Leben dieser Werte=Führung“. Man könne ein großartiger Führer sein, indem man eine Reihe von Werten habe, die als Grundlage für alles was man tut dienen, und indem man diese Werte lebt, was Bestand und Glaubwürdigkeit gebe. „Um zu verstehen, was unsere Mitarbeiter antreibt, müssen wir uns bemühen, ihre Motivationen und ihre spezifischen Bedürfnisse zu verstehen. Wichtig ist es auch, ein Feedback zu geben und von größter Wichtigkeit ist es, Anerkennung zu zeigen. Und schließlich wird ein guter Führer für seine Mitarbeiter Gelegenheiten schaffen, dass sie glänzen und darüber hinaus konsistent und authentisch sein zu können.“

Professor Manel Peiro, akademischer Vizedekan der ESADE Wirtschaftsschule in Barcelona (Spanien), sprach über die Beziehung zwischen Ärzten und den Krankenhäusern, wo sie arbeiten. Für eine Studie, die er durchführte, wurde das organisatorische Engagement in drei Kategorien unterteilt: emotionales Engagement, beständiges (finanzielles) Engagement und normatives (moralisches) Engagement. Er unterschied zwischen vier Gruppen unterschiedlichen Grades von professionellen und organisatorischen Engagements: Der fallweise Loyale, der grollende Idealist, der engagierte Gewinner und die Jungen mit Qualitäten. Aus diesen Erkenntnissen leiten sich bedeutende Auswirkungen des Managements ab. Sie unterstreichen, dass die Ärzte eine ungleiche Gruppe sind und dass es notwendig ist, die Ärzte in diese Gruppen einzuteilen, um sie auf unterschiedliche Weise zu führen.

Fokus: Dänemark

Hinsichtlich der Ausgaben im Gesundheitswesen rangiert Dänemark mit 9,5% des BIP 2006 im oberen Durchschnitt der OECD-Länder. Rund 80% der dänischen Gesundheitsausgaben werden seit 2002 durch öffentliche Ressourcen finanziert. Wie in den meisten OECD-Ländern hat auch in Dänemark in den vergangenen Jahren die Anzahl der Krankenhausbetten pro Kopf abgenommen. Die Abnahme geht einher mit einer Abnahme der durchschnittlichen Krankenhausaufenthalte und einer Zunahme der Anzahl der ambulanten chirurgischen Eingriffe.

Jährliche Verhandlungen zwischen der Zentralregierung und den Regionen und Gemeinden mündeten in einem Abkommen über einen wirtschaftlichen Rahmen für das Gesundheitswesen, einschließlich der Besteuerung, der Ausgaben und Mittelzuweisungen.

Derzeit wird ein umfassendes auf Normen basierendes Programm für die Beurteilung von Qualität umgesetzt. Es zielt auf im Gesundheitswesen tätigen bereitstellende Organisationen ab, und umfasst alle organisatorischen und klinischen Standards. Organisationen werden daran beurteilt, ob sie in der Lage sind ihre Leistungen - gemessen an den Standards von Verfahren und ihren Ergebnissen – zu verbessern.

Fünf Regionen in Dänemark sind für den Krankensektor verantwortlich. Die regionalen Behörden müssen eine kostenlose Krankenhausbehandlung für die Bewohner ihrer Regionen bieten können und die Notbehandlung für jene Menschen gewährleisten können, die sich nur vorübergehend in der Region aufhalten.

Fast alle Krankenhäuser sind im öffentlichen Eigentum (95 % der Krankenhausbetten sind öffentlich).

Die Bürger können sich auch in einem privaten Krankenhaus in Dänemark oder im Ausland behandeln lassen, wenn die Wartezeit für die Behandlung zwei Monate überschreitet und es zwischen dem ausgewählten Krankenhaus und – falls die Wartezeit für die Behandlung zwei Monate überschreitet und es zwischen privaten Krankenhäusern in Dänemark oder im Ausland wählen, wenn die Wartezeiten für die Behandlung zwei Monate übersteigen und das ausgewählte Krankenhaus ein Abkommen mit der Regionsbehörde bezüglich des Behandlungsangebots hat. Seit 1. Oktober 2007 wurden die Wartezeiten auf ein Monat reduziert.

In Dänemark stehen nach dem Abteilungs-Managementmodell die Abteilungen normalerweise unter der Leitung von zwei Personen: einem administrativ führenden Berater und einer leitenden Krankenschwester, die für die administrativen und finanziellen Angelegenheiten der Abteilung mitverantwortlich ist. Dennoch gibt es eine Trennung zwischen dem Management der medizinischen und pflegerischen Bereiche.

Die dänische Vereinigung der Gesundheitsmanagements wurde 1912 gegründet und ist eines der ältesten Krankenhaus-Managementvereinigungen Europas.

Published on : Sat, 22 Nov 2008