

„Krankenhäuser werden schneller reagieren müssen“

Er hält das deutsche Gesundheitswesen noch immer für eines der besten – und fordert gerade deshalb von deutschen Kliniken die Bereitschaft, neue Wege zu gehen. Professor Dr. Friedhelm Beyersdorf, ärztlicher Leiter der Herz- und Gefäßchirurgie, ging mit gutem Beispiel voran und öffnete den Beratern jede Tür. So wurden aus Verbesserungen Visionen.





Fertig machen zur OP: Der Herr . . .



. . . Professor wäscht und . . .



. . . desinfiziert seine Hände, . . .

Herr Professor Beyersdorf, macht das deutsche Gesundheitswesen eher krank?

Professor Dr. Friedhelm Beyersdorf: „Bei den ganzen Diskussionen um die Gesundheitsreform und bei allem, was in den letzten Monaten geschrieben wurde, könnte man fast den Eindruck gewinnen, die Medizin in Deutschland sei etwas ganz schlechtes. Dabei ist es genau umgekehrt. Unser Gesundheitswesen ist immer noch eines der besten der Welt.“

Das sind ja ganz neue Ansichten . . .

Beyersdorf: „. . . die sich ganz leicht belegen lassen. In Deutschland gibt es keinen Patienten, der eine Behandlung nicht erhält. Es gibt praktisch keine Wartezeiten. Die Versorgung erfolgt unglaublich wohnungsnah und das medizinische Niveau ist sehr hoch. Es gibt kaum noch Länder, in denen das so funktioniert wie in Deutschland.“

Aber einige Krankenhäuser mussten bereits schließen, andere schlagen Alarm und klagen über akute Geldnot, die eine ordentliche medizinische Versorgung ernsthaft gefährdet.

Beyersdorf: „In der Tat kommen wir an einen Punkt, an dem wir nicht mehr wissen, wie lange wir den guten

Zustand noch erhalten können. Auf Dauer stellt sich die Frage nach der Finanzierbarkeit.“

Wie stehen Sie zu dem Vorwurf, in vielen deutschen Krankenhäusern regiere die Misswirtschaft?

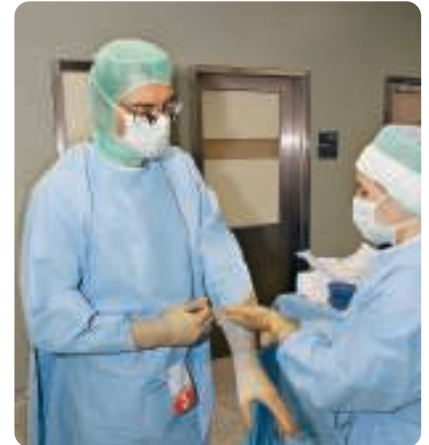
Beyersdorf: „Man muss da vorsichtig sein. Wenn heute die Genesung eines Patienten länger dauert als vorgesehen, zahlt das Krankenhaus drauf. Dennoch wird keine Klinik einen Patienten frühzeitig nach Hause schicken. Wenn man also nur noch in Heller und Pfennig argumentiert, kann das weitreichende Konsequenzen haben. In Norwegen zum Beispiel werden kaum noch Herzoperationen durchgeführt. Patienten erhalten für den erforderlichen Eingriff 20 000 Euro und können ihn dann vornehmen lassen, wo sie wollen. Es kommen auch immer mehr Patienten aus Schweden nach Deutschland, um Operationen durchführen zu lassen, auf die sie in ihrer Heimat zwei Jahre warten müssten. Ich glaube nicht, dass wir solche Verhältnisse wollen. Daneben haben hierzulande etliche Krankenhäuser mit einem Standort-Nachteil zu kämpfen, der erfolgreiches wirtschaften kaum möglich macht. Doch eines ist auch klar: Deutsche Krankenhäuser müssen sich öffnen, sich den Veränderungen stellen und ihre Organisation überdenken. Und sie sollten das jetzt tun, da es uns noch einiger-



... lässt sich den Umhang anlegen ...



... und fixieren und schließlich ...



... die Handschuhe überstreifen

maßen gut geht. Deshalb waren wir froh, dass Porsche dieses Projekt finanziert hat.“

Aber mal ehrlich: Tut es nicht sehr weh, wenn die Grundprinzipien von Lean Management und die Interessen eines Krankenhauses aufeinanderprallen?

Beyersdorf: „Uns hat es gar nicht weh getan. Wir wollten die Hilfe von außen, obwohl wir mit Beratern zuvor mehr schlechte Erfahrungen gemacht hatten. Aber das Duo McKinsey und Porsche Consulting verband optimal eine große Erfahrung in der Beratung von Krankenhäusern mit einem neuen, sehr praktischen Ansatz. Darauf haben wir uns konsequent eingelassen. So konnten wir unsere Organisation an den Stellen verbessern, an denen unserer Meinung nach nicht alles optimal lief. Das löst zwar nicht alle unsere Probleme, aber mit den Ergebnissen können wir sehr zufrieden sein. Das Ziel des Projektes wurde erreicht. Die Herz- und Gefäßchirurgie arbeitet – zum Wohle der Ärzte, des Pflegepersonals und vor allem der Patienten – noch effizienter.“

Heißt das, Ihr Bereich hat sich neu aufgestellt und befindet sich jetzt in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess?

Beyersdorf: „Die medizinische Versorgung ist sehr

komplex und lässt sich nicht so exakt steuern wie beispielsweise die Herstellung eines Automobils. Dennoch hat sich gezeigt, dass es auch im Umgang mit Patienten Bereichen gibt, in denen man im übertragenen Sinne mit Begriffen wie Wertschöpfung operieren kann. Zieht man daraus die richtigen Schlüsse und setzt die Maßnahmen vor allem konsequent um, kommt man sehr schnell zu positiven Ergebnissen. Dies zu erreichen hat unsere ganze Energie gekostet. Jetzt halten wir die Veränderungen strikt ein und kontrollieren uns ständig. Das ist schon eine sehr gute Entwicklung.“

Wie bewerten Sie den Verlauf des Projektes und die Arbeit der Berater?

Beyersdorf: „Lassen Sie es mich an einem Beispiel erklären. Bevor man einen Patienten am Herz operieren kann, müssen viele Anforderungen erfüllt und etliche Untersuchungen durchgeführt werden. Das können sie von der Herz-Chirurgie aus nur schwer steuern. Folglich erlebten wir früher bei neuen Patienten gelegentlich unliebsame Überraschungen, die zu Verschiebungen im OP-Plan geführt haben. Das lässt sich nicht so einfach kompensieren, weil sie einen Eingriff nur dann vornehmen können, wenn sie hinterher für den Operierten ein Bett auf der Intensiv-Station haben. Durch das neu ein- ▶

geführte Patienten-Management konnten wir bestimmte Abläufe standardisieren, der gesamte Patientendurchlauf ist transparenter und die Planung dadurch einfacher und termintreuer. Das ist sehr wichtig für uns. Die Mängel haben wir zwar gesehen, aber – weil man mit der Zeit betriebsblind wird – mit ihnen gelebt. Ohne Porsche Consulting hätten wir diese Lösung nie gefunden. Und das ist doch nur logisch. Wir sind Fachleute für Medizin und keine Experten für Organisationsmanagement.“

Fällt es einem Arzt nicht besonders schwer, sich von Außenstehenden in seine Arbeit hineinreden zu lassen?

Beyersdorf: „Bei uns lief es vorher auch nicht schlecht. Ganz im Gegenteil. Aber wo ist das Problem, sich einzugestehen, dass es an ein paar Stellen etwas zu verbessern gibt? Die Bereitschaft zu Veränderungen muss man schon mitbringen – und akzeptieren, dass die Lösungsvorschläge von externen fachfremden Experten kommen können.“

Wie wurde das Projekt in den anderen Abteilungen der Universitätsklinik aufgenommen?

Beyersdorf: „Von Ablehnung bis Neugier war alles dabei. Und als wir dem Klinik-Vorstand Ende Juli die Ergebnisse präsentiert haben, war die Begeisterung groß. Aber es ist schwer, unsere Veränderungen einfach eins zu eins in andere Abteilungen mit anderen spezifischen Anforderungen und Problemen zu übertragen. Deshalb sind wir erst am Anfang des Weges, aber die Richtung stimmt.“

Fühlen Sie sich als Vorreiter bei der Umsetzung von schlanken Prozessen im Krankenhaus?

Beyersdorf: „Es wird gerade viel probiert. Die Meinungen darüber, was zu tun ist, gehen weit auseinander. Ein Modell, das anderwo eingeführt werden soll, ähnelt eher den Abläufen bei der Fließbandarbeit. Der Krankenhausaufenthalt eines Patienten wird dabei in verschiedene Stationen aufgeteilt: Annahme, Voruntersuchungen, ▶







Professor Dr. Friedhelm Beyersdorf: „Als wir dem Klinik-Vorstand die Ergebnisse präsentiert haben, war die Begeisterung groß“

Operation und Genesungsphase. Auf jeder Station wird der Patient von anderen Ärzten behandelt. Das finde ich nicht so glücklich. Ein Patient sollte während eines Klinikaufenthaltes feste Ansprechpartner haben. Das sehe ich bei diesem Modell nicht.“

Wie sehen Sie die Entwicklung, dass sich immer öfter Kliniken zusammenschließen?

Beyersdorf: „Wenn sie wirklich eng beieinander liegen, mag das Sinn machen. Sie fusionieren, um sich zu spezialisieren. Manchmal ist nur nicht nachvollziehbar, wer sich aus diesem Verbund aus welchem Grund auf ein bestimmtes Gebiet spezialisiert. Das ist auch nicht so einfach. Vor ein paar Jahren galt eine Klinik, in der nur Hüftgelenke operiert wurden, als äußerst lukrativ. Heute müsste man eigentlich eine Augen- oder Hautklinik haben. Woher soll ich also wissen, was in fünf Jahren ist? Dennoch haben die deutschen Universitätskliniken auch schon über Spezialisierung gesprochen. Nehmen wir nur

einmal das Beispiel Freiburg. Wir haben 56 verschiedene Abteilungen und decken das gesamte medizinische Spektrum ab, inklusive Ausbildung und Forschung. Da ist es logisch und sinnvoll, dass wir uns über Zentrenbildung besser vernetzen.“

Trotz der schwierigen Lage hat man nicht unbedingt den Eindruck, als zögen die Krankenhäuser alle an einem Strang.

Beyersdorf: „Nein, im Gegensatz zu früher herrscht jetzt ein großer Wettbewerb, eine regelrechte Patienten-Akquise. Schauen Sie mal ins Internet. Jedes Krankenhaus behauptet, das beste zu sein und versucht, die beste Behandlung anzubieten. Es wird mit Sachen geworben, über die man früher überhaupt nicht gesprochen hat. Die Einrichtung der Zimmer zum Beispiel oder über das Essen. Fast zwanghaft muss der Service stimmen, ständig finden Patienten-Befragungen statt, nahezu überall hat eine Art Qualitätskontrolle Einzug gehalten. Für den Pa-

tienten selbst ist das natürlich angenehm, das Grundproblem der Krankenhäuser lässt sich aber so auf Dauer nicht lösen.“

In wieweit sind ihre Ergebnisse verwertbar?

Beyersdorf: „Sie zeigen, dass noch ein Verbesserungspotenzial vorhanden ist. Wir haben doch in einer relativ kurzen Zeit von knapp drei Monaten in einer eher kleinen Einheit spürbare Verbesserungen erzielt. Schon allein dies könnte man unter Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen auf andere Abteilungen und ganze Krankenhäuser übertragen. Mit dem Wissen über schlanke Prozesse und den bei uns gesammelten Erfahrungen könnten die Berater in dieser Richtung weiterarbeiten. Zudem darf man eines nicht vergessen: Alle Verbesserungen und Einsparungen hat man bisher erreicht, ohne die Grundstruktur des Krankenhauses in Frage zu stellen.

Das wird sich ändern müssen. Ich glaube, dass wir solche Experten von außen brauchen, Leute mit ganz frischen Ideen.“

Sie glauben, dass ein Krankenhaus, so wie es heute organisiert ist, keine allzu große Zukunft mehr hat?

Beyersdorf: „Lassen wir Zahlen und Fakten sprechen. Allein die deutschen Universitätskliniken müssen bis 2008 noch einmal zweistellige Millionenbeträge einsparen. Das ist, gelinde gesagt, eine große Herausforderung. Daneben wird sich die Altersstruktur grundlegend ändern. Jedes zweite Mädchen, das heute zur Welt kommt, wird 100 Jahre alt, jeder zweite Junge 94 Jahre alt. Das heißt, dass sich auch das Gesundheitswesen in der Zukunft weiter verändern wird. Krankenhäuser werden künftig immer schneller reagieren müssen. Daran werden sie sich messen lassen müssen.“ ◀

Zur Person

„Die Krankenhäuser müssen sich den Veränderungen stellen und anpassen“, glaubt Professor Dr. Friedhelm Beyersdorf, der auf seinem Weg zum Universitätsprofessor selbst ständig in Bewegung war. Der gebürtige Bochumer, Jahrgang 1954, brach seine Lehre zum Orthopädie-Mechaniker kurz vor der Prüfung ab, um 1975 in Frankfurt sein Medizinstudium zu beginnen. Von dort aus führte ihn seine Leidenschaft für die Herz- und Gefäßchirurgie immer wieder in die USA. Er studierte an der John Hopkins University in Baltimore und der Thomas Jefferson University in Philadelphia. In den 80er Jahren machte er die amerikanischen medizinischen Staatsexamen National Board, Part I und II. Dazwischen promovierte er in Frankfurt mit „summa cum laude“. Seine Weiter- und Fachausbildung sowie die Tätigkeit als Hochschuldozent an der Frankfurter Johann Wolfgang Goethe Universität unterbrach er Ende der 80er Jahre noch einmal für einen zweijährigen Aufenthalt in der Herzchirurgie der University of California in Los Angeles. Seit 1994 ist er Universitätsprofessor an der Albert-Ludwig-Universität Freiburg und leitet an der dortigen Uniklinik die Abteilung für Herz- und Gefäßchirurgie.