

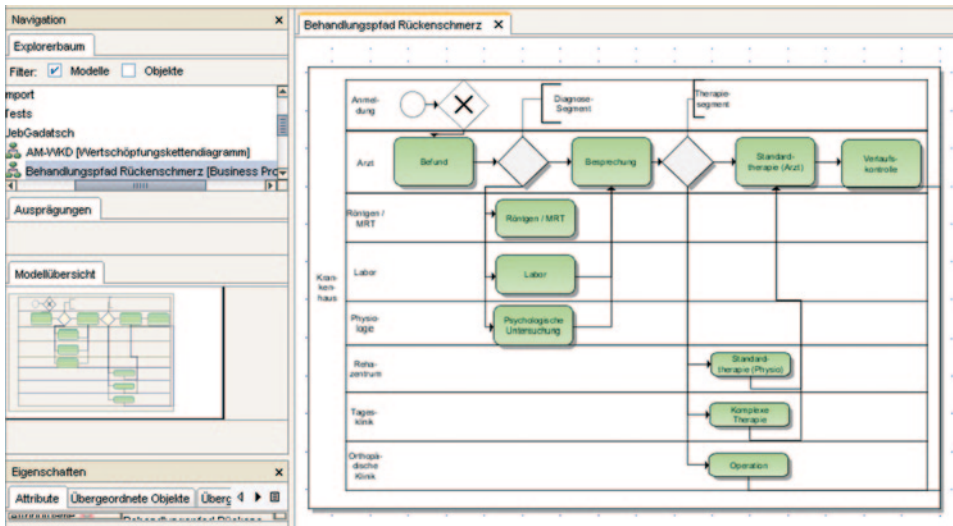
---

## 2.1 Zentrale Begriffe

Die Aufgabe des Geschäftsprozessmanagements umfasst primär die Dokumentation, Analyse und Restrukturierung von Geschäftsprozessen. Häufig wird hierfür auch die englische Bezeichnung „Business Process Management“ verwendet. Im Gesundheitswesen wird gelegentlich vom „Clinical Process Management“ gesprochen. Allerdings hat sich der Begriff bislang nicht durchgesetzt. Geschäftsprozesse bzw. auch Prozesse sind betriebliche Arbeitsabläufe einer Organisation. Im Gesundheitswesen sind medizinische und nicht-medizinische Prozesse zu unterscheiden. Das Workflow-Management umfasst die computerunterstützte Ausführung von Geschäftsprozessprozessen. Daher spricht man in diesem Zusammenhang auch von Workflows, also von zumindest teilautomatisierten Geschäftsprozessen.

**Relevanz des Prozessmanagements** Die Bedeutung des Prozessmanagements steigt seit Jahren stetig an und hat auch viele Organisationen des Gesundheitswesens erreicht. Dies wird z. B. bereits durch entsprechende Internetauftritte von Organisationen des Gesundheitswesens dokumentiert. So definiert das Caritas Krankenhaus St. Josef, Regensburg Prozessmanagement auf seiner Webseite wie folgt: „Das Prozessmanagement erfasst alle klinischen Prozesse, die zur Patientendurchlaufsteuerung beitragen“ (Caritas 2012).

Ein zentraler Aspekt des Geschäftsprozessmanagements ist die Dokumentation der Geschäftsprozesse. Im Gesundheitswesen hat sich hierfür der Begriff des „Behandlungspfades“ für die medizinischen Prozesse etabliert. Die Beschreibung der Prozesse kann mit spezialisierten Modellierungswerkzeugen durchgeführt werden. Ein Beispiel für einen medizinischen Prozess (Behandlungspfad zur Behandlung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen) ist in Abb. 2.1 dargestellt.



**Abb. 2.1** Behandlungspfad zur Behandlung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. (Prozess aus: Hellmann und Eble 2010, S. 126)

## 2.2 Integriertes Geschäftsprozess- und Workflowmanagements

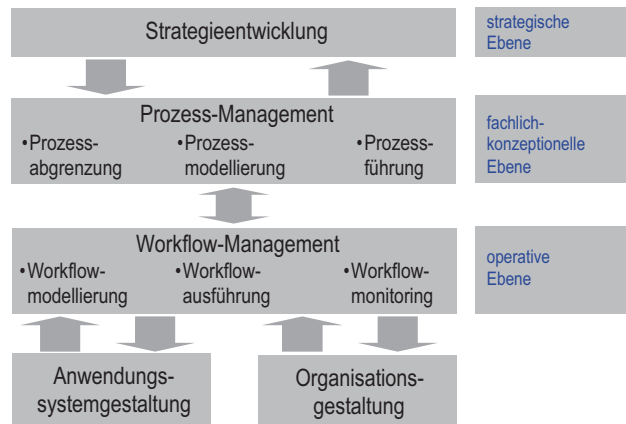
Das Prozessmanagement umfasst die Planung, Steuerung und die computerunterstützte Ausführung von Arbeitsabläufen in Organisationen unterschiedlicher Branchen. Aufgrund des starken Bezugs zu geschäftlichen Arbeitsabläufen spricht man auch vom Geschäftsprozessmanagement. Die Begriffe können daher synonym verwendet werden.

**Ziele** Die Ziele des Prozessmanagements sind vielschichtig. Hervorzuheben sind insbesondere folgende Zielsetzungen:

- Steigerung der Prozessqualität (u. a. Reduktion von Beschwerden, Fehlern, Nachbehandlungen),
- Senkungen der Prozessdauer (Durchlaufzeiten, Behandlungszeiten)
- Erhöhung der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit,
- Senkung der Prozesskosten (Behandlungskosten, Verwaltungsprozesskosten u. a.),
- Steigerung der Unternehmenserlöse und Gewinne.

Das Prozessmanagement erfordert einen Abgleich mit der Unternehmensstrategie, um zielorientierte Prozesse zu implementieren. Es umfasst im Idealfall die integrierte Gestaltung von medizinischen und nichtmedizinischen Arbeitsabläufen sowie deren technischer Umsetzung mit geeigneten Kommunikations- und Informationssystemen. Aktuelle Beispiele im Gesundheitswesen diskutieren beispielsweise den Einsatz von mobilen Endgeräten (Tablets, Smartphones) zur dezentralen Nutzung medizinischer und administrativer Informationen.

**Abb. 2.2** Konzept Geschäftsprozess- und Workflowmanagement. (Gehring und Gadatsch 1999)



**Gestaltungsmöglichkeiten** Der allgemeine Gestaltungsrahmen des in Abb. 2.2 dargestellten Konzeptes umfasst auf mehreren Ebenen die Entwicklung der Unternehmensstrategie (strategische Ebene), das Prozess-Management (fachlich-konzeptionelle Ebene), das Workflow-Management (operative Ebene) sowie die Anwendungssystem- und die Organisationsgestaltung (vgl. Gehring und Gadatsch 1999, S. 70).

**Strategische Ebene** Auf der strategischen Ebene werden die Geschäftsfelder einer Organisation (z. B. das vorgesehene Behandlungsspektrum, Zusatzleistungen wie Hotelbetrieb, Catering für externe Kunden wie Schulen) einschließlich der hier wirksamen kritischen Erfolgsfaktoren (z. B. Standort, Wettbewerbssituation, Mitarbeiterqualifikation, regionale Entwicklung, politische Einflüsse) betrachtet. Hierbei werden die wesentlichen Prozesse der Organisation identifiziert, geplant und anhand von strategischen Kennzahlen (z. B. Bettenbelegungsgrad, Behandlungsdauer, Fallzahlen) gesteuert und überwacht.

**Fachlich-Konzeptionelle Ebene** Auf der darunter liegenden fachlich-konzeptionellen Ebene erfolgt die Ableitung der Prozesse im Rahmen des Prozess-Managements. Das Prozess-Management stellt hierbei die Verbindung zur Geschäftsplanung auf der strategischen Ebene dar, während das Workflow-Management aus der Perspektive der darunter liegenden Ebene der operativen Durchführung die Anwendungssystem- und Organisationsgestaltung einbindet.

Das Prozess-Management umfasst die Phasen der Prozessabgrenzung, der Prozessmodellierung und der Prozessführung im Lebenszyklus von Prozessen.

- Die **Prozessabgrenzung** beschreibt die Prozessentstehung. Ausgehend von den Geschäftsfeldern und strategisch orientierten Spezifikationen wie Produktsortiment (z. B. Behandlungsformen, Zusatzleistungen), kritische Erfolgsfaktoren usw. sind in einem schrittweisen Vorgehen Prozesskandidaten für jedes Geschäftsfeld abzuleiten, zu bewerten und schließlich die zu modellierenden und zu implementierenden Prozesse auszuwählen.

- In der **Prozessmodellierung** geht es darum, Realitätsausschnitte aus einem Geschäftsfeld unter einer fachlich-konzeptionellen Perspektive in einem Geschäftsprozess abzubilden. Die Prozessmodelle dienen der Visualisierung, Dokumentation und als Analysebasis für Prozessverbesserungen. Abhängig von den strategischen Zielen einer Organisation kann dabei z. B. eine völlige Neugestaltung von Abläufen oder eine weitergehende Automatisierung bestehender Prozesse angestrebt werden.
- Auf die Phase der Prozessdurchführung bezieht sich die **Prozessführung**. Ihr Ziel ist die Ausrichtung der Prozesse an vorzugebende Messgrößen für den Prozesserfolg, die so genannten Prozess-Führungsgrößen. Die Führungsgrößen der Prozesse sind, gegebenenfalls in mehreren Schritten, aus den kritischen Erfolgsfaktoren der jeweiligen Geschäftsfelder abzuleiten. Je nach dem Umfang ermittelter Erfolgsdefizite und aufgetretener Schwachstellen im Projektablauf usw. kann eine Re-Modellierung bzw. ein erneutes Durchlaufen der Prozessmodellierung erforderlich sein.

Die Messung des Prozess Erfolgs durch Führungsgrößen kann beispielsweise anhand folgender Kennzahlen erfolgen:

- Prozessqualität: Anzahl von Beschwerden durch Mitarbeiter oder Patienten, Fehlerquote
- Prozessdauer: Durchlaufzeit von Patienten (von der Aufnahme, über die Behandlung und Abrechnung bis zur Begleichung der Abrechnung)
- Mitarbeiterzufriedenheit: Fluktuationsrate des Personals, Anzahl von Verbesserungsvorschlägen

**Operative Ebene** Die Automatisierung der Abläufe ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Qualitätssteigerung und Kostensenkung von Prozessen. Workflows sind automatisierte oder teilautomatisierte Arbeitsabläufe, für die eine detaillierte Spezifikation erforderlich ist, die von einem Workflow-Management-System interpretierbar ist. Das Workflow-Management wird in die Phasen Workflowmodellierung, Workflowausführung und Workflowmonitoring unterteilt.

- Die **Workflowmodellierung** folgt der Geschäftsprozessmodellierung. Hierbei wird der modellierte Geschäftsprozess um Spezifikationen erweitert, die für eine automatisierte Prozessausführung unter der Kontrolle eines Workflow-Management-Systems notwendig sind.
- Anschließend erfolgt die Phase der **Workflowausführung**; sie beinhaltet die Erzeugung von Prozessobjekten und den Durchlauf von Prozessobjekten entlang der vorgesehen Bearbeitungsstationen unter der Kontrolle eines Workflow-Management-Systems.
- Das **Workflowmonitoring** dient der laufenden Überwachung des Prozessverhaltens real ablaufender Prozesse. Die Gegenüberstellung von Prozess-Führungsgrößen und entsprechenden Prozess-Ist-Größen auf der Ebene von Workflows liefert Informationen darüber, ob ein Prozess bereits richtig eingestellt ist oder ob korrigierende Eingriffe vorzunehmen sind.

Wegen der Unterstützungsfunktion für das Geschäftsprozessmanagement werden Workflow-Management-Systeme auch zunehmend als BPM-Systeme (Business-Process-Management-Systeme) bzw. Prozessmanagement-Systeme (PMS) bezeichnet (z. B. Dadam et al. 2011, S. 364).

**Organisationsgestaltung** Die Organisationsgestaltung ergänzt als allgemeine Unterstützungsfunktion das Prozessmanagement durch die Festlegung von Rollen, Richtlinien, Standards und konkreten Arbeitsanweisungen für die Mitarbeiter. Daneben stellt es Methoden für das Wissens- und Change Management zur Verfügung und steuert das Management der personellen und sonstigen Ressourcen.

**Anwendungssystemgestaltung** Die Anwendungssystemgestaltung stellt der Organisation prozessorientierte Informationssysteme bereit. Diese können individuell für das Unternehmen entwickelt werden oder als Standardsoftware in adaptierter Form zum Einsatz kommen.

---

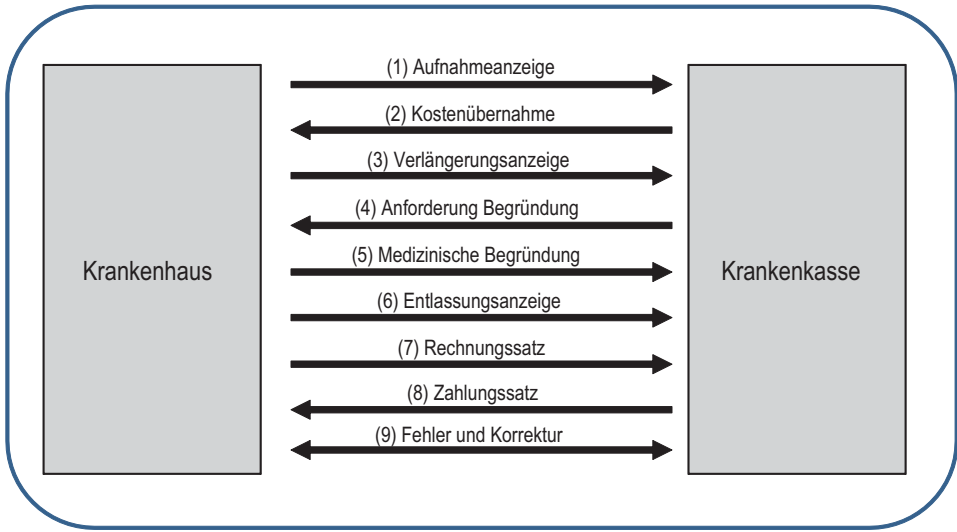
#### Beispiel

Ein einfaches Beispiel für die Optimierung von Geschäftsprozessen im Gesundheitswesen ist die elektronische Rechnungseingangsbearbeitung eines Krankenhauses. Die Klinikum Region Hannover GmbH hat im Bereich des Finanz- und Rechnungswesens eine Digitalisierung der Kreditorenbuchhaltung durchgeführt. Sämtliche Eingangrechnungen für die 13 Häuser werden an zentraler Stelle unmittelbar nach deren Eingang eingescannt und weiterverarbeitet. Der Versand, die Freigabe und die Buchung der Rechnungen erfolgen ausschließlich elektronisch (Klinikum Hannover 2012)

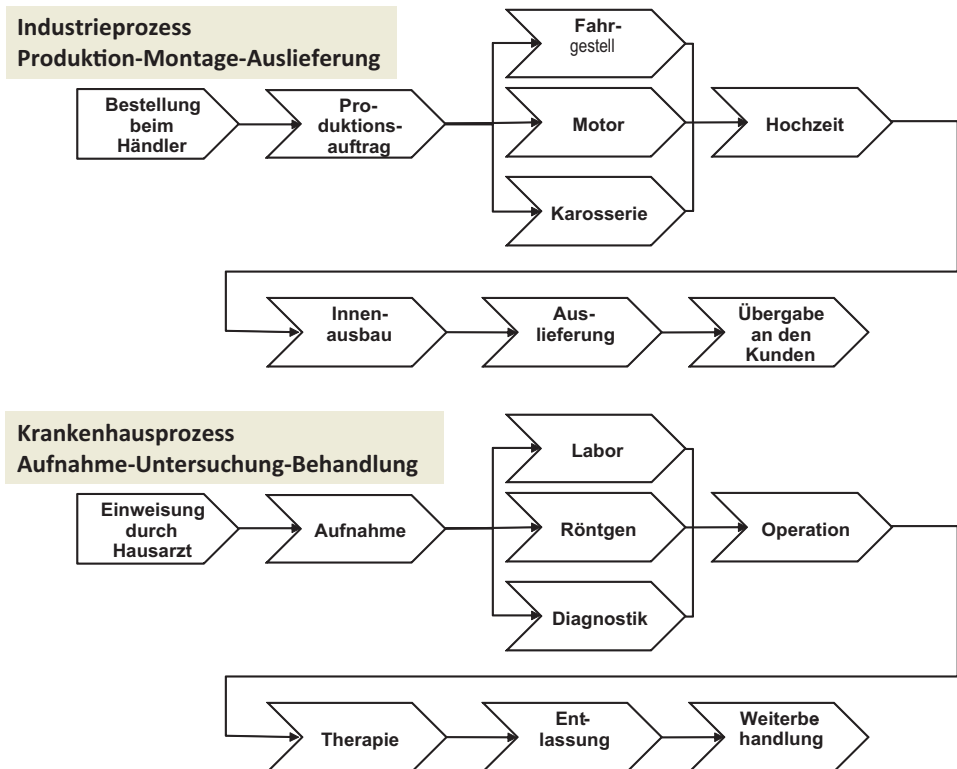
Weitere Anwendungsbeispiele ergeben sich aus den zum Teil gesetzlich vorgeschriebenen Prozessen. So ergeben sich nach § 301 SGB V zahlreiche Abrechnungsprozesse zwischen Krankenhäusern und den Krankenkassen (vgl. Abb. 2.3), die teilweise computerunterstützt werden.

Prozessmanagement erfordert vor allem bereichsübergreifendes Denken und Handeln und wird in Industriebetrieben seit vielen Jahren erfolgreich zur Beschleunigung von Prozessen genutzt. Hierbei kommt der Standardisierung und Planung von Prozessen eine besondere Bedeutung zu. Vergleicht man Prozesse im Gesundheitswesen mit Industrieprozessen, so werden zahlreiche Unterschiede und Gemeinsamkeiten sichtbar (vgl. Kleemann 2010):

- **Standardisierbarkeit:** In der Industrie sind Standardprozesse grundsätzlich vollständig modellierbar. Als Beispiel lassen sich Prozesse wie Auftragserfassung, Montageplanung, Versandabwicklung o. ä. anführen. Sonderfälle wie die Nacharbeit von fehlerhaften Produkten, Rückrufaktionen, Betriebsstörungen sind ebenfalls standardisierbar, weisen aber größeren Freiheitsgrade auf. Dieses Konzept lässt sich auch im Gesundheitswesen anwenden, denn auch hier sind Standardbehandlungen modellierbar und werden als



**Abb. 2.3** Abrechnungsprozesse im Krankenhaus. (Johner und Haas 2009)



**Abb. 2.4** Prozessvergleich Industrie-Krankenhaus. (Kleemann 2010, S. 267–276)

Klinischer Behandlungspfad (Clinical Pathway) bezeichnet. Sonderfälle wie Notfallbehandlungen können in gewissen Grenzen „vorbereitet“ werden, auch hier sind im Einzelfall größere Freiheitsgrade erforderlich.

- **Planbarkeit:** Der Einsatz von Planungsinstrumenten ist in Industrieprozessen (Vertriebs- und Absatzplanung, Produktionsplanung, Versandplanung u. a.) nicht wegzudenken. Die hierfür über Jahrzehnte hin entwickelten Planungsinstrumente greifen in gewissen Grenzen (Absatz- und Produktionsplanung), dennoch sind Störungen externer Art möglich (z. B. ein Vulkanausbruch mit Störungen in den internationalen Lieferketten). Ebenso sind Planungen im Gesundheitswesen sinnvoll und machbar. So ist z. B. das Patientenaufkommen in gewissen Grenzen anhand von Veranstaltungskalendern, Wetterdaten, Pollenkalender u. a. Instrumenten planbar.

Vergleicht man zentrale Prozesse in der Industrie (Produktion-Montage-Auslieferung) mit dem Behandlungsprozess im Krankenhaus (Aufnahme-Untersuchung-Behandlung) stellt man fest, dass durchaus Ähnlichkeiten sichtbar werden (vgl. Abb. 2.4).

In beiden Fällen gibt es eine Kunde-zu-Kunde bzw. Patient-zu-Patient Orientierung sowie mehrere wertschöpfende Schritte.

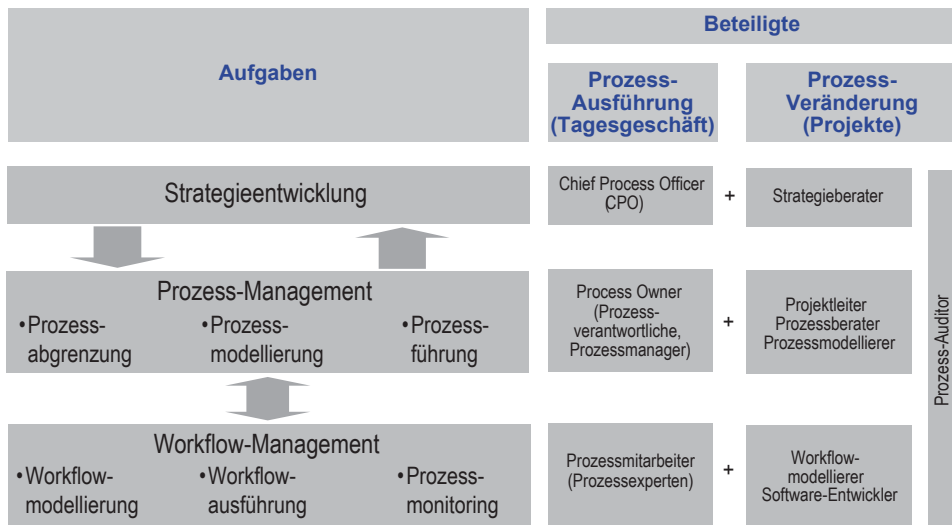
---

## 2.3 Rollen und Beteiligte im Prozessmanagement

Das Prozessmanagement ist durch das Zusammenspiel einer Vielzahl von Beteiligten in unterschiedlichen Rollen auf verschiedenen Ebenen einer Organisation, wie z. B. einem Krankenhaus oder einer Krankenversicherung geprägt. Die Übersicht in Abb. 2.5 ordnet zunächst in abstrakter Form die wesentlichen Beteiligten in das zuvor vorgestellte Konzept des Geschäftsprozess- und Workflow-Managements ein.

Die Darstellung in Abb. 2.5 unterscheidet in Rollen des Tagesgeschäfts (run the business) und Veränderungsprojekte (change the business) zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität. Nachfolgend werden die Rollen in Anlehnung an Schmelzer (2005) zunächst branchenunabhängig beschrieben. Sie müssen in Organisationen des Gesundheitswesens in spezifischer Form ausgeprägt und auf konkrete Stellen übertragen werden. Je nach Situation in der Einrichtung kann dies auch die Schaffung neuer Stellen erfordern, da im Gesundheitswesen häufig noch die Voraussetzungen für vergleichbare Tätigkeiten geschaffen werden müssen.

**Chief Process Officer (CPO)** Der Gesamtverantwortliche für die Prozesse einer Einrichtung ist der Chief Process Officer (CPO). Er stellt die unternehmensweite Dokumentation, Restrukturierung und Monitoring der Prozesse, Beratung der Organisationseinheiten und die prozessorientierte Gestaltung der Organisation sicher. Er ist nicht für einzelne Prozesse verantwortlich, sondern für das wirkungsvolle Zusammenspiel im Hinblick auf den Kunden bzw. Patienten.



**Abb. 2.5** Rollenzuordnung im Prozessmanagement

Seine Aufgaben ergeben sich unmittelbar aus dem in Abb. 2.2 vorgestellten Rahmenkonzept des Prozessmanagements:

- Prozess-Dokumentation: Identifikation und Beschreibung relevanter Prozesse,
- Prozess-Analyse: Betriebswirtschaftlich orientierte Simulation und Schwachstellenanalyse der Geschäftsprozesse,
- Prozess-Optimierung: Identifikation, Definition, Einleitung und Überwachung von Prozessverbesserungen,
- Prozess-Monitoring: Laufende Analyse der Prozess-Kennzahlen im Hinblick auf die Erreichung der Prozessziele,
- Entwurf und Implementierung einer prozessorientierten Unternehmensorganisation einschließlich der Übertragung der Prozess-verantwortung an sog. Prozesseigentümer (Process Owner),
- Sicherstellung von prozessorientierten IT-Systemen durch Zusammenarbeit mit dem CIO (Chief Information Officer).

Die tatsächliche Besetzung der CPO-Rolle fällt auch in der Industrie unterschiedlich aus. Nicht alle Unternehmen verfügen über entsprechende Stellen innerhalb ihrer Organisationsstruktur (vgl. BPM&O 2011). Häufig verbleibt die Rolle des CPO daher faktisch bei der Unternehmensleitung. In kleineren Organisationen kann dies noch als pragmatisch sinnvolle Lösung gelten. In größeren Unternehmen führt dies jedoch dazu, dass die Unternehmensleitung diese Aufgabe nicht im ausreichenden Maße durchführen kann. Große Einrichtungen des Gesundheitswesens wie große Krankenhäuser, Krankenkassen und – Versicherungen sind hier ebenfalls betroffen.



**Process Owner/Prozessmanager** Eine weitere zentrale Rolle übernehmen die Process Owner, auch Prozessverantwortliche oder Prozessmanager genannt. Sie verantworten die laufende operative Steuerung und Restrukturierung der Prozesse. Sie legen Prozessziele fest und stellen deren Erreichung durch eine zielorientierte Führung der prozessunterstützenden Mitarbeiter sicher. Die Rolle des Process Owners ist in Unternehmen häufig etabliert. 80 % der Unternehmen gaben im Rahmen einer Umfrage an, diese Rolle besetzt zu haben (vgl. BPM&O 2011). Für das Gesundheitswesen liegen dem Verfasser bislang keine aussagekräftigen Angaben vor, es ist aber zu vermuten, dass die Situation dort eher unterhalb des genannten Levels liegt.

**Prozessmitarbeiter/Prozessexperten** Die Prozessmitarbeiter bzw. Prozessexperten (z. B. eine Krankenschwester, ein Mitarbeiter in der Administration) unterstützen die erstmalige Implementierung des Geschäftsprozessmanagements und Weiterentwicklung bei größeren Restrukturierungen der Prozessorganisation.

**Prozessberater** Die Ausführung von konzeptionellen und ausführenden Projektarbeitspaketen, z. B. Wissenstransfer von Best-Practices für Prozesse, Einsatz von speziellen Methoden und Werkzeugen, Durchführung von Workshops und Schulungen ist der Schwerpunkt der Tätigkeit interner oder meist externer Prozessberater.

**Prozess-/Workflowmodellierer** Die IT-gestützte Erhebung, Modellierung und Spezifikation von Prozessen, Detailanalyse und Optimierung sowie die Implementierung in Workflow-Management-Systeme (WFMS) ist die Aufgabe der Prozess- bzw. Workflowmodellierer.

**Projektleiter** Projektleiter rekrutieren sich aus internen oder externen Fach- oder Führungskräften und übernehmen die Leitung des Geschäftsprozessmanagement-Projektes, die Abstimmung der Projektziele, die Sicherstellung der Zielerreichung, die Führung der Projektmitarbeiter und die Information des Managements. Idealerweise hat der Projektleiter im Gesundheitswesen medizinische, betriebswirtschaftliche sowie informationstechnische Grundkenntnisse.

**Prozessauditor** Dem Prozessauditor obliegt die unabhängige Prüfung von Arbeitsabläufen und Prozessveränderungsprojekten. Er sollte als externe oder unabhängige interne Rolle eingebunden werden.

**Anwendung der Rollen im Gesundheitswesen** Die Adaption der oben beschriebenen Rollen ist im Gesundheitswesen nicht ganz einfach, da die organisatorischen Strukturen der Industrie nicht immer leicht mit denen des Gesundheitswesens zu vergleichen sind. Eine Möglichkeit der Gegenüberstellung zeigt die Tab. 2.1, in der typische Rollen der Industrie denen eines Krankenhauses mit mehreren Kliniken gegenübergestellt werden.

Im Gesundheitswesen müssen Ärzte, Pfleger, Verwaltung und Management eng zusammenarbeiten um zu möglichst medienbruchfreien und durchgängigen Arbeitsabläufen zu

**Tab. 2.1** Rollenabgleich Industrie versus Krankenhaus. (Quelle: In Anlehnung an: Wiehr 2009)

| Industrie                                    |                                   | Krankenhaus  |  |
|--|-----------------------------------|--------------|--|
| Rolle  | Aufgabe                           | Rolle        | Aufgabe  |
| Unternehmer/<br>Vorstand/<br>Geschäftsführer | Leiter eines<br>Unternehmens      | Chefarzt     | Leiter einer Klinik  |
| Bereichsleiter                               | Leiter einer<br>Geschäftseinheit  | Chefarzt     | Leiter einer klini-<br>schen Abteilung oder<br>eines medizinischen<br>Institutes |
| Abteilungsleiter                             | Prozess-verantwortlicher          | Oberarzt     | Leiter einer Sta-<br>tion, Operative<br>Prozessverantwortung                     |
| Gruppenleiter                                | Teil-Prozess-<br>verantwortlicher | Stationsarzt | Operative Prozess-<br>ausführung und<br>Überwachung                              |

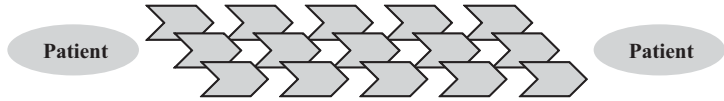
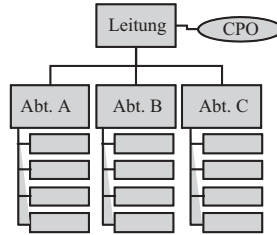
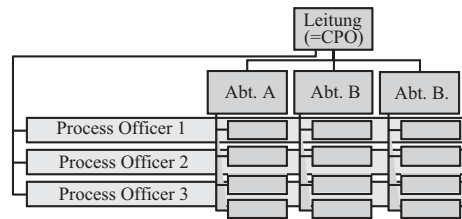
kommen. Das erfordert ein systematisches Prozessmanagement im vorgestellten Sinne. In einigen Fällen kann dem deutschen Gesundheitswesen attestiert werden, dass Prozessmanagements bereits Eingang in die Praxis gefunden hat, wenngleich es nicht der Standardfall ist. Eine Studie des Beratungshauses KPMG zur Besetzung der Rollen des Prozessmanagements in der in deutschen Krankenkassen kommt zum Ergebnis, dass Abteilungsleiter und Gruppenleiter am häufigsten als Prozessverantwortliche agieren. Bei kleinen Kassen fungiert oft der Vorstand als Prozessverantwortlicher (vgl. KPMG 2009, Seite 18).

**Beispiel**

Prozessmanagement fokussiert nicht die aufbauorganisatorische Hierarchie und entsprechende Abteilungsgrenzen sondern betrachtet den Prozess als Ganzes. Eine Stellenanzeige im Bonner Generalanzeiger zeigt dies beispielsweise deutlich auf (Generalanzeiger Bonn, 13.10.2012). So wird die Aufgabe für eine OP-Leitung in einem Krankenhaus mit folgenden Aufgaben beschrieben: Effektives und Effizientes Personalmanagement sowie die Organisation und Koordination der Arbeitsabläufe und Prozesse im OP sowie der Zentralsterilisation einschließlich dem Materialmanagement. Als Qualifikation wird eine Pflegekraft mit OP-Weiterbildung und Leitungserfahrung gesucht.

**2.4 Organisatorische Gestaltungsmöglichkeiten**

Die organisatorische Gestaltung des Prozessmanagements entscheidet stark über den Erfolg in der Praxis. Prozessmanagement kann als klassische Prozessorganisation, als Stabsstelle innerhalb einer Funktionalorganisation oder als Matrixorganisation eingerichtet werden (vgl. Abb. 2.6).

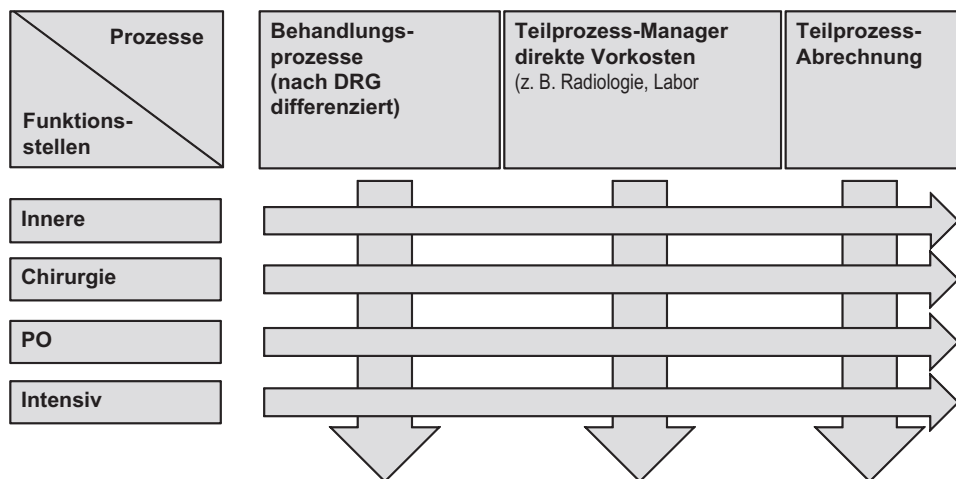
**Klassische  
Prozessorganisation****Stabsstelle in  
Funktionalorganisation****Matrixorganisation mit  
Mehrfachunterstellung****Abb. 2.6** Möglichkeiten der organisatorischen Einbindung

Bei der klassischen Prozessorganisation werden die Tätigkeiten so angeordnet, dass sie sich möglichst an den Anforderungen des Kunden ausrichten. Das Ziel besteht darin, die Schrittfolge der Prozesselemente so anzuordnen, dass der Prozess reibungslos abgewickelt werden kann. Hierbei müssen disjunkte Prozesse organisatorisch voneinander getrennt werden. Die Trennung kann nach Problemhaltigkeit (z. B. Routinefälle, Mittelschwere Problemfälle, Komplexe Fälle, vgl. Zapp 2010, S. 106) oder nach Kundengruppen (Privatpatienten, Kassenpatienten, Auslandspatienten, vgl. Zapp 2010, S. 106) erfolgen.

Übergreifende Aktivitäten (z. B. gemeinsamer Einkauf, Wäscherei, IT-Unterstützung, Labore, Bereitstellung Großgeräteservices, Abrechnung) müssen abgestimmt werden, da es keine funktionale Verantwortung gibt. Die Prozessverantwortlichen übernehmen die unternehmerische Verantwortung für den Gesamtprozess. Eine Herauslösung von Gesamtprozessen aus dem Unternehmen ist bei dieser Variante vergleichsweise einfach.

Die Stabsstelle innerhalb einer Funktionalorganisation koordiniert die Prozesse innerhalb der Organisation. Die funktionale Ausgestaltung der Organisation bleibt jedoch bestehen, d. h. prinzipiell ist die Organisation nach Funktionen ausgerichtet. Der Wirkungsgrad dieses Modells gilt daher im Hinblick auf das Prozessmanagement als nicht besonders hoch, kann jedoch bei geeigneten Führungsqualitäten durchaus eine Alternative zur Prozessorganisation sein.

Ein älteres Praxisbeispiel der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) zeigt, dass bereits früh im Gesundheitswesen Konzepte des Prozessmanagements adaptiert wurden. Die Aufgaben des als Stabsstelle in der Unternehmensentwicklung eingerichteten CPO der DAK umfassen die „Moderation, Dokumentation und Ableitung von konkreten Projekten



**Abb. 2.7** Matrixorganisation im Krankenhaus. (Zapp 2010, S. 111)

aus der Strategie“. Für die Umsetzung ist nach wie vor der IT-Leiter verantwortlich und damit auch maßgeblich am Prozessmanagement beteiligt (vgl. Vogel 2004, S. 22).

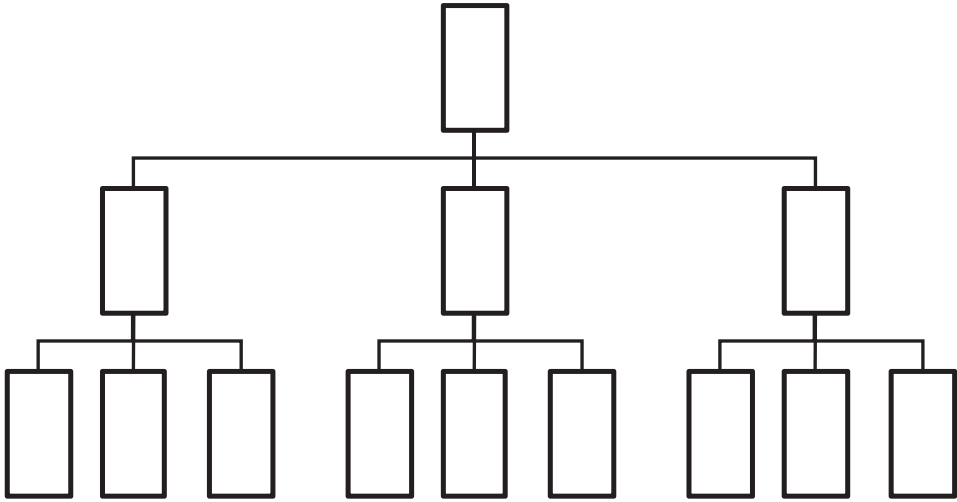
Die Matrixorganisation kennt zwei Gliederungsprinzipien: Tätigkeit bzw. Funktion und Objekt bzw. Prozess, nach denen die Tätigkeiten ausgerichtet werden. Hierbei übernehmen Prozessmanager (Process Officer) die Aufgaben, Prozesse entlang der Funktionalorganisation möglichst so auszurichten, dass die Prozesse reibungslos funktionieren. Sie konkurrieren mit den Leitern der funktionalen Abteilungen um Ressourcen, was gewollt zu permanenten Abstimmungskonflikten führt. Der Erfolg des Prozessmanagements hängt stark von den Führungsfähigkeiten der Prozessmanager ab.

Ein Beispiel für den Einsatz der Matrixorganisation wurde von Zapp (2010, S. 111) veröffentlicht. Es ist in Abb. 2.7 wiedergegeben.

## 2.5 Prozessdenken verdrängt Funktionsdenken

Die ersten Ansätze des Prozessmanagements gehen in die frühen 1990er Jahre zurück, als der Managementansatz „Business Reengineering“ von Hammer und Champy und anderen Autoren entwickelt wurde (vgl. Hammer 1990 sowie Hammer und Champy 1994). Die Entwicklung fand zunächst in der Unternehmenspraxis im Bereich der Unternehmensberatung statt. Eine wissenschaftliche Bearbeitung des Themas erfolgte erst später. Diese Entwicklung führte zu einer Reihe von Weiterentwicklungen des ursprünglichen Konzeptes (vgl. z. B. Hess und Österle 1995, S. 128), was zu zahlreichen synonym verwendeten Begriffen geführt hat: „Business Process Reengineering“, „Geschäftsprozessoptimierung“, „Business Engineering“, „Business Redesign“.

Hammer und Champy definieren Business Reengineering als eine „Radikalkur“ für das Unternehmen. Sie verstehen hierunter ein grundlegendes Überdenken der Unter-

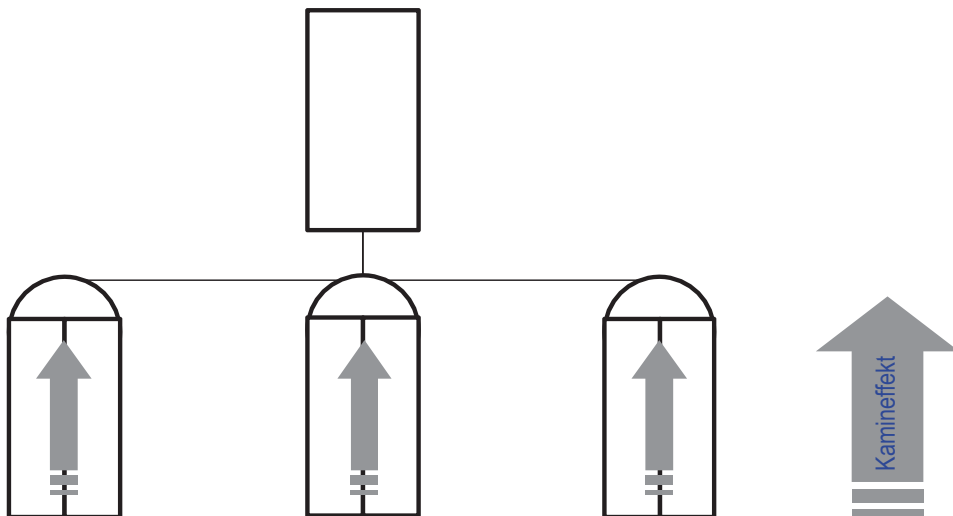


**Abb. 2.8** Traditionelle funktionale Organisation. (Nach Osterloh und Frost 2003, S. 28)

nehmensprozesse um Verbesserungen in den Kosten, der Qualität, des Services, der Zeit und insbesondere des Kundennutzens bzw. im Gesundheitswesen des Patientennutzens zu realisieren. (vgl. Hammer und Champy 1994, S. 48). Business Reengineering ist nach Ihrer Ansicht keine Optimierung bestehender Abläufe, sondern ein Neubeginn, d. h. ein völliges Überdenken der organisatorischen Strukturen (vgl. Hammer und Champy 1994, S. 12). Sie umreißen ihr Konzept mit den Schlüsselworten „fundamental“, „radikal“ und „dramatisch“.

Das Schlüsselwort „fundamental“ steht für die Beantwortung der Frage nach dem Sinn und Zweck jeder Tätigkeit im Unternehmen und auch der Art und Weise, wie sie durchgeführt wird. Der Begriff „radikal“ steht für den Willen, auch grundlegende Veränderungen durchzusetzen, d. h. es geht nicht um die Optimierung von bestehenden Abläufen (vgl. auch Hammer und Champy 1994, S. 12), sondern um einen Neubeginn, d. h. ein völliges Überdenken der Strukturen. Kurz gesagt bedeutet Business Reengineering die Beantwortung der Frage „Wie würden wir vorgehen, wenn wir noch einmal ganz von vorne beginnen würden?“. Das Management hat die Aufgabe, neu zu überdenken, wie die Arbeit durchgeführt und wie die Organisation strukturiert werden würde, wenn sie noch einmal ganz von vorne begännen (vgl. Robbins 2001, S. 33).

Prozessmanagement unterscheidet sich erheblich vom klassischen funktionalen Denken, wie es z. T. im Gesundheitswesen häufig noch gelebt wird. Die traditionelle funktionale Organisation (vgl. Abb. 2.8) ist hierarchisch aufgebaut. Funktionen (z. B. Beschaffung) werden für alle Produkte des Unternehmens durchgeführt. Unterschiedliche Anforderungen an den Prozess (z. B. im Gesundheitswesen Privatpatienten, Kassenpatienten) werden nicht als Gesamtprozess verstanden, sondern in der jeweiligen Organisationseinheit berücksichtigt. Sie stellt in kleinen Organisationen kein Problem dar, weil die Mitarbeiter untereinander bekannt sind und das Zusammenwirken in den Prozessen kennen. In



**Abb. 2.9** Kamineffekt. (Nach Osterloh und Frost 2003, S. 29)

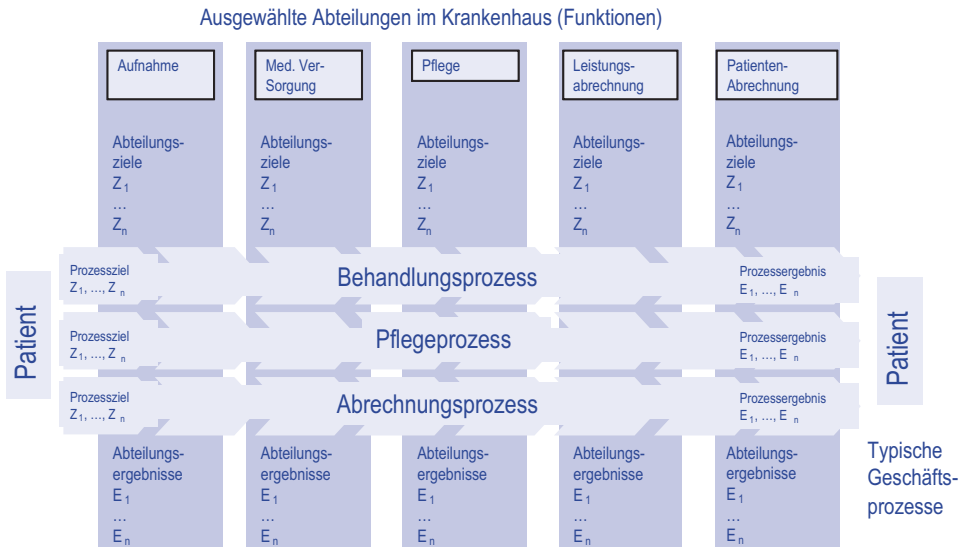
wachsenden Organisationen sehen viele Bereichsmanager dagegen häufig nur noch ihren eigenen Aufgabenbereich. Eine Gesamtsicht fehlt.

Die Abteilungen werden mit steigender Unternehmensgröße zu Silos, also groß, dick und fensterlos (vgl. Osterloh und Frost 2003, S. 28 f.). Das funktionale Denken der traditionellen Organisation führt zu internen Blockaden und zu „Informations-Silos“, bei denen die interne Kommunikation zwischen den Abteilungen nur noch über das formale Berichtswesen stattfindet. Es kommt zum „Kamineffekt“: *Bereichsübergreifende Probleme* werden mangels horizontaler Kommunikation zur Unternehmensführung „hochgezogen“ (vgl. Abb. 2.9 in Anlehnung an Osterloh und Frost 2003, S. 29).

Business Reengineering beschäftigt sich in erster Linie mit den Arbeitsabläufen im Unternehmen und versucht diese aus Sicht des Geschäftes, d. h. aus Kundensicht (bzw. Patientensicht) zu optimieren. Business Reengineering versucht die traditionelle funktionsorientierte Denkweise zu überwinden. Es beschränkt sich nicht nur auf das Marketing, die Untersuchung und Behandlung, die Abrechnung oder das Rechnungswesen, sondern es beschäftigt sich intensiv mit den Kunden bzw. Patientenbedürfnissen. Demzufolge werden die Prozesse an den Anforderungen der Patienten ausgerichtet und nicht an den Anforderungen der Organisation.

Bei der prozessorientierten Organisation wird versucht, Prozessziele und die hieraus resultierenden Ergebnisse in den Vordergrund zu stellen. Diese sind im Regelfall nicht deckungsgleich, wenn man sie mit den Abteilungs- bzw. Bereichszielen und -ergebnissen der klassischen Funktionsorganisation vergleicht (vgl. Abb. 2.10).

**Blockaden verhindern Prozessmanagement** In vielen Kliniken ist die aktuelle Situation noch von funktionalem Denken mit Abteilungsblockaden und entsprechenden Strukturi-



**Abb. 2.10** Zielkonflikte bei funktionaler Organisation im Gesundheitswesen

ren geprägt. Stellvertretend für derartige Situationen kann folgendes Zitat aus der Krankenhauspraxis angeführt werden: „Krankenhausprozesse enden nach wie vor häufig an Abteilungsgrenzen und die Organisationshoheit liegt in Bereichen, die nur bedingt über prozessuale Gesamtkompetenz verfügen.“ (Thoss 2013, S. 15).

**Zusammenfassung des prozessualen Ansatzes** Die Besonderheiten des Prozessmanagements im Vergleich zum funktionalen Ansatz im Gesundheitswesen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Prozesse durchdringen die gesamte Organisation (Krankenhaus, Arztpraxis, u. a.) während Funktionen nur Teilbereiche betreffen,
- Prozesse enden nicht an der Abteilungsgrenze (Chirurgie, Röntgen, Abrechnung, u. a.), sie müssen ganzheitlich betrachtet und gesteuert werden,
- der Kunde (Patient) steht immer im Mittelpunkt des Prozesses, an seinen Anforderungen werden alle Teilschritte ausgerichtet,
- der Patient (Kunde) ist der Abnehmer der „Leistung“, er bezahlt letztlich das Gehalt der Mitarbeiter, damit ist er auch der Maßstab für die zu erbringenden Leistungen,
- interne Abnehmer aus anderen Abteilungen sind ebenfalls wie „Kunden“ zu betrachten, die Prozesskette setzt sich aus vielen „Kunden-Lieferanten-Beziehungen“ zusammen,
- Funktionsdenken ist die Optimierung der einzelnen (eigenen) Abteilung oder Einzel-funktion,
- Prozessdenken ist die Optimierung des Gesamtprozesses im Sinne des Interesses des gemeinsamen Kunden (Patienten).

### Beispiel Klinikum München

Der radikale Einsatz von Methoden des Prozessmanagements ist auch in Unternehmen des Gesundheitswesens, wie beispielsweise Krankenhäusern möglich und wird auch praktiziert. Ein Beispiel dafür ist das Klinikum München (vgl. Geissler o. J.). Der Zustand vor einem Restrukturierungsprojekt war durch eine klassische abteilungsorientierte Krankenhausstruktur geprägt. Die Folgen davon waren Reibungsverluste, Kostenprobleme, komplexe Prozesse und fachliche Redundanzen. Ein Re-Engineering der Organisation mit der Bildung von abteilungsübergreifenden „Horizontalen Hierarchien“ durch Zentren (Lungenzentrum und Herzzentrum u. a.), der Nutzung gemeinsamer Bettenpools führte dazu, dass die Prozesse an den Anforderungen der Patienten ausgerichtet wurden. Die damit verbundene Prozessbündelung, Prozessvereinfachung, und Prozessverschlankeung bewirkte eine Kostenreduktion durch effizienteren Personaleinsatz.

Ein weiteres Beispiel für prozessorientierte Denkweisen im Gesundheitswesen betrifft den Neubau von Kliniken. Hier wird beispielsweise zum Teil darauf geachtet, dass die Optimierung von Wegezeiten für Patienten bereits bei der Gebäudeplanung berücksichtigt wird (Breckner 2007).

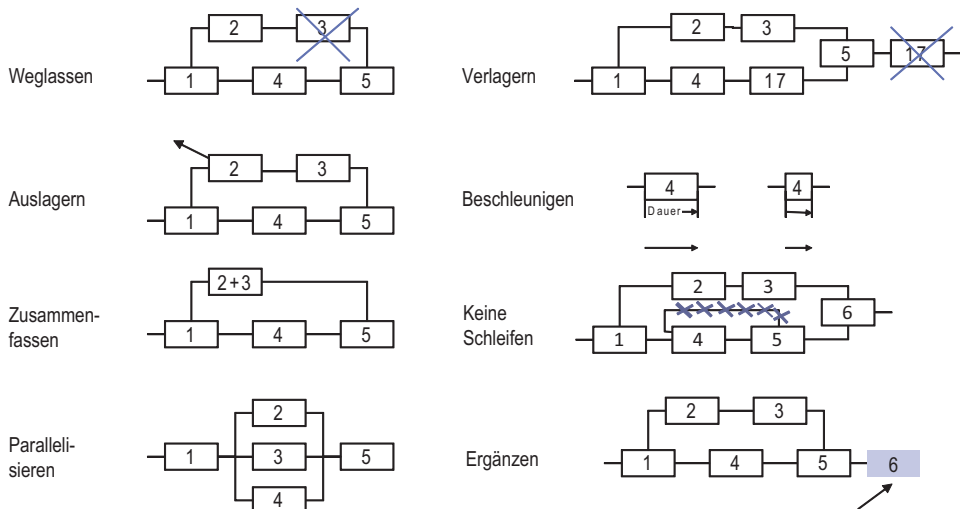
## 2.6 Möglichkeiten zur Optimierung von Prozessen

Wesentliche Ziele der Geschäftsprozessoptimierung sind die Verkürzung der Durchlaufzeit und die Verbesserung der Prozessqualität. Die Abb. 2.11 zeigt in Anlehnung an Bleicher (1991, S. 196) grundsätzliche Gestaltungsmöglichkeiten für die Prozessoptimierung. Sie lassen sich auf jegliche Prozesse anwenden, da sie elementare Grundregeln der Vereinfachung darstellen. Sie müssen allerdings konsequent angewendet werden, wenn sie wirksam werden sollen.

**Weglassen** Die einfachste Art der Optimierung besteht darin, überflüssige Prozesse oder Teilschritte wegzulassen. Dies können Überprüfungen der Notwendigkeit zur Funktionserfüllung sein, z. B. Ersatz der Genehmigung von Dienstreiseanträgen im nahen Umkreis durch eine Dauergenehmigung. Typisch sind auch der Wegfall von manuellen Tätigkeiten durch Einsatz neuer Technologien, Wegfall von überflüssigen Statistiken, Erstellung von „Sicherheits-“Fotokopien von Belegen u. v. m.

**Auslagern** Die Vergabe von Aktivitäten an externe Dienstleister hat im Gesundheitswesen bereits eine längere Tradition. Sie stellt eine einfache Möglichkeit dar, Prozesse dadurch zu vereinfachen, dass externe spezialisierte Dienstleister Leistungen effizienter erbringen können. Typische Beispiele sind die externe Fakturierung von privaten Leistungen, externe Arztbriefschreibung, externe Labor- und Radiologieleistungen, externe Rechenzentren u. a. m.





**Abb. 2.11** Optimierungsmöglichkeiten für Prozesse. (Bleicher 1991, 2001, S. 196)

**Zusammenfassen** Jeder Mitarbeiterwechsel im Rahmen eines Prozesses kostet Zeit, da der Vorgang übertragen werden muss. In der Industrie spricht man von Rüstzeiten. In Dienstleistungseinrichtungen wie dem Gesundheitswesen sind es Wiederanlaufzeiten zur Aufnahme von Prozessen. Meist müssen nicht nur Informationen übermittelt werden, sondern auch physische Objekte (Akten, Arztberichte, Atteste, Medikamente u. a. m.), was zu weiteren Verzögerungen im Ablauf führt, da der Transport organisiert werden muss und Zeit verbraucht. Die Zusammenlegung von Aktivitäten reduziert den für den Transfer von Informationen und realen Objekten notwendigen Zeitverbrauch erheblich. Ein typisches und vergleichsweise einfach zu realisierendes Beispiel im Gesundheitswesen ist der Ausdruck von Rezepten und Überweisungen direkt durch den Arzt im Behandlungszimmer, um Wartezeiten für den Patienten an der Rezeption zu vermeiden (Kunden-/Patientenorientierung).

**Parallelisieren** Sofern es möglich ist, sollten Teilschritte eines Gesamtprozesses parallelisiert werden. Dies bringt allerdings eine erhöhte Arbeitsteilung mit sich und erfordert spezialisierte Mitarbeiter und eine übergeordnete Steuerung. Im Rahmen von Optimierungsmaßnahmen sollte daher im Einzelfall abgewogen werden, ob und welche Teilschritte zur gleichen Zeit ausgeführt werden können.

**Verlagern** Ein früherer Beginn von bisher nachgelagerten Aktivitäten einer Prozesskette kann zu kürzeren Prozesslaufzeiten führen. Ein Beispiel wäre das frühzeitige Untersuchen oder Befragen von Patienten um spätere Wartezeiten durch Rückfragen zu vermeiden. Fragebögen zu Vorerkrankungen könnten bereits im Vorfeld von Aufnahmevorgesprächen übermittelt und vom Patient ausgefüllt werden.

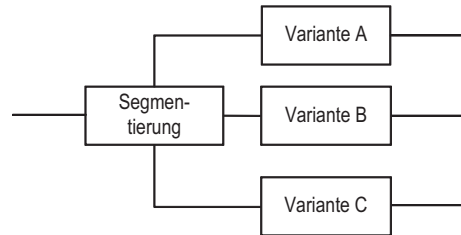
**Beschleunigen** Die Bereitstellung von geeigneten und zeitgemäßen Arbeitsmitteln zur effizienten Aufgabenerledigung und zur Vermeidung von Warte- und Liegezeiten ist eine wesentliche Voraussetzung für die Prozessbeschleunigung. Ein typisches Beispiel ist die mobile Visite mit Hilfe von Tablet PCs. Mit Hilfe der elektronischen Patientenakte, dargestellt auf einem mobilen Endgerät können vom Arzt relevante Daten wie Laboraten, Diagnosen, Befunde oder auch Vitaldaten des Patienten abgerufen werden. Daneben besteht Zugriff auf medizinische Bilddaten (Röntgen-, CT- und MRT-Bilder). Dies kann kombiniert werden mit administrativ-organisatorischen Informationen (Kalender, OP-Belegungspläne u. a.). Hierdurch entfallen beispielsweise fehleranfällige und zeitraubende Übertragungsarbeiten von Notizzetteln in die Patientenakte. Suchzeiten werden reduziert, da die relevanten Patienteninformationen vor Ort im Krankenzimmer im Zugriff sind. Angesichts einer steigenden Anzahl von „Apps“ für Smartphones und Tablet-PCs sind mobile Erfassung und Auswertungen von Daten als Prozessbeschleuniger denkbar (vgl. z. B. Amelung et al. 2013, S. 10).

**Schleifen vermeiden** Der Rücksprung im Ablauf und ein erneutes Durchlaufen des Prozesses ist ein häufiger Grund für Zeitverluste. Daher sollten Daten bei der Erfassung möglichst vollständig plausibilisiert werden, um spätere Nacherhebungen und Rückfragen zu vermeiden. Ein Beispiel ist die Erfassung von Rezeptnachbestellungen beim Arzt, die interaktiv im Arztpraxisinformationssystem vom Assistenzpersonal erfasst und gegen die Patientenstamm- und Bewegungsdaten abgeglichen werden können. Ein weiteres Beispiel ist die elektronische Terminvergabe bei gleichzeitigem Verfügbarkeitscheck notwendiger Ressourcen, insbesondere dem ärztlichen und Assistenzpersonal, der erforderlichen Räume und ggf. wichtiger Geräte.

**Ergänzen** Bislang wurden nur Aspekte behandelt, die einen konkreten Einzelprozess optimieren. Da die Prozesse in der Regel miteinander verbunden sind und Querbeziehungen bestehen, kann es notwendig sein, Teilschritte hinzuzufügen um Einsparungen an anderer Stelle zu erzielen. Dies können z. B. zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung, eine Patientennachbefragung zur Zufriedenheit, Ausfüllen von Checklisten für Folgetermine, Erstellung einer SMS/E-Mail-Erinnerung an Termine u. v. m. sein. Hierdurch wird der betrachtete Einzelprozess zwar verlängert, aber der Gesamtprozess wird optimiert.

**Spezialfall Segmentierung** Die Segmentierung ist ein spezieller Ansatz aus der Militär- und Katastrophenmedizin, der dann greift, wenn viele Verletzte gleichzeitig zu versorgen sind und sequentielles Abarbeiten tödlich sein kann (Hellmann und Elble 2010). Daher müssen in solchen Fällen deutliche Prioritäten gesetzt werden (vgl. Abb. 2.12). Die Segmentierung stellt gewissermaßen eine spezielle Form von „Parallelisieren“ und „Weglassen“ an. Das Prinzip kann auch im „Normalfall“ zum Einsatz kommen. Nach einer klinischen Untersuchung wird beispielsweise entschieden, ob es sich um einen „Standardverlauf“ handelt oder ob weitere Untersuchungen oder Behandlungen erforderlich sind. Je nach Entscheidung laufen unterschiedliche Prozessvarianten ab.

**Abb. 2.12** Prinzip der Segmentierung. (Hellmann und Elble 2010)



Die Optimierung von Prozessen erfolgt bei großen Veränderungen idealerweise in Projektform mit anschließender regelmäßiger Feinoptimierung. Für Optimierungsprojekte sind gemischte interdisziplinäre Teams aufzustellen, die aus verschiedenen Bereichen rekrutiert werden: Auftraggeber, Prozessmanager, Prozessexperten, Methodenexperten und Projektleiter. Der Auftraggeber fungiert als Projektsponsor, d. h. er fördert das Projekt. Idealerweise handelt es sich hierbei um ein Mitglied des Krankenhausdirektoriums. Prozessmanager sind leitenden ärztliche oder nichtärztliche Mitarbeiter aus den beteiligten Abteilungen (Station, Anästhesie, ...). Prozessexperten sind pflegerische Mitarbeiter aus den betroffenen Bereichen (Station, OP, Anästhesie, ...), Verwaltungsmitarbeiter aus der Patientenverwaltung, Vertreter der Funktionsabteilungen (Labor, Röntgen, ...). Daneben werden (externe) Berater und Moderatoren als Methodenexperten (z. B. Prozessmodellierer) und interne oder externe Projektleiter eingesetzt (Greiling 2007, S. 136).

**Einsatz von Checklisten** Die Analyse von Prozessen erfolgt in der Praxis häufig mit Hilfe von Checklisten, welche sich an den o. g. Optimierungsmöglichkeiten orientieren. Beispielfolgend seien folgende kritische Fragen zur Prozessanalyse genannt. Die Inhalte sind am Zweck des Vorhabens und den jeweiligen Vorkenntnissen der durchführenden Personen anzupassen:

- Aufbauorganisation
  - Welchen Inhalt haben Arbeitsplatzbeschreibungen?
  - Gibt es Lücken oder Überlappungen?
  - Wie erfolgt die Aufgabenzuordnung zu den einzelnen Stellen?
  - Ist die Qualifikation der Mitarbeiter den Aufgaben entsprechend angemessen?
  - Wie ist die Auslastung der Mitarbeiter zu beurteilen (Unter-, Überlastung)?
- Ablauforganisation
  - Wie stellt sich der Gesamtprozess aus Ihrer Sicht dar?
  - Welche Teilschritte werden durch Sie/Ihren Bereich ausgeführt?
  - Gibt es Lücken oder Doppelarbeiten im Prozess?
  - Gibt es Schleifen im Prozess, d. h. kann der Prozess aufgrund z. B. fehlender Informationen nicht regelmäßig ablaufen?
  - Welche Teilschritte könnten entfallen, vereinfacht oder beschleunigt werden?
  - Welche Papierendokumente könnten durch andere Medien ersetzt werden?

- IT-Unterstützung
  - Welche IT-Systeme nutzen Sie im Prozess?
  - Welche Systeme sind zwingend erforderlich, welche nur optional?
  - Welche Daten werden von Ihnen genutzt und erfasst?
  - Erfassen Sie Daten, die zuvor schon elektronisch gespeichert waren (z. B. anhand von EDV-Ausdrucken, Arztbriefe, Rezepte)
- Schnittstellen
  - Wie erfolgt die Übergabe von Personen, Objekten oder Informationen?
  - Kommt es bei der Übergabe zu Übertragungsproblemen?
  - Gehen Informationen beim Übergang verloren oder werden verändert?

### Mobile Visite als Beispiel für Prozessoptimierung im Krankenhaus

*Ist-Situation:* In vielen Krankenhäusern erfolgt die tägliche Visite auf den Krankenstationen nach folgendem Muster:

- Täglich werden ein bis zwei Visiten unter Beteiligung des Chefarztes, Assistenzärzten und Pflegekräften durchgeführt
- Die Dauer der Visiten variiert abhängig von vielen Parametern, wie z. B. Klärungsbedarf oder Gesprächigkeit von Patienten
- Als Arbeitsmittel dienen dem Personal Patientenakten in Papierform, die im Visitenwagen von Zimmer zu Zimmer transportiert werden sowie Laptops und Schreibzeug.
- Meist sind die Visitenwagen zu sperrig, um im Krankenzimmer Platz zu finden, so dass nicht alle Informationen am Patientenbett zur Verfügung stehen.
- Kritisch und häufig prozessstörend sind WLAN-Verbindungen, mit denen vom Laptop auf das zentrale Krankenhausinformationssystem (KIS) zugegriffen werden kann. Nicht selten sind Flure und Krankenzimmer nicht ausreichend ausgeleuchtet, d. h. es kommt zu Störungen in der Verbindung
- Vor- und nach der Visite fallen Informationsbeschaffungs- und Aktualisierungsprozesse an. Patienteninformationen und Medikationen müssen aktualisiert und dokumentiert werden.
- Viele Informationen werden mehrfach erfasst und z. B. von Notizzetteln in Patientenakten oder Informationssysteme übertragen. Das Personal kennt die Arbeit mit der üblichen Zettelarbeit seit jeher und hat sich mit der Situation abgefunden, obwohl technische Neuerungen bekannt sind.

*Soll-Situation:* Der Einsatz von Smartphones und Tablet-PCs kann die geschilderte Situation in mehrfacher Hinsicht optimieren. Im einfachsten Fall werden auf den Stationen ein oder mehrere mobile Endgeräte als Arbeitsstationen eingesetzt. Sie ersetzen die Papierpatientenakte und klassische PC's oder Laptops. Außerhalb der Visite können die Geräte für andere Aufgaben genutzt werden, beispielsweise zum Abgleich von Inventurbeständen auf den Stationen (Medikamente, Wäsche u. ä.).

- Aus Mitarbeitersicht dienen mobile Endgeräte als zentrale Arbeitsstationen, die durch einfache Bedienung, geringes Gewicht, lange Akkulaufzeiten und gute Darstellungsmöglichkeiten (Daten, Bilder, Videos) einen direkten und aktuellen Zu-

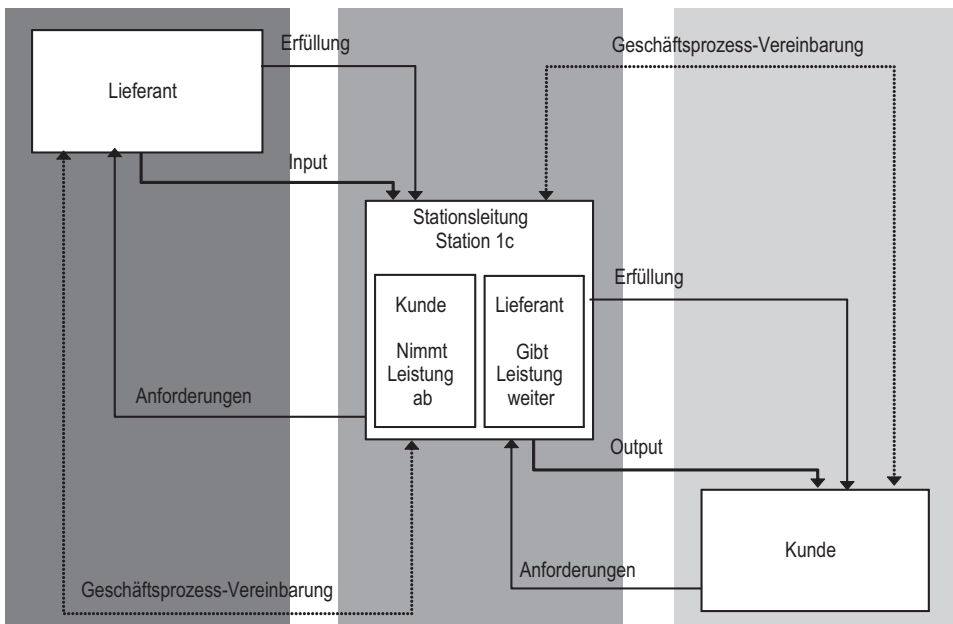
griff auf notwendige Informationen bieten. Die Mitarbeiter werden deutlich durch den Wegfall unnötiger Doppelarbeiten entlastet und können sich auf das Wesentliche, den Patienten, konzentrieren. Der Schulungsaufwand ist meist sehr gering, zumal viele Mitarbeiter derartige Geräte bereits aus ihrem privaten Umfeld kennen.

- Aus Patientensicht wird ein gesteigerter Service wirksam. Beispielsweise kann der Patient Röntgenaufnahmen oder andere Informationen am Krankenbett betrachten und direkt mit dem Arzt besprechen. Zudem wird die Gefahr von Übertragungsfehlern (falsche Medikation) minimiert, was den Behandlungserfolg steigert.
- Aus der Sicht des Krankenhauses ergeben sich Zeit- und Kosteneinsparungen sowie Qualitätsverbesserungen im Prozess durch reduzierte Fehlerquellen in erheblicher Größenordnung. Smartphones können zudem vorhandene Einzelfunktionsgeräte (z. B. Diktiergeräte, Telefone) ersetzen, da sie zahlreiche Funktionen in einem Gerät vereinen.

## 2.7 Geschäftsprozessvereinbarungen

Zur Steuerung der Prozesse wurden für das Gesundheitswesen sogenannte Geschäftsprozessvereinbarungen entwickelt. Sie dokumentieren die internen Kunden-Lieferanten-Beziehungen, einen wichtigen Bestandteil des Prozessmanagements.

Das Prinzip der internen Kunden-Lieferanten-Beziehungen auf der Basis von Geschäftsprozessvereinbarungen ist in Abb. 2.13 dargestellt.



**Abb. 2.13** Struktur der Geschäftsprozessvereinbarungen. (Kölking 2007, S. 108)

| Klinik-Logo  |   |                          |                                  |                              |  |
|--|---|--------------------------|----------------------------------|------------------------------|--|
| Abt.   |   |                          |                                  |                              |  |
| Geschäftsprozess-Vereinbarung  |   |                          |                                  |                              |  |
| <b>Prozess:</b>  | operative Behandlung des Zervixkarzinoms            |                          |                                  | <b>Prozess-ID:</b>           | OBZ  |
|  |   |                          |                                  | <b>Schnittstellen-ID:</b>    | OBZ 3-4  |
| <b>Schnittstelle</b>   | Teilprozess: Transport                              |                          | Lieferant Stationsleitung Pflege |                              |  |
|  | Teilprozess:  |                          | Kunde Stationsleitung OP         |                              |  |
| <b>Version vom:</b>  | 10.06.2004  | <b>Gültig ab:</b>        | 20.06.2004                       | <b>Versions-ID:</b>          | OBZ 3-4<br>20020610  |
| <b>Modifiziert am:</b>   | 25.09.2004  |                          |                                  | <b>Modifiziert durch:</b>    | Prozessteam  |
| <b>Review von:</b>   | Qualitätszirkel                                     | <b>Review am:</b>        | 15.07.2004                       | <b>Genehmigt durch:</b>      | Direktor   |
| <b>Verteiler:</b>  | Prozessteam, Mitarbeiter der Teilprozesse, Intranet |                          |                                  |                              |  |
| <b>Beteiligte Personen des Prozessteams:</b>   |   |                          |                                  |                              |  |
|  | <b>Name:</b>  | <b>Funktion:</b>         | <b>Abteilung:</b>                | <b>Telefon -Nr.:</b>         | <b>E-Mail:</b>   |
| Prozess-Owner:   | Schmidt   | Prozessbegleiter         | Management                       | 7234521                      | <a href="mailto:schmidt@klinik.net">schmidt@klinik.net</a> |
| Teilprozess-Owner, Lieferant   | Müller  | Stationsleitung          | Onkologie-Gynäkologie            | 7234565                      | <a href="mailto:müller@klinik.net">müller@klinik.net</a>   |
| Teilprozess-Owner, Kunde   | Meier   | Stationsleitung          | OP-Pflege                        | 7234567                      | <a href="mailto:meier@klinik.net">meier@klinik.net</a>     |
| Weitere Permanente Mitglieder:-  |   |                          |                                  |                              |  |
| 1.   | Schulz  | Assistenzarzt            | Onkologie-Gynäkologie            | 7234598                      | <a href="mailto:schulz@klinik.net">schulz@klinik.net</a>   |
| 2.   | Raider  | Krankenpfleger           | Onkologie-Gynäkologie            | 7234589                      | <a href="mailto:raider@klinik.net">raider@klinik.net</a>   |
| Weitere fakultative Mitglieder:  |   |                          |                                  |                              |  |
| 1.   | Bucher  | QMB                      | Qualitätssicherung               | 7234512                      | <a href="mailto:bucher@klinik.net">bucher@klinik.net</a>   |
| <b>Leistungsumfang:</b>  |   |                          |                                  |                              |  |
| Der Leistungsumfang erstreckt sich auf die Qualität, die Zuverlässigkeit, die geforderte Menge, die Kooperation, Beratungstätigkeiten und Flexibilität des Lieferanten |   |                          |                                  |                              |  |
| <b>Anforderungen an den Lieferanten:</b>   |   |                          |                                  |                              |  |
| <b>Patient:</b>  |   |                          |                                  |                              |  |
| Körperpflege: Nabelreinigung, Nagelpflege/Nagellack entfernen  |   |                          |                                  |                              |  |
| Enthaarung von Bauch, Intimbereich und Oberschenkeln   |   |                          |                                  |                              |  |
| OP-Hemd, Einmalslip  |   |                          |                                  |                              |  |
| Blasenentleerung, abführende Maßnahmen   |   |                          |                                  |                              |  |
| Schmuck- und Prothesenentfernung   |   |                          |                                  |                              |  |
| Patientenarmband mit Namen   |   |                          |                                  |                              |  |
| ...  |   |                          |                                  |                              |  |
| <b>Labor:</b>  |   |                          |                                  |                              |  |
| Blutbild: Hb/Hk, Thrombozyten, Blutgruppe, BSG   |   |                          |                                  |                              |  |
| Leberstatus: SGOT, SGPT, Gamma-GT, alkalische Phosphatase, Transaminasen   |   |                          |                                  |                              |  |
| Gerinnungsstatus: Quick, PTT   |   |                          |                                  |                              |  |
| Elektrolytstatus: Kalium   |   |                          |                                  |                              |  |
| ...  |   |                          |                                  |                              |  |
| <b>Untersuchungen:</b>   |   |                          |                                  |                              |  |
| Röntgen-Thorax in zwei Ebenen  |   |                          |                                  |                              |  |
| EKG  |   |                          |                                  |                              |  |
| Sonographie und intravenöse Pyelographie   |   |                          |                                  |                              |  |
| Zystoskopie, Rektoskopie   |   |                          |                                  |                              |  |
| <b>Anforderungen an den Kunden:</b>  |   |                          |                                  |                              |  |
| Einhaltung des Übergabezeitpunktes an definierter OP-Schleuse  |   |                          |                                  |                              |  |
| Falls der Patient telefonisch abgerufen wird, ist der zeitliche Vorlauf von 45 Minuten zu berücksichtigen  |   |                          |                                  |                              |  |
| Abnahme der geforderten Leistung durch examiniertes Fachpersonal   |   |                          |                                  |                              |  |
| <b>Nichterfüllung der Anforderungen:</b>   |   |                          |                                  |                              |  |
| Ausrichtung der nächsten Sitzung   |   |                          |                                  |                              |  |
| <b>Nächste Sitzung am:</b>   |   | 25.11.2006               |                                  |                              |  |
| Münster, den 25.09.2006  |   | Prozess-Owner            |                                  |                              |  |
| Ort, Datum   |   |                          |                                  |                              |  |
|  |   | Teilprozess-Owner, Kunde |                                  | Teilprozess-Owner, Lieferant |  |

Abb. 2.14 Beispiel einer Geschäftsprozessvereinbarung. (Kölking 2007, S. 136)

Jeder Prozessverantwortliche regelt mit seinen internen „Kunden“ und „Lieferanten“ die zu erbringenden Leistungen (z. B. Anzahl Untersuchungen, Anzahl Operationen, Anzahl Transporte) und die hierzu gehörenden Mengen. Die Planung der Leistungsbeziehungen kann z. B. jährlich im Rahmen der Planung erfolgen und ggf. unterjährig angepasst werden. Bei Einsatz einer internen Kosten- und Leistungsrechnung sind Verrechnungspreise für die internen Leistungen zu ergänzen, um hierauf aufbauend Prozesskosten zu ermitteln. Ein Beispiel für eine Geschäftsprozessvereinbarung ist in Abb. 2.14 dargestellt. Die Darstellung gibt einen Einblick über den möglichen Detaillierungsgrad. Die Geschäftsprozessvereinbarung enthält Angaben über den Prozess, die zu erbringende Leistung einschließlich der erforderlichen Anforderungen, die Beteiligten und Ansprechpartner. Die Leistung ist so zu beschreiben, dass die Beteiligten sich klar über die Inhalte und das Qualitätsniveau sind.

---

## 2.8 Wiederholungsfragen

- Erläutern Sie die Ziele des Prozessmanagements.
- Was unterscheidet Prozessdenken von funktionalem Denken?
- Weshalb behindert eine funktionale Organisation (z. B. einer Klinik) effiziente Prozesse?
- Unterscheiden Sie verschiedene Rollen des Prozessmanagements und ordnen Sie diese konkreten Stellen im Krankenhaus zu.
- Stellen Sie Möglichkeiten der organisatorischen Umsetzung einer prozessorientierten Sichtweise im Rahmen der Aufbauorganisation vor.
- Welche grundlegenden Möglichkeiten können zur Optimierung von Prozessen genutzt werden?
- Welchen Zweck erfüllen Geschäftsprozessvereinbarungen?

---

## Literatur

- Amelung, V.; Turina, B.; Wolf, S.: Medical-Apps auf dem Vormarsch, Chance für eine effizientere und effektivere Gesundheitsversorgung, KU special IT im Krankenhaus, S. 8–10. März (2013)
- Bleicher, K.: Organisation, 2. Aufl., S. 196. Wiesbaden (1991)
- Breckner, I.: Individual- und Sozialpsychologische Aspekte der Gesundheitsarchitektur. In: Nickl-Willer, C. (Hrsg.) Health Care der Zukunft, S. 77–85. Berlin (2007)
- BPM&O Architects (Hrsg.): Status Quo Prozessmanagement. <http://www.bpmo-architects.com/> (2011)
- Caritas Krankenhaus St. Josef, Regensburg (Hrsg.): Prozessmanagement im Krankenhaus St. Josef. [http://www.caritasstjosef.de/content/node\\_11888.html](http://www.caritasstjosef.de/content/node_11888.html) (2012). Abruf am 02.11.2012
- Dadam, P.; Reichert, M.; Rinderle-Ma, S.: Prozessmanagementsysteme, Nur ein wenig Flexibilität wird nicht reichen. In: Informatik Spektrum, Bd. 34, Heft 4, S. 365–376. August (2011)
- Gadatsch, A.: Grundkurs Geschäftsprozess-Management, 7. Aufl. Wiesbaden (2012)

- Gehring, H., Gadatsch, A.: Ein Rahmenkonzept für die Prozessmodellierung. In: Information Management & Consulting, Heft 4, S. 69–74 (1999)
- General-Anzeiger Bonn (Hrsg.): 13.10.2012 (Stellenmarkt, Seite 41)
- Geissler, C.: Prozessmanagement im Krankenhaus: Prozessoptimierung durch Einführung horizontaler Hierarchien, Foliensatz, o. O. (o. J.)
- Greiling, M.: Patientenbehandlungspfade optimieren – Prozessmanagement im Krankenhaus, S. 136 (2007)
- Hammer, M.: Reengineering Work: Don't Automate, Obliterate. In: Harvard Business Review, vol. 68, Nr. 4, S. 104–112 (1990)
- Hammer, M.; Champy, J.: Business Reengineering, 2. Aufl. Frankfurt, New York (1994)
- Hellmann, W.; Eble, S. (Hrsg.): Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade, Berlin (2010)
- Hess, T.; Österle, H.: Methoden des Business Process Redesign: Aktueller Stand und Entwicklungsperspektiven. In: Handbuch der modernen Datenverarbeitung, Heft 183, S. 120–136 (1995)
- Johner, Ch.; Haas, P. (Hrsg.): Praxishandbuch IT im Gesundheitswesen, S. 135. München (2009)
- Kleemann, Th.: Die dritte Generation von Krankenhausinformationssystemen – Workflowunterstützung und Prozessmanagement. In: Schlegel, H. (Hrsg.) Steuerung der IT im Klinikmanagement, S. 267–276. Wiesbaden (2010)
- Klinikum Region Hannover (Hrsg.): Digitale Eingangsrechnungsbearbeitung. [http://www.youtube.com/watch?v=nm\\_ouVD8xUg](http://www.youtube.com/watch?v=nm_ouVD8xUg) (2012). Abruf am 02.11.2012
- Kölking, H.: DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft, 1. Auflage, Stuttgart (2007)
- KPMG (Hrsg.): Health Care. Prozessmanagement in gesetzlichen Krankenversicherungen., o. O. (2009) (Umfrage unter dt. Krankenkassen)
- Osterloh, M.; Frost, J.: Prozessmanagement als Kernkompetenz, Wie Sie Business Reengineering strategisch nutzen können, 4. Aufl. Wiesbaden (2003)
- Robbins, S.P.: Organisation der Unternehmung, München, 9. Aufl. (2001)
- Schmelzer, H.J.: Wer sind die Akteure im Geschäftsprozessmanagement. In: ZfO, Heft 5/2005 (74. Jg.), S. 273–277 (2005)
- Thoss, M.: Organisation und IT, Nur als Orchester kann man Symphonien entstehen lassen. In: KU special IT im Krankenhaus, S. 15–16. März (2013)
- Vogel, M.: IT-Chefs müssen sich Geschäftsprozessen widmen. In: Computer Zeitung, 35. Jg., Heft 22, 24.05.2004, S. 22 (2004)
- Wiehr, H.: Die Grenzen der IT-Industrialisierung (Teil II): Wo Prozesse und Prozess-Steuerung Sinn machen, in: CIO-Magazin, online im Internet: [www.cio.de](http://www.cio.de), Abruf am 19.10.2009
- Zapp, W. (Hrsg.): Prozessgestaltung in Gesundheitseinrichtungen, Von der Analyse zum Controlling, 2. Aufl. Heidelberg et al. (2010)



IT-gestütztes Prozessmanagement im  
Gesundheitswesen  
Methoden und Werkzeuge für Studierende und  
Praktiker  
Gadatsch, A.  
2013, XII, 113 S. 50 Abb., Softcover  
ISBN: 978-3-658-01165-9