

# BaRoS

Bayreuth Reports on Strategy

---

No.5

## Prozessorganisation

Kritische Würdigung von Business Reengineering und Geschäftsprozessoptimierung für den Einsatz in Krankenhäusern

Andreas J. Reuschl



LEHRSTUHL  
für Strategisches Management und Organisation



UNIVERSITÄT  
BAYREUTH

ISSN 2191-6306

# BaRoS – Bayreuth Reports on Strategy

The Bayreuth Reports on Strategy serve to promote and to publish research findings and outstanding undergraduate work of the chair of strategic management and organization.

The studies encompass the chair's central research topics in strategy and management. They often represent preliminary stages of future papers. Readers are asked to comment or criticize the presented content.

The "Bayreuth Reports on Strategy" are chronicled on the OPUS document server at the university library: [http://opus.ub.uni-bayreuth.de/schriftenreihen\\_ebene2.php?sr\\_id=12&la=de](http://opus.ub.uni-bayreuth.de/schriftenreihen_ebene2.php?sr_id=12&la=de)

© 2011 All rights reserved. No part of this work may be reproduced or translated by any means without the author's permission.

## Bayreuth Reports on Strategy

Chief-Editor:	Prof. Dr. Ricarda B. Bouncken
Academic Advisory Board:	Prof. Dr. Jochen Pampel
	Dr. Hajo Fischer
	Christian Lehmann

**Adress:**  
Universität Bayreuth  
Chair of Strategic Management and Organization  
Prof. Dr. Ricarda B. Bouncken  
Prieserstraße 2  
95440 Bayreuth  
Tel: +49-921-55-4841  
Tel: +49-921-55-4842  
E-Mail: [bwlvi@uni-bayreuth.de](mailto:bwlvi@uni-bayreuth.de)

ISSN 2191-6306

# Prozessorganisation

Kritische Würdigung von Business Reengineering und  
Geschäftsprozessoptimierung für den Einsatz in  
Krankenhäusern

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
1 Einleitung.....	1
2 Theorie der Prozessorganisation.....	2
2.1 Einordnung von Krankenhäusern in die Dienstleistungsbranche.....	2
2.2 Einordnung der Prozesstheorie in die Wirtschaftswissenschaften.....	3
2.3 Definitionen und Begriffe.....	3
2.4 Grundlagen des Prozessmanagements.....	5
2.5 Evolutionäres und revolutionäres Vorgehen in der Prozessoptimierung.....	6
3 Vorbereitung einer Prozessorganisation in Krankenhäusern.....	8
3.1 Entwicklung eines Prozessreferenzmodelles für Krankenhäuser.....	8
3.2 Schnittstellen als Problem in Krankenhäusern.....	9
3.3 Ziele der Prozessorientierung.....	10
3.4 Möglichkeiten zur Prozessoptimierung.....	11
4 Geschäftsprozessoptimierung in Krankenhäusern.....	12
4.1 Vorgehensmodell der Geschäftsprozessoptimierung.....	12
4.2 Vorgehensweise zur Datenerhebung.....	13
4.3 Darstellung von Prozessen.....	15
4.4 Beurteilung der Geschäftsprozessoptimierung für Krankenhäuser.....	17
5 Business Reengineering in Krankenhäusern.....	19
5.1 Abgrenzung Business Reengineering und Geschäftsprozessoptimierung.....	19
5.2 Vorgehensmodell zu Business Reengineering.....	20
5.3 Fallstudie OP-Ablauf in Krankenhäusern.....	21
5.4 Beurteilung des Business Reengineering in Krankenhäusern.....	23
6 Vergleich von Business Reengineering und Geschäftsprozessoptimierung.....	25
7 Schlussbemerkung.....	26
Anhang.....	27
Literaturverzeichnis.....	35
Internetadressenverzeichnis.....	40

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozessschema .....	4
Abbildung 2: Prozessmanagement.....	5
Abbildung 3: Merkmale von Business Reengineering und Geschäftsprozessoptimierung.....	7
Abbildung 4: Spannungsdreieck aus Zeit, Kosten und Qualität .....	10
Abbildung 5: Methoden zur Prozessoptimierung .....	11
Abbildung 6: Vorgehensmodell zur Prozessanalyse.....	12
Abbildung 7: Symbole des Flow Charts .....	16
Abbildung 8: Symbole der UML.....	16
Abbildung 9: Symbole der Ereignisorientierten Prozesskette.....	17
Abbildung 10: Vorgehensmodell Business Reengineering.....	20
Abbildung 11: Krankenhaus Kernprozesse.....	22
Abbildung 12: Grobplanung des BPR-Projektes .....	22
Abbildung 13: Übersicht über den OP-Prozess .....	23
Abbildung 14: Merkmale von Business Reengineering und Geschäftsprozessoptimierung.....	25
Abbildung 15: Wertschöpfungskette im Krankenhaus .....	27
Abbildung 16: Typische Schnittstellenprobleme zwischen Abteilungen .....	28
Abbildung 17: Symbole der Ereignisorientierten Prozesskette nach Microsoft Visio.....	29
Abbildung 18: Teilprozess Überführung OP .....	30
Abbildung 19: Teilprozess Prä-OP .....	31
Abbildung 20: Teilprozess OP.....	32
Abbildung 21: Teilprozess Post-OP.....	33
Abbildung 22: Teilprozess Überführung Station .....	34

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Inhalte für Vorbereitung der Datenerhebung .....	13
Tabelle 2: Methoden zur Strategieentwicklung .....	21

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
akt.	aktualisiert
Aufl.	Auflage
bearb.	bearbeitet
BPR	Business Process Reengineering
Bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
Diss.	Dissertation
DRG	Diagnosis Related Groups
EPK	Ereignisorientierte Prozesskette
erw.	erweitert
et al.	et alii
GPO	Geschäftsprozessoptimierung
Hrsg.	Herausgeber
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
neubearb.	neubearbeitet
No.	Number
o. J.	ohne Jahr
OP	Operation(-sraum)
pp.	pages
S.	Seite
sog.	sogenannt
u. a.	unter anderem
überarb.	überarbeitet
UML	Unified Modeling Language
vgl.	vergleiche
Vol.	Volume
vollst.	vollständig
z. B.	zum Beispiel

# 1 Einleitung

Die Situation in der deutschen Krankenhausbranche hat sich in den letzten Jahren durch die Einführung der German Diagnosis Related Groups (DRG) stark verändert. Nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sind Krankenhäuser seit 2004 verbindlich dazu verpflichtet, Behandlungen mit Hilfe der sog. Fallpauschalen abzurechnen, anstatt sich die Selbstkosten erstatten zu lassen. Dies sollte die vergleichsweise langen Verweildauern bei Behandlungen in Deutschland senken und den Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln erhöhen (Vgl. Berger/Stock 2008, S. 31 - 32, Bundesministerium für Gesundheit, o. J.). Die Umstellung hat dazu geführt, dass sich die finanzielle Lage der Krankenhäuser stark verschlechtert hat. Artikel wie „Wie die Gesundheitsreformen das Klinik-Sterben beschleunigen – Ein Rezept für den Kollaps“ (Graupner 2006) oder „Krankenhäuser - Das große Schrumpfen“ (Läsker 2007) untermalen diesen Trend. Mehr als ein Indiz stellen zudem aktuelle Ergebnisse des Krankenhaus-Barometers dar. Dieser Umfrage zufolge beurteilten 2010 nur 44% der deutschen Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Situation als ‚eher gut‘, wobei lediglich 16% der befragten Krankenhäuser eine bessere Situation im Jahr 2011 erwarten (Vgl. Blum et al. 2010, S. 120 - 121). In der Branche hat dies unlängst zu einem Privatisierungstrend geführt (Vgl. Henke et al. 2007, S. 46, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006, Kothe-Zimmermann 2006, S. 17 - 20). Für das Streben nach Wirtschaftlichkeit ist dabei eine reine Kostensenkung unzulänglich. Eine wesentliche Strömung der Wissenschaft verfolgt den Einsatz von Prozessmanagement und Prozesskostenrechnung, um die Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern zu sichern (Vgl. Zapp 2002, Greiling 2002, Greiling 2007, Greulich/Thiele/Thiex-Kreye 1997, Ziegenbein 2001). Begrifflichkeiten wie die klinischen Pfade, clinical pathways oder critical pathways lassen sich dieser Bewegung zurechnen (Vgl. Hellmann 2002, Dykes/Wheeler 2002, Vera/Kuntz 2007, S. 55, 57).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Thematik des Prozessmanagements in Krankenhäusern. Es werden zwei Verfahren, Business Process Reengineering (BPR) und Geschäftsprozessoptimierung (GPO), zur Einführung einer Prozessorganisation dargestellt und deren Eignung speziell für Krankenhäuser untersucht. Dabei wird zunächst die Theorie des Prozessmanagements betrachtet, um auf diesen Grundlagen aufbauend die Vorgehensweise im Rahmen von BPR und GPO zu untersuchen. Abschließend erfolgt eine Evaluation der behandelten Konzepte.



## 2 Theorie der Prozessorganisation

### 2.1 Einordnung von Krankenhäusern in die Dienstleistungsbranche

Das Krankenhaus als Unternehmen hat 2003 eine starke Änderung erfahren. Durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurde das Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft. Während zuvor alle Kosten abgerechnet werden konnten, ist es nunmehr erforderlich wirtschaftlich und unternehmerisch zu handeln, um mit den festgelegten Vergütungen für definierte Fälle noch Gewinne erzielen und somit langfristig überlebensfähig sein zu können (Vgl. Eichhorn/Greiling 2003, S. 31 - 33). Die grundsätzlichen Tätigkeiten, mit denen Krankenhäuser ihre Leistung erbringen und somit wirtschaften, werden durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz definiert. Danach sind Krankenhäuser „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können“ (KHG, § 2 Abs. 1). Im Rahmen der Wirtschaftswissenschaften kann die Tätigkeit im Krankenhaus präziser definiert und der Gruppe der Dienstleistungen zugeordnet werden. Eine genaue Definition wird nach Meffert und Bruhn vorgenommen:

*„Dienstleistungen sind selbstständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung (z. B. Versicherungsleistungen) und/ oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten (z. B. Friseurleistungen) verbunden sind (Potenzialorientierung). Interne (z. B. Geschäftsräume, Personal, Ausstattung) und externe (also solche, die nicht im Einflussbereich des Dienstleisters liegen) Faktoren werden im Rahmen des Erstellungsprozesses kombiniert (Prozessorientierung). Die Faktorenkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren, an Menschen (z. B. Kunden) und deren Objekten (z. B. Auto des Kunden) nutzenstiftende Wirkungen (z. B. Inspektion beim Auto) zu erzielen (Ergebnisorientierung)“ (Meffert/Bruhn 2009, S. 19).*

Die zentrale Eigenschaft von Dienstleistungen ist die Immaterialität. Für eine exakte Definition des Begriffs ‚Dienstleistung‘ werden in der einschlägigen Literatur allerdings konstitutive Merkmale herangezogen. Wie in der obigen Definition bereits dargestellt, sind die Merkmale in die drei Phasen Potenzialorientierung, Prozessorientierung und Ergebnisorientierung unterteilt. In der ersten Phase wird abgefragt, ob durch interne Faktoren wie Menschen, Maschinen oder bspw. Informationen die Potenziale oder Leistungsfähigkeiten für die Erbringung von Dienstleistungen vorhanden sind. In Phase zwei, der Prozessorientierung, wird durch die synchrone Erbringung und Inanspruchnahme von Leistungen unter Einsatz von externen Faktoren (Menschen, Maschinen oder bspw. Informationen), der Bedarf eines Kunden gedeckt, wobei die Einbringung eines externen Faktors kennzeichnend ist. Die Wirkung des hier durchgeführten Prozesses kann dabei sowohl materiell als auch immateriell ausfallen. Letztlich spielt das Ergebnis der Dienstleistung eine wichtige Rolle für die Klassifizierung einer Dienstleistung als solche. Die Dienstleistung wirkt sich auf den externen Faktor aus, indem sie dessen Zustand ändert. Bei der Leistungserbringung im Krankenhaus sind die konstitutiven Merkmale einschlägig, so dass das Krankenhaus als Dienstleister klassifiziert werden kann. Leistungspotenziale sind in Form von Ärzten und Pflegern, medizintechnischem Zubehör und dem entsprechenden Know-How vorhanden. Die Prozessorientierung ist gegeben durch die synchrone Leistungserbringung und Leistungsanspruchnahme am externen Faktor ‚Patient‘ und Ergebnisorientierung wird durch die positive Veränderung am Gesundheitszustand des Patienten gewährt. Somit ist ein Krankenhaus als Dienstleistungsunternehmen zu klassifizieren (Vgl. Zink/Eberhard 2009, S. 1 - 3, Meffert/Bruhn 2009, S. 16 - 19, Haselhoff 2010, S. 23 - 26). Es sei darauf verwiesen, dass sich die Dienstleistung im Krankenhaus von der industriellen Dienstleistung

unterscheidet (Vgl. Berry/Bendapudi 2007), allerdings ist eine tiefere Abgrenzung des Dienstleistungsbegriffs in dieser Arbeit nicht zielführend.

## **2.2 Einordnung der Prozesstheorie in die Wirtschaftswissenschaften**

Das Prozessmanagement und die damit verbundenen Begriffe und Theorien lassen sich im Kontext der Wirtschaftswissenschaften im Bereich der Organisationslehre ansiedeln. Dabei behandelt die klassische Organisationslehre die Organisation aus der Aufbau-Perspektive, während die Theorien des Prozessmanagements die Perspektive der Ablauforganisation fokussieren. Die prozessorientierte Organisation stellt den Kunden oder den Kundennutzen in den Vordergrund und richtet die Arbeitsabläufe im Unternehmen an der Erreichung eines bestmöglichen Ergebnisses für den Kunden aus (Vgl. Jones/Bouncken 2008, S. 263, Gaitanides 2007, S. 7, Becker/Kahn 2008, S. 4 - 5). Einer der Grundsteine für diese Entwicklung wurde 1934 von Fritz Nordsieck gelegt. Der Autor theoretisiert bereits die beiden Aspekte „Beziehungslehre“ (Aufbauorganisation) und „Ablauflehre“ (Ablauforganisation) im Kontext der Organisationswissenschaften (Vgl. Nordsieck 1934, S. 69 - 73, Osterloh/Frost 2006, S. 136). Weiterhin wird hier bereits die ‚Prozessgliederung‘ behandelt und der ‚Prozess‘ an sich definiert (Vgl. Nordsieck 1934, S. 76). Die Verbreitung der Idee der Prozessorientierung erfuhr einen starken Anstieg durch die Arbeit von Hammer und Champy. In ihrem Buch „Business Reengineering“ beschreiben sie einen ‚fundamentalen‘ Ansatz, um eine ‚radikale‘ Reorganisation eines Unternehmens herbeizuführen und ein Unternehmen prozessorientiert umzugestalten. Gaitanides hat schließlich ein Grundlagenwerk zu diesem Thema verfasst und die Theorie der Prozessorganisation als eigenständiges Themengebiet innerhalb der Organisationslehre etabliert (Vgl. Gaitanides 2007). Ziel der Prozessorientierung in der Organisation ist es, die Tätigkeiten auf den Kundennutzen zu fokussieren, hohe Qualität zu niedrigen Kosten bereitzustellen und dadurch letztlich die Wettbewerbsfähigkeit zu steigern (Vgl. Jones/Bouncken 2008, S. 620 - 622). Das ‚Business Reengineering‘ eines Unternehmens ist allerdings komplex und führt nicht immer zu den erhofften Ergebnissen. Hammer und Champy sind in den 90er Jahren von einer Erfolgsquote von 30 - 50 % ausgegangen (Vgl. Hammer/Stanton 1995, S. 30).

## **2.3 Definitionen und Begriffe**

Bevor auf komplexere Zusammenhänge innerhalb des Prozessmanagements eingegangen wird, soll an dieser Stelle eine klare Definition und Abgrenzung der Begrifflichkeiten erfolgen. Allem voran muss zuerst der Begriff ‚Prozess‘ geklärt werden. Die Literatur bietet diesbezüglich unterschiedliche Definitionen. Nach Gaitanides sind Prozesse definiert als „(...) inhaltlich abgeschlossene(r) Erfüllungsvorgänge die in einem logischen inneren Zusammenhang stehen“ (Gaitanides 1983, S. 65). Greulich und Thiele präzisieren diese Definition: „Ein Prozeß wird dabei durch folgende Indikatoren charakterisiert: definierte Ein- und Ausgangsgrößen, Verkettung von vor- und nachgelagerten Tätigkeiten, Abhängigkeiten von beeinflussbaren/nicht beeinflussbaren Tätigkeiten und steuerbare Arbeitsausführungen. Diese Prozesse sind unternehmensspezifisch, d.h. jedes Unternehmen hat seine eigenen Abläufe (...)“ (Greulich/Thiele 1997, S. 15). Die Autoren verwenden bereits Kriterien, die ein Prozess erfüllen muss. Bevor auf diese Kriterien näher eingegangen wird, sei abschließend eine Definition für Prozesse nach Zapp gegeben: „Ein Prozess ist die strukturierte Folge von Verrichtungen. Diese Verrichtungen stehen in ziel- und sinnorientierter Beziehung zueinander und

sind nur zur Aufgabenerfüllung angelegt mit definierten Ein- und Ausgangsgrößen und monetärem oder nicht monetärem Mehrwert unter Beachtung zeitlicher Gegebenheiten“ (Zapp 2002, S. 26). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Prozess mehrere Kriterien erfüllen muss. Erstens müssen verschiedene Aktivitäten vorliegen, zweitens müssen diese Aktivitäten auf Erfolg am Markt ausgerichtet sein und drittens muss ein messbarer In- und Output vorliegen (Vgl. Greiling/Marschner 2007, S. 61)

Die Verwendung des Begriffs ‚Prozess‘ wird in dieser Arbeit nach der Definition von Zapp erfolgen. Ein Prozess kann, wie dargestellt, so charakterisiert werden, dass ein Input durch Aktivitäten umgestaltet wird und sich ein Output ergibt.

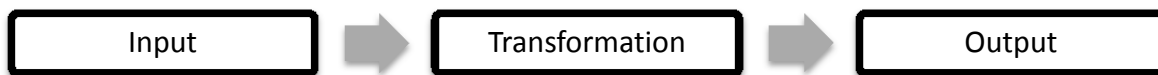


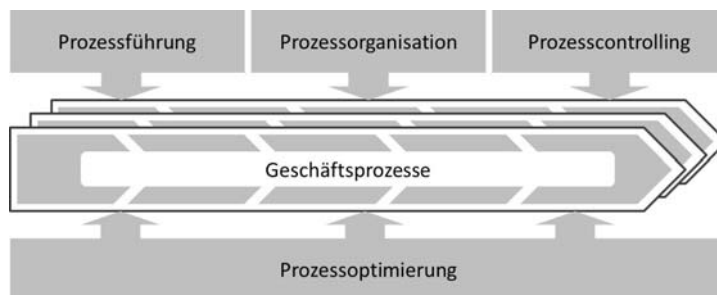
Abbildung 1: Prozessschema (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 62, Abb. 2-1).

Die Transformation des Inputs sollte generell einen Mehrwert schaffen. Dabei muss allerdings zwischen Kern- und Supportprozessen unterschieden werden. Der Kernprozess ist ein Prozess, der direkt in die Erstellung des eigentlichen Produktes oder der eigentlichen Dienstleistung involviert ist. Der Supportprozess hingegen ist notwendig, um den Kernprozess ausführen zu können. Er hat für Kunden jedoch keine direkte Relevanz (Vgl. Becker/Kahn 2008, S. 7). Der Mehrwert entsteht folglich in den Kernprozessen. Sesselmann und Schmelzer definieren Kernprozesse allerdings als diejenigen, die eine Kernkompetenz widerspiegeln, also als Prozesse, die direkt wettbewerbswirksam und kaum imitierbar sind (Vgl. 2010, S. 97 - 99). Hier besteht eine Diskrepanz in der Nomenklatur. Was Becker und Kahn als Kern- und Supportprozesse definieren, sind für Sesselmann und Schmelzer primäre und sekundäre Prozesse (Vgl. Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 78 - 79, vgl. auch Binner 2004, S. 122 - 123). Die Definition von Kern- und Supportprozessen wird in dieser Arbeit der Definition von Becker und Kahn bzw. Binner folgen. Werden konkrete Prozesse betrachtet, kann zusätzlich eine Hierarchisierung erfolgen. Dabei können Hauptprozesse in Teilprozesse, Prozessschritte und Arbeitsschritte zerlegt werden (Vgl. Niemöckl/Pillasch/Probst 2008, S. 530, Binner 2008, S. 118, Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 130 - 132). Als Oberbegriff für die verschiedenen Prozesse wird im Folgenden „Geschäftsprozess“ verwendet (Vgl. Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 62 - 66).

Ein weiterer wichtiger Begriff für die Betrachtung von Prozessen ist die Schnittstelle. Eine Schnittstelle liegt dann vor, wenn im Arbeitsablauf oder im Prozess ein „(...) System-, Arbeits-, Mitarbeiter-, Lieferanten-, Kunden-, Ziel- oder Methodenwechsel (...)“ (Binner 2004, S. 362) stattfindet. Traditionell sind Organisationen funktional aufgebaut (Vgl. Binner 2004, S. 10). Das bedeutet, dass eine Organisation zu einem großen Teil so untergliedert ist, dass in den gebildeten Einheiten gleiche Verrichtungen ausgeführt werden, wie z. B. Einkauf oder Produktion (Vgl. Jones/Bouncken 2008, S. 48). Im Zuge der Leistungserstellung muss ein Produkt allerdings mehrere Abteilungen oder Funktionen durchlaufen. Der Übergang des Produktes von einer Abteilung in die nächste verursacht dabei oft negative Effekte für die Gesamtleistung der Organisation. Es kommt zu Liegezeiten und es entsteht ein erhöhter Kontroll- und Koordinationsaufwand (Vgl. Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 73 - 74). Schnittstellen sollten deshalb genau betrachtet werden, da 80 % der Fehler im Organisationsablauf dort auftreten (Vgl. Binner 2004, S. 393). Wie sich die Schnittstellenproblematik im Krankenhaus äußert, wird in dieser Arbeit noch gesondert erörtert.

## 2.4 Grundlagen des Prozessmanagements

Die Zusammenstellung von Haupt- und Teilprozessen, Kern- und Supportprozessen und die Gestaltung der zwischenliegenden Schnittstellen erfolgt im Prozessmanagement. Binner versteht unter Prozessmanagement „(...) alle planerischen, organisatorischen, ausführenden und kontrollierenden Maßnahmen (...), die zur zielorientierten Führung und Steuerung der vorher analysierten, modellierten und dokumentierten Wertschöpfungsketten [...] dienen“ (Binner 2004, S. 419). Die Zielsetzung des Prozessmanagements ist es, eine Wiederholbarkeit der Vorgänge zu erreichen, diese zu standardisieren, zu optimieren und die Effizienz und Produktivität der Organisation zu steigern. In Anlehnung an Schmelzer und Sesselmann kann das System des Prozessmanagements in vier Kernbereiche unterteilt werden. Die wesentlichen Elemente sind dabei Prozessführung (1), Prozessorganisation (2), Prozesscontrolling (3) und Prozessoptimierung (4).



**Abbildung 2: Prozessmanagement (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 8, Abb. 1-3).**

(1) Die Komponente Prozessführung bezieht sich auf die Mitarbeiter, die an den Prozessen beteiligt sind. Diese sollen so beeinflusst werden, dass sie sich mit den Prozessen und auch mit dem Prozessmanagement identifizieren und so die Ziele des Managements erreicht werden können. Zu diesem Zweck sollte eine Prozesskultur entstehen, d. h. die Orientierung an Prozessen wird in der Ebene des Topmanagements gefördert und von den Mitarbeitern geschätzt. Letztlich sollte die Prozessorientierung als Lösungsansatz für organisationale und wirtschaftliche Probleme angesehen werden (Vgl. Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 8 - 10, Schein 2009, S. 27).<sup>1</sup> Sofern ein Prozesssystem noch nicht in der Organisation vorhanden ist, muss zunächst die Prozessorganisation betrachtet werden.

(2) Grundsätzlich beinhaltet die Prozessorganisation alle Gestaltungsaufgaben, die dazu notwendig sind, die Prozessorientierung in einem Unternehmen zu begründen (Vgl. Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 9). Die Einführung von Prozesssystemen gestaltet sich dabei als schwierigste Aufgabe. Es kann zwischen einer revolutionären und einer evolutionären Prozessorientierung unterschieden werden, wobei das Vorgehen einer hierarchischen Einteilung wie Bottom-Up oder Top-Down folgen kann (Vgl. Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 122 - 123, Binner 2004, S. 119). Dies bedeutet, dass die Prozessanalyse entweder an faktischen Teilprozessen ansetzt oder die Strategie der betrachteten Organisation den Ausgangspunkt bildet. Zudem kann eine Unterscheidung bezüglich der Durchführung der Prozessanalyse durch Externe (Outside-In) oder durch Interne (Inside Out) getroffen werden (Vgl. Binner 2001, S. 119).

<sup>1</sup> Zur Definition von Kultur im Kontext der Organisation, wird auf die Definition von Schein E. zurückgegriffen: „Culture is a pattern of shared tacit assumptions that was learned by a group as it solved its problems of external adaption and internal integration, that has worked well enough to be considered valid and, therefore, to be taught to new members as the correct way to perceive, think, and feel in relation to those problems“ (SCHEIN 2009, S. 27).

Die entsprechende Literatur unterbreitet verschiedene Vorschläge, wie eine erfolgreiche Einführung einer Prozessorganisation bewältigt werden kann. Kaune A. schlägt z. B. die fünf Phasen ‚Auftrag‘, ‚Diagnose‘, ‚Planung‘, ‚Umsetzung‘ und ‚Auswertung‘ vor (Vgl. Kaune A. 2010, S. 17 - 20).<sup>2</sup> Viele Autoren benennen dabei die Prozesslandkarte als geeignetes Hilfsmittel für die Analyse (Vgl. Best/Weth 2005, S. 56 - 62, Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 82 - 83, Binner 2004, S. 333 - 334, Wilhelm 2007, S. 34 - 36). Die Prozesslandkarte ermöglicht einen Überblick über vorhandene Prozesse und die Einordnung der fokussierten Prozesse in das Gesamtbild der Organisation. Auf Grund des Konkretisierungsgrades wird in dieser Arbeit das Vorgehensmodell von Best und Weth mit den drei Phasen ‚Vorbereitung‘, ‚Durchführung‘, und ‚Nachbereitung‘ (Vgl. 2005, S. 55) näher erläutert. Bereits jetzt kann festgehalten werden, dass die Prozessanalyse einen erheblichen Aufwand bedeutet, wobei nach der Einführung einer Prozessorganisation die Arbeit nicht beendet ist, sondern die Prozesse kontinuierlich verbessert und optimiert werden müssen.

(3) Das Prozesscontrolling hat die Überwachung der definierten Prozesse zur Aufgabe. Um eine geplante Effektivitäts- oder Effizienzsteigerung zu erreichen, müssen hier Informationen zur Verfügung gestellt werden, die einen Vergleich zwischen den definierten Zielen und der aktuellen Prozessleistung zulassen. Die konkreten Aufgaben des Prozesscontrollings lassen sich als Planung, Kontrolle, Informationsversorgung und Koordination klassifizieren (Vgl. Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 228 - 230). Die wichtigsten Parameter für die Leistungskontrolle von Prozessen sind dabei Zeit, Qualität und Kosten (Vgl. Gaitanides 2007, S. 203, 205 - 232).

(4) Die Prozessoptimierung ist schließlich ein kontinuierlicher Prozess. Die erste Einführung der Prozessorientierung ist folglich als Grundlage für eine langfristige, evolutionäre Optimierung der Geschäftsprozesse anzusehen. Verschiedene Konzepte zur Beseitigung von Problemen oder Schwachstellen in den Prozessen wie Total Cycle Time, KAIZEN oder Six Sigma sind weit verbreitete Methoden zur kontinuierlichen Prozessoptimierung (Vgl. Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 374 - 382).

In dieser Arbeit wird auf eine grundlegende Systematik zur Herstellung der Prozessorientierung in Krankenhäusern eingegangen. Dabei wird vorrangig untersucht wie sich evolutionäre und revolutionäre Verfahren für Krankenhäuser eignen.

## **2.5 Evolutionäres und revolutionäres Vorgehen in der Prozessoptimierung**

Die Einführung einer Prozessorganisation führt zu einem starken Wandel im Unternehmen. Dieser Wandel ist allerdings notwendig und gewünscht, da sich das Unternehmen einem dynamischen Markt und sich wandelnden Kundenansprüchen gerecht werden muss. Die Herbeiführung derartiger Veränderungen kann unterschiedlich erfolgen. In der wirtschaftswissenschaftlichen Literatur werden vorrangig zwei Arten von Veränderungsprozessen unterschieden: die revolutionäre und die evolutionäre Veränderung (Vgl. Osterloh/Frost 2006, S. 234, Jarvenpaa/Stoddard 1998, S. 15 - 17).<sup>3</sup>

Der Ausgangspunkt einer evolutionären Veränderung in der bestehenden Organisation ist der aktuelle Zustand bzw. die Analyse der Ist-Prozesse. Ausgehend von dieser Analyse werden die

---

<sup>2</sup> Weitere Modelle werden von Gaitanides mit den vier Phasen ‚Identifikation‘, ‚Analyse‘, ‚Design‘, ‚Implementierung‘ (vgl. 2007, S. 55 - 62) und von Schmelzer und Sesselmann mit den vier Phasen ‚Positionierung‘, ‚Identifizierung‘, ‚Implementierung‘ und ‚Optimierung‘ (vgl. 2010, S. 423) vorgeschlagen.

<sup>3</sup> Weitere Bezeichnungen für revolutionären und evolutionären Wandel sind „episodisch“ und „kontinuierlich“ (vgl. WEICK, QUINN 1999, S. 366) oder „radikal“ und „inkrementell“ (vgl. DAVENPORT 1998, S. 7).

Prozesse nicht vollständig neu erarbeitet, sondern zusammen mit den beteiligten Mitarbeitern optimiert. In der Prozessorganisationstheorie lässt sich dieser Ansatz als Geschäftsprozessoptimierung bezeichnen. Bei der revolutionären Strategie hingegen werden Veränderungen in einer Organisation diskontinuierlich, radikal und meistens ohne Einbeziehung der betroffenen Mitarbeiter neu geplant und implementiert. Dieses Vorgehen wird auch als „Bombenwurfstrategie“ (Osterloh/Frost 2006, S. 234) bezeichnet und lässt sich dem Vorgehen des Business Reengineering zuordnen. Die zentralen Merkmale der evolutionären und der revolutionären Strategie werden in der nachfolgenden Grafik abgebildet.

	<b>Business Reengineering</b>	<b>Geschäftsprozessoptimierung</b>
<b>Wirkung auf existierende Organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiefgreifende Veränderung</li> <li>• Ersatz der alten Organisation</li> <li>• Völlige Neukonzeption</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der bestehenden Organisation</li> </ul>
<b>Veränderung der Organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantensprünge des Wandels, d. h. radikale Veränderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisationsentwicklung auch in kleinen Schritten</li> <li>• Moderate Veränderung</li> </ul>
<b>Rolle der Unternehmensleitung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logisch-rational definierte Expertenlösung</li> <li>• Geschäftsleitung entscheidet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Change Agent = Veränderungshelfer: Beratungs- und Unterstützungsfunktion</li> <li>• Externe Berater als Moderatoren</li> </ul>

**Abbildung 3: Merkmale von Business Reengineering und Geschäftsprozessoptimierung (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Gadatsch 2010, S. 31, Abb. 21, Osterloh/Frost 2006, S. 238, Abb. 83).**

In dieser Arbeit wird das Vorgehen und die Eignung der Ansätze GPO und BPR für die Optimierung von Krankenhausprozessen verglichen. Zunächst wird allerdings auf gemeinsame Elemente der beiden Verfahren eingegangen.

## **3 Vorbereitung einer Prozessorganisation in Krankenhäusern**

### **3.1 Entwicklung eines Prozessreferenzmodelles für Krankenhäuser**

Im Rahmen von Prozessanalysen und Prozessoptimierungen empfiehlt es sich in einem ersten Schritt ein Übersichtsmodell zu erarbeiten. Die grundsätzliche Überlegung für ein Prozessreferenzmodell setzt an der Wertschöpfungskonfiguration an. Die geläufigsten Formen hierfür sind die Wertkette, der Wertshop und das Wertnetzwerk. Diesen Konfigurationen ist die Aufteilung in primäre und unterstützende Aktivitäten gemeinsam. Unterschiede finden sich in der Darstellung der primären Aktivitäten, während die unterstützenden Aktivitäten bei allen Formen die grundsätzlichen Funktionen ‚Unternehmensinfrastruktur‘, ‚Personalmanagement‘, ‚Technologie-entwicklung‘ und ‚Beschaffung‘ beinhalten (Vgl. Woratschek/Roth/Pastowski 2002, S. 58 - 62).

Die klassische Darstellung der Wertkette folgt dem Beispiel von Porter (Vgl. Porter 1999, S. 67 - 70). Die einzelnen Tätigkeiten im Unternehmen sind entlang eines Transformationsprozesses angeordnet, der Produktionsfaktoren in Güter oder Dienstleistungen umwandelt (Vgl. Woratschek/Roth/Pastowski 2002, S. 59). Charakteristisch ist ein hauptsächlich sequentieller Verlauf der Wertschöpfung. Der Grundgedanke des Wertshops ist hingegen, dass ein Unternehmen hinsichtlich einer Problemlösungsfunktion aufgestellt ist. Die Wertschöpfung erfolgt zirkulär und lässt sich in die sechs Phasen ‚Akquisition‘, ‚Problemfindung‘, ‚Lösungsalternativen‘, ‚Entscheidung‘, ‚Ausführung‘ und ‚Evaluation‘ einteilen (Vgl. Woratschek/Roth/Pastowski 2002, S. 60 - 61). Die Wertschöpfung im Wertnetzwerk basiert auf der Erfüllung einer Intermediationsfunktion, dargestellt durch die primären Aktivitäten ‚Netzwerkpromotion‘, ‚Netzwerkservices‘ und ‚Netzwerkinfrastruktur‘. Das Ziel dieser Konfiguration ist es, Kunden, also Konsumenten, Organisationen oder Unternehmen, die Möglichkeit zu bieten, Kontakt aufzunehmen oder Informationen auszutauschen (Vgl. Woratschek/Roth/Pastowski 2002, S. 61 - 62).

Die Analyse der Wertschöpfungskonfiguration im Krankenhaus ist nicht trivial. Die normale Behandlung eines erkrankten Patienten mit bekanntem Krankheitsbild folgt bspw. einem sequenziellen und weitgehend standardisierbaren Behandlungsplan. Im Rahmen von spezialisierten Kliniken kann allerdings ein Wertshop als Wertschöpfungskonfiguration angenommen werden. So müssen die Patienten für spezielle Behandlungen akquiriert werden, anschließend muss eine Problemfindung erfolgen, um dann die Behandlung durchzuführen. Weitere Instanzen in Krankenhäusern können zudem einen Wertnetzwerk-Charakter aufweisen, was z. B. in Universitätskliniken vorstellbar ist, da diese auch als Plattformen für Wissensaustausch und Forschung dienen. Im Rahmen dieser Arbeit wird die Wertkette als Konfiguration zugrunde gelegt (Vgl. Stabell/Fjeldstad 1998, S. 414). Diese Wertschöpfungsform sollte für den größten Teil des Patientenaufkommens zutreffend sein und somit die größte Relevanz haben. Dabei kann aber kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden, da andere Wertschöpfungskonfigurationen parallel oder vorherrschend existieren können.

Abbildung 15 im Anhang (siehe Kapitel 4.1) stellt die grundlegende Wertschöpfungskonfiguration im Krankenhaus dar, wobei ein starker Fokus auf den Prozessen liegt, um das Modell letztlich als Prozessreferenzmodell nutzen zu können. Unterstützende Tätigkeiten werden als Basisprozesse, primäre Tätigkeiten als Kundenprozesse bezeichnet. Eine zusätzliche Unterteilung erfolgt hier in medizinische und wirtschaftliche Prozesse. Weiterhin wird eine Unterteilung in die Vorpräsenzphase, die Präsenzphase und die Nachpräsenzphase des Patienten vorgenommen. Der Kern des Modells sind die Kundenprozesse in der Präsenzphase. Hier kommt der sequentielle Gedanke der Wertkette

zum Ausdruck. Der Krankenhausaufenthalt beginnt für den Patienten meistens mit der Aufnahme, anschließend folgen Anamnese und Diagnostik. Auf Basis dieser Tätigkeiten erfolgt eine Therapie, die bei erfolgreicher Beendigung zur Entlassung führt. Ausgehend von dieser sehr groben Prozesslandkarte lassen sich bereits erste Schnittstellen erkennen und einzelne Teilprozesse direkt zuordnen.

### **3.2 Schnittstellen als Problem in Krankenhäusern**

Wie aus dem Prozessreferenzmodell hervorgeht, besteht die Wertschöpfung im Krankenhaus aus vielen Teilprozessen, die jeweils unterschiedlichen Abteilungen zuzurechnen sind und die durch unterschiedliche Berufsgruppen erbracht werden. Diese Problematik ist aus anderen Industrie- bzw. Dienstleistungsbranchen bekannt, allerdings besteht gerade im Krankenhaus eine hohe Anzahl von Schnittstellen, die regelmäßig Koordinierungsschwierigkeiten und Informationsasymmetrien verursachen. Die ablaufenden Prozesse werden durch diese Situation suboptimal (Vgl. Bretschneider/Bohnet-Joschko 2007, S. 32 - 33).

Die Konkretisierung der Schnittstellenproblematik kann anhand des Prozessreferenzmodells vorgenommen werden. In der traditionell funktionalen Krankenhausorganisation wird die Behandlung eines Patienten von verschiedenen, hoch spezialisierten Abteilungen ausgeführt. Den drei Berufsgruppen Arzt, Pflege und Verwaltung folgend, kann in Krankenhäusern nicht nur eine funktionale Organisation vorkommen, Organisation und Planung erfolgen zudem nach Berufsstand (Vgl. Dullinger 1998, S. 1802 - 1803). Eine Betrachtung des Kernprozesses der Patientenbehandlung zeigt bspw., dass die Anamnese von einer Krankenschwester, die Diagnostik von einem Arzt, die Therapie von anderen Ärzten und die Aufnahme- und Entlassungsaktivitäten von Verwaltungsangestellten durchgeführt werden. Zwischen den einzelnen Behandlungsschritten muss immer ein Informationsaustausch stattfinden. Dabei gilt es, Patientendaten und Behandlungsanweisungen zu kommunizieren, Materialien zu übergeben und auch den Patienten selbst zu den entsprechenden Behandlungsräumen zu bringen. Diese Übergangs- oder Übergabephasen sind die sog. Schnittstellen.

Es kann zunächst eine Unterteilung in periphere und interne Schnittstellen erfolgen. Die peripheren Schnittstellen sind Berührungspunkte zwischen der betrachteten Organisation und externen Anspruchsgruppen, wie z. B. den Lieferanten oder Kunden. Interne Schnittstellen sind Berührungspunkte zwischen intraorganisationalen Einheiten. Hier kann, dem Gedanken der Organisationsstruktur folgend, eine weitere Unterscheidung zwischen horizontalen (zwischen Abteilungen), vertikalen (zwischen Hierarchiestufen) und lateralen (bei Matrixorganisationen) Schnittstellen erfolgen. Weiterhin kann krankenhausesintern zwischen aufbauorganisatorischen und ablauforganisatorischen Schnittstellen unterschieden werden. Es kann festgehalten werden, dass in einem Krankenhaus das Prinzip der Aufbauorganisation noch immer stark eingehalten wird und es somit zu Konflikten und Reibungen zwischen einzelnen Abteilungen und sogar zwischen den einzelnen Berufsgruppen kommt. Besser und Hildebrandt sprechen davon, dass man „(...) zur Zeit als Mitarbeiter, Patient oder Besucher ein System vor[findet], indem mehrere Berufsgruppen hierarchisch wohl sortiert mehr nebeneinander als miteinander arbeiten“ (Besser/Hildebrandt 1997, S. 30). Dabei sind die einzelnen Mitarbeiter meistens zeitgleich mehreren hierarchischen Stellen untergeordnet, was zu weiteren Problemen führen kann (Vgl. Buchholz 2002, S. 30 - 35). Die ablauforganisatorischen Schnittstellen spielen für die Prozessorganisation eine wesentliche Rolle. Zu



Schnittstellen kommt es immer dann, wenn eine Abteilung oder Funktion den jeweiligen Output erstellt hat und dieser als neuer Input für die nächste Abteilung oder Funktion dient. Morra hat in seiner Dissertation die Schnittstellenproblematik in Krankenhäusern genauer untersucht. Dabei wurden die auftretenden Probleme in zwei Kategorien unterteilt: Schnittstellen zwischen Abteilungen und zwischen den einzelnen Berufsgruppen in einer Abteilung. Die Grafik im Anhang (siehe Kapitel 4.2) verdeutlicht die Schnittstellenprobleme zwischen Abteilungen, also die ablauforganisatorischen Schnittstellen. An dieser Stelle wird die Prozesssicht weiter fokussiert, die zweite Kategorie, Schnittstellen zwischen den Berufsgruppen, wird nicht weiter betrachtet (Vgl. Morra 1996, S. 257 - 258).

### 3.3 Ziele der Prozessorientierung

Die Autoren Hammer und Champy haben einen sehr hohen Stellenwert im Gebiet der Geschäftsprozesse mit ihrem Buch „Business Reengineering“ erreicht. Das von ihnen vorgestellte Konzept des radikalen Redesigns von Unternehmensprozessen zielt darauf ab vier Schlüsselgrößen zu verbessern, die Kosten, die Qualität, den Service und die Zeit. Dabei wird angestrebt, die Kosten und



**Abbildung 4: Spannungsdreieck aus Zeit, Kosten und Qualität (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Jochem/Geers 2010, S. 80, Abb. 2).**

die benötigte Zeit zu senken, wobei Service und Qualität verbessert werden sollen (Vgl. Hammer/Champy 1995, S. 48). In der wirtschaftswissenschaftlichen Literatur werden drei dieser Größen aufgegriffen und als die wesentlichen Parameter verwendet, die durch eine Prozessorganisation optimiert werden können: Zeit, Qualität und Kosten. Dabei ist es stets schwierig alle drei Parameter gleichzeitig zu verbessern. Eine Steigerung der Qualitätsstandards (Reduktion des Qualitätsdefizits) führt zu höheren Kosten und benötigt mehr Zeit. Vice versa führt eine Senkung der beanspruchten Zeit zu höheren Kosten und wirkt sich zumeist negativ auf die Qualität nieder. Durch die Prozessorientierung und einer damit verbundenen, verbesserten Ressourcenallokation soll dennoch eine nachhaltige positive Entwicklung der drei Parameter

erzielt werden (Vgl. Jochem/Geers 2010, S. 77 - 82).

Die Konkretisierung der Ziele einer Prozessorientierung im Krankenhaus kann nach Dahlgaard und Stratmeyer erfolgen. Die Autoren haben vier Ziele definiert, die durch eine Prozessorganisation im Krankenhaus erreicht werden sollen. Es gilt, die Qualität der Prozessdurchführung und des Ergebnisses zu steigern (Qualität), eine effiziente Prozessdurchführung zu sichern (Kosten) und die Durchlaufzeiten zu reduzieren (Zeit). Speziell bei der Betrachtung von Krankenhäusern wurde noch ein viertes Ziel einbezogen, humane Arbeitsbedingungen (Mitarbeiter) (Vgl. Dahlgaard/Stratmeyer 2006a, S. 38 - 40).

Das Ziel ‚Qualität‘ lässt sich in die zwei Bereiche Prozessqualität und Ergebnisqualität unterteilen. Die Qualität der Prozesse ist durch die Erwartungen und Ansprüche des Kunden, also des Patienten, gekennzeichnet. Das wesentliche Merkmal der Ergebnisqualität ist die Erfüllung der Kundenerwartungen, also die positive Beeinflussung des Gesundheitszustandes. Bei Gesundheitsdienstleistungen ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Patient viele Vorgänge fachlich nicht verstehen, die Qualität der Leistung und des Ergebnisses kaum beurteilen kann und er

oft nur sehr eingeschränkt handlungs- und entscheidungsfähig ist (Vgl. Dahlgaard/Stratmeyer 2006a, S. 39).

Der Parameter ‚Kosten‘ beruht auf dem Wirtschaftlichkeitsprinzip. Die Prozessorganisation muss dafür Sorge tragen, dass Ressourcen effizient, also mit einem hohen Wirkungsgrad, eingesetzt werden (Vgl. Dahlgaard/Stratmeyer 2006a, S. 39 - 40).

Der Parameter ‚Zeit‘ lässt sich aus anderen Branchen auf das Gesundheitswesen übertragen. In Krankenhäusern sind mögliche Ziele die Verweildauer der Patienten zu senken, den Zeitaufwand für Untersuchungen zu minimieren und Wartezeiten zu reduzieren (Vgl. Dahlgaard/Stratmeyer 2006a, S. 40).

Den wichtigsten Parameter für ein Krankenhaus stellen allerdings die Mitarbeiter dar. Dementsprechend müssen die bereits genannten Ziele im Rahmen einer Prozessorganisation stets so gestaltet werden, dass auch die Arbeitsbedingungen für die Belegschaft gut gestaltet sind. Dabei sollte bspw. darauf geachtet werden, dass die Arbeitsbelastung langfristig tragbar ist, die Tätigkeiten fähigkeitserweiternde Aspekte enthalten und dass die Konfliktpotentiale reduziert werden (Vgl. Dahlgaard/Stratmeyer 2006a, S. 40).

Die vier genannten Parameter müssen bei der Durchführung einer Prozessorganisation optimiert werden. Die einzelnen Parameter können dabei aber konfliktäre Ziele darstellen. Der Zielerreichungsgrad der Teilziele sollte auf eine Optimierung des Gesamtziels abgestimmt werden.

### 3.4 Möglichkeiten zur Prozessoptimierung

Im Zuge einer Prozessoptimierung lautet das Ziel vorhandene Prozesse so zu überarbeiten, dass sie der zugehörigen Zielsetzung besser entsprechen. Die Ziele können dabei die dargestellten Parameter Zeit, Qualität und Kosten sein. Bei dieser Methode muss eine Erfassung der Ist-Prozesse vorangehen, auf deren Grundlage anschließend Optimierungen durchgeführt werden. Die folgende Abbildung zeigt fünf grundlegende Varianten der Prozessoptimierung. Die jeweiligen Möglichkeiten sind hier nur schematisch und allgemeingültig angedeutet. Eine exakte Betrachtung der individuellen Gegebenheiten vor den Optimierungsbemühungen ist aber unerlässlich. Ein besonderes Augenmerk

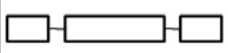
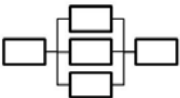








Beschreibung	IST - Zustand	SOLL - Zustand
Aufspalten und Parallelisieren		
Beschleunigen oder Verkürzen		
Zusammenfassen		
Verbessern		
Auslagern		

Abbildung 5: Methoden zur Prozessoptimierung (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Arndt 2006, S. 78).

Möglichkeiten wie die Vereinfachung, Vereinheitlichung oder Verbilligung von Prozessen sollten auch berücksichtigt werden (Vgl. Becker 2008, S. 225 - 236).

muss dabei Engpassprozessen gewidmet werden, da sie für eine Verkürzung der Durchlaufzeiten eine tragende Rolle spielen. Bei der Optimierung in Form einer Parallelisierung kann bspw. der Gesamtprozess höchstens auf die Durchlaufzeit des Engpassprozesses verkürzt werden (Vgl. Arndt 2006, S. 77 - 80). Die dargestellten Optimierungsansätze bilden einen guten Überblick über grundsätzliche Möglichkeiten, erheben aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Weitere

## 4 Geschäftsprozessoptimierung in Krankenhäusern

### 4.1 Vorgehensmodell der Geschäftsprozessoptimierung

Die praktische Umsetzung einer Geschäftsprozessoptimierung wird sich im Folgenden an das Modell von Best und Weth anlehnen. Die Autoren haben im Rahmen eines Leitfadens für Prozessoptimierung ein drei-phasiges Konzept mit elf Schritten ausgearbeitet. Die Aufteilung des Konzeptes kann der nachfolgenden Abbildung entnommen werden (Vgl. Best/Weth 2005, S. 55 - 76).

	Vorgehensschritte
<b>Vorbereitung</b>	1. Erstellung einer Prozesslandkarte
	2. Ausgrenzen des Prozesses
	3. Definition des Detaillierungsgrades
	4. Identifikation der prozessrelevanten Organisationseinheiten
	5. Definition des Analyseverfahrens
	6. Formulierung eines Leitfadens
	7. Identifikation der geeigneten Experten
<b>Durchführung</b>	8. Durchführung der Interviews bzw. Workshops
<b>Nachbereitung</b>	9. Grafische und verbale Dokumentation
	10. Berechnung der Durchlaufzeiten und Prozesskosten
	11. Verifizierung der Ergebnisse

Abbildung 6: Vorgehensmodell zur Prozessanalyse (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Best/Weth 2005, S. 55).

Der wesentliche Inhalt der ersten Phase ist die Erstellung einer Prozesslandkarte (1). Dabei gilt es sowohl einen Gesamtüberblick über die vorhandenen Prozesse, die beteiligten Organisationseinheiten und die auftretenden Schnittstellen zu gewinnen, als auch den näher zu betrachtenden Prozess einordnen zu können (siehe Kapitel 2.2.1, 2.2.2). Anschließend sollte der zu analysierende Prozess ausgegrenzt werden (2). Zu diesem Zweck können die Start- (Input) und die Endpunkte (Outputs) definiert werden, was eine genaue Beschreibung der zu erledigenden Arbeit ermöglicht. Im folgenden Schritt sollte der Detaillierungsgrad des Projektes definiert werden (4). Dies trägt dazu bei, dass keine Ressourcen auf unnötige Tätigkeiten aufgewendet werden. Dabei kann die zuvor definierte Prozesslandkarte als Ausgangspunkt angesehen werden, von dem aus die definierten Prozesse vertieft betrachtet werden. Der notwendige Detaillierungsgrad ist abhängig von der angestrebten Standardisierung des Prozesses. Die Standardisierung ist wiederum abhängig von der Frequenz, der Ressourcenbindung oder der betrieblichen Bedeutung des Prozesses. Sind diese Schritte abgeschlossen, müssen die beteiligten Organisationseinheiten identifiziert werden (5). Indem die Prozesslandkarte mit den Organisationseinheiten ergänzt wird, lassen sich Schnittstellen im System sehr gut ablesen, was wiederum eine hohe Bedeutung für eine Optimierung des Gesamtsystems Krankenhaus hat.

In den folgenden Schritten wird die eigentliche Datenerhebung vorbereitet. Dabei müssen zunächst Leitfäden erstellt werden, die ein strukturiertes Interview oder einen gut organisierten Workshop ermöglichen (6). Um möglichst alle benötigten Informationen zu erhalten, schlagen Best und Weth einen Mindestinhalt vor, welcher der folgenden Tabelle entnommen werden kann.

Inhalt	Beschreibung
<b>Prozess In- und Output</b>	Welche Voraussetzungen sind nötig, um den Prozess anzustoßen? Welche Ergebnisse werden geschaffen? Welchen Prozessschritten dienen diese ggf. als Input?
<b>Prozessschritte</b>	Welche Schritte, werden durch wen, mit welchem Auslöser, mit welchen Inhalten, unter Nutzung welcher Ressourcen durchgeführt?
<b>Schnittstellen</b>	Welche In- und Output-Verhältnisse bestehen zwischen den Prozessen?
<b>Abfolge und Häufigkeit</b>	Sind Prozessschritte parallel, sequentiell, repetitiv?
<b>Verzweigung und Varianten</b>	Welche Bedingungen führen mit welcher Wahrscheinlichkeit zu Verzweigungen und Prozessvarianten?
<b>Informationstechnologie</b>	Analyse der Informationssysteme und deren Wirkung auf die Prozesse.
<b>Zeiten und Kosten</b>	Verbrauch an Zeit und Ressourcen der Prozesse.

**Tabelle 1: Inhalte für Vorbereitung der Datenerhebung (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Best/Weth 2005, S. 65).**

Für die Datenerhebung sollten geeignete Experten ausgewählt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass diese die Expertise besitzen, um die benötigten Informationen zu generieren (7). Die durchzuführende Prozessanalyse kann dabei „(...) nur so gut sein wie die Interviewpartner“ (Best/Weth 2005, S. 67).

In der nächsten Phase erfolgt die eigentliche Datenerhebung (8). Bei der Durchführung von Interviews oder Workshops sind einige Regeln zu befolgen, auf die an dieser Stelle nur kurz verwiesen werden soll. Beispielsweise ist es empfehlenswert mindestens zwei Analysten mit der Durchführung zu betrauen, um sowohl das Gespräch aktiv gestalten als auch den Inhalt präzise dokumentieren zu können (Vgl. Best/Weth 2005, S. 68). Phase drei beinhaltet anschließend die Dokumentation der Ergebnisse (9). Es gilt, ein grafisches Prozessmodell zu erstellen und die einzelnen Schritte im Prozess verbal festzuhalten. In Schritt (10) werden die gewonnenen Informationen genutzt, um die Prozesskosten und die Durchlaufzeiten zu kalkulieren. Die Ergebnisse der zehn Schritte werden schließlich (11) mit den Betroffenen diskutiert und verifiziert (Vgl. Best/Weth 2005, S. 55 - 76).

## 4.2 Vorgehensweise zur Datenerhebung

Die Datenerhebung für die Prozessanalyse wird im vorgestellten Modell von Best und Weth in den Schritten fünf bis acht angeführt. Dabei sollte zunächst das Analyseverfahren festgelegt, anschließend ein Leitfaden erstellt, geeignete Experten identifiziert und letztlich die Datenerhebung selbst durchgeführt werden. Grundsätzlich eignen sich verschiedene Methoden für eine Datenerhebung. Dabei kann in primäre und sekundäre Quellen unterteilt werden (Vgl. Lammers 2010, S. 119). Für die primäre Datenerhebung eignen sich weit verbreitete Verfahren wie Zählungen, Beobachtungen, Messungen sowie bspw. mündliche oder schriftliche Befragungen. Die Auswertung der Daten kann anschließend qualitativ oder quantitativ erfolgen (Vgl. Bortz/Döring 2009, S. 137 - 350). Sekundäre Daten ergeben sich z. B. aus Studien oder vorhandenen Dokumenten. Für Prozessanalysen wird in der einschlägigen Literatur vor allem die Datenerhebung durch Workshops empfohlen (Vgl. Greiling/Hofstetter 2002, S. 44 - 45, Kothe-Zimmermann 2006, S. 83 - 85, Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 127, 432 - 433, Best/Weth 2005, S. 63 - 65, Binner 2004, S. 341 - 348). Eine Prozessanalyse kann auch durch reine Beobachtung durchgeführt werden, allerdings ist dies sehr zeitaufwändig und kann schnell sehr kostenintensiv werden (Vgl. Kothe-Zimmermann 2006, S. 83).

An dieser Stelle wird ein Verfahren vorgestellt, das zum einen günstig ist und zum anderen in absehbarer Zeit zu verwertbaren Ergebnissen führt. Für die primäre Datenerhebung wird eine Kombination aus Experteninterviews und Workshops genutzt. Die Experteninterviews dienen dazu, den groben Rahmen der Prozesse abzustecken, wobei anschließend in Workshops die Details mit den Prozessbeteiligten geklärt werden sollten. Eine sekundäre Datenerhebung könnte auf unternehmensinternen Dokumenten beruhen. Zur Unterstützung der Prozessaufnahme sollten Qualitätsmanagementhandbücher, Checklisten für Arbeitsvorgänge und bspw. Organigramme genutzt werden. In diesem Kapitel wird allerdings vorrangig die primäre Datenerhebung betrachtet.

Der erste Schritt der zweistufigen Prozessanalyse sind Experteninterviews. Ein Interview ist eine Form der Datenerhebung in mündlicher Form. Es kann zwischen Einzel- und Gruppeninterviews und nach dem Standardisierungsgrad unterschieden werden. Bezüglich des Standardisierungsgrades wird zwischen strukturierten, halbstrukturierten und unstrukturierten Interviews unterschieden. Eine Standardisierung hilft, Interviews zu lenken und verschiedene Interviews vergleichbar zu machen (Vgl. Lammers 2010, S. 120 - 124). Das Experteninterview ist dabei der Kategorie Leitfadeninterview zuzuordnen, es ist folglich ein halbstrukturiertes Interview (Vgl. Kaune K. 2010, S. 140). Der Begriff ‚Experte‘ mag zunächst irreführend sein. Gemeint ist hier nicht ein objektiver Fachmann für den Bereich Prozessmanagement im Krankenhaus. Das Expertentum ist in diesem Fall ein relationaler Status. Experte ist derjenige, der am Prozessgeschehen teilnimmt, die Verantwortung trägt, oder einen privilegierten Zugang zu Informationen besitzt (Vgl. Meuser/Nagel 2005, S. 73). Den Ausführungen von Pfadenhauer folgend ist es allerdings nicht das Ziel, einen Fragebogen oder Workshop zu ersparen, sondern direkt das Wissen zum Prozessgeschehen von der interviewten Person zu erlangen (Vgl. Pfadenhauer, S. 452, 459).

Die Durchführung des Interviews selbst kann in drei Phasen unterteilt werden: die Vorbereitung, die Durchführung und die Aufbereitung. Bei der Vorbereitung der Datenerhebung gilt es den Leitfaden für das Interview zu erstellen. Das Interview sollte mit Warm-up-Fragen beginnen, um den Einstieg für die Beteiligten zu erleichtern, wobei der Bezug zum eigentlichen Thema etabliert wird. Der anschließende Hauptteil versucht durch gezielte Fragen das Thema, hier die Prozessabläufe, zu erfassen. Dabei sollten die Fragen in einer logischen Reihe folgen, um den Beteiligten ein klares Vorgehen zu ermöglichen. Die einzelnen Fragen können in abwechselnder Reihenfolge geschlossen oder offen, strukturiert oder teilstrukturiert sein, wobei es wichtig ist, dass die Folge der Fragen den Gesprächsfluss unterstützt (Vgl. Kaune K. 2010, S. 142). Das Interview selbst sollte anschließend aufgenommen werden, um möglichst alle Informationen verarbeiten und speichern zu können. Im Gespräch selbst dient der Leitfaden als Stütze, um die gesamten Inhalte abfragen zu können und nicht zu weit vom Thema abzuweichen. Die dritte Phase, die Datenaufbereitung, beinhaltet die Transkription, die Verschriftlichung des Gesprächs. Das Ziel des Interviews ist die Konstruktion von Prozessen, dementsprechend wird an dieser Stelle auf weitere Nuancen der Transkription verzichtet (Vgl. Kaune K. 2010, S. 142 - 144).

Der zweite Schritt der Prozesserschaffung ist die Durchführung von Workshops. Ein Workshop ist grundsätzlich dadurch gekennzeichnet, dass sich eine Gruppe von Personen außerhalb ihres Arbeitsalltags mit der Lösung einer speziellen Aufgabe beschäftigt. Die Autoren Lipp und Will definieren ‚Workshops‘ als „(...) Arbeitstreffen, in denen sich Leute in Klausuratmosphäre einer ausgewählten Thematik widmen“ (Lipp/Will 2008, S. 13). Es ist typisch für Workshops, dass gemeinsam an einer Lösung für ein spezifisches Problem gearbeitet wird, wobei die hierarchische Position der Teilnehmer während des Arbeitsprozesses keine Rolle spielt (Vgl. Kellner 1995, S. 36).

Der Ablauf eines Prozesses kann in drei Phasen unterteilt werden: Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung. Grundsätzlich muss in der Vorbereitungsphase dafür gesorgt werden, dass die Räumlichkeiten und die notwendigen Materialien zur Verfügung stehen. Der Kern der Vorbereitung ist jedoch die Definition realistischer und erfüllbarer Ziele. Abhängig von den Zielen müssen die Teilnehmer so ausgewählt, der Ablauf so geplant und die Zeiten so festgelegt werden, dass die definierten Ziele erreicht werden können (Vgl. Bastian 2010, S. 157 - 158).

Die Durchführungsphase ist entscheidend für die Datenerhebung. Hierbei sollten mindestens zwei Analysten oder Moderatoren am Workshop teilnehmen, wobei stets einer für die Gesprächsführung verantwortlich ist und sich ein zweiter auf die Dokumentation konzentriert. Es gilt, Diskussionen über Verbesserungspotentiale zu vermeiden, um tatsächlich den Ist-Zustand der Prozesse dokumentieren zu können. Ein wichtiges Hilfsmittel für die Moderatoren und die Teilnehmer ist es, die Ergebnisse direkt zu visualisieren. Gerade bei einem Prozess-Workshop hilft dies dabei, die erarbeiteten Ergebnisse direkt zu verifizieren (Vgl. Best/Weth 2005, S. 68 - 69). Für die Visualisierung eignen sich bspw. Flipcharts oder Pinnwände mit entsprechenden Stiften und Klebepunkten oder Karten (Vgl. Bastian 2010, S. 159 - 163). Für einen erfolgreichen Workshop sollten vier Grundregeln beachtet werden:

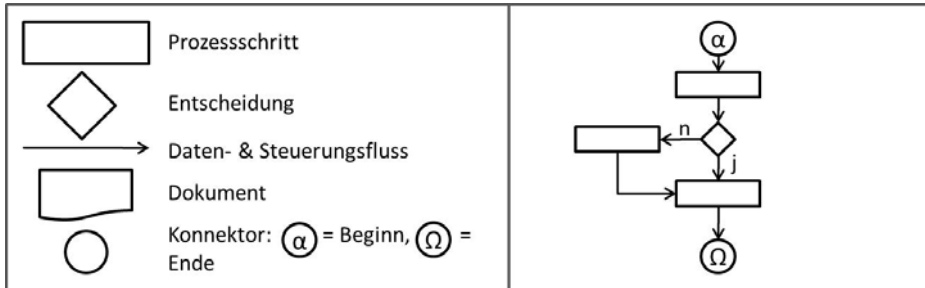
- 1) „Die gemeinsame Arbeit muss zu einem definierten Ergebnis führen.
- 2) Die Erarbeitung der Ergebnisse findet innerhalb des Workshops statt.
- 3) Die Erarbeitung eines gemeinsamen Ergebnisses muss (...) möglich gemacht werden.
- 4) Die Teilnehmer sind mit der notwendigen Information, dem Fachwissen und der Kompetenz ausgestattet, um zu sinnvollen Ergebnissen zu kommen“ (Kellner 1995, S. 36 - 37).

Das anvisierte Ergebnis eines Workshops muss so operationalisiert werden, dass beurteilt werden kann, ob der Workshop erfolgreich war oder nicht. Der zweite Punkt besagt, dass ein Workshop dann sinnvoll ist, wenn nicht versucht wird eine bestehende Meinung durchzusetzen, sondern gemeinsam an einer Lösung zu arbeiten. Drittens sollte ein geeignetes Set an Rahmenbedingungen geschaffen werden, um einen erfolgreichen Ablauf zu ermöglichen. Dies beinhaltet, die Bereitstellung der Räumlichkeiten, das zur Verfügung stellen der notwendigen technischen Mittel und das Schaffen von geeigneten Regeln. Viertens muss bei der Zusammenstellung der Workshop-Teilnehmer darauf geachtet werden, die richtigen Personen mit dem richtigen Wissen auszuwählen und dabei darauf zu achten, dass sich alle Teilnehmer Arbeitsprozess beteiligen (Vgl. Kellner 1995, S. 36 - 37, Schiersmann/Thiel 2009, S. 98).

### **4.3 Darstellung von Prozessen**

Im Zuge der Implementierung einer Prozessorganisation in einer Unternehmung hat die Darstellung der Prozesse eine wichtige Funktion. Es gilt, die Komplexität der Realität zu reduzieren und ein Modell zu erzeugen, das für alle Beteiligten verständlich und nachvollziehbar ist. Um eine gute Verständlichkeit zu erreichen, werden für Prozessmodelle eigene Sprachen mit definierter Syntax verwendet. Die wichtigsten und am weitesten verbreiteten Modellierungssprachen sind das Flow Chart, das Tätigkeitsdiagramm in der Unified Modelling Language (UML) und die Ereignisorientierte Prozesskette (EPK). Die drei genannten Sprachen sind international verbreitet, anerkannt und sie verfügen über eine exakte Regelung. Die Flow Chart Modellierungstechnik ist bspw. durch DIN 66001 und durch ISO genormt (Vgl. Schönsleben 2001, S. 193 - 194).

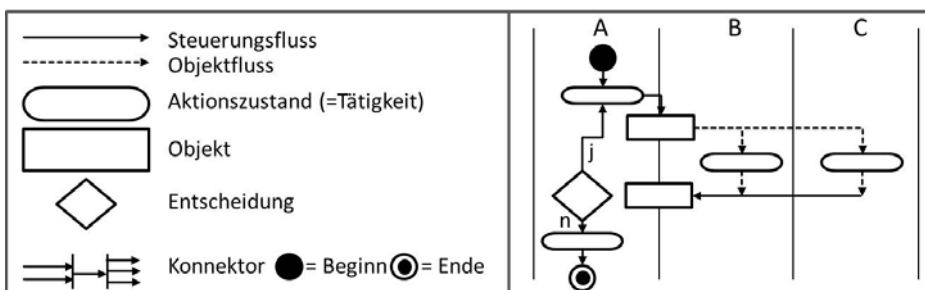
Das Flow Chart lässt sich beschreiben als „(...) eine Darstellung von Tätigkeiten und Entscheidungen, aus denen ein Prozess besteht, sowie der Flüsse zwischen Tätigkeiten bzw. Entscheidungen.“ (Schönsleben 2001, S. 194). Die Notation in der Flow Chart Modellierungstechnik wird in der nachfolgenden Abbildung dargestellt.



**Abbildung 7: Symbole des Flow Charts (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Schönsleben 2001, S. 194, Abb. 5.4.1.1, S. 195, Abb. 5.4.1.2).**

Flow Charts sind dabei sehr einfach und weit verbreitet. Nachteilig ist hier, dass Flow Charts bei großen und komplexen Sachverhalten sehr unübersichtlich werden (Vgl. Schönsleben 2001, S. 194).

Die UML Modellierungstechnik verwendet Tätigkeitsdiagramme, deren Hauptelemente Tätigkeiten (auch Aktionszustand genannt), Steuerflüsse, Objekte und Objektflüsse sind. Zusätzlich werden die einzelnen Tätigkeiten in sog. Schwimmbahnen dargestellt, wobei diese Bahnen Verantwortungsbereichen oder organisatorischen Einheiten entsprechen können. UML ist ein vielseitiges Instrument, das sich für verschiedenste Darstellungen eignet. Für die Modellierung von Geschäftsprozessen existieren eigene Notationsvorschriften (Vgl. Schönsleben 2001, S. 198). Die wichtigsten Elemente sind der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen.



**Abbildung 8: Symbole der UML (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Schönsleben 2001, S. 198, Abb. 5.4.3.1, S. 199, Abb. 5.4.3.2).**

Vorteilhaft an der UML ist eine reichhaltige Auswahl an Symbolen, die eine umfassende Darstellung ermöglicht. Dabei können verschiedene Sichten, wie Ablauf-, Aufgaben- und Organisationssicht vereinigt werden können. Dies kann sich aber auch nachteilig auswirken, da zu viele verschiedene Symbole zu Unübersichtlichkeit führen. Zudem sieht UML keine Hierarchisierung von Prozessen vor (Vgl. Schönsleben 2001, S. 198 - 200).

Die EPK lässt sich nach Schönsleben wie folgt definieren: „besteht aus Ereignissen, welche Tätigkeiten bzw. Funktionen anstoßen. Diese ergeben weitere Ereignisse, welche ihrerseits weitere Tätigkeiten bzw. Funktionen anstoßen können. Die Ketten sind mit logischen Konnektoren verbunden („oder“, „und“, „entweder-oder“). Eine EPK beginnt und endet mit einem Ereignis“ (Schönsleben 2001, S. 196). Nachfolgend werden die Notationsregeln dargestellt.

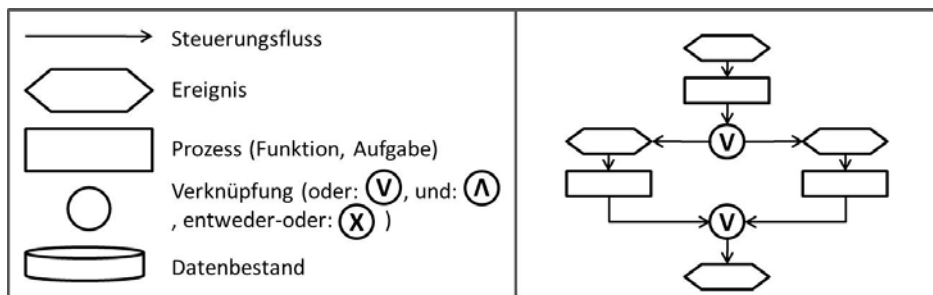


Abbildung 9: Symbole der Ereignisorientierten Prozesskette (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Schönsleben 2001, S. 196, Abb. 5.4.2.1, S. 197, Abb. 5.4.2.2).

Der Vorteil der EPK liegt in der hohen Verbreitung, der Möglichkeit vollständige Abbildungen von Steuerflüssen darzustellen und darin, dass EPK auch als Basis für eine Simulation dienen kann. Die Modellierungssprache kann als Grundlage für die Generierung von Softwaretools dienen. Zudem kann eine Hierarchisierung eingeführt werden. Nachteilig ist allerdings, dass große Abbildungen schnell unübersichtlich werden und die Darstellungsweise nicht in dem Ausmaß intuitiv greifbar ist wie bspw. beim Flow Chart (Vgl. Schönsleben 2001, S. 196)

Wie aus den Vor- und Nachteilen der einzelnen Modellierungsmethoden hervorgeht, sollte die Auswahl einer Methode von dem Umfang, der Komplexität und den Zielen des jeweiligen Prozessorganisationsprojektes abhängig gemacht werden. Ist lediglich ein einfacher Prozess zur Unterstützung des Arbeitsablaufes das Ziel, kann auf ein Flow Chart oder UML zurückgegriffen werden. Soll jedoch ein umfangreiches Projekt mit hoher Komplexität und einer anschließenden Simulation durchgeführt werden, dann sollte auf eine EPK zurückgegriffen werden. Da sich die EPK letztlich auch für Auswertungen und somit für wissenschaftliche Betrachtungen eignet, wird im Folgenden diese Sprache verwendet.

#### 4.4 Beurteilung der Geschäftsprozessoptimierung für Krankenhäuser

Ein Veränderungsprozess kann in die drei Phasen Auftauen, Verändern und Einfrieren unterteilt werden. In der ersten Phase ist es wichtig, eine bevorstehende Veränderung sowohl zu kommunizieren als auch die Beteiligten für die Veränderungen zu motivieren und zu sensibilisieren. In der zweiten Phase steht die eigentliche Veränderung an. Diese sollte zügig von statten gehen, um die Produktivität schnell und nachhaltig steigern zu können. Das Einfrieren ist letztlich wichtig, um die herbeigeführten Veränderungen auch wirklich in der Organisation zu verankern (Vgl. Töpfer/Albrecht 2006, S. 584 - 586). Der Veränderungsprozess kann allerdings auf Widerstand seitens der Mitarbeiter treffen. Die Determinanten für erfolgreiche Veränderungen sind Veränderungsfähigkeit, -möglichkeit und -bereitschaft. Während die Veränderungsfähigkeit durch Schulungen, eine nachhaltige Kompetenzentwicklung und richtige Kommunikationsstrategie beeinflusst werden kann, ist es in Krankenhäusern schwieriger auf die beiden anderen einzuwirken (Vgl. Reimer 2009, S. 340 - 341).

Die Veränderungsbereitschaft betrachtet die Bereitschaft und Motivation der Beteiligten zu einem Wandel. Im Falle einer Veränderung befürchten die Betroffenen einen Verlust an Freiheiten wie z. B. die Entscheidungsfreiheit und reagieren darauf mit Widerstand oder einer inneren Kündigung (Vgl. Reimer 2009, S. 346). Gerade in Krankenhäusern ist davon auszugehen, dass vor allem Ärzte sehr autonom arbeiten und eine GPO-Maßnahme als „(...) unzulässiger Eingriff in die Berufs- und Fachautonomie verstanden“ (Sidamgrotzki 1997, S. 117) wird. Dies kann zu einer Blockierung des



Veränderungsprozesses führen. Unter Veränderungsmöglichkeiten werden die sozialen und organisatorischen Rahmenbedingungen subsumiert, u. a. die Unternehmenskultur oder die Verteilung von Verantwortlichkeiten. Speziell die Unternehmenskultur sollte dabei einem Veränderungsprozess zuträglich sein (Vgl. Sidamgrotzki 1997, S. 349 - 350, Kuck 1999, S. 760 - 761). Im Rahmen von Optimierungsbestrebungen in Krankenhäusern gilt es zu klären, ob die Implementierung einer Prozessorganisation mit dem Verfahren der Geschäftsprozessoptimierung dazu beiträgt, mögliche Hindernisse zu überwinden und das Projekt zum Erfolg zu führen. Den wesentlichen Faktor stellen dabei die Mitarbeiter im Allgemeinen und die Determinanten Veränderungsbereitschaft und Veränderungsmöglichkeit im Speziellen dar.

Die Veränderungsmöglichkeit wird vorrangig durch die Unternehmenskultur beeinflusst. Folglich muss eine Unternehmenskultur geschaffen werden, die es ermöglicht die Organisation an Prozessen zu orientieren. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn die richtigen Mitarbeiter das Projekt unterstützen. Im Falle des Krankenhauses, das sehr hierarchisch geprägt ist, müssen die leitenden Ärzte die Bestrebungen einer neuen Unternehmenskultur unterstützen und fördern. Im Vorfeld können zu diesem Zweck weitere Workshops für die oberen Hierarchiestellen durchgeführt werden, um die Unternehmenskultur passend zu definieren (Vgl. Dithmar 2007, S. 857, Reimer 2009, S. 350 - 352).

Die Determinante Veränderungsbereitschaft kann sehr gut durch Partizipation und Anreizsysteme beeinflusst werden. Auch hier bietet das Verfahren der GPO einen guten Ausgangspunkt, da die Mitarbeiter, Pflegekräfte und die leitenden Ärzte am Prozess der IST- und SOLL-Modellierung beteiligt werden. Zudem kann durch die Prozessorientierung angedacht werden, extrinsische Anreize in Form von Prozessbezogenen finanziellen Zugaben oder intrinsische Anreize wie Einflussnahme auf die Entwicklung neuer Prozesse und die Wissenserweiterung durch Schulungen zu erzeugen (Vgl. Reimer 2009, S. 347 - 349).

Als zentraler Vorteil der GPO-Methodik muss die Partizipation der Mitarbeiter gewertet werden, die sehr wichtig für die erfolgreiche Durchführung von Optimierungsprojekten ist. Zudem liefert das Aufbauen auf einer IST-Analyse ein gutes Fundament für das Gelingen der Maßnahmen. Nachteilig ist jedoch, dass nur inkrementelle Verbesserungen erzielt werden und der gesamte Prozess der GPO sehr zeitaufwendig ist.

## 5 Business Reengineering in Krankenhäusern

### 5.1 Abgrenzung Business Reengineering und Geschäftsprozessoptimierung

Im Rahmen des Verfahrens der Geschäftsprozessoptimierung ist der Ausgangspunkt der Anstrengungen der gegenwärtige IST-Zustand. Die vorhandenen Prozesse werden analysiert, ein Modell wird entwickelt und anschließend wird der aktuelle Zustand optimiert. Der Top-Down Ansatz lässt sich hingegen in den Bereich des Business Reengineering einordnen. Hammer und Champy folgend, sollte zu Beginn eines Projektes folgende Frage gestellt werden: „Wenn ich dieses Unternehmen heute mit meinem jetzigen Wissen und beim gegenwärtigen Stand der Technik neu gründen müsste, wie würde es dann aussehen?“ (Hammer/Champy 1995, S. 47). Der Kern von BPR umfasst, ausgehend von der Strategie, die Prozesse der Organisation auf die Bedürfnisse des Kunden und die Unternehmensziele auszurichten. Dabei darf nicht an bereits vorhandenen Abläufen und Arbeitsweisen angesetzt werden, sondern die Planung erfolgt quasi auf der ‚grünen Wiese‘ (Vgl. Hammer/Champy 1995, S. 48 - 53). Die Definitionen von BPR sind allerdings unterschiedlich. O`Neill und Sohal zeigen, dass BPR sowohl als eine radikale Erneuerung als auch als inkrementeller Verbesserungsprozess gesehen wird (Vgl. 1999, S. 573 - 574). Im Folgenden wird der Top-Down Ansatz im Sinne von Hammer und Champy verstanden, bei dem ausgehend von der Geschäftsstrategie und den Kundenanforderungen idealisierte Soll-Prozesse entwickelt werden (Vgl. Hammer/Champy 1995, S. 47, Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 122 - 123). Das Vorgehen ist allerdings nicht unproblematisch. Abgesehen von der Idee des BPR wurde von Hammer und Champy kein konkretes Vorgehensmodell für die erfolgreiche Nutzung von BPR geliefert. Einige Autoren beklagen ganz im Gegenteil, dass BPR bezüglich einer konkreten Methodik einen hohlen Kern aufweist (Vgl. Graham/Williams 2005, S. 166 - 167).

Die Forschungslücke bezüglich einer konkreten Methodik für BPR Maßnahmen wurde bereits von Motwani et al. identifiziert und auf Basis eines umfangreichen Reviews wurde ein sechsphasiges Konzept von ihnen entwickelt. Die einzelnen Phasen werden als ‚Understanding‘, ‚Initiating‘, ‚Programming‘, ‚Transforming‘, ‚Implementing‘ und ‚Evaluation‘ bezeichnet (Vgl. Motwani et al. 1998, S. 968 - 970). Allerdings wird hier in der Phase ‚Programming‘ eine IST-Analyse angestrebt, auf deren Basis eine Optimierung der Prozesse durchgeführt werden soll. Somit sollte dieses Modell der Geschäftsprozessoptimierung zugerechnet werden. Ähnliche Kritik lässt sich auch an anderen Modellen zur Methodik des BPR anbringen, da als Ausgangspunkt gegenwärtige Prozesse betrachtet werden, was dem fundamentalen, radikalen Prinzip von Hammer und Champy widerspricht (Vgl. Hahm/Lee 1994, S. 328 - 329, Grover/Malhotra 1996, S. 201, Lockamy/Smith 1997, S. 147). Osterloh und Frost weisen auf den Sachverhalt hin, dass etliche Reorganisationsprojekte fälschlicherweise als BPR-Projekte bezeichnet werden und das Verständnis von BPR extrem unterschiedlich ist (Vgl. Osterloh/Frost 2006, S. 255 - 256). Ein Vergleich verschiedener Methoden zum BPR zeigt, dass die aktuellen Prozesse stets berücksichtigt werden, entgegen den Forderungen von Hammer und Champy (Vgl. Chan/Choi 1997, S. 213 - 214). Im folgenden Kapitel wird zunächst ein literaturbasiertes Vorgehensmodell vorgestellt, das anschließend in einer Fallstudie für den Operationsablauf in Krankenhäuser exemplarisch ausgearbeitet wird. Dabei wird der Versuch unternommen, möglichst dem Konzept von Hammer und Champy zu entsprechen, um den wesentlichen Unterschied zwischen BPR und GPO herauszuarbeiten.

## 5.2 Vorgehensmodell zu Business Reengineering

Der Kern der BPR-Theorie ist die radikale und fundamentale Erneuerung der Prozesse eines Unternehmens, ausgehend von den strategischen Zielen. Im Sinne von BPR ist es sehr wichtig, die Analyse der gegenwärtigen Prozesse zu beschränken, um nicht zu dem Vorgehen der Geschäftsprozessoptimierung zurückzukehren (Vgl. Kubeck 1995, S. 70). Zu diesem Zweck werden sowohl die Ziele des Prozessredesigns als auch die Identifikation der wesentlichen Prozesse aus der Unternehmensstrategie abgeleitet, eine Durchführung der Ist-Analyse wird unterlassen (Vgl. Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 122 - 128, 270 - 273, 496 - 501, Kubeck 1995, S. 68 - 72, 103 - 121). Die nachfolgende Abbildung zeigt ein dreistufiges Vorgehensmodell für BPR. Die wichtigsten Inhalte der Phasen Projektvorbereitung, Business Reengineering und Implementierung werden anschließend erläutert.



Abbildung 10: Vorgehensmodell Business Reengineering (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 496, Kubeck 1995, S. 68).

In der ersten Phase, der Projektvorbereitung, muss der Grundstein für das Projekt gelegt werden. Die zentralen Aufgaben sind dabei die Ableitung der Projektziele aus der Unternehmensstrategie, um im Verlauf des Projektes Strategie und operative Tätigkeiten der betrachteten Organisation zu vereinheitlichen. An dem gesamten Prozess, von der Planung bis zur Implementierung, sollten das Top-Management und alle relevanten Entscheidungsträger beteiligt sein, da sich BPR-Projekte gravierend auf eine Organisation auswirken. Des Weiteren ist es empfehlenswert, externe Berater zu engagieren, um auf deren Erfahrung zurückgreifen zu können und das Risiko, altgewohnte Verfahrensweisen weiterzuführen, zu reduzieren (Vgl. Kubeck 1995, S. 72 - 74). Als Ergebnis der ersten Phase sollten die Kernprozesse identifiziert, Ziele für das Projekt definiert und operationalisiert, der Projektplan festgelegt und die Projektorganisation inklusive der Projektmitarbeiter benannt sein.

In der zweiten Phase beginnt die operative Tätigkeit des BPR. Die wichtigste Aufgabe ist die Durchführung eines Workshops zur groben Planung der Reengineering-Bemühungen. Hierbei muss darauf geachtet werden, dass aktuelle Prozesse nur so weit analysiert werden, dass die Tätigkeit der Organisation für die Workshopteilnehmer verständlich wird (Vgl. Kubeck 1995, S. 70). Nachdem der Workshop eine Grobplanung generiert hat, liegt es am BPR-Team die Planung zu verfeinern und für die Implementierung vorzubereiten. Das Ergebnis sollte ein effizienter Prozess mit optimierten Schnittstellen sein.

Die dritte Phase kann in die zwei Bereiche Planung und Umsetzung der Implementierung unterteilt werden. Zu diesem Zweck dient wieder ein Workshop, in dem das Projektteam mit den Verantwortlichen des Implementierungsprozesses zusammen einen Plan erstellt. Dieser Plan wird anschließend von den Verantwortlichen verfeinert und umgesetzt (Vgl. Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 498). Weitere Maßnahmen wie Testläufe, Mitarbeiterfortbildungen, Evaluierungen sowie anschließende Verbesserungsmaßnahmen müssen berücksichtigt werden, allerdings würde deren Darstellung den Rahmen dieser Arbeit sprengen (Vgl. Kubeck 1995, S. 178 - 199). Die relativ grobe Darstellung des BPR-Vorgehensmodells wird im folgenden Kapitel an Hand eines fiktiven Beispiels näher betrachtet.

### 5.3 Fallstudie OP-Ablauf in Krankenhäusern

Das nachfolgende Beispiel bezieht sich auf eine BPR-Maßnahme in einem fiktiven Krankenhaus. Ziel des Beispiels ist es, das generelle Vorgehen von BPR zu verdeutlichen. Zu diesem Zweck wird zunächst im Rahmen der Projektvorbereitung eine Strategie entwickelt, es werden Ziele für die Organisation festgelegt und die wesentlichen Inhalte eines BPR-Projektes umrissen. In der Reengineering-Phase wird ein grobes Modell entwickelt und erläutert. Bezüglich der Implementierungsphase werden abschließend Empfehlungen gegeben, wie diese zu erfolgen hat. Die Ausführungen sind literaturbezogen, wobei die Entwicklung der Prozesse im Vordergrund steht.

Die Ableitung der Kernprozesse aus der Strategie stellt die erste Hürde im BPR-Projekt dar. In der Praxis haben sich zur Strategieidentifizierung verschiedene Methoden etabliert. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über verschiedene Techniken.

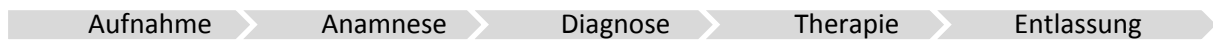
Methode	Inhalt
<b>ABC-Analyse</b>	Priorisierung der wichtigsten Kunden, Leistungen oder Prozesse
<b>Potenzial-Analyse</b>	Identifizierung von Stärken und Schwächen eines Unternehmens
<b>Chancen-Risiken-Analyse</b>	Ableitung von Chancen und Risiken aus Umweltfaktoren
<b>SWOT</b>	Verbindung aus Potenzial- und Chancen-Risiko-Analyse

Tabelle 2: Methoden zur Strategieentwicklung (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Greiling/Jücker 2003, S. 64 - 76).

Mit Hilfe einer ABC-Analyse kann bspw. identifiziert werden, welche Prozesse besonders kostenintensiv, gewinnbringend oder umsatzstark sind. Für eine vollständige Betrachtung der Geschäftsstrategie sollte allerdings eine Kombination verschiedener Einflussfaktoren wie Zielmärkte, Kundengruppen, das eigene Leistungsangebot und interne und externe Faktoren herangezogen werden, um darauf aufbauend Geschäftsprozesse zu identifizieren, gewichten und künftige Ziele abzuleiten (Vgl. Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 124 - 127).

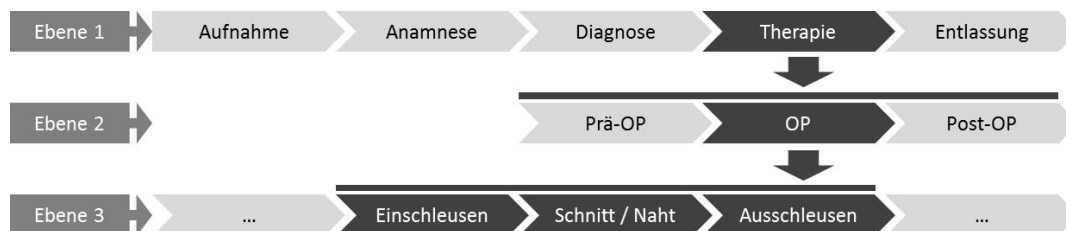
Als Ergebnis der Analyse wird hier exemplarisch angenommen, dass das betrachtete Krankenhaus die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung erhöhen und die Verweildauer der Patienten senken will (Vgl. Greiling/Jücker 2003, S. 130, Franke 2007, S. 111, Busse 2010, S. 1 - 2, Krier/Bublitz/Töpfer 2006, S. 135). BPR eignet sich grundsätzlich, um Ziele wie Qualitätssteigerung, Kostenreduktion und Durchlaufzeitverringerungen zu erreichen (siehe Kapitel 2.2.3). Um einen ersten Überblick über die Tätigkeit des Krankenhauses zu erhalten und die Kernprozesse nun aus der

strategischen Analyse ableiten zu können, empfiehlt es sich, eine Prozesslandkarte zu erstellen. Wie in Abbildung 11 dargestellt, können aus der Prozesslandkarte nun die Kernprozesse extrahiert werden.



**Abbildung 11: Krankenhaus Kernprozesse (Eigene Darstellung, in Anlehnung an Greulich/Thiele 1997, S. 23, Abb. 4)**

Die dargestellten Kernprozesse können abhängig von der jeweiligen Krankenhausorganisation weiter differenziert oder aggregiert werden. Für eine Betrachtung des Ablaufs in einem BPR Projekt sollten die in Abbildung 11 dargestellten Kernprozesse vorerst ausreichend sein. Optimierungspotenziale bestehen in jedem Schritt. In der Literatur wird bspw. häufig die Beschreibung des Aufnahmeprozesses vorgenommen (Vgl. Dahlgaard/Stratmeyer 2006b, S. 26). Da ein Großteil der Patienten das Krankenhaus besucht, um sich einer individuellen Operation zu unterziehen und die operative Behandlung für die Verweildauer, die Kosten und die Qualität der Behandlung entscheidend ist, wird der Fokus auf dem Teilprozess operative Therapie liegen (Vgl. Guerriero/Guido 2011, S. 89). Die Betrachtung der administrativen Tätigkeiten für die Organisation eines BPR-Projektes wird hier nicht vertieft. Das Ergebnis der ersten Phase ist eine Grobplanung des OP-Prozesses. Dabei wird ausgehend von den Kernprozessen eine Hierarchisierung vorgenommen, um Schrittweise eine Feinplanung zu erzeugen. In Abbildung 12 zeigt Ebene 1 die Kernprozesse, Ebene 2 die Hauptprozesse und Ebene 3 die Teilprozesse. Eine weitere Gliederung ist an dieser Stelle nicht notwendig.



**Abbildung 12: Grobplanung des BPR-Projektes (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Greulich/Thiele 1997, S. 23, Abb. 4, Greiling/Rudloff 2005, S. 34, Abb. 3).**

In der zweiten Phase wird die Grobplanung herangezogen, um eine Feinplanung durchzuführen. Die Entwicklung einer Feinplanung erfolgt bestenfalls in einem Workshop, in dem Experten und das BPR-Team zusammen einen Ablauf definieren. Bauliche Gegebenheiten oder spezielle Verfahrensweisen aus der Vergangenheit sollten dabei vorerst keine Berücksichtigung finden, es gilt einen idealen Prozess zu entwickeln. Die Grobplanung gibt hier ein gutes Gerüst vor, da nur essentielle Tätigkeiten auf einem hoch aggregierten Level vorgegeben sind. Diese Prozesse werden nun weiter verfeinert, bis ein konkreter Plan für die einzelnen Tätigkeiten entsteht. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Betrachtung der Schnittstellen, da gerade in dieser Phase die Chance besteht, eine echte Optimierung zu erreichen. Die notwendigen Unterstützungsprozesse können nach und nach in das Modell eingebracht werden.

Das Prozessmodell für den Verlauf einer Operation basiert ausschließlich auf Literaturquellen. Die wesentlichen Inhalte wurden dabei Greiling und Hofstetter (2002, S. 154 - 195), Ziegenbein (2001, S. 362 - 371), Pföhler (2007, S. 333 - 366) und Hellmann (2003, S. 308, siehe beigefügte CD) entnommen. Des Weiteren sind Grundzüge des OP-Prozesses aus den Beiträgen von Kumar und Shim (2005, S. 306 - 310) und von Buchanan (1998, S. 1173 - 1180) in das Modell mit eingeflossen. Die nachfolgende Abbildung bietet einen Überblick über die ausgearbeiteten Prozessschritte, die

genauen Prozesse sind dem Anhang (siehe Kapitel 4.3) zu entnehmen. Der Prozess kann dabei noch nicht als ideal bezeichnet werden, liefert aber einen ersten Anhaltspunkt.

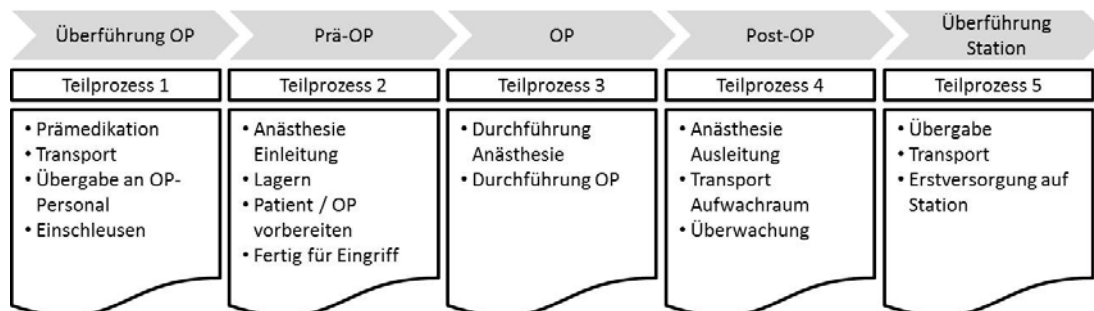


Abbildung 13: Übersicht über den OP-Prozess (Quelle: Eigene Darstellung).

Nachdem das Modell für die neue Prozessorganisation fertig gestellt ist, muss die Implementierung vorbereitet werden. Diesem Schritt muss ebenso hohe Bedeutung zugemessen werden wie der Erarbeitung des BPR-Konzeptes. Hammer und Champy schätzten bereits, dass 50 % bis 70 % der Unternehmen mit BPR nicht den erwünschten Erfolg erzielen (Vgl. 1995, S. 260). Für eine erfolgreiche Implementierung sollten deswegen einige Schlüsselfaktoren berücksichtigt werden. Zunächst muss darauf geachtet werden, dass mit der neuen Prozessgestaltung auch eine Veränderung der Unternehmenskultur einhergeht. Es gilt, die Mitarbeiter zu motivieren und das Konzept der Reorganisation zu verankern, die Arbeit ist nicht durch die Erstellung von Prozessmodellen getan. Die Hauptverantwortung hierfür ist bei den Managern anzusiedeln, die dies durch adäquate Führung erreichen können. Eine weitere tragende Rolle spielt das BPR-Projektteam, das mit genügend Expertise und Kompetenzen ausgestattet sein muss, um die Implementierung zu bewältigen (Vgl. Al-Mashari/Zairi 1999, S. 106).

Die Prozesse, die im Rahmen des BPR-Projektes erarbeitet wurden, tragen zu einer Optimierung des Prozesssystems bei, allerdings wird ein BPR-Projekt nicht ad-hoc optimale Prozesse erzeugen können. Nach erfolgreichem Abschluss des Projektes muss das Prozessmanagement an einer fortlaufenden Verbesserung der Prozesse arbeiten (Vgl. Schmelzer/Sesselmann 2010, S. 498).

## 5.4 Beurteilung des Business Reengineering in Krankenhäusern

Die Methode des BPR ist relativ unpräzise und wird oft mit anderen Verfahren wie der Geschäftsprozessoptimierung vermischt. Im vorherigen Kapitel wurde dargestellt, dass der essentielle Unterschied der beiden Verfahren auf dem völligen Verzicht historisch gewachsener Ansätze beruht. Eben dieser Ansatz ist es, von dem sich viele Unternehmen, so wie von Hammer und Champy deklariert, hohe Erfolge versprechen. Studien zeigen, dass die Erfolge sich teilweise nicht einstellen und teilweise sogar die Gesamtsituation verschlechtern (Vgl. Walston/Burns/Kimberly 2000, S. 1366).

Wie bereits dargestellt wurde, ist speziell die Integration der Mitarbeiter ausschlaggebend für einen Wandel in einer Organisation, wobei die Determinanten Veränderungsfähigkeit, -möglichkeit und -bereitschaft die wichtigste Rolle spielen. Durch Schulungen und Fortbildungen kann die nötige Veränderungsfähigkeit der Mitarbeiter gebildet werden, allerdings ist bereits hier anzumerken, dass die Schulung, bedingt durch einen kaum vorhandenen Einbezug der Mitarbeiter in den Veränderungsprozess, schwer fallen dürfte und Mitarbeiter keine Gelegenheit haben, durch die Planung neuer Prozesse ihr Wissen zu erweitern. Eine gute Kommunikationsstrategie ist im Rahmen eines Veränderungsprozesses fähig, Mitarbeiter zu motivieren und ihnen Ängste zu nehmen.

Allerdings wird bei BPR-Projekten dem größten Teil der Mitarbeiter, bedingt durch den Top-Down Charakter von BPR, lediglich die Entscheidung zur Durchführung von Maßnahmen mitgeteilt werden, es gibt jedoch keinen ausgeprägten Kommunikationsprozess.

Die Veränderungsmöglichkeit hingegen kann gut erreicht werden. Im Rahmen von mehreren Workshops vor dem geplanten Projekt können die führenden Mitarbeiter für eine neue Unternehmenskultur begeistert werden. Dabei ist es vorstellbar, dass bei den Mitarbeitern durch die Beteiligung an den Vorbereitungen eine intrinsische Motivation in Form des Zugehörigkeitsgefühls zu einem exklusiven Entscheidungskomitee entsteht.

Die Veränderungsbereitschaft kann bei BPR-Projekten durch Anreizsysteme erzeugt werden. Wie bei der GPO können extrinsische Anreize durch eine zusätzliche, prozessbezogene variable Vergütung erzeugt werden. Intrinsische Anreize sind allerdings sehr schwer zu erzeugen, da keine Beteiligung an der Entwicklung von optimierten Prozessen gegeben ist. Die Mitarbeiter werden sogar eher dadurch verängstigt sein, dass fundamentale und radikale Veränderungen auf sie zukommen könnten, wobei kaum eine Chance besteht, den Veränderungsprozess aktiv mitzugestalten. Dies kann zu großer Unsicherheit und einer negativen Haltung gegenüber einem Wandel führen bis hin zu einer hohen Fluktuation und der Blockierung von Optimierungsbemühungen (Vgl. Huq/Martin 2006, S. 577, 580 - 581, Sidamgrotzki 1997, S. 116). Trotz der geringfügigen Integration der Mitarbeiter in die Optimierungsbemühungen kann allerdings ein BPR-Projekt auch im Krankenhaus erfolgreich sein. Für den Erfolg sind vor allem eine gute Projektplanung und die richtige Zusammensetzung des Teams ausschlaggebend (Vgl. Caccia-Bava/Guimaraes/Guimaraes 2005, S. 560).

Als zentraler Vorteil ist hier der radikale und fundamentale Grundsatz von BPR zu nennen, der es ermöglicht, alte Strukturen aufzubrechen und große Verbesserungen in der Organisation hervorzubringen. Nachteilig ist dabei allerdings die mangelhafte Integration der Mitarbeiter. Dies kann letztlich von hohen Fluktuationsraten bis hin zur kompletten Boykottierung der Optimierungsbestrebungen führen. Im abschließenden Kapitel wird eine Gegenüberstellung von GPO- und BPR-Maßnahmen an Hand ausgewählter Kriterien durchgeführt, um deren Eignung für Krankenhäuser zu evaluieren.

## 6 Vergleich von Business Reengineering und Geschäftsprozessoptimierung

Die Vorgehensweise von BPR und GPO wurden bereits detailliert betrachtet. Im Folgenden wird eine Gegenüberstellung der beiden Verfahren erfolgen. Die wesentlichen Gesichtspunkte werden in der nachfolgenden Abbildung dargestellt. Es wird zunächst auf die Art einer Änderungsmaßnahme eingegangen und anschließend wird der Einfluss der Maßnahme auf die bestehende Organisation verglichen. Abschließend erfolgt eine Zusammenstellung der Chancen und Risiken.

	<b>Business Reengineering</b>	<b>Geschäftsprozessoptimierung</b>
<b>Wirkung auf existierende Organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ersatz der alten Organisation</li> <li>• Völlige Neukonzeption</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der bestehenden Organisation</li> </ul>
<b>Veränderung der Organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantensprünge des Wandels, d. h. radikale Veränderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisationsentwicklung in kleinen Schritten, moderate Veränderung</li> </ul>
<b>Vorgehensweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgangspunkt: ideale Prozesse</li> <li>• Geheimhaltung der Lösung</li> <li>• Ausschluss der Mitarbeiter (tendenziell Konfliktmeidung)</li> <li>• „Bombenwurf am Tag X“</li> <li>• Einheitliche Fremdregelung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgangspunkt sind aktuelle Prozesse</li> <li>• Betroffene zu Beteiligten machen</li> <li>• Partizipation (tendenziell Konflikthandhabung)</li> <li>• Vielfältige Selbstregulierung</li> </ul>
<b>Chancen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radikaler Wandel überwindet eingefahrene Strukturen</li> <li>• Konzept und Lösung relativ schnell konzipiert</li> <li>• Zeitvorteil in Krisensituation</li> <li>• Klar definierbare Phasen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lernprozess für alle Beteiligten</li> <li>• Expertise der Mitarbeiter</li> <li>• kleine / keine Widerstände</li> <li>• wenig Nachbesserungen nötig</li> <li>• Bildung von Veränderungs-Know-How auf allen Stufen</li> </ul>
<b>Risiken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akzeptanzprobleme und Widerstand</li> <li>• Reibungsverluste durch häufiges Nachbessern</li> <li>• Hohe Instabilität in Umsetzungsphase</li> <li>• Keine Lernprozesse für Mitarbeiter</li> <li>• Kurzfristige Verbesserungen zu Lasten langfristiger Entwicklung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitaufwändig bei hoher Umweltdynamik</li> <li>• Unruhe in Organisation durch inkrementelle Veränderungen</li> <li>• Überwindung eingefahrener Strukturen schwierig</li> <li>• mangelnde Unterstützung durch Unternehmensleitung</li> </ul>

**Abbildung 14: Merkmale von Business Reengineering und Geschäftsprozessoptimierung (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Gadatsch 2010, S. 31, Abb. 21, Osterloh/Frost 2006, S. 238, Abb. 83).**

Die Gegenüberstellung verdeutlicht noch einmal die Grundgedanken der beiden Konzepte. Während BPR den Anspruch hat eine radikal neue und bestenfalls optimale Organisation zu implementieren setzt BPR bei der Optimierung bestehender Organisationsstrukturen an.

Der wichtigste Vorteil der sich aus BPR ergibt, ist die Chance, eine signifikante Veränderung herbeizuführen, indem die bestehenden Strukturen vollständig überarbeitet werden. Dem stehen allerdings die Risiken gegenüber, dass ein erheblicher Widerstand gegen die Veränderung entsteht und die Umsetzungsphase durch hohe Instabilität gekennzeichnet ist. GPO bietet hingegen die Chance, dass die Organisation im Veränderungsprozess sehr stabil bleibt und durch den Einbezug der Mitarbeiter kein großer Widerstand entsteht. Das zentrale Risiko ist, dass die bestehenden Strukturen nicht optimiert, sondern nur leicht verändert werden.



## 7 Schlussbemerkung

In dieser Arbeit wurde dargestellt, dass deutsche Krankenhäuser seit der Einführung des DRG-Abrechnungsverfahrens und der damit verbundenen Auflösung des Selbstkostendeckungsprinzips an Gewinneinbußen leiden und dazu gezwungen sind, ihre Wirtschaftlichkeit zu erhöhen. Ein wesentlicher Ansatz zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit ist dabei die Einführung einer Prozessorganisation. Diesem Ansatz folgend wurden die beiden Verfahren Geschäftsprozessoptimierung und Business Reengineering erläutert. Der wesentliche Unterschied zwischen den Methoden besteht im Bottom-Up-Vorgehen bei der GPO und dem Top-Down-Vorgehen im Rahmen von BPR. Das bedeutet, dass GPO die vorhandenen Prozesse erfasst und anschließend optimiert, während bei BPR-Maßnahmen ein idealer Prozess entwickelt und implementiert wird, ohne sich von gegenwärtigen Prozessen beeinflussen zu lassen.

Beide Ansätze besitzen sowohl Stärken als auch Schwächen. Diesem Umstand entsprechend kann eine einfache und direkte Empfehlung bezüglich einer anzuwendenden Methodik nicht gegeben werden. Eine Betrachtung der historisch gewachsenen Organisationsstrukturen und der hierarchischen Stellung von Ärzten lässt allerdings den Schluss zu, dass GPO-Maßnahmen gegenüber dem BPR-Vorgehen vorzuziehen sind. Ein inkrementeller Wandel sollte die Organisation deutlich stabiler halten, vor allem unter dem Gesichtspunkt der Unterstützung durch die Mitarbeiter.

Es gilt allerdings, die gegenwärtige Situation eines betroffenen Krankenhauses zu analysieren und einen individuellen Weg zu finden, wie die aktuellen Probleme gelöst werden können. Dabei muss nicht, wie in dieser Arbeit dargestellt, eine Entweder-Oder-Entscheidung zwischen GPO und BPR getroffen werden, die Verfahren können durchaus gemischt werden, um optimale Ergebnisse zu erzielen. Es bietet sich an, als Basis für eine Prozessorganisation eine IST-Analyse mit entsprechenden Prozessmodellen zu erstellen und situativ zu entscheiden, wo eine Optimierung oder ein Reengineering zielführend ist. Diese Auswahlentscheidung kann auf der strategischen oder finanziellen Bedeutung von Prozessen aufbauen oder auf dem Einfluss, den Teilprozesse auf die Gesamtqualität haben.

Ein Fokus sollte bei der Durchführung von Optimierungsmaßnahmen aber stets auf die Mitarbeiter gelegt werden. Dabei sollte gerade in Krankenhäusern, wo Ärzte als quasi autonome Subunternehmer in der Organisation tätig sind, die Belegschaft von geplanten Maßnahmen überzeugt werden. Die Mitarbeiter sind hier der Schlüssel zum Erfolg. Ob Geschäftsprozessoptimierung oder Business Process Reengineering, nur durch die aktive Unterstützung des Managements und der leitenden Ärzte entsteht eine erfolgsversprechende Ausgangssituation für ein Projekt.

# Anhang

## Prozessreferenzmodell

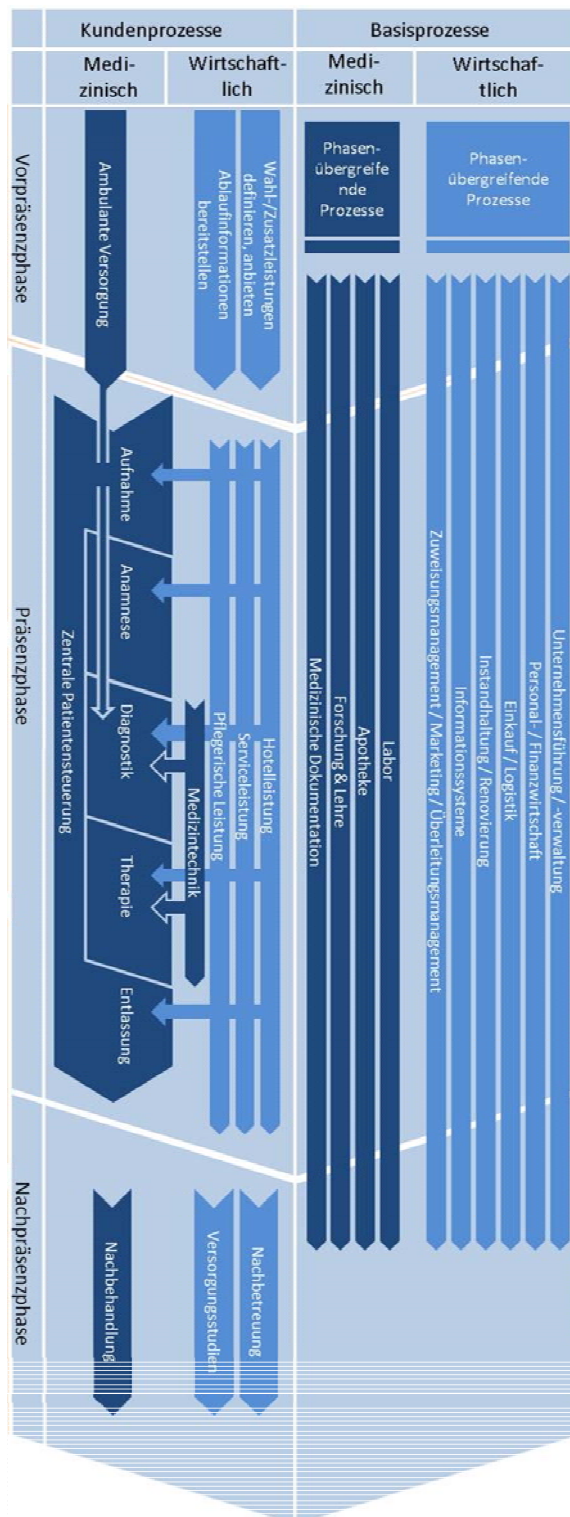


Abbildung 15: Wertschöpfungskette im Krankenhaus (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Thiele/Greulich 1997, S. 23, Abb. 4, Porter 1999, S. 66, Abb. 2-2, Bouncken 1997, S. 194, Abb. 6-1).

## Schnittstellen im Krankenhaus

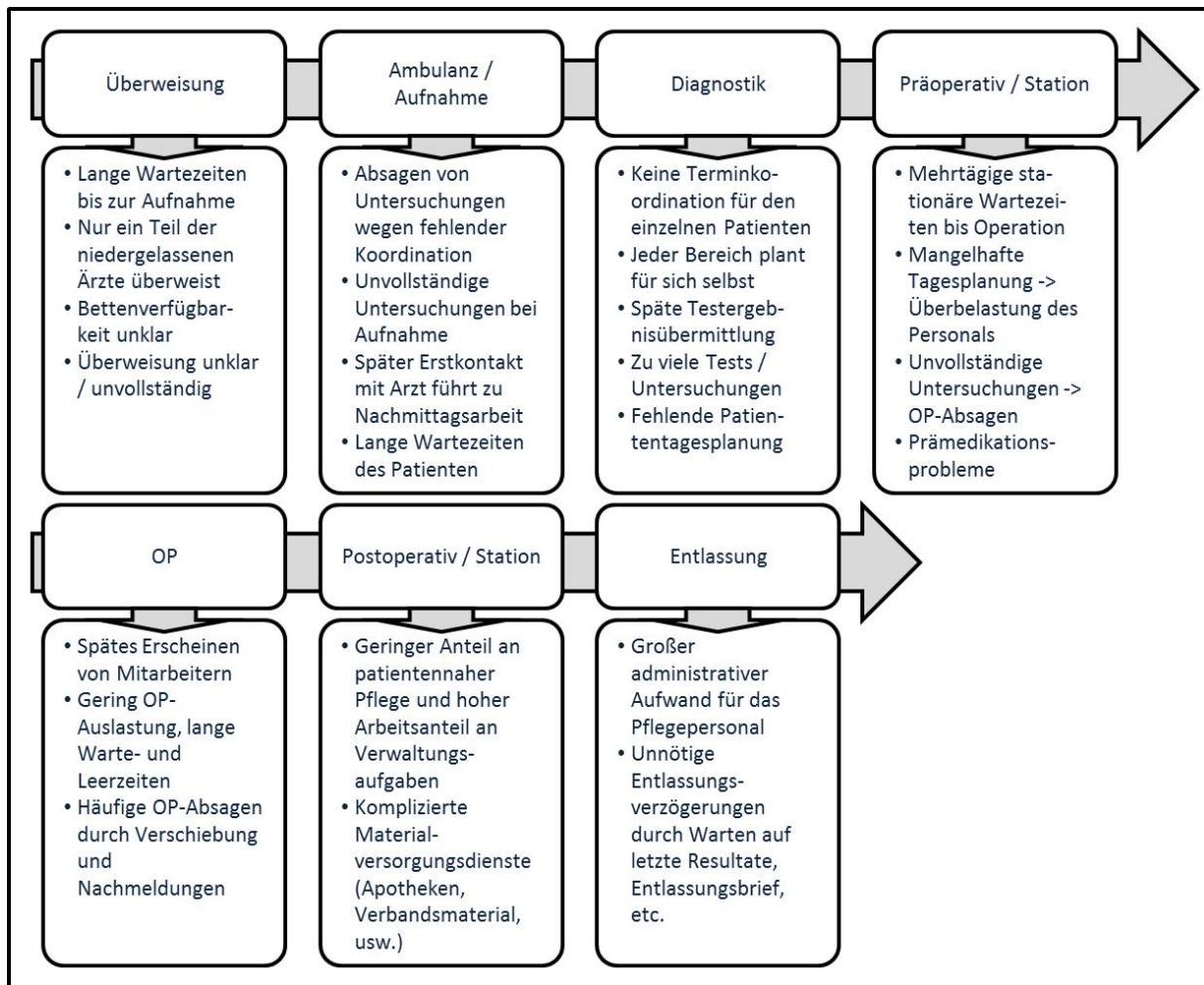


Abbildung 16: Typische Schnittstellenprobleme zwischen Abteilungen (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Morra 1996, S. 259, Abb. 7-6).

## Prozessmodell für den OP-Ablauf

Die Abbildungen der Prozesse wurden mit dem Programm Visio von Microsoft erstellt. Die Modellierungssprache entspricht dabei weitestgehend der bereits vorgestellten Methodik der EPK (siehe Kapitel 2.3.3). Die nachfolgende Abbildung stellt die Kernelemente der EPK-Sprache im Programm Microsoft Visio dar.

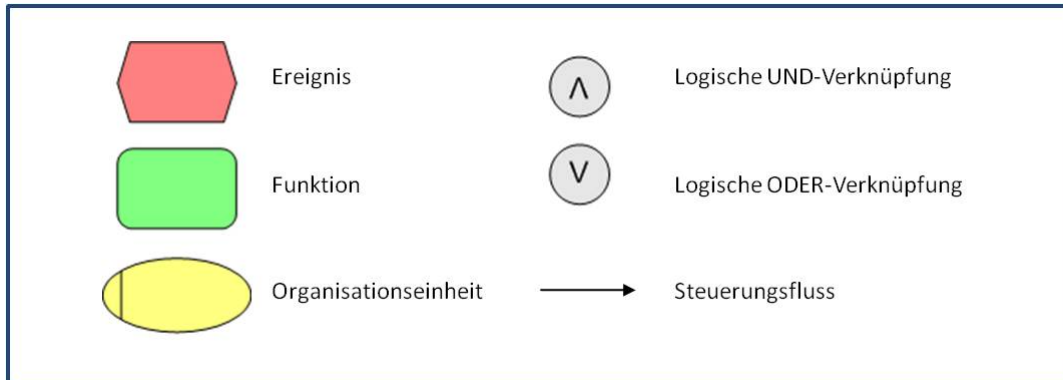


Abbildung 17: Symbole der Ereignisorientierten Prozesskette nach Microsoft Visio (Quelle: Eigene Darstellung).

## Teilprozess 1: Überführung OP

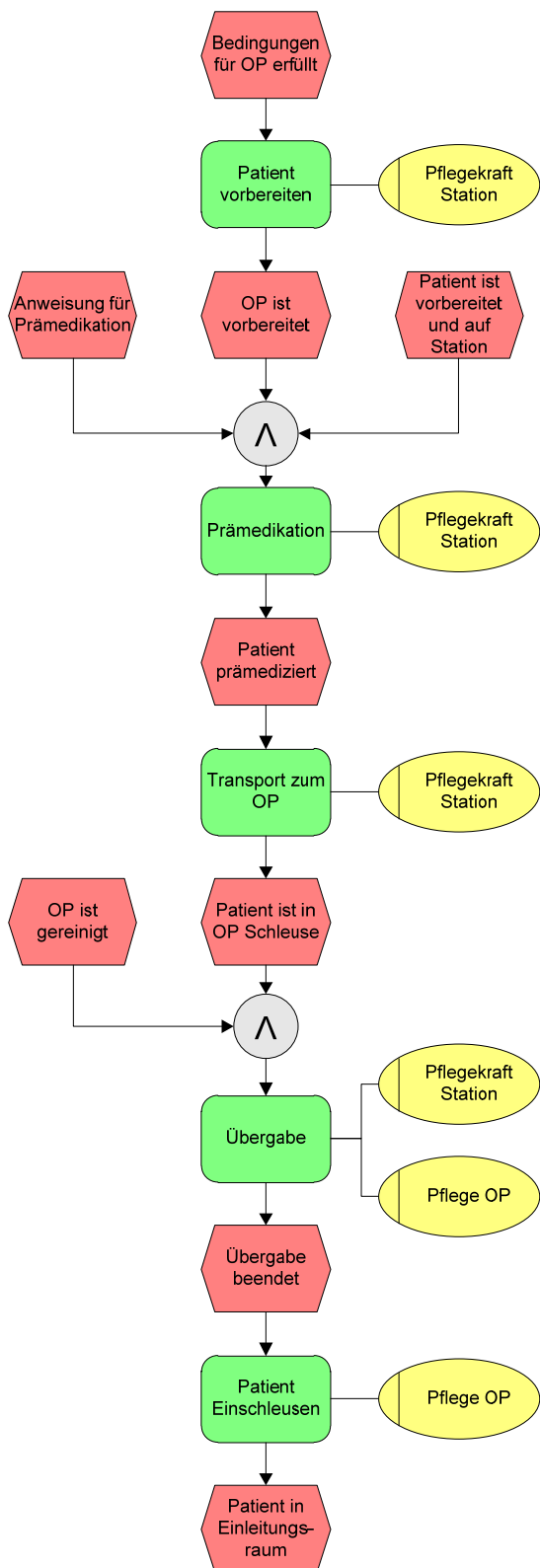


Abbildung 18: Teilprozess Überführung OP (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Greiling/Hofstetter 2002, S. 154 - 195, Ziegenbein 2001, S. 362 - 371, Pföhler 2007, S. 333 - 366, Hellmann 2003, S. 308, beigefügte CD).

## Teilprozess 2: Prä-OP

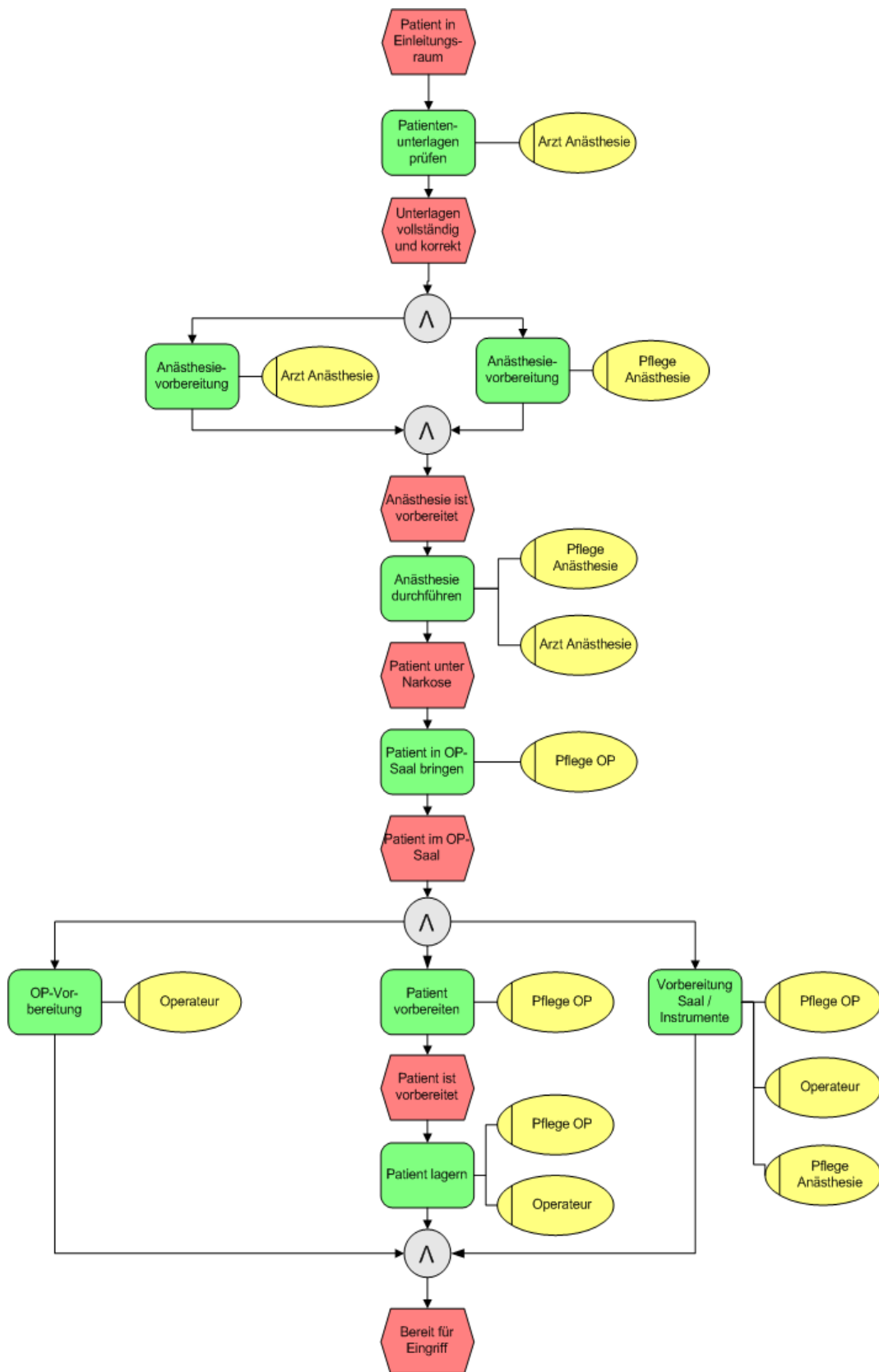


Abbildung 19: Teilprozess Prä-OP (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Greiling/Hofstetter 2002, S. 154 - 195, Ziegenbein 2001, S. 362 - 371, Pföhler 2007, S. 333 - 366, Hellmann 2003, S. 308, beigefügte CD).

**Teilprozess 3: OP**

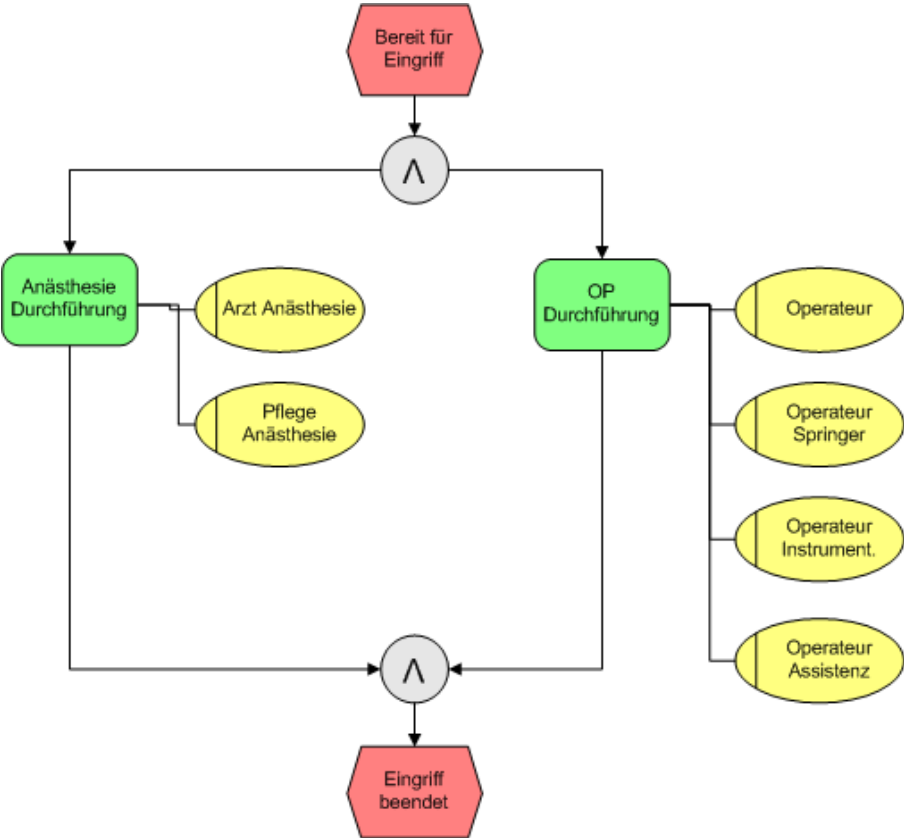


Abbildung 20: Teilprozess OP (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Greiling/Hofstetter 2002, S. 154 - 195, Ziegenbein 2001, S. 362 - 371, Pföhler 2007, S. 333 - 366, Hellmann 2003, S. 308, beigefügte CD).

## Teilprozess 4: Post-OP

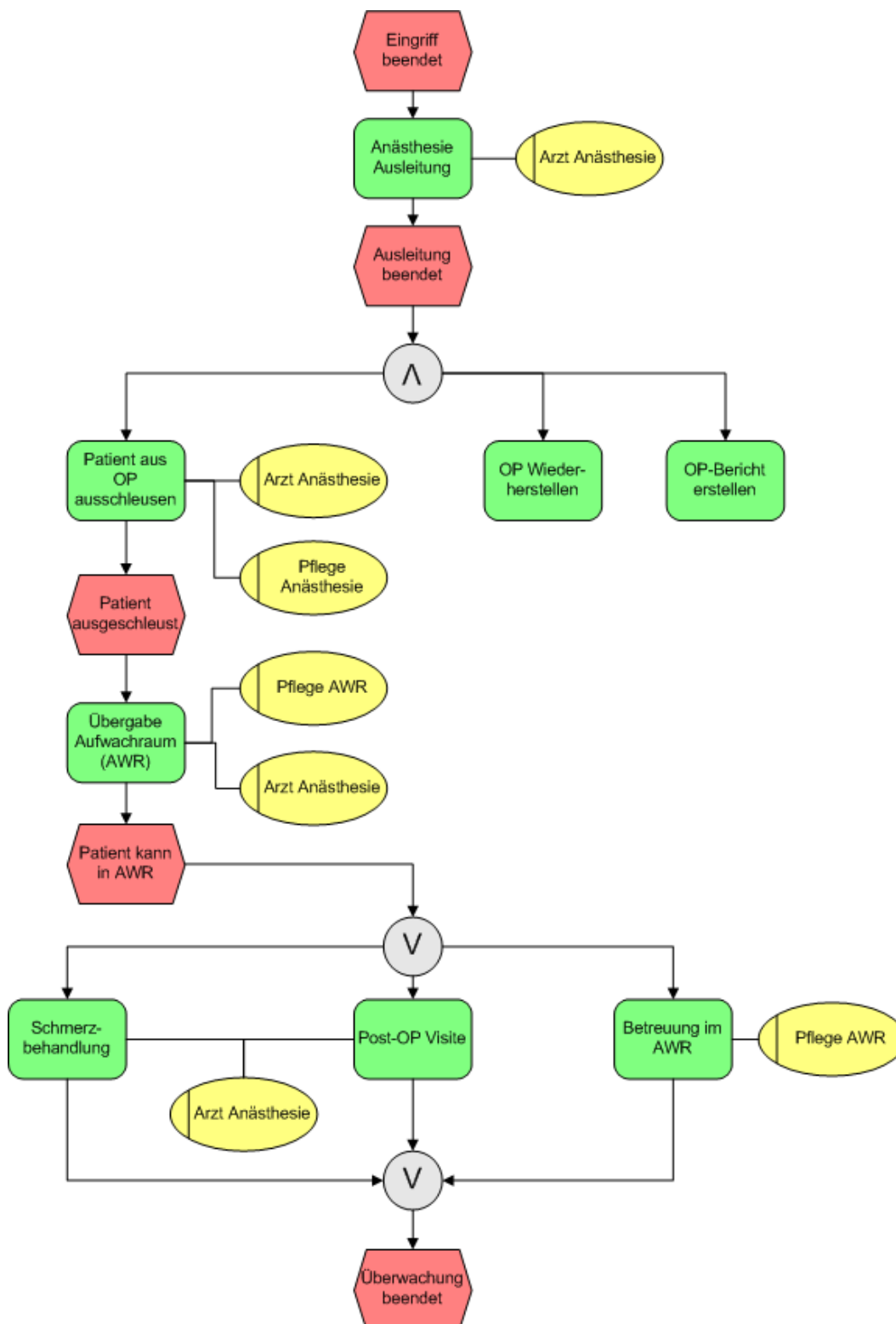


Abbildung 21: Teilprozess Post-OP (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Greiling/Hofstetter 2002, S. 154 - 195, Ziegenbein 2001, S. 362 - 371, Pföhler 2007, S. 333 - 366, Hellmann 2003, S. 308, beigefügte CD).



## Teilprozess 5: Überführung Station

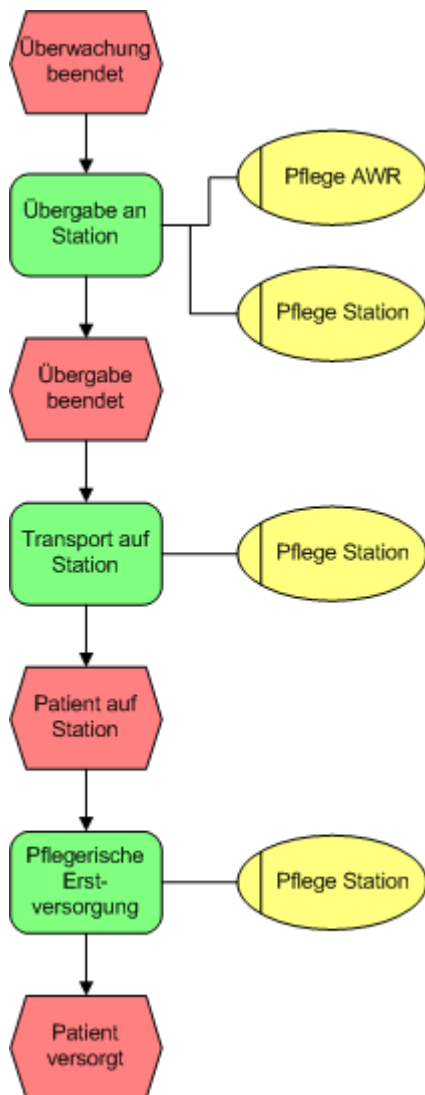


Abbildung 22: Teilprozess Überführung Station (Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Greiling/Hofstetter 2002, S. 154 - 195, Ziegenbein 2001, S. 362 - 371, Pföhler 2007, S. 333 - 366, Hellmann 2003, S. 308, beigefügte CD).

## Literaturverzeichnis

- Al-Mashari M., Zairi M. (1999): BPR implementation process: an analysis of key success and failure factors, in: Business Process Management Journal, Vol. 5, No. 1, pp. 87 - 112.
- Arndt H. (2006): Supply Chain Management, Optimierung logistischer Prozesse, 3. akt. u. überarb. Aufl., Wiesbaden.
- Bastian H. (2010): Workshopgestaltung, in: Kaune A. (Hrsg.) (2010): Change Management mit Organisationsentwicklung, Veränderungen erfolgreich durchsetzen, 2. neu bearb. Aufl., Berlin, S. 153 - 180.
- Becker J., Kahn D. (2008): Der Prozess im Fokus, in: Becker J., Kugeler M., Rosemann M. (Hrsg.) (2008): Prozessmanagement, Ein Leitfaden zur prozessorientierten Organisationsgestaltung, 6. überarb. u. erw. Aufl., Leipzig, S. 1 - 16.
- Becker T. (2008): Prozesse in Produktion und Supply Chain optimieren, 2. neu bearb. u. erw. Aufl., Heidelberg.
- Berger H., Stock C. (2008): Grundlagen der Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie, in: Schmitt-Rettig B., Eichhorn S. (Hrsg.) (2008): Krankenhausmanagementlehre, Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, 1. Aufl., Stuttgart, S. 3 - 36.
- Berry L., Bendapudi N. (2007): Health Care: A Fertile Field for Service Research, in: Journal of Service Research, Vol. 10 (2), pp. 111 - 122.
- Besser G., Hildebrandt H. (1997): Teamarbeit und Kooperation, Illusion oder Notwendigkeit zur Qualitätssicherung?, in: Krankenhaus Umschau, 1., S. 26 - 30.
- Best E., Weth M. (2005): Geschäftsprozesse optimieren, Der Praxisleitfaden für erfolgreiche Reorganisation, 2. Auflage, Wiesbaden.
- Binner H. F. (2004): Handbuch der prozessorientierten Arbeitsorganisation, Methoden und Werkzeuge zur Umsetzung, 1. Aufl., Hemsbach.
- Bortz J., Döring N. (2009): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 4. überarb. Aufl., Heidelberg.
- Bouncken, R. B. (1997): Kundensegmentierung und Prozeßmanagement in der Hotellerie, Diss., Univ. St. Gallen, 1. Aufl., Wiesbaden.
- Bretschneider U., Bohnet-Joschko S. (2007): Prozessmanagement im Krankenhaus durch Process Owner Communities, in: Bohnet-Joschko S. (Hrsg.) (2007), Wissensmanagement im Krankenhaus, Effizienz- und Qualitätssteigerung durch versorgungsorientierte Organisation von Wissen und Prozessen, 1. Aufl., Wiesbaden, S. 31 - 48.
- Buchanan D. (1998): Representing process: the contribution of a re-engineering frame, in: International Journal of Operations and Production Management, Vol. 18, No. 12, pp. 1163 - 1188.
- Buchholz H. (2002): Reibungsverluste an peripheren und internen Schnittstellen, Überlegungen zum Kosten- und Qualitätsmanagement im Krankenhaus, in: Organisationsberatung - Supervision - Coaching, Heft 1, S. 25 - 40.
- Busse T. (2010): OP-Management, Grundlagen, 4. akt. u. erw. Aufl., Heidelberg.

- Caccia-Bava M., Guimaraes V., Guimaraes T. (2005): Empirically testing of hospital BPR success, in: International Journal of Health Quality Assurance, Vol. 18, No. 7, pp. 552 - 563.
- Chan S., Choi C. (1997): A conceptual and analytical framework for business process reengineering, in: International journal of production economics, Vol. 50, Iss. 2-3, pp. 211 - 223.
- Dahlgaard K., Stratmeyer P. (2006a): Themenband 2: Prozessorganisation, Optimierte Zusammenarbeit zwischen Arztdienst und Pflege nützt Qualität und Effizienz, in: Dahlgaard K., Stratmeyer P. (Hrsg.), Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus, 1. Aufl.
- Dahlgaard K., Stratmeyer P. (2006b): Themenband 5: Kooperative Kernprozesse der Patientenbehandlung, in: Dahlgaard K., Stratmeyer P. (Hrsg.) (2006): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus, 1. Aufl.
- Davenport T. (1998): Business Process Reengineering: Where it's been, where it's going, in: Grover V., Kettinger W. (1998): Business process change, Reengineering concepts, Methods and Technologies, pp. 1 - 13.
- Dithmar C. (2007): Die Unternehmenskultur als Erfolgsfaktor für Krankenhäuser, in: das Krankenhaus, Nr. 7, S. 856 - 859.
- Dullinger F. (1998): Krankenhaus-Management im Spannungsfeld zwischen Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit, In: Meyer A. (Hrsg.) (1998), Handbuch Dienstleistungs-Marketing, Band 2, 1. Aufl., Stuttgart, S. 1801 - 1830.
- Dykes P., Wheeler K. (Hrsg.) (2002): Critical Pathways - Interdisziplinäre Versorgungspfade, DRG-Management-Instrumente, 1. Aufl., Bern.
- Eichhorn P., Greiling D. (2003): Das Krankenhaus als Unternehmen, in: Arnold M., Klauber J., Schnellschmidt H. (2003): Krankenhaus-Report 2002, Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, 1. Aufl., Stuttgart, S. 31 - 42.
- Franke D. H. (2007): Krankenhausmanagement im Umbruch, Konzepte - Methoden - Projekte, 1. Aufl., Stuttgart.
- Gadatsch A. (2010): Grundkurs Geschäftsprozessmanagement, Methoden und Werkzeuge für die IT-Praxis: Eine Einführung für Studenten und Praktiker, 6. Aufl., Wiesbaden.
- Gaitanides M. (2007): Prozessorganisation, Entwicklung, Ansätze und Programme des Managements von Geschäftsprozessen, 2. Aufl., München.
- Gaitanides M. (1983): Prozessorganisation: Entwicklung, Ansätze und Programme prozessorientierter Organisationsgestaltung, 1. Aufl., München .
- Graham I., William R. (2005): The use of management texts: Hammer's reengineering, in: Scandinavian Journal of Management, 21, pp. 159 - 175.
- Greiling M., Hofstetter J. (2002): Patientenbehandlungspfade optimieren – Prozeßmanagement im Krankenhaus, 1. Aufl., Kulmbach.
- Greiling M., Jücker, C. (2003): Strategisches Management im Krankenhaus, Methoden und Techniken zur Umsetzung in der Praxis, 1. Aufl. Stuttgart.
- Greiling M., Marschner C. (2007): Nutzeneffekte von Prozessoptimierungen, Workflow-Management im Gesundheitswesen, 1. Aufl., Kulmbach.

- Greiling M., (2002): Prozesskostenrechnung im Krankenhaus, Instrument und Umsetzung zur Kalkulation von DRGs, in: das Krankenhaus, Nr. 6, S. 467 - 469.
- Greiling M., Rudloff B. (2005): Klinische Pfade optimal gestalten, Prozessanalyse im Krankenhaus mit Hilfe der Netzplantechnik, 1. Aufl., Kulmbach.
- Greulich A., Thiele G. (1997): Prozeßmanagement im Krankenhaus, in: Greulich A., Thiele G., Thiex-Kreye M. (1997): Prozeßmanagement im Krankenhaus, 1. Aufl., Heidelberg.
- Grover V., Malhotra M. (1997): Business process reengineering: A tutorial on the concept, evolution, method, technology and application, in: Journal of Operations Management, Vol. 15, Iss. 3, pp. 193 - 213.
- Guerriero F., Guido R. (2011): Operational research in the management of the operating theatre: a survey, in: Health Care Management Science, Vol. 14, No. 1 pp. 89 - 114.
- Hahm J., Lee M. (1994): A systematic approach to business process reengineering, in: Computers & Industrial Engineering, Vol. 27, Issue 1-4, pp. 327 - 330.
- Hammer M., Champy J. (1995): Business Reengineering, Die Radikalkur für das Unternehmen, 5. Aufl., Frankfurt/Main.
- Hammer M., Stanton S. A. (1995): Die Reengineering Revolution, Handbuch für die Praxis, 1. Aufl., Frankfurt/Main, 1995.
- Haselhoff V. (2010): Patientenvertrauen in Krankenhäusern, Diss., Dortmund, Techn. Universität, 1. Aufl., Wiesbaden.
- Hellmann W. (Hrsg.) (2002): Klinische Pfade, Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen, 1. Aufl., Landsberg/Lech.
- Hellmann W. (Hrsg.) (2003): Praxis klinischer Pfade, Viele Wege führen zum Ziel, mit Pfad CD, 1. Aufl., Landsberg/Lech, 2003.
- Jochem R., Geers D. (2010): Prozessgestaltung mit Business Process Reengineering, in: Jochem R., Mertins K., Knothe T. (Hrsg.) (2010): Prozessmanagement - Strategien, Methoden, Umsetzung, 1. Aufl., Düsseldorf, S. 77 - 99.
- Huq Z., Martin T. N. (2006): The recovery of BPR implementation through an ERP approach, A hospital case study, in: Business Process Management Journal, Vol. 12, No. 5, pp. 576 - 587.
- Jarvenpa S., Stoddard D. (1998): Business Process Redesign: Radical and Evolutionary Change, in: Journal of Business Research, Vol. 41, Iss. 1, pp. 15 - 27.
- Jones G., Bouncken R. (2008): Organisation, Theorie, Design und Wandel, 5. akt. Aufl., München.
- Kaune A. (2010): Moderne Organisationsentwicklung – ein Konzept zur mitarbeiterorientierten Gestaltung von Veränderungsprozessen, in: Kaune A. (Hrsg.), Change Management mit Organisationsentwicklung, Veränderungen erfolgreich durchsetzen, 2. neu bearb. Aufl., Berlin, 2010, S. 11 - 65.
- Kaune K. (2010): Qualitative Techniken – Leitfadeninterview und Inhaltsanalyse, in: Kaune A. (Hrsg.) (2010): Change Management mit Organisationsentwicklung, Veränderungen erfolgreich durchsetzen, 2. neu bearb. Aufl., Berlin, S. 134 - 152.

- Kellner H. (1995): Konferenzen Sitzungen Workshops effizient gestalten, nicht nur zusammensitzen, 1. Aufl., München.
- Kothe-Zimmermann H. (2006): Prozesskostenrechnung und Prozessoptimierung im Krankenhaus, Eine Praxisanleitung in sieben Schritten, 1. Aufl., Stuttgart.
- Krier C., Bublitz R., Töpfer A. (2006): Explorative Einführung und Auswirkungen von Klinischen Pfaden, in: Albrecht M., Töpfer A. (2006): Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus, 15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken, 1. Aufl., Heidelberg, S. 136 - 166.
- Kubeck L. (1995): Techniques for Business Process Redesign, Tying it all together, 1<sup>st</sup> ed., New York.
- Kuck H. (1999): Neue Rolle der Ärzte im Krankenhaus, insbesondere der leitenden Ärzte, in: Braun G. (Hrsg.) (1999): Handbuch Krankenhausmanagement, Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, 1. Aufl., Stuttgart, S. 759 - 779.
- Kumar A., Shim S. (2005): Using computer simulation for surgical care process reengineering in hospitals, in: INFOR Journal, Vol. 34, No. 4, pp. 303 - 319.
- Lammers F. (2010): Interview und Fragebogen als Diagnosetechniken, in: Kaune A. (Hrsg.) (2010): Change Management mit Organisationsentwicklung, Veränderungen erfolgreich durchsetzen, 2. neu bearb. Aufl., Berlin, S. 118 - 133.
- Lipp U., Will H. (2008): Das große Workshop-Buch, Konzeption, Inszenierung und Moderation von Klausuren, Besprechungen und Seminaren, 8. überarb. u. erw. Aufl., Weinheim.
- Lockamy A., Smith W. (1997): A strategic alignment approach for effective business process reengineering: linking strategy, processes and customers for competitive advantage, in: International Journal of production economics, Vol. 50, Iss. 2-3, pp. 141 - 153.
- Meffert H., Bruhn M. (2009): Dienstleistungsmarketing, Grundlagen - Konzepte - Methoden, 6., vollst. neubearb. Aufl., Wiesbaden.
- Meuser M., Nagel U. (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht, Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, in: Bogner A., Littig B., Menz W. (Hrsg.) (2005): Das Experteninterview, Theorie, Methode, Anwendung, 2. Aufl., Wiesbaden, S. 71 - 93.
- Morra F. (1996): Wirkungsorientiertes Krankenhausmanagement, Ein Führungshandbuch, Diss., Universität St. Gallen.
- Motwani J., Kumar A., Jiang J., Youssef M. (1998): Business Process Reengineering, A theoretical framework and an integrated model, in: International Journal of Operations and Production Management, Vol. 18, No. 9/10, pp. 964 - 977.
- Niemöckl M., Pillasch J., Probst C. (2008): Das Integrierte Managementsystem bei der T-Systems International GmbH / T-Systems Computer Service Management GmbH, in: Becker J., Kugeler M., Rosemann M. (Hrsg.) (2008): Prozessmanagement, Ein Leitfadens zur prozessorientierten Organisationsgestaltung, 6. überarb. u. erw. Aufl., Leipzig, S. 523 - 541.
- Nordsieck F. (1934): Grundlagen der Organisationslehre, 1. Aufl., Stuttgart.
- O'Neill P., Sohal A. (1999): Business Process Reengineering, A review of recent literature, in: Technovation, Vol. 19, Iss. 9, S. 571 - 581.
- Osterloh M., Frost J. (2006): Prozessmanagement als Kernkompetenz, Wie Sie Business Reengineering strategisch nutzen können, 5. überarb. Aufl., Wiesbaden.

- Pfadenhauer M. (2009): Das Experteninterview, Ein Gespräch auf gleicher Augenhöhe, in: Buber R., Holzmüller H. (Hrsg.) (2009): Qualitative Marktforschung, Konzepte - Methoden - Analysen, 2. überarb. Aufl., Wiesbaden, S. 449 - 462.
- Pföhler M. (2007): Prozessorientiertes Pflichtenheft zur Einführung eines Krankenhausinformationssystems, in: Eichhorn P., Friedrich P. (Hrsg.) (2007): Betrifft Krankenhausmanagement: Mitarbeiterbindung, Qualitätssicherung, Prozessoptimierung und Risikosteuerung, 1. Aufl., Berlin, S. 281 - 410.
- Porter M. (1999): Wettbewerbsvorteile, Spitzenleistungen erreichen und behaupten, 5. durchgesehene u. erw. Aufl., Frankfurt/Main.
- Reimer M. (2009): Verhaltensbedingte Hürden als Gegenstand des Changemanagement, in: Behrendt I., König H., Krystek U. (Hrsg.) (2009): Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement, Outsourcing, IT-Nutzenpotenziale, Kooperationsformen, Changemanagement, 1. Aufl., Heidelberg, S. 338 - 355.
- Schein E. (2009): The Corporate Culture Survival Guide, 2nd revised edition, San Francisco.
- Schiersmann C., Thiel H. (2009): Organisationsentwicklung, Prinzipien und Strategien von Veränderungsprozessen, 1. Aufl., Wiesbaden.
- Schmelzer H., Sesselmann W. (2010): Geschäftsprozessmanagement in der Praxis, Kunden zufrieden stellen, Produktivität steigern, Werte erhöhen, 7. überarb. u. erw. Aufl., München.
- Schönsleben P. (2001): Integrales Informationsmanagement, Informationssysteme für Geschäftsprozesse - Management, Modellierung, Lebenszyklus und Technologie, 2. vollst. überarb. u. erw. Aufl., Berlin.
- Sidamgrotzki E. (1997): Change-Management im Krankenhaus, 1. Aufl., Lengwil.
- Stabell C., Fjeldstad Ø. (1998): Configuring value for competitive advantage: on chains, shops, and networks, in: Strategic Management Journal, Vol. 19, pp. 413 - 437.
- Terrahe M. (2010): Produktdefinition im Krankenhaus, in: Debatin J., Ekkernkamp A., Schulte B. (Hrsg.) (2010): Krankenhausmanagement, Strategien, Konzepte, Methoden, 1. Aufl., Berlin, S.49 - 62.
- Töpfer A., Albrecht M. (2006): Anforderungen, Schlüsselbereiche und Mitwirkende des Veränderungsmanagements, in: Albrecht M., Töpfer A. (2006): Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus, 15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken, 1. Aufl., Heidelberg, S. 581 - 602.
- Vera A., Kuntz L. (2007): Process-based organization design and hospital efficiency, in: Health Care Management Review, Vol. 32, Iss. 1, pp. 55 - 65.
- Walston S., Burns L., Kimberly J. (2000): Does Reengineering really work? An examination of the context and outcomes of hospital reengineering initiatives, in: Health Services Research, Vol. 34, No. 6, pp. 1363 - 1388.
- Weick K., Quinn R. (1999): Organizational Change and development, in: Annual Review of Psychology, Vol. 50, pp. 361 - 386.
- Wilhelm R. (2007): Prozessorganisation, 2. Aufl., München.

Woratschek H., Roth S., Pastowski S. (2002): Geschäftsmodelle und Wertschöpfungskonfigurationen im Internet, in: Marketing, Zeitschrift für Forschung und Praxis, Spezialausgabe „E-Marketing“, S. 57 - 72.

Zapp W. (Hrsg.) (2002): Prozessgestaltung im Krankenhaus, 1. Aufl., Heidelberg.

Ziegenbein R. (2001): Klinisches Prozeßmanagement, Implikationen, Konzepte und Instrumente einer ablauforientierten Krankenhausführung, Diss., Universität Münster (Westfalen), 1. Aufl., Gütersloh.

Zink K., Eberhard D. (2009): Typologisierung von Dienstleistungen, in: Zink K. (2009): Personal- und Organisationsentwicklung bei der Internationalisierung von industriellen Dienstleistungen, 1. Aufl., Heidelberg, S. 1 - 5.

## **Internetadressenverzeichnis**

Blum K., Löffert S., Offermanns M., Steffen P. (2010): Krankenhaus Barometer, Umfrage 2010, [http://www.dkgev.de/media/file/8607.2010\\_12\\_01\\_Krankenhaus\\_Barometer\\_gesamt.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/8607.2010_12_01_Krankenhaus_Barometer_gesamt.pdf), 20.08.2011.

Bundesministerium für Gesundheit (o. J.), Fallpauschalen, Glossarbereich, <http://www.bmg.bund.de/glossarbereich/f/fallpauschalen.html>, 20.08.2011.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006): Gesundheit in Deutschland, [http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc\\_pruef\\_verweise?p\\_uid=gastd&p\\_aid=74561289&p\\_fid=10861&p\\_ftyp=TXT&p\\_pspkz=D&p\\_sspkz=&p\\_wsp=&p\\_vtrau=4&p\\_hlp\\_nr=3&sprache=D&p\\_sprachkz=D&p\\_lfd\\_nr=261&p\\_news=&p\\_modus=2&p\\_window=&p\\_janein=J](http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_pruef_verweise?p_uid=gastd&p_aid=74561289&p_fid=10861&p_ftyp=TXT&p_pspkz=D&p_sspkz=&p_wsp=&p_vtrau=4&p_hlp_nr=3&sprache=D&p_sprachkz=D&p_lfd_nr=261&p_news=&p_modus=2&p_window=&p_janein=J), 20.08.2011.

Graupner H. (2006): Wie die Gesundheitsreformen das Krankenhaus-Sterben beschleunigen – Ein Rezept für den Kollaps, <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/wie-die-gesundheitsreformen-das-klinik-sterben-beschleunigen-ein-rezept-fuer-den-kollaps-1.902069>, 20.08.2011.

Henke R., Stüwe U., Montgomery F., Friebel H., Schulze J., Grifka J., Van Dyk, G., Klitzsch W., Fuchs C., Dückers A., Mass H., Rudolphi M. (2007): Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland, Folgen für die ärztliche Tätigkeit, [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Ergebnisbericht\\_final.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Ergebnisbericht_final.pdf), 20.08.2011.

Läscher K. (2007): Das große Schrumpfen, <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/krankenhaeuser-das-grosse-schrumpfen-1.889667>, 20.08.2011.

## **Abstract**

The introduction of Diagnosis Related Groups has significantly changed the German healthcare sector, particularly the financial situation of hospitals. In order to meet the new requirements and to streamline organizations, hospitals attempt to implement a process driven organization. First of all, this paper explains the basic theory of business processes and subsequently introduces the two methodologies Business Process Optimization and Business Reengineering. A case study is used to illustrate the courses of action of Business Reengineering. Finally, both methodologies and their applicability in hospitals are critically compared. This paper offers an overview of process theory and of two popular procedures for implementing a process organization in hospitals.

*Keywords: hospital, business process, business reengineering, BPR, business process optimization*

## **Kurzfassung**

Die Einführung der Diagnosis Related Groups hat in der deutschen Gesundheitsbranche starke Auswirkungen auf die finanzielle Situation von Krankenhäusern. Um den veränderten Rahmenbedingungen und den damit verbundenen Rationalisierungsansprüchen gerecht zu werden, versuchen Krankenhäuser eine Prozessorganisation einzuführen. Dieser Beitrag erläutert zunächst die Theorie zu Geschäftsprozessen und anschließend das unterschiedliche Vorgehen bei Geschäftsprozessoptimierungen und bei Business Reengineering. Das Vorgehen bei Business Reengineering wird exemplarisch an einem Fallbeispiel dargestellt. Abschließend werden beide Verfahren gegenübergestellt und für den Einsatz in Krankenhäusern kritisch verglichen. Dieser Beitrag bietet Akteuren im Krankenhausbereich einen Überblick über Prozesstheorie und die beiden gängigsten Verfahren der Prozessorganisation.

*Schlagwörter: Krankenhaus, Geschäftsprozess, Business Reengineering, BPR, Geschäftsprozessoptimierung*

---





[www.service4health.de](http://www.service4health.de)

Das Vorhaben wird unter dem Förderkennzeichen  
01FL10046 aus Mitteln des Bundesministeriums für Bil-  
dung und Forschung gefördert.

