

## Verbesserungsprozesse im Krankenhaus

M.F. Fischmeister

### Lernen im Krankenhaus:

Ständiges Lernen nimmt einen immer größer werdenden Stellenwert bei unserer beruflichen Tätigkeit ein. Während sich früher Lernen als ein Übernehmen des Wissens von älteren erfahrenen Chirurgen darstellte, und in einer von Autorität geprägten Kultur stattfand, haben wir es jetzt zusätzlich mit Lernen von Gruppen von Mitarbeitern und von ganzen Organisationseinheiten zu tun.

### Der Chef weiß alles:

Im autoritären Kontext war davon auszugehen, daß der Chef das operationale Wissen in allen medizinischen und organisatorischen Bereichen aufwies, also die Prozeß - Ownership (Lit 1) über alle Kernprozesse innehatte. Ein wesentliches Führungsinstrument war die Chain of command, die orientiert an militärischen Vorbildern etwa so ablief:

- 1 Befehl zur Arbeitsausführung
- 2 Wiederholung des Befehls durch den Mitarbeiter
- 3 Vollzugsmeldung durch den Mitarbeiter
- 4 Totale Kontrolle durch den Vorgesetzten

Das Ausführen der Anordnungen wurde mit organisatorischer Gewalt eingefordert. Kam es zum Auftreten eines Behandlungsfehlers, dann wurde im Hinblick auf die ärztliche Leitung gefragt, ob Kontrollverschulden, oder Auswahlverschulden oder Organisationsverschulden vorlag und im Hinblick auf den Mitarbeiter, ob er den Vorgesetzten rechtzeitig informiert, im Rahmen seines Delegationsbereichs gehandelt hat und die vorgeschriebenen Behandlungsregeln eingehalten hat (Lit. 2). Immer aber wurde entsprechend der Rechtstradition ein Schuldiger gesucht und auch gefunden.

### Angst lähmt die Organisation:

Angst war ein wesentliches Organisationskriterium und hat die bekannten psychologischen Konsequenzen (Lit.3) gezeitigt: Entscheidungsschwäche bis hin zur Autosabotage (Longmire) und rechtfertigendes Verhalten bis hin zur inneren Emigration. Von Prof. Reinhart Höhn (Bad Harzburger Modell) stammt im Hinblick auf diese Situation von untergebenen Mitarbeitern der Satz: "es ist das Recht des Hasen sich im Kohl zu verstecken..."

### Mitarbeiter sind kreativ und leistungsbereit:

Douglas MacGregor, Professor an der School of Industrial Management des Massachusetts Institute of Technology hat schon

1960 mit der Theorie X und Y dieses autoritär punitive Führungs - Modell in Frage gestellt. Er meinte damals: "The philosophy of management by direction and control - regardless wether it is hard or soft - is inadequate to motivate because the human needs on which this approach relies are relatively unimportant motivators of behaviour in our society today" (Lit.4). Akihiro Morita (Chairman von Sony) bemerkte im Hinblick auf eine moderne Betriebsführung: "A company will get nowhere if all the thinking is left to management". Heute spricht man vom intellektuellen Kapital eines Unternehmens und meint damit die Kreativität, das Wissen und die Leistungsbereitschaft der Gesamtheit aller Mitarbeiter.

#### Das Instrumentarium zur Verbesserung

Von Deming und Shewhart (Lit. 5) stammt der PDCA (plan, do, check, act) Zyklus, der allen wesentlichen neueren Ideen von Verbesserungsprozessen zugrunde liegt. Nach der Ausformung von Langle, Nolan, Norman und Provost (Lit. 6) bestehen Verbesserungsprozesse aus

1. Einer Planungsphase, in der Veränderungen vorbereitet werden,
2. Einer Handlungsphase, in der die Veränderungen vorgenommen und begleitende Daten gesammelt werden
3. Einer Auswertungsphase, in der die getesteten Veränderungen analysiert werden und
4. Einer Implementierungsphase, in der die gefundenen Verbesserungen definitiv eingeführt werden.

Es gilt bei allen Verbesserungsprozessen die folgenden Fragen zu beantworten:

Was will ich denn erreichen?

Wie weiß ich, daß eine Veränderung eine Verbesserung ist?

Welche Veränderungen sind möglich?

Was will ich erreichen?

Aus ärztlicher Sicht kann die Antwort auf die erste Frage nur sein: zufriedene Patienten zu erzeugen und das in einem sinnvollen ökonomischen Rahmen zu tun.

Wie weiß ich, daß eine Veränderung eine Verbesserung ist?

Diese Frage, gehört zu den in der Medizin am besten untersuchten. Mit der Disziplin der klinischen Epidemiologie (Lit. 7) und der Bewegung einer Evidence based Medicine (Lit. 8) ist es gerade in den letzten Jahren zu wesentlichen Fortschritten gekommen. Unter dem Eindruck moderner Outcome - Forschung (Clinimetrics) (Lit. 9) verschob sich der Schwerpunkt von physiologischen Parametern (in der Unfallchirurgie etwa Achsenfehlstellungen von Extremitäten nach Ausheilung knöcherner Verletzungen gemessen in Graden) zu Patienten-nahen Parametern (Funktionsscore, Visuell analoge Skalen, Patienten - Fragebögen) (Lit. 10).

Die randomisiert kontrollierte Studie ist das vorzüglichste Instrument zur Wissensgewinnung in der Medizin - aber an einer unfallchirurgischen Abteilung nur in Form von offline Projekten möglich. Der organisatorische und finanzielle Aufwand dafür ist beträchtlich und der normale Dienstbetrieb wird erheblich belastet.

Das von Nolan vorgeschlagene Modell für Verbesserungsprozesse entspricht im medizinischen Bereich einer COHORT Studie mit historischen Kontrollen und ist online auch im normalen Dienstbetrieb durchführbar. Im UKH Linz sind derartige Studien in den letzten Jahren im Rahmen der Verbesserung der Schmerzbehandlung von stationären Patienten und im organisatorischen Bereich zur Verbesserung der Kommunikation bei der Visite durchgeführt worden.

Die schnellste Art und Weise Veränderungen und somit auch Verbesserungen in Organisationen zu erkennen, besteht in der statistischen Prozeßkontrolle. Darunter versteht man eine Mischung aus Managementphilosophie, statistischen Methoden und graphischen Werkzeugen (Lit 11,12). Im UKH Linz wurde im letzten Jahr ein Monitoring der Operationszeiten bei Hüftoperationen durchgeführt und die Ergebnisse am Jahreskongreß 2000 der ÖGU vorgestellt.

Welche Veränderungen sind möglich?

Die Antwort ist sehr abhängig vom organisatorischen Umfeld. Für Projekte im Rahmen der Qualitätsverbesserung gilt, daß mit zusätzlichen Mitteln - leistungsfähigerer apparativer Ausstattung (Beispiel: MRI), wirksameren Medikamenten (Beispiel: COX 2 Antagonisten), besserer personeller Ausstattung (Beispiel: mehr ärztliche Mitarbeiter ermöglichen eine intensivere persönliche Betreuung) - die Qualität immer verbessert werden kann. Ein Projekt wird aber erst dann wertvoll, wenn das Handlungsziel Qualitätssteigerung mit geringeren Kosten erreicht wird.

Innovationen kosten Geld

Auch für finanzielle Investitionen im Rahmen von Verbesserungsprozessen in gemeinnützigen Organisationen sind sechs Informationen notwendig: Die Renditenerwartung, die Amortisation, die erwartete Lebensdauer, wenn es sich um Sachanlagen handelt, das auf den Kalkulationszeitpunkt abgezinste Endkapital, die Abschätzung des Risikos der Unterlassung oder Zurückstellung der Innovation, Kosten und Risiken eines Fehlschlages und Opportunitätskosten (Erträge aus alternativen Investitionsmöglichkeiten) (Peter Drucker). Bei gedeckelten Budgets muß man zusätzlich die Frage stellen: Aus welchem Bereich, in den jetzt Mittel fließen, sollen Mittel abgezweigt werden, um ein neues Projekt - eine andere verbessernde Maßnahme zu finanzieren. Oder anders ausgedrückt, was kann oder will ich nicht mehr tun, damit ich etwas anderes Neues machen kann. Es ist

nicht sinnvoll diese Entscheidungen nur Politikern oder Verwaltungsdirektoren zu überlassen.

*Veränderung ist ein sozialer Prozeß*

Die Frage, warum es zu keiner Veränderung kommt, obwohl eigentlich allen Beteiligten klar ist, daß sie notwendig sind, zeigt ein weiteres Problem auf. Selbst einfache Verbesserungsprozesse beinhalten Veränderungen für die Mitarbeiter auch im ganz persönlichen Bereich. So kann ein Teil ihrer beruflichen Erfahrung wertlos werden oder ein Teil ihrer persönlichen Identität verloren gehen.

Man kann Veränderungsprozesse in drei Stadien (Lit. 13) einteilen:

Der Abschied aus der gewohnten Handlungsweise, die Phase der Neutralität und schließlich das Stadium des Neubeginns.

In der ersten Phase ist es ganz wichtig mit den Beteiligten respektvoll die Vergangenheit hinter sich zu lassen, aber auch Wertvolles in die Zukunft mitzunehmen. In der Zone der Neutralität kommt alles In Bewegung, die Rollen werden neu verteilt, die Prozesse neu gestaltet. Hier ist es notwendig mit den Mitarbeitern engen Kontakt zu halten, und ihnen zu vermitteln, daß man sie in ihren Bedürfnissen wohlwollend unterstützt. Beim Neubeginn kommt es darauf an neue Werte, neue Gewohnheiten und neues Verhalten vorzuleben, Situationen des Lernens zu ermöglichen und dieses neue Verhalten auch zu belohnen und damit zu verstärken.

*Bewährung und Chance*

Verbesserungs- und Veränderungsprozesse im Krankenhaus sind für alle Beteiligten Zeiten der Herausforderung. Sie bieten Gelegenheit zur Bewährung und die Chance auf die Zukunft aktiv und gestaltend einzuwirken.

*Literatur*

1 *Beyond Reengineering*

Michael Hammer

Harper Collins, London, 1996

2 *Das tägliche Brot des Managements*

Reinhard Höhn

Verlag wvt Bad Harzburg 1983

3 *Driving Fear out of the Workplace*

Kathleen D. Ryan, Daniel K Oestreich

Jossey Bass Publisher San Francisco 1991

4 *The Human Side of Enterprise*

Douglas McGregor

McGraw - Hill Book Company 1960

5 *Out of the Crisis*

W. Edwards Deming

MIT Press, Cambridge Massachusetts 1982

6 *The Improvement Guide*

Gerald J Langley, Kevin M Nolan, Thomas W Nolan, Clifford L Norman, Lloyd P Provost,

Jossey Bass Publisher San Francisco 1996

7 *Clinical Epidemiology, the Architecture of Clinical Research*

Alvan R. Feinstein

WB Saunders, Philadelphia, 1986

8 *Evidence-based Medicine*

DL Sackett, WS Richardson, W Rosenberg, RB Haynes

Churchill Livingstone 1997

9 *Clinometrics*

Alvan R. Feinstein

Yale University Press, New Haven, London, 1987

10 *Patientenbefragungen in der Praxis*

M.F. Fischmeister, L. Angerer

Tagungsband: Qualität bewegt, 5. Internationales Symposium  
Qualität im Gesundheitswesen, AUVA, ISBN 3-900 608-36-9

11 *Enhancing causal interpretations of quality improvement interventions*

Cable G

Quality in Health Care 2001;10:179-186

12 *Modern Methods for Quality Control and Improvement*

Wadsworth HM, Stephens KS, Godfrey AB

John Wiley&Sons New York 1986

13 *Leading Transition: A New Model for Change*

William Bridges, Susan Mitchell

Leader to Leader 16 (2000)

The Peter F. Drucker Foundation for Nonprofit Management

Dr. Martin F. Fischmeister

Unfallkrankenhaus

Blumauerplatz 1

4020 Linz

05.02.2002