3. Jahrgang
November
2010
ISSN 1868-1093

Professional PROCESS

Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen

Methoden der standardisierten Prozessanalyse

Strukturierte Prozessoptimierung nach Plan

Prozessevaluation anhand von Kennzahlen

GIT VERLAG
A Wiley Company
www.gitverlag.com

Der Optimierungsmanager

Kundenorientierte Verfahren und Methoden zur Verbesserung von Abläufen in der Patientenversorgung

Fast jede Interessengruppe eines Unternehmens sieht Möglichkeiten zur Verbesserung von Arbeitsabläufen in ihrem Unternehmen aus einer anderen Perspektive. Dabei spielen auch persönliche Präferenzen eine gewisse Rolle. Optimierungsprojekte laufen jedoch Gefahr von vornherein aus dem Ruder zu geraten, sollte die Priorisierung der vorhandenen Verbesserungspotenziale ausschließlich subjektiv erfolgen. Erfolg versprechen dagegen solche Methoden, welche die jeweils direkt betroffene Kundensicht einnehmen und somit die Perspektive objektivieren. Wenn die Mitarbeiter als interne Kunden die Veränderungen aktiv mitgestalten können, wird zudem ein wichtiger Gedanke des Change Managements aufgegriffen.

Christoph Bröcker

Julia Wüst

Generell zielt eine Prozessoptimierung auf die Beseitigung von Ertrags- beziehungsweise Kostenproblemen und eine Steigerung der Effizienz ab. Wenn man vom ökonomischen Minimalprinzip ausgeht, bedeutet das, dass der Ertrag – zumindest pro Patient – durch eine Fallpauschale fixiert ist, und damit vorwiegend eine Kostensenkung erreicht werden soll. Auf der anderen Seite bedeutet eine qualitativ hochwertigere Versorgung durch optimierte Prozesse im Idealfall einen Imagegewinn und mindestens die Sicherung der Fallzahlen oder eine Erhöhung dieser zur Ausschöpfung des vereinbarten Budgets.

Der OptimierungsManager kombiniert Methoden der Prozessoptimierung mit Change Management Aspekten (Vermeidung des Widerstandspotenzials, evolutionäre Veränderungsstrategien) und ermöglicht dadurch eine effiziente und erfolgreich umgesetzte Veränderung der Ablauforganisation. Es geht darum, objektiv zu entscheiden, welche Verbesserungspotenziale vorrangig beachtet werden sollen und welche umfassend kundenorientierten, optimalen Lösungen umgesetzt werden können. Das bedeutet, dass die direkt betroffenen internen und externen Prozesskunden des Krankenhauses bei der Optimierung der Abläufe berücksichtigt werden müssen. Die Beachtung interner Prozesskunden entspricht dem Konzept des Total Quality Management (TQM). Hierbei wird eine Qualitätsmentalität gefordert, die im laufenden Prozess der Leistungserstellung die einzelne Abteilung zuerst als Kunden betrachtet, der eine Leistung von einer anderen Abteilung erhält und der im weiteren Prozessverlauf als Lieferant für die nächste Abteilung fungiert.[1]

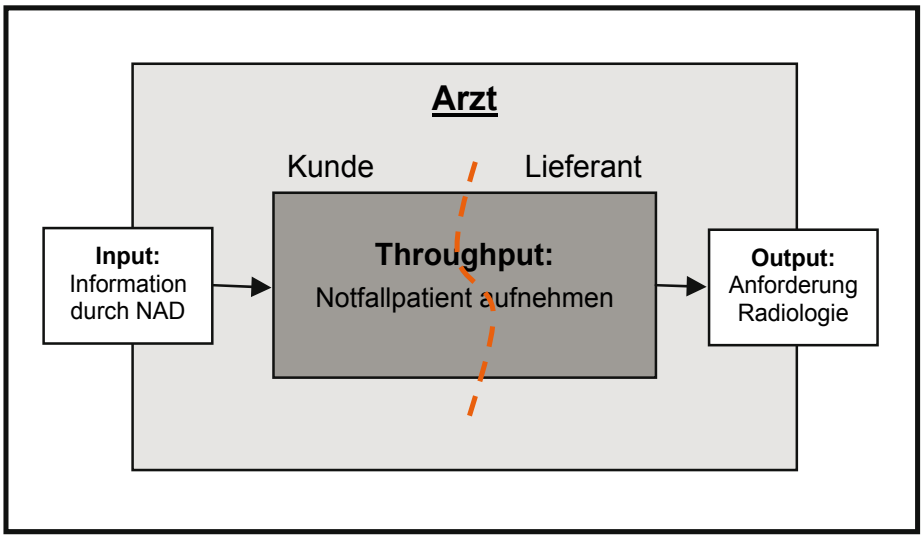

Abb. 1: Interne Kunden-Lieferanten-Beziehung im Krankenhaus

Im dargestellten Beispiel ist der Arzt in der Notfallambulanz Kunde und Lieferant in einer Person. Kunde ist er zum Zeitpunkt der Informationsweitergabe durch den Nichtärztlichen Dienst (NAD). Damit der Arzt gute Arbeit leisten kann, muss die Information durch den NAD zur richtigen Zeit, am richtigen Ort und in der richtigen Güte an den Arzt weitergeleitet werden. Der Arzt wiederum ist dafür verantwortlich, die Information in der gleichen Qualität an die Radiologieabteilung weiterzugeben.

Durch die transparente Darstellung des Verbesserungsprozesses, welche die Begründungen für getroffene Entscheidungen detailliert aufzeigt und nachvollziehbar macht, wird eine breite Akzeptanz der Veränderung erreicht. Dies wird unterstützt durch die aktive Beteiligung der Organisationsmitglieder in einem interdisziplinären, hierarchie- und bereichsübergreifend besetzten Optimierungsteam.

Abb. 2: OM und das ganzheitliche IWiG® 5 Phasen Modell

Prozessoptimierung im Rahmen des IWiG® 5 Phasen Modells

Der OptimierungsManager unterstützt die Anwender methodisch strukturiert dabei, vorhandene Verbesserungspotenziale zu analysieren und Prozesse kundenorientiert zu gestalten. Das Verfahren betrifft somit hauptsächlich die Phasen 2 und 3, sowie teilweise Phase 4 des IWiG® 5 Phasen Modells.

Nach transparenter Darstellung der Prozesse innerhalb der Phase 1 und Erstellung einer Prozesskostenrechnung, erfolgt in Phase 2 die Identifizierung, Untersuchung und Bewertung von Verbesserungspotenzialen in den Abläufen. Ziel ist es, Ursachen von Problemen zu erkennen, die Optimierungspotenziale objektiv zu bewerten und eine Rangliste der primär umzusetzenden Verbesserungsmöglichkeiten zu erstellen.

Aus den Ergebnissen der Analyse, in Kombination mit den Unternehmenszielen, werden innerhalb der Prozessgestaltung (Phase 3) Soll-Prozesse und Lösungen für einzelne Prozessleistungen abgeleitet. Dies unterstützt das Krankenhaus künftig bei der Steigerung der Wertschöpfung. Auf dieser Grundlage wird eine Reorganisation beziehungsweise ein Neuaufbau der Prozesse vorgenommen. Prozessoptimierung soll sich am Ziel der Kundenorientierung im Sinne eines Qualitätsmanagements orientieren, somit kann ein direkter Zusammenhang gesehen werden, wenn interne und externe Kundenanforderungen in die Optimierung mit einbezogen werden. Die Notwendigkeit für Optimierungsmaßnahmen ergibt sich dementsprechend aus der Nichterfüllung von Zielvorgaben, ineffizienten Abläufen und Abweichungen von Kundenanforderungen.

Bei der Reorganisation von klinischen Prozessen werden - unter Verwendung der Prozessdokumentation - die festgestellten Verbesserungspotenziale umgesetzt. Im Gegensatz hierzu bedeutet der Neuaufbau von klinischen Prozessen, dass der gesamte Prozessablauf inklusive des Ergebnisses in Frage gestellt wird.[2] Unabhängig von den bestehenden Abläufen wird dann ein Alternativprozess gestaltet. Gründe für eine Neugestaltung sind in der signifikanten Nichterfüllung von Zielvorgaben zu sehen.

Innerhalb der Phase 4 werden die erarbeiteten Alternativprozesse und Lösungsvorschläge dem Entscheidungsgremium präsentiert und nach Genehmigung umgesetzt. Der Präsentation vor dem Entscheidungsgremium dienen die dokumentierten und nachvollziehbaren objektiven Entscheidungen aus den Phasen 2 (Analyse) und 3 (Prozessgestaltung).

In Phase 5 fließen Kennzahlen aus den Methoden der Prozessgestaltung ein, die eine kontinuierliche Überprüfung der optimierten Prozesse anhand von quantifizierbaren Werten ermöglichen. Beispielsweise kann die Menge des eingesetzten Personals innerhalb eines bestimmten Prozesses oder die maximale Durchlaufzeit festgelegt und laufend oder stichprobenartig überprüft werden. Bei Feststellung dauerhafter oder

FMEA-Med — Einrichtung: St. Marien-Hospital Borken GmbH

Projektbezeichnung: schnittstellenübergreifende Prozessoptimierung ZAD

Zu analysierender Prozessaspekt: situative und terminierte Aufnahme — Stand: — Datum:

Fehleranalyse und Risikobeurteilung

Lfd. Nr.	Möglicher Fehler	Mögliche Fehlerfolge	Kunde	B	Mögliche Fehlerursache	Vermeidungsmaßnahme	A	Entdeckungsmaßnahmen	E	RPZ I
1	**Kurven sind nicht vorbereitet oder fehlen**	Wartezeit	Patient	2,67	fehlende Absprachen	Checkliste / Packliste	2,67	EDV- Eintrag (Kurve fertig) mit Kürzel	2,50	17,78
2	Kurven sind nicht vorbereitet oder fehlen	Zeitverzögerung	Station	2,00	Personalmangel (Zivi)	Arbeitsgruppe	2,67		1,67	8,89
3	**Karteikarten werden nicht gefunden**	Wartezeit	Patient	2,67	mehrere Bearbeitungsorte	einen Tag vorher vorbereiten	3,33	Terminliste / Vorbereitung d. Sprechstunde	2,00	17,78
4	Karteikarten werden nicht gefunden	Informationsverlust	ndg. Arzt	2,33	Alphabetische Sortierung	Farbkodierung (1. beiden Buchstaben)	2,33		2,17	11,80
5	Karteikarten werden nicht gefunden	Dokumentations-aufwand	Verwaltung	3,00	Pat. ist nicht im Terminbuch eingetragen		1,67		3,67	18,33
6	**Verschieben von Verantwortungen z.B. beim Ausfüllen von Dokumenten (viele Personen arbeiten an einem Dokument)**	Dokumentations-aufwand	Verwaltung	2,33	fehlende Standards (NAD und AD)	Arbeitsgruppe	2,00	mündliche Absprachen	3,33	15,56
7	Verschieben von Verantwortungen z.B. beim Ausfüllen von Dokumenten	Informationsverlust	ndg. Arzt	2,83	Unsicherheit, unzureichende Schulungen		1,83		3,33	17,31
8	Verschieben von Verantwortungen z.B. beim Ausfüllen von Dokumenten	Zeitverzögerung	Station	2,50	Motivationsproblem		2,50		3,67	22,92
9	Verschieben von Verantwortungen z.B. beim Ausfüllen von Dokumenten	Ressourcen-verbrauch	KH	1,83			0,50		0,00	0,00
10	**Dokumentation doppelt (Papier und PC) / nicht vollständig**	Wartezeit	Patient	2,83	unklare Strukuren (wer dokumentiert wann wie und wo)		3,33		2,67	25,19
11	Dokumentation doppelt / nicht vollständig	Zeitverzögerung	Verwaltung	2,83	PC- Dokumentation reicht nicht aus		3,00		2,17	18,42
12	Dokumentation doppelt / nicht vollständig	Zeitverzögerung	Sekretariat	2,67			0,50		0,00	0,00
13	Dokumentation doppelt / nicht vollständig	Zeitverzögerung	ndg. Arzt	2,67			0,50		0,00	0,00
14	Dokumentation doppelt / nicht vollständig	Zeitverzögerung	Station	2,33			0,50		0,00	0,00

Abb. 3: FMEA- Med

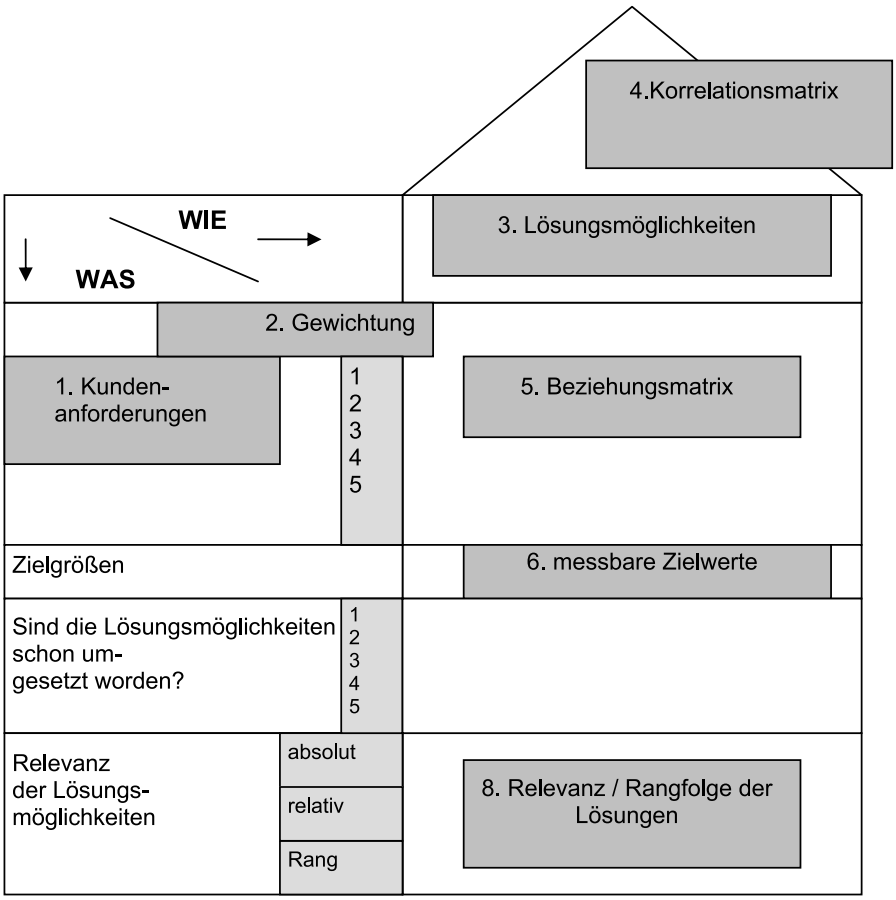

Abb. 4: QFD – House of Quality [4]

extremer Abweichungen startet der Kreislauf erneut. Somit wird ein kontinuierlicher automatisierter Verbesserungsprozess in Gang gesetzt und methodisch unterstützt.

Die Methoden des Optimierungsmanagements

Die Software ClipMed® OM [Der OptimierungsManager] bietet dem Nutzer die Möglichkeit, die Prozessoptimierung mit Hilfe interdisziplinär besetzter, bereichs- und hierarchieübergreifender Workshops durchzuführen. Sie werden empfohlen, um die Veränderung der Abläufe, orientiert am Change Management – Gedanken, umzusetzen, denn dadurch werden beteiligte Mitarbeiter intensiv in die Prozessoptimierung eingebunden und das Widerstandspotenzial verringert. Die Anwendung liefert das gesamte notwendige Material für das Projektmanagement: die Projektplanung, die Projektorganisation, die Projektdurchführung und die Dokumentation.

Innerhalb des OptimierungsManagers werden Methoden und Instrumente aus dem Bereich des Qualitätsmanagements, wie die Fehler-Möglichkeits-und-Einfluss-Analyse (FMEA) und Quality Function Deployment (QFD) eingesetzt. Zusätzlich erfolgt der Einsatz unterstützender Methoden zur Bewertung des wahrscheinlichen Lösungsaufwands (LAWA) und zur Prozessgestaltung mit der Kaizen- Fragetechnik „Sechs W".

Die Fehler-Möglichkeits-und-Einfluss-Analyse (FMEA) wurde für das Optimierungsmanagement aus den bisher bestehenden FMEA-Arten entwickelt. Hieraus entstand die FMEA-Med mit dem Ziel „[...] vorhandene und potenzielle Prozessfehler im Krankenhaus zu erkennen, zu bewerten und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung dieser Fehler zu entwickeln."[3] Die FMEA kann sowohl präventiv als auch zur Korrektur bestehender Probleme eingesetzt werden. Im Rahmen der Prozessanalyse wird sie vor allem als korrektive Maßnahme retrospektiv eingesetzt, dabei dient sie insbesondere der Fehleranalyse und -bewertung und der Erstellung einer Rangliste der aus Kundensicht wichtigsten Verbesserungspotenziale.

Die Methode Quality Function Deployment (QFD) findet bisher hauptsächlich im industriellen Bereich Anwendung und ist im Gesundheitswesen noch nicht weit verbreitet. Auch diese Methode dient im Optimierungsmanagement primär der retrospektiven Verbesserung von vorhandenen Optimierungspotenzialen. QFD fragt in erster Linie, welche Anforderungen die betroffenen Kunden an den Prozessschritt stellen, welche Lösungsmöglichkeiten existieren, in welchem Ausmaß die Lösungsmöglichkeiten die Anforderungen erfüllen können und ob die Lösungsmöglichkeiten sich untereinander beeinflussen können, bei gleichzeitiger Umsetzung.

Zur Bewertung des wahrscheinlichen Lösungsaufwandes wird die vom IWiG entwickelte Methode LAWA (Lösungs-Aufwands-Wahrscheinlichkeits-Analyse) eingesetzt. Das Prinzip der LAWA ist eine Einteilung in vier, jeweils unterschiedlich gewichtete, Aufwandsdimensionen mit darunter liegenden Kriterien, die mit Hilfe einer vorgegebenen Skala bewertet werden:

- materielle Investitionen / mobile und immobile Sachgüter (Kriterien: bauliche Maßnahmen, Betriebs- und Geschäftsausstattung)
- immaterielle Investitionen / Dienstleistungen (Kriterien: Software, Aus- / Fortbildungskosten, Neueinstellungen, Externer Beratungsaufwand)
- Kunden / Marketing und Information (Kriterium: Informationsaufwand – wie viel muss in die Information von externen, aber auch internen Kunden investiert werden um die Veränderungen zu kommunizieren?)
- Organisation / Struktur / Management (Kriterien: Motivationsaufwand, Zeitaufwand, Organisatorischer Aufwand – muss die Organisationsstruktur zur Lösung des Problems verändert werden? Müssen zum Beispiel neue Hierarchien erstellt oder abgebaut werden, entstehen neue Stellen innerhalb der Organisation oder neue Teams? Welche Schnittstellen müssen im Zusammenhang mit der Problemlösung beachtet werden. Liegt die zu lösende Ursache des Problems eventuell nicht in der betrachteten Abteilung, sondern ist ein Problem, dass von einer Schnittstelle ausgeht? – Wie aufwändig ist hier die Kommunikation zur Problemerkennung und -lösung?)

Die alternative Methode zum QFD entwickelt eine Lösung gezielt anhand einer tiefer gehenden Ursachenforschung und Überprüfung durch die Fragetechnik ‚Sechs W'. Dazu wird zuerst untersucht, an welcher Stelle im Geschäftsprozess die Fehler und Fehlerursachen zu finden sind, um an diesen Stellen oder möglicherweise zu einem

früheren oder späteren Zeitpunkt Maßnahmen ergreifen zu können. Für diese Überprüfung wird der dokumentierte Prozess benötigt. Die Fragen zur Reflexion bieten in dem Zusammenhang eine Hilfestellung bei der Lösungsfindung an.

IST	SOLL
Wer macht es / Wer ist verantwortlich?	Wer sollte es machen / Wer kann es sonst machen?
Was wird gemacht?	Was kann sonst gemacht werden?
Wann wird es gemacht?	Wann kann es sonst gemacht werden?
Warum wird es so gemacht?	Warum nicht anders?
Wo wird es gemacht?	Wo kann es sonst gemacht werden?
Wie wird es gemacht?	Wie kann es sonst gemacht werden?

Tab. 1: Sechs W-Fragetechnik

Prozessoptimierung im St. Marien-Hospital Borken GmbH

Das St. Marien-Hospital Borken GmbH ist ein freigemeinnütziges Akutkrankenhaus der Schwerpunktversorgung und verfügt über 327 Planbetten und zehn Plätze in einer geriatrischen Tagesklinik. Seit 2007 gehört das Haus zu einem Klinikverbund mit insgesamt fünf Kliniken. 2007 eröffnete die Zentrale Aufnahme- und Diagnostik- Abteilung (ZAD) des Hauses, welches 1845 gegründet und in den 1980er Jahren neu gebaut wurde. Die ZAD besteht aus vier medizinischen Bereichen: Sprechstunde, Diagnostik (ohne Radiologie), Notfallambulanz sowie dem Aufnahmebereich. Zusätzlich erfolgt eine zentrale Anmeldung an der Rezeption. Der Rezeption angeschlossen sind das administrative Aufnahmebüro, die OP- Terminvergabe und das Bettenmanagement. Organisatorisch geleitet wird die ZAD traditionell dreigeteilt durch eine ärztliche, pflegerische und kaufmännische Leitung.

Innerhalb der ZAD wird der gesamte Aufnahmeprozess abgewickelt. Dies betrifft insbesondere im Rahmen elektiver Aufnahmen die Indikationsstellung, (OP-) Terminvergabe, prä-stationäre / stationäre Aufnahme einschließlich Koordination von Radiologie und Anästhesie, Bettenplanung, administrative Aufnahme sowie unabhängig vom elektiven Aufnahmeprozess Diagnostik und Notfallambulanz. Hierbei sollen der Patient und die entsprechenden Dokumente so vorbereitet werden, dass die nachfolgenden Fachabteilungen von diesen Aufgaben entlastet werden. Das aus verschiedenen Bereichen des Krankenhauses neu zusammengestellte Team der ZAD sowie die neuen Aufbau- und Ablaufstrukturen sorgten zunächst für Reibungspunkte und gaben einhergehend mit Patientenbeschwerden und Beschwerden der nachfolgenden Fachabteilungen Anlass für ein initiales Prozessoptimierungsprojekt.

Prozessanalyse

Innerhalb der Phase 1 wurden während der Zusammenarbeit zwischen dem St. Marien-Hospital Borken GmbH und dem IWiG durch Hospitation zunächst die elektiven und situativen Aufnahmeprozesse der ZAD identifiziert und modelliert. Zudem erfolgte die Ermittlung von Verbesserungspotenzialen, die den entsprechenden Prozessen zugeordnet wurden.

Die weitere Analyse erfolgte in interdisziplinären, hierarchie- und bereichsübergreifend besetzten Workshops im Anschluss an die Hospitation. Die Auswahl der relevanten, zu optimierenden Prozesse ist eine der zentralen Aufgaben des OptimierungsManagers und erfolgt anhand wissenschaftlich entwickelter, objektiver Methoden.

Durch die FMEA (Fehler- Möglichkeits- und Einfluss- Analyse) wurde zunächst eine Untersuchung der Verbesserungspotenziale vorgenommen. Mit Hilfe der FMEA konnten die Problembereiche der ZAD kundenorientiert auf Ursachen und mögliche Fehlerfolgen untersucht und bewertet werden. Anschließend erfolgte eine Gewichtung um festzustellen, wie hoch das Verbesserungspotenzial aus Sicht des betroffenen internen oder externen Kunden zu bewerten ist.
Bewertet werden

- die Bedeutung des Verbesserungspotenzials für den Kunden,
- die Häufigkeit des Auftretens von Fehlern und
- die Wahrscheinlichkeit der Fehlerentdeckung

jeweils auf einer Skala von eins bis fünf. Jeder Workshopteilnehmer gewichtet dadurch die einzelne Schwachstelle ohne primär seine eigenen subjektiven Empfindungen in die Bewertung einfließen zu lassen. Eine im Durchschnitt ermittelte Risikopriorität szahl (RPZ) zeigt im Anschluss die Verbesserungspotenziale in einer Rangfolge, nämlich die wichtigsten Optimierungspotenziale aus Sicht der Prozesskunden.

Anschließend wird mit Hilfe der durch das IWiG entwickelten LAWA (Lösungs- Aufwands- Wahrscheinlichkeits- Analyse) eruiert, wie hoch der mögliche Lösungsaufwand aus dem Blickwinkel verschiedener Dimensionen, wie zum Beispiel bauliche Maßnahmen, Aus- und Fortbildung, Neueinstellungen einzuschätzen ist. Hierbei bewerten die Workshopteilnehmer eine Auswahl der wichtigsten Optimierungspotenziale nach Durchführung der FMEA. Jedes Teammitglied bewertet bei dieser Methode das jeweilige Verbesserungspotenzial nach dem geschätzten Aufwand, den eine Lösung mit sich bringen könnte. Aus der zweiten Analyse entsteht eine weitere Rangliste, an deren erster Stelle das wichtigste Verbesserungspotenzial mit dem geringsten Lösungsaufwand steht.

Die Kombination der beiden Methoden FMEA und LAWA im Rahmen der Prozessanalyse zeigt objektiv auf, welche Problembereiche zuerst behandelt werden sollten, weil sie wichtig aus Sicht der Kunden und schnell lösbar sind. Gleichzeitig werden die Ergebnisse der Analyse dokumentiert, wodurch eine Bündelung der Erfahrungen erfolgt und nachvollziehbar deutlich wird, warum diese und nicht andere Bereiche zuerst optimiert werden sollen.

Prozessgestaltung

Anschließend erfolgte im Rahmen desselben Optimierungsteams die Entwicklung des besten Lösungsweges zur Verbesserung des Prozessverlaufs hinsichtlich Qualität, Kosten und Zeit. Dazu wurden die ersten Verbesserungsmöglichkeiten der Rangliste nach LAWA ausgewählt, beispielsweise Verbesserungspotenziale hinsichtlich der Wartezeit in der elektiven Patientenaufnahme durch zeitgleiche Dienste der Aufnahmeärzte als Notarzt und Aufnahmearzt.

Im Workshop Prozessgestaltung wurde die Methode QFD (Quality Function Deployment) auf Verbesserungspotenziale angewandt, die aufgrund vieler verschiedener Prozesskunden eine Vielzahl von Kundenanforderungen aufweisen und deren Ziel nicht eindeutig feststand. QFD bietet eine

Einrichtung:	St. Marien-Hospital Borken GmbH	**Datum:**	03.06.2009
Anwesende:	…		
Fehleranalyse			
Fehler / Problem:	OP- Unterlagen fehlen zu OP- Beginn		
An welcher Stelle im Pfad tritt der Fehler auf?	vor OP- Beginn - nach Einschleusung		
An welcher Stelle liegt die Ursache?	Hauptprozess ZAD terminiert - prästationäre Aufnahme - ärztliche Aufnahme vorbereiten, durchführen, nachbereiten		
Reflexionsfragen (Hilfe bei der Lösungsfindung)			
Wer macht es? / Wer ist verantwortlich?	Arzt verantwortlich f. Unterschrift, NAD kontrolliert per OP- Checkliste	*Wer sollte es machen / Wer kann es noch machen?*	Station zur 2. Kontrolle/ Empfangs-bestätigung (Pflege / Arzt?)
Was wird gemacht?	Checkliste	*Was kann noch gemacht werden?*	zusätzlich Kürzel + Konsequenzen
Wann wird es gemacht?	bevor Pat. die ZAD verlässt - im Anschluss an prästationäre Aufnahme	*Wann kann es sonst / noch gemacht werden?*	im Pflegegespräch
Warum wird es so gemacht?		*Warum nicht anders?*	
Wo wird es gemacht?		*Wo kann es noch gemacht werden?*	
Wie wird es gemacht?		*Wie kann es noch gemacht werden?*	
Lösungsvorschlag			
Vereinbarung / Entscheidung:	Checkliste überarbeiten und 2. Kontrollinstanz auf der Station zur Empfangsbestätigung der Unterlagen einrichten		

Aktion / Aufgabe / Maßnahme	**Verantwortlicher**	**Termin**
vorhandene OP- Checkliste überarbeiten	Frau X.	10.06.2009
Checkliste OP- Planung bzgl. der vorhandenen Röntgenbilder für die Sprechstunde	Herr Dr. Y.	

Abb. 5: Sechs W

Möglichkeit, systematisch kundenorientierte Lösungen zu finden. Dies erfolgt zunächst durch die Ermittlung von Anforderungen der jeweils betroffenen internen und externen Kunden an den zu verbessernden Prozess. Innerhalb des ausgewählten Optimierungspotenzials wurden beispielsweise Anforderungen des Patienten, der Radiologie und der Station an den Prozess der elektiven medizinischen Aufnahme ermittelt und aus Sicht der jeweiligen Kunden gewichtet. Im Anschluss erfolgte eine Gegenüberstellung der Anforderungen mit möglichen Lösungsvarianten durch Bewertung einer möglichen Korrelation der Lösungsmöglichkeiten untereinander und zu welchem Grad der jeweilige Lösungsvorschlag alle Anforderungen erfüllen kann.

Letztendlich wurde diejenige Lösungsmöglichkeit ermittelt, welche geeignet ist, sämtliche aus Kundensicht wichtigen Anforderungen zu erfüllen ohne dabei andere Lösungswege zu blockieren oder deren Umsetzung zu erschweren. Im Beispielfall wurde die Verlegung der terminierten elektiven Aufnahmen in die Nachmittagsstunden durch QFD präferiert, da hierdurch sämtliche hoch gewichtete Kundenanforderungen erfüllt werden können und diese Lösungsmöglichkeit keine anderen Lösungen negativ beeinflusst.

Verbesserungspotenziale mit von vornherein klar definierten Kundenanforderungen und Zielen wurden mit der gezielten und systematisierten Fragetechnik „Sechs W" erarbeitet. Hierbei wurde zuerst anhand des dokumentierten Ablaufs untersucht, in welchem Teilprozess der Fehler auftritt und an welcher Stelle die Fehlerursachen zu suchen sind. Im Anschluss reflektierte das Optimierungsteam mit Hilfe der Sechs W-Fragen (wer, was, wann, warum, wo und wie), in welcher Form Veränderungen eine Verbesserung des Prozesses für den betroffenen Kunden ermöglichen.

Wie auch im Rahmen der Prozessanalyse erfolgten Erfahrungssicherung und Nachvollziehbarkeit durch eine gezielte Dokumentation. Die aufgezeigten Lösungswege konnten so direkt in dieser Form an das Entscheidungsgremium weitergeleitet werden und wurden für die umsetzenden Bereiche nachvollziehbar aufgezeigt.

Literatur

1. Brunner, C.-B. (2002): TQM und organisationales Lernen im Krankenhaus – Untersuchung der Eignung des EFQM- Modells für Excellence zur Anwendung im (psychiatrischen) Krankenhaus und zur Forderung organisationalen Lernens. Konstanz: Hartung- Gorre.
2. Gaitanides, M. et.al. (1994): Prozessmanagement – Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering. München, Wien: Carl Hanser.
3. Greiling, M.; Muszynski, T. (2008): Pfade zu effizienten Prozessen - Prozessgestaltung im Krankenhaus. 2. Auflage. Kulmbach: Baumann Fachverlage.
4. Kamiske, G. F.; Brauer, J.- P.: Qualitätsmanagement von A bis Z - Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. 6. Auflage. München: Carl Hanser.

Kontakt

Dipl.-Kfm Christoph Bröcker
St. Marien-Hospital Borken GmbH
Geschäftsführer
Tel.: 02861/97-1129
E-Mail: gf@hospital-borken.de
www.hospital-borken.de

Dipl.-Betriebswirtin (FH) Julia Wüst
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG)
Tel.: 0251/93254-35
E-Mail: julia.wuest@iwig-institut.de
www.iwig-institut.de