

Prozessorientierung im Krankenhaus

Das Planspiel HFT (Hospital Flow Time)

Univ. Prof. Dipl.-Ing. Dr. mont. Siegfried Augustin, Montanuniversität Leoben, Österreich

Prof. Dr. phil. Elisabeth von Hornstein, FH für Angewandtes Management, Erding
b. München

Ausgangssituation

Vor dem Hintergrund der aktuellen Problematik der Finanzierung von Gesundheitseinrichtungen und der Änderung des Abrechnungssystems der Krankenhäuser ist die Neuorientierung des Geschehens notwendig, um ein hohes Maß an Patientenzufriedenheit, Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses sicherzustellen.

Seit der Umstellung des Finanzierungssystems auf Fallpauschalen und Sonderentgelte steht dem Krankenhaus unabhängig von der Verweildauer des Patienten ein bestimmter Geldbetrag zur Verfügung. Eine optimale Abstimmung der einzelnen Diagnose- und Therapieschritte sowie der administrativen Aktivitäten bewirkt Zeiteinsparungen und damit einhergehende Kosteneinsparungen. Dies setzt ein zentrales Element des Qualitätsmanagements voraus, die Orientierung aller Tätigkeiten an Prozessen. So einleuchtend dies sein mag, es existieren – ähnlich wie in der Industrie – zahlreiche Barrieren für qualitäts- und prozessorientierte Denk- und Handlungsweisen:

- Denken in Abteilungsgrenzen und Abteilungsegoismen
- Mangelnde Transparenz des Geschehens jenseits der jeweiligen Abteilungsgrenzen
- Dominanz von Machtbefugnissen in der Organisation
- Starrheit der Organisationsstrukturen
- Mangelndes Verständnis für Veränderungen
- Mangelnde Attraktivität von Veränderungen
- (Abteilungs)-Kulturelle Probleme (Vertrauen/Misstrauen, Berufsgruppen)
- Probleme bei der Bewältigung von Schnittstellen (Informationsfluss, Verantwortung)
- ...

1. Hospital Flow Time®

Die Überzeugung von der Notwendigkeit einer qualitäts- sowie prozessorientierten Bewusstseins- und Verhaltensänderung der Mitarbeiter eines Krankenhauses steht im Mittelpunkt einer Neuorientierung. Eine reibungslose Abstimmung der einzelnen Abläufe kann nur unter der Voraussetzung einer Zusammenarbeit und Kommunikation verschiedener Abteilungen und Berufsgruppen zustande kommen. Hier lässt sich eine Analogie nutzbringend verwenden: Was im Wirtschaftsunternehmen der Prozess der Auftragsabwicklung ist, das ist in Gesundheitsbetrieben der Prozess des Patientendurchlaufs. In Wirtschaftsunternehmen hat die Logistik längst die Aufgabe übernommen, die direkt und indirekt wertschöpfenden Prozesse hinsichtlich Zeit, Qualität und Kosten zu optimieren – analoges ist, natürlich unter Berücksichtigung der gänzlich anders gearteten

Rahmenbedingungen, auch in Gesundheitsbetrieben notwendig. Für die Herstellung von prozessorientierten Denk- und Handlungsweisen in Wirtschaftsunternehmen hat sich der Einsatz von Logistik-Planspielen als äußerst wirkungsvolle Methode erwiesen, und zwar von solchen, in denen nicht nur die Zusammenhänge als solche verdeutlicht werden, in denen vielmehr auch der Einfluß von Verhaltensänderungen der Beteiligten demonstriert wird. Es lag also nahe, ein Planspiel zu entwickeln, in dem ebenfalls die Interdependenzen von Zeit, Qualität und Kosten für die Teilnehmer nachvollziehbar werden und in denen der persönliche Beitrag der Mitwirkenden zum Erfolg des Unternehmens gezeigt wird. Dieses Logistik-Planspiel für Gesundheitsbetriebe bzw. Krankenhäuser und verwandte Einrichtungen trägt den Namen Hospital Flow Time – wegen der großen Bedeutung des Fließens und damit der Zeit im Patientendurchlauf. Eng verknüpft ist damit das Qualitätsmanagement, speziell das Total Quality Management, das Denken und Handeln gemäß einem umfassenden Qualitätsbewusstsein im Unternehmen, also einer Orientierung an den Anforderungen interner und externer Kunden.

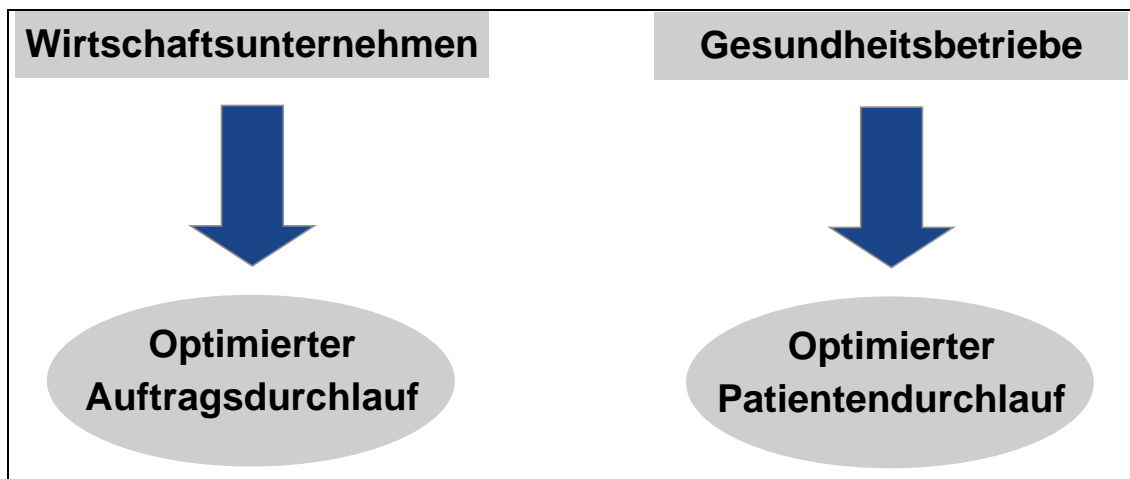


Abbildung 1: Erfolg in Wirtschaftsunternehmen und Gesundheitsbetrieben

Die Optimierung des Patientendurchlaufs in dem Modell-Gesundheitsbetrieb, der dem Planspiel zugrunde liegt, besteht in der Gestaltung des Prozesses von der Aufnahme bis zur Entlassung unter Vermeidung unnötiger Wartezeiten. Dies bedeutet, dass die medizinischen Ziele bei höchstmöglicher Patienten-, Angehörigen- und Mitarbeiterzufriedenheit unter Sicherstellung möglichst günstiger wirtschaftlicher Rahmenbedingungen erreicht werden können.

2. Grundkonzeption und Aufbau

Das Planspiel wird in drei Runden mit je einer Stunde Dauer durchgeführt. Nach jeder Spielrunde werden Qualitäts-, Leistungs- und Kostenkennzahlen ermittelt. Zwischen den einzelnen Spielrunden werden Verbesserungsmaßnahmen diskutiert und umgesetzt. Anhand der Kennzahlen kann beurteilt werden, ob die Maßnahmen erfolgreich waren.

Nach dem Spielende werden aus den Teilnehmern vier Gruppen gebildet, die die gewonnenen Erkenntnisse in praktische Maßnahmen im Krankenhaus umsetzen. Das dem Planspiel zugrundeliegende Modellkrankenhaus stellt eine Orthopädie dar und besteht aus folgenden Abteilungen:

1. Verwaltung	VW
2. Ambulanz	AM
3. Station	ST
4. OP	OP
5. Infrastrukturdienst	ID

In diesen Abteilungen werden drei verschiedene Kategorien von Patienten behandelt:

- Notfallpatienten (NP)
- Eingeplante OP-Patienten (PP)
- Ambulanzpatienten (AP)

Es wird unterschieden zwischen realen und virtuellen Patienten. Die virtuellen Patienten werden durch Spielfiguren dargestellt, während der reale Patient ein Mitspieler ist. Die Rolle des Angehörigen wird von einem realen Mitspieler verkörpert.

Insgesamt sind 14 Mitspieler erforderlich:

- Verwaltung (VW): 2 Verwaltungsmitarbeiter
- Ambulanz (AM): 1 Ambulanzzarzt
 - o 1 Ambulanzanästhesist
 - o 1 Ambulanzpflegekraft
- Station (ST)
 - o 1 Stationsarzt
 - o 2 Stationspflegekräfte
- OP-Bereich (OP)
 - o 1 OP-Arzt
 - o 1 OP-Anästhesist
 - o 1 OP-Pflegekraft
- Infrastrukturdienst (ID)
 - o 1 Transport- und Infodienstmitarbeiter (Rohrpost, bzw. DV-Landschaft)
- Patient/in: 1 Mitspieler/in
- Angehörige/r: 1 Mitspieler/in
-

Im Spiel werden folgende Grundannahmen getroffen:

1. Die Verwaltung repräsentiert sowohl die Information als auch die verschiedenen Abteilungen (Finanzbuchhaltung, Aufnahmeverwaltung, Bettenbahnhof, etc.) mit den dazugehörigen Sekretariaten.
2. Eine Praxisgebühr entfällt.
3. Notfallpatienten (NP) werden grundsätzlich von der Ambulanz aufgenommen und von dort direkt in den OP gebracht.
4. Ambulanzpatienten (AP) werden in der Verwaltung aufgenommen, in die Ambulanz geschickt, von dort mit den Ergebnissen der Untersuchung(en) in die Verwaltung zurückgeschickt, wo sie den/die Befund(e) abgeben. (Zeitmessung und Abrechnung). Ambulanzpatienten kommen grundsätzlich vom Hausarzt und sind grundsätzlich gehfähig.

5. Bei der Auswertung der Spielrunden werden nicht ordnungsgemäß/-unvollständig ausgefüllte Formulare nicht berücksichtigt.
6. Planpatienten (PP) werden zwischen Station und OP in beiden Richtungen grundsätzlich vom Pflegepersonal der Station befördert.
7. Jeder Notfallpatient (NP) wird von der Ambulanzpflegekraft in den OP gebracht und dort operiert.
8. Die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus übersteigt (planmäßig) nicht 5 Tage.
9. Grundsätzlich gilt für den gesamten Informations- und Transportfluss das FIFO-Prinzip (First-in-First-out). Ausnahme: Eilaufträge werden direkt dem Empfänger ausgehändigt.

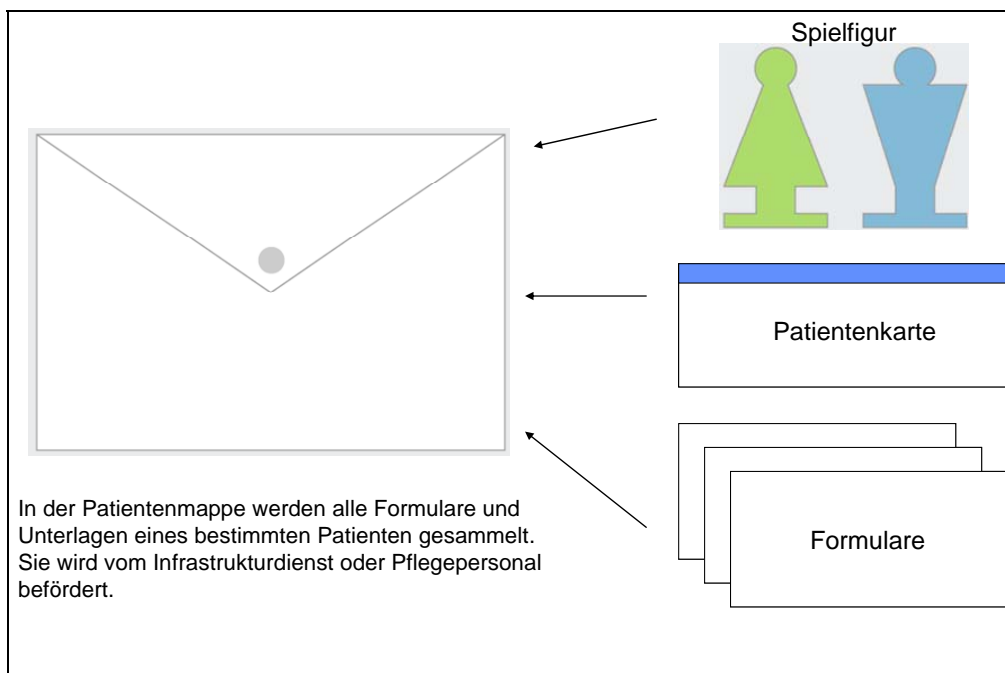


Abbildung 2: Patientenmappe

Ereigniskarten dienen dazu, unvorhergesehene Situationen, wie sie in der Realität auftreten und die standardmäßigen Abläufe beeinflussen, in das Spiel einzubringen. Sie können in der VW oder AM eingesetzt werden und betreffen das verzögerte Eintreffen oder das Ausbleiben von Patienten (PP, AP). Über ihren Einsatz wird vom Spielleiter entschieden.

Startsituation

Das Planspiel beginnt mit einem „gefüllten“ System, d.h. in jeder Abteilung befinden sich bereits Patienten bzw. Aufträge. Beginn des Spiels: In VW erfolgt die Aufnahme der aufgestellten Patienten (PP und AP) in der entsprechenden Reihenfolge (Fall-Nr.).

Empfohlener Tagesablauf

1. TAG		2. TAG	
14:00 Uhr	- Einleitung	8:30 Uhr	- Beratung und Neuorientierung 2. Runde
14:30 Uhr	- Spieleinführung	9:45 Uhr	- Pause
15:45 Uhr	- Pause	10:00 Uhr	- 2. Spielrunde
16:00 Uhr	- Orientierung	11:00 Uhr	- Auswertung der 2. Spielrunde
16:15 Uhr	- 1. Spielrunde	11:20 Uhr	- Pause
17:15 bis ca. 18 Uhr	- Auswertung, Zielplanung, Reflexion des 1. Tages	11:35 Uhr	- Beratung
		12:15 Uhr	- Mittagessen/Imbiss
		13:15 Uhr	- 3. Spielrunde
		14:15 Uhr	- Auswertung der 3. Spielrunde
		14:35 Uhr	- Pause
		14:50 Uhr	- Überleitung der Spielergebnisse in den konkreten Klinikalltag
		16:45 Uhr	- Feedback, Rückblick und Ausblick
		ca. 17 Uhr	- Ende der Veranstaltung

Abbildung 3: Zeitplan Spieldurchführung

3. Spielauswertung

Nach jeder Spielrunde werden Qualitäts-, Kosten- und Leistungsdaten ermittelt und jeweils eine Zielplanung für die nächste Runde durchgeführt.



Abbildung 4: Spielergebnisse: Kennzahlenbeispiele

4. Beratungsrunde

Die Teilnehmer wählen einen Moderator aus ihrer Runde, der auf Flipchart, die Vorschläge festhält. Input für die Beratungsrunden: Schwachstellen der vergangenen Spielrunde bzw. schlechte Kennzahlenwerte. Nicht zu viele Maßnahmen / Änderungen auf einmal, damit Wirkungszusammenhänge transparent bleiben. Zu beachten ist die Sinnhaftigkeit der Maßnahmen (z.B. kann die VW nicht im OP aushelfen; wohl aber kann VW um einen Mitarbeiter reduziert, OP um einen Mitarbeiter aufgestockt werden).

Mögliche Verbesserungsmaßnahmen aus den Beratungsrunden

- Veränderung der Prozess-Struktur
- Änderung der Verantwortungsaufteilung
- Kapazitative Veränderung der Abteilungen
- Intensivierung der Kommunikation in und zwischen den Abteilungen
- Reduzierung von Zeit- und Wegeverschwendung
- Kontrolle der Informationsqualität / Formularqualität

5. Transferrunde

Durchführung der Transferrunde

Die Teilnehmer werden in 3- 4 Gruppen aufgeteilt und bearbeiten in 45 Minuten die folgende Fragestellung:

**Was hat sich im Spiel bewährt,
welche Konsequenzen könnte das für
unsere tägliche Arbeit haben?**

Die Teilnehmer wählen einen Moderator aus ihrer Runde, der auf Flipchart die Vorschläge festhält. Anschließend werden die Gruppenergebnisse im Plenum präsentiert und zusammengeführt. Die Teilnehmer legen einen Maßnahmenplan fest, wer bis wann was macht.

Beispiele für Verbesserungen in der Realität:

Qualität: Kennzahl „Zusammenarbeit“

Abbau von bereichs- und berufsgruppenspezifischen Egoismen durch verbessertes Verständnis des Gesamtprozesses und der Motive der Kollegen

Maßnahmen:

- Einführung des Rotationsprinzips zum besseren Kennenlernen anderer Bereiche
- Rechtzeitige Einbeziehung der Abteilungen und ihrer Mitarbeiter in Veränderungsprozesse, indem auch kleine Veränderungen gemeinsam diskutiert und zu Ende gedacht werden
- Schaffung von crossfunktionalen Kommunikationsforen (regelmäßig und situativ)

Kosten: Kennzahl „Effizienzsteigerung“

- Senkung der Abwicklungskosten bei mindestens gleichbleibender medizinischer Qualität

Maßnahmen:

- Entlastung des medizinischen Personals von Verwaltungsaufgaben durch Straffung von Verwaltungsabläufen
- Vermeidung von Redundanzen
- Reduzierung des Formularaufwandes
- Verbesserung der Informationsqualität durch Eigenprüfung und Endprüfung der Patientenmappen

Leistung: Kennzahl „Verweildauer“

- Verringerung der Patientenverweilzeiten durch vereinfachte Schnittstellen und Reduzierung der Bürokratie

Maßnahmen:

- Gründung von Schnittstellenteams regelmäßige Ermittlung und Auswertung von Prozesskennzahlen

Resümee

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Krankenhausspiel HFT zeigten, dass durch die Anwendung dieser Methode – bei Mitwirkung aller drei Berufsgruppen – einerseits ein abteilungsübergreifendes Prozess- und Qualitätsverständnis bei den Teilnehmern erzielt werden konnte, andererseits ein konkretes Denken in Problemlösungen in Gang gesetzt wurde, das im anschließenden Transfer-Workshop zu konkrete Maßnahmen führte, die bereits eine grobe Kosten-Nutzen-Schätzung ermöglichten.

Kontaktadressen:

Univ.-Prof. Dr. Siegfried Augustin
Clemensstraße 78
80796 München
Germany
Tel.: +49 (89) 307 641 51
Fax.: +49 (89) 307 641 91
E-Mail: profaugustin@aol.com