

Optimierung im Spital

Viele Mediziner sehen sich mit Initiativen zur Optimierung ihrer Leistungsprozesse konfrontiert. Viele solcher Versuche scheitern. Anlass für dieses Scheitern ist oftmals, dass die Besonderheit der Medizin nicht hinreichend berücksichtigt wird. Dass es auch anders geht, zeigt dieser Beitrag.

Christof Schmitz^a,
Peter Berchtold^a,
Gerd Laifer^b,
Christoph A. Meier^b

a College-M, Bern

b Departement für Innere
Medizin und Spezial-
disziplinen, Stadtspital
Triemli, Zürich

Wir stellen ein Entwicklungsbeispiel aus dem Zürcher Stadtspital Triemli vor, diskutieren die erhobene Evidenz und ziehen Schlussfolgerungen daraus. Als erfolgskritisch erweisen sich das Ernstnehmen der Wissensdimension und der Interdisziplinarität in der medizinischen Arbeit. Hier liegen Chancen für Optimierungen.

Ungeachtet der vielen Innovationen in der Medizin hat sich die Grundkonfiguration der Spitäler bislang wenig verändert. Während die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten massiv gewachsen sind, blieben die zentralen Strukturen weitgehend konstant; eine wichtige Herausforderung ist es z. B., den Umgang mit der fortschreitenden Spezialisierung und Fragmentierung zu finden. Über 100 Subspezialitäten werden mittlerweile unterschieden – mit der Konsequenz der drastischen Erhöhung der Anzahl der Schnittstellen und Problemen der Vernetzungen im System. Einer amerikanischen Kalkulation nach waren 1970 noch 2½ Vollzeit-Stellen klinischen Personals für die Behandlung eines typischen stationären Patienten ausreichend. Ende der

Optimisation des processus dans les hôpitaux

De nombreux médecins sont confrontés à des initiatives visant à optimiser les processus de performance. Or nombre de ces tentatives n'aboutissent pas, car elles ne tiennent souvent pas suffisamment compte des spécificités de la médecine. Le présent article propose un exemple de développement mis en place au Stadtspital Triemli de Zurich. Les auteurs discutent de sa pertinence et des conclusions à tirer. Les aspects tels que le savoir et l'interdisciplinarité dans l'activité médicale sont à prendre au sérieux, car ils offrent un potentiel certain d'optimisation.

Tabelle 1
Spezialitäten-übergreifende Vernetzungsformen.

Form	Typus	Motto
Bilaterales Gespräch	Informell, unstrukturiert; individuelle Entscheidung	Man kennt sich und fragt sich (wenn es passt)
Konsilium	«klassische» Form der Anfrage an Spezialist, individuelle Entscheidung	Expertenmeinung, Verantwortung bleibt bei «Owner»
Tumor Board	Organisiert, verpflichtend	«Wer etwas zu sagen hat ...»; Verantwortung für Handlung unterschiedlich gehandhabt
Kompetenzzentrum	Krankheitsbild-bezogen organisiert, eigene Strukturen; Patientepfade, Leitlinien, QM usw.	Konzentrierte Bündelung der nötigen Kräfte

Korrespondenz:
Dr. Christof Schmitz
College-M
Freiburgstrasse 41
CH-3010 Bern
[christof.schmitz\[at\]college-m.ch](mailto:christof.schmitz[at]college-m.ch)

90er Jahre benötigte es bereits mehr als 15. Wir dürfen davon ausgehen, dass sich diese Anzahl weiter erhöht hat.

Vernetzung

Wir sehen entsprechend heute eine breitere Palette an Formen interdisziplinärer Zusammenarbeit (Tab. 1). Die klassischen Mechanismen, wie Konsilien und bilaterale Absprachen, scheinen dabei nach wie vor sehr häufig zu sein, und Tumor-Boards sind heute ebenfalls eine allseits etablierte Praxis. Jünger noch kann die Bildung von Kompetenzzentren als Versuch, Spezialitäten-übergreifende Vernetzungsformen zu etablieren, genannt werden. Das Spektrum reicht also von informellen Absprachen bis zu formellen, strukturell unterschiedenen Zentren.

Kooperation ist (überwiegend) Selbstverständlichkeit in der Medizin, nicht aber die Strukturierung der Zusammenarbeit. Ersteres entspricht ebenso dem professionellen Ethos der Medizin, wie Letzteres gegen ein Grundverständnis zu verstossen

scheint. Wir berühren hier eine Besonderheit der medizinischen Profession. «*We have amazing clinicians and technologies but little consistent sense that they come together to provide an actual system of care, from start to finish for people. We train, hire, and pay doctors to be cowboys. But it's pit crews people need (...) Medicine is not structured for group work. Even just asking clinicians to make time to sit together and agree on plans for complex patients feels like an imposition.*» (A. Gawande) [1]

Mediziner werden tendenziell zu «Einzeltätern» sozialisiert. Der Bedarf nach Koordination und Kommunikation wird im klinischen Alltag zumeist durch Konsilien oder bilaterale Gespräche gedeckt. Der Vorteil dieser wenig formellen Strategie liegt in der hohen Flexibilität und im Wahrnehmen-Können persönlicher Präferenzen. Ihr Nachteil besteht umgekehrt in der hohen Abhängigkeit von persönlichen Faktoren. Mit anderen Worten: Zusammenarbeit verbleibt im Dunstkreis des Informellen. Wer hat Zugang zu wem? Wer kennt und schätzt wen? Wer mag wen nicht? Wer hat hohe/niedrige Reputation? Wo sind Territorien bedroht? usw. Die geringe Strukturiertheit der Zusammenarbeit führt dazu, dass Personen (zu) wichtig sind und Kooperation (zu sehr) in Abhängigkeit von Idiosynkrasien gerät. Unter anderem dieses Phänomen führt zu dem in vielen Spitälern beobachtbaren, unbefriedigenden Nebeneinander von ausgezeichneten wie kaum vorhandener Kooperation und stellt einen wichtigen Faktor der ebenfalls beobachtbaren Varianz medizinischer Qualität dar.

Die «Einzeltäterschaft» oder das «Cowboyhafte» der Medizin entspricht dem sogenannten «traditionellen Professionalismus»: ein Arzt – ein Patient. Dieser ist eine von drei Formen, Medizin zu betreiben [2]. Zusätzlich sind die systematisierte und die kollaborative Medizin zu unterscheiden. (Tab. 2) Die drei Formen unterscheiden sich stark in ihrem Bedarf der Organisation. Im ersten Fall reicht die Organisationsform einer Praxis völlig aus, Eine systematisierte Medizin braucht ein Mehr an koordinierenden und Austausch ermöglichenden Strukturen, und die kollaborative Medizin verlangt nach Kooperation stützenden und fördernden Strukturen

Tabelle 2
Drei Formen der Medizin.

	Traditioneller Professionalismus	Systematisierte Medizin	Kollaborative Medizin
Prozesstyp	Einzelleistungen, iterativ	sequentiell systematisch	iterativ kollaborativ
Organisationsmodell	dezentral	zentral	vernetzt
Leistungsmessung	individuell	prozessbezogen	Outcome-bezogen
Orientierung	bevorzugt Individualität	bevorzugt Routinen	bevorzugt Experimentieren
Motivation Personal	Autonomie	eingebunden sein	Innovation, Lernen

und Prozessen. Alle drei Formen finden sich im klinischen Alltag miteinander verflochten, weil Patienten oft mehreres gleichzeitig brauchen. Diese Verflechtung führt tendenziell dazu, dass im Zweifelsfall keine der drei Formen effektiv organisiert ist. Sie macht es schwierig zu optimieren – denn mit welchem Prozesstyp haben wir es jeweils zu tun? Medizinfremde Optimierer drohen hier gerne Schiffbruch zu erleiden.

Kollaboration – ein Beispiel

Am Stadtspital Triemli stellte sich im Departement für Innere Medizin und Spezialdisziplinen (DIMS) die Frage, wie die Kollaboration zwischen den Internisten und den verschiedenen Spezialisten weiter ausgebaut werden könnte. Welches Gefäss, welche Struktur könnte unterstützen? Im Dialog mit colleague-M wurde das Konzept eines sogenannten Multi-Morbidity-Boards (MuMBo) entwickelt: Einmal in der Woche versammeln sich für 45 Minuten alle Spezialisten zur gemeinschaftlichen Diskussion aktueller, komplexer Fälle, die per Definition an mehreren akuten Krankheiten unterschiedlicher Spezialgebiete leiden müssen (Tab. 3). Die Ziele des MuMBo waren 1. eine effektivere Entscheidungsfindung bei komplexen, multimorbiden Patienten zu erreichen, sowie 2. eine kollaborative Organisationsform zu testen und betreffend ihren Einfluss auf die klinische Entscheidungsfindung zu evaluieren.

Das MuMBo wurde im Herbst 2010 eingeführt und von den Teilnehmenden aller Spezialisierungen und Hierarchiestufen rasch als hilfreiches Instrument der Entscheidungsfindung und Problemlösung begrüsst. Die Anzahl der Teilnehmer war von

Tabelle 3
Organisation des Multi-Morbidity-Boards.

Das Multi-Morbidity-Board (MuMBo)
Wöchentliche Durchführung; Dauer 45 Minuten
Diskussion von zwei aktuell hospitalisierten Patienten mit komplexem Krankheitsbild und noch ungelöster diagnostischer oder therapeutischer Strategie
Auswahl durch Chefarzt/Stv. nach Vorschlägen der betreuenden Kaderärzte mindestens 24 Stunden vor der Präsentation
Moderation durch Chefarzt/Stv.
Mündliche Fallvorstellung durch den betreuenden Assistenzarzt; visuelle Zusatzinformationen (Röntgenbild; Histologie) nur in Ausnahmefällen. Eine Vorbereitung (inkl. Kenntnis von radiologischen und histologischen Befunden usw.) wird von allen Teilnehmern erwartet.
Moderierte Diskussion mit Entscheidungsträgern aller beteiligter Spezialdisziplinen des DIMS und – falls erforderlich – anderer Kliniken (wie z.B. Chirurgie oder Radiologie)
Zusammenfassung der Ergebnisse der Diskussion durch den Moderator
Dokumentation der Ergebnisse in der Krankengeschichte durch das direkt betreuende Behandlungsteam

Beginn weg hoch. Zusätzlich zeigte sich, dass die Assistenzärzte vom MuMBo als Weiterbildungsinstrument profitierten. Das erste halbe Jahr wurde wissenschaftlich begleitet und mit vordefinierten Outcome-Variablen analysiert. Die Begleitforschung umfasste Fragebögen, die während dreier Monate von allen Anwesenden ausgefüllt wurden, sowie 14 Interviews mit Spezialisten, Leitenden Ärzten, sowie Ober- und Assistenzärzten zum Abschluss der Evaluierungszeit.

Zusätzlich zur quantitativen Erhebung wurden nach einem halben Jahr Interviews mit 14 regelmäßig teilnehmenden Ärzten aller Hierarchiestufen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser qualitativen Befragung lassen sich wie folgt zusammenfassen: Das MuMBo wird begrüsst und überwiegend als positiv bzw. sehr positiv empfunden, insbesondere die Interdisziplinarität, der Austausch und die Lernmöglichkeiten werden geschätzt; es helfe sehr, so wird breitgestreut formuliert, die Spezialisten «denken»

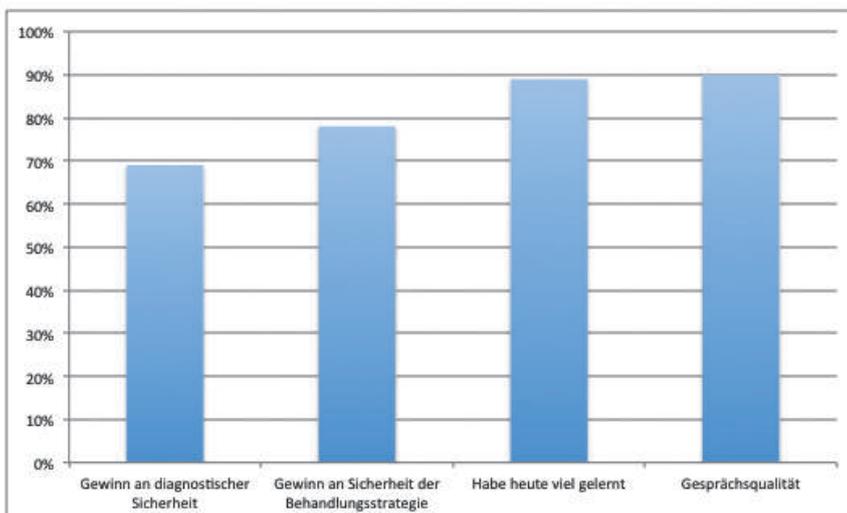
Geringe Strukturiertheit der Zusammenarbeit führt dazu, dass Personen (zu) wichtig sind und Kooperation (zu sehr) in Abhängigkeit von Idiosynkrasien gerät.

Ergebnisse

Der eingesetzte Fragebogen evaluierte auf einer 5er-Skala den Zugewinn an diagnostischer und therapeutischer Sicherheit, den Zuwachs an Wissen sowie die Qualität der Kommunikation (z. B. «alle relevanten Informationen vorhanden», «alle Stimmen wurden gehört», «das Gespräch war von Wertschätzung und Kollegialität gekennzeichnet»). In Abbildung 1 finden sich die Resultate zusammengefasst: Der Gewinn an diagnostischer Sicherheit wurde mit durchschnittlich knapp 70% angegeben, der Gewinn an Sicherheit bzgl. Behandlungsstrategie mit fast 80%. Fast 90% der Teilnehmer geben an, «heute viel gelernt» zu haben. Die Gesprächsqualität und das Kommunikationsklima wurden von ebenso vielen der Befragten als gut bis sehr gut beurteilt. Diese Werte gelten gleichmässig für den Erhebungszeitraum von drei Monaten, in dem diese schriftliche Befragung wöchentlich durchgeführt wurde.

Abbildung 1

Zugewinn an diagnostischer und therapeutischer Sicherheit, Wissenszuwachs und Kommunikationsqualität des MuMBo (umfasst die Werte 4 und 5 der Skala: «trifft zu», «trifft sehr zu»).



zu hören; das MuMBo passe zudem kulturell ausgezeichnet zum DIMS und zum Triemli und verfüge über ein sehr gutes Gesprächsklima. Es steht aber auch in Spannung mit verschiedenen anderen zeitbeanspruchenden Gefässen, vornehmlich Weiterbildungen. Mit Einführung des MuMBos, das auch eine gewisse Vorbereitungszeit benötige, ist keine andere Aktivität im Departement weggefallen.

Die Interviewergebnisse zeigten zudem interessanterweise, dass sich neben den beiden angestrebten Zielen, also effektivere Entscheidungsfindung und organisatorisch-kulturelle Formerprobung, eine dritte Dimension entwickelt hat, nämlich die sogenannte «edukative» Funktion. Gemeint ist damit die Möglichkeit, mitverfolgen zu können, wie die verschiedenen Generalisten und Spezialisten denken. Das wird als hochinformativ und lehrreich empfunden. Das gilt sowohl für Internisten aller Hierarchiestufen wie auch für die Spezialisten selbst. Die Assistenzärzte beobachteten zusätzlich, dass in diesem Forum die Spezialisten weniger «absolut» argumentieren als z.T. im klinischen Alltag und die getroffenen Entscheidungen somit besser nachvollziehbar wären.

Die «edukative» Funktion wird in der Einschätzung der beteiligten Ärzte am höchsten gewichtet. An zweiter Stelle rangiert die patientenbezogene Funktion. Eingeschätzt wird hier, dass in ca. ¼ bis ⅓ der Fälle etwas Neues und Relevantes zu den bereits vorhandenen Ideen kam. Angemerkt wurde, dass MuMBo-Entscheidungen tendenziell zu weniger Diagnostik führen und therapeutische Strategien eher restringiert denn erweitert werden. Eventuell begünstigen die Konsensentscheidungen des Boards die Bereitschaft, vernünftige Restrisiken zu tragen. Dies ist ein interessanter Aspekt, sowohl hinsichtlich Qualität und Angemessenheit als auch Kosten der Behandlung. Aus methodischen Gründen lassen sich diese Einschätzungen jedoch schlecht validieren und quantifizieren.

An dritter Stelle findet sich die kulturelle Funktion. Das MuMBo passe sehr gut in die Kultur des Departementes und des Hauses und leiste durch die gelebte Interdisziplinarität, den Dialog und den herrschenden freundlich-wertschätzenden Ton seinerseits einen wichtigen kulturellen Beitrag.

Fazit: worauf Profis reagieren

Das gemeinsame Denken und der offene Dialog bieten den gewichtigsten und stärksten Anreiz mitzumachen. Die professionelle Neugierde und das Interesse an Wissen und Lernen stehen im Vordergrund. Das ist in mehreren Hinsichten interessant: Erstens verdeutlicht es, worum es Professionellen und Ex-

wenn professionelle Motive in diesem Sinne angesprochen werden.

Die Medizin ist nicht per se für Gruppen- oder Teamarbeit strukturiert. Mediziner sind, die Metapher Atul Gawandes nochmals aufnehmend, darauf trainiert, «Cowboys» zu sein. Der Weg zur «Pit Crew» ist lange, gemeinsames Lernen kann dafür einen wichtigen Attraktor darstellen. Auf den Punkt gebracht: Optimierungen können dort Platz greifen, wo die Professionalität und der Wissenscharakter der medizinischen Arbeit ernst genommen und fruchtbar gemacht werden. Eventuell liegt hier aber einer der Gründe, weshalb so viele Prozessoptimierungen (Behandlungspfade, *clinical pathways* usw.)

«Das Interesse an professionell anregendem Austausch und Lernen bietet ein zentrales Motiv für Entwicklung.»

perten im Kern geht: ihr Wissen (weiter) zu entwickeln (und damit noch professioneller zu werden); zweitens zeigt es, welche Anreize organisatorische Optimierungen begünstigen können.

Professionen wie die Medizin organisieren sich rund um Wissen. Engagierte Mediziner werden immer Interesse haben, hier «zulegen» zu können. Das ist schliesslich jene gewaltige Ressource, die dafür sorgt, dass es der Medizin insgesamt gelingt, ihren Wissensfortschritt auf hohem Gesamtniveau zu distribuieren. Das Interesse an professionell anregendem Austausch und Lernen bietet ein zentrales Motiv für Entwicklung. Damit – und das ist ein folgenreicher Aspekt – können wir davon ausgehen, dass Optimierungen dann auf Interesse stossen können,

in Spitälern nicht vom Fleck kommen oder so unbefriedigend enden: Wenn wichtige Anreize der Professionalität nicht wahrgenommen, abgeholt (oder schlimmer noch: verletzt) werden, dann erscheint Widerstand gegen solche Initiativen allemal sinnvoller als Mitmachen. Darum sollten hier nicht nur Mediziner, sondern auch (Spital-)Manager hellhörig werden. Hier gibt es etwas zu gewinnen.

Literatur

- 1 Gawande A. Cowboys and Pit Crews. Harvard Medical School Commencement Address. May 26; 2011. (<http://gawande.com/publications/cowboys-and-pit-crews>).
- 2 Berchtold P, Schmitz C. Eine Zukunft für Spitäler. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(48):1914–6.