

Lean-Management und kontinuierlicher Verbesserungsprozess im Krankenhaus

E. Weimann

Der Pneumologe

ISSN 1613-5636

Pneumologie

DOI 10.1007/s10405-018-0177-7



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Pneumologie

<https://doi.org/10.1007/s10405-018-0177-7>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

Redaktion

B. Jany, Würzburg

M. Rolke, Aschaffenburg



CrossMark

E. Weimann

Universitätsklinik Kapstadt und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Universität Kapstadt, Kapstadt, Südafrika

Lean-Management und kontinuierlicher Verbesserungsprozess im Krankenhaus

Notfallabteilungen werden zunehmend mehr beansprucht [2]. Die Nutzung von Notfalleinrichtungen mit einem hohen Patientenaufkommen hat negative Folgen für Patienten und intensiviert die Arbeitsbelastung für das Personal. Dies führt zu einer erhöhten Rate an vermeidbaren Zwischenfällen und gefährdet so die Patientensicherheit [3]. Nachfolgend wird anhand eines Fallbeispiels beschrieben, wie verschiedene Managementmethoden wie Lean-Management, der kontinuierliche Verbesserungsprozess (PDCA), Projektmanagement, Stakeholder-Analyse und Change-Management eingesetzt werden können, um Prozesse in Krankenhäusern und Tageskliniken zu verbessern. Der Artikel kann nicht alle genutzten Managementmethoden im Detail erklären, weshalb auf weiterführende und vertiefende Literatur verwiesen wird [6].

Fallstudie

Die Notfallabteilung einer Universitätsklinik erfährt in den letzten Jahren einen hohen Zustrom von Notfallpatienten. Dies führt zu langen Wartezeiten für Patienten. Die Arbeitsbedingungen belasten sowohl das Pflegepersonal als auch die Ärzte. In den regelmäßig durchgeführten Patientenbefragungen sind diese unzufrieden mit der gegenwärtigen Situation. Zudem fühlen sich die behandelnden Hausärzte und einweisenden Ärzte nur unzureichend und verspätet informiert. Die Geschäftsführung ist alarmiert, dass die Anzahl der medizinischen Zwischenfälle und die „Beinahe“-Zwischenfälle („near miss-

ed incidents“) beim Critical Incident Reporting (CIRS) der Notfallabteilung angestiegen sind [4]. Der Chefarzt der Notfallabteilung wird daraufhin von der Geschäftsführung des Krankenhauses beauftragt, die Notfallstation patienten- und einweiserorientiert neu zu strukturieren. Nachfolgend wird beschrieben, welche Schritte durchgeführt werden, um das anvisierte Ziel zu erreichen.

In einem ersten Schritt stellt der Projektleiter ein Projektteam zusammen (Tab. 1) und erarbeitet einen Zeitplan (Gantt-Diagramm) für die einzelnen Projektbausteine.

Stakeholder-Analyse

Im klassischen Projektmanagement wird empfohlen, eine Umfeldanalyse oder sog. Stakeholder-Analyse der beteiligten Akteure durchgeführt. Dadurch verschaffen sich die Beteiligten (Stakeholder) einen Überblick über die Situation, die Machtverhältnisse als die Unterstützung. Bei-

spielhaft wird eine Stakeholder-Analyse für das beschriebene Fallbeispiel dargestellt (Tab. 2).

Projektmanagement

Anhand eines Projektstrukturplans (Abb. 1) wird das weitere Vorgehen festgelegt. Dieser Plan gibt eine Übersicht über die Etappenziele und den weiteren Ablauf des Projekts. Darüber hinaus wird eine genaue Beschreibung der Aufgaben der einzelnen Personen, die im Projekt involviert sind, durchgeführt. Für eine detaillierte Beschreibung des Projektmanagements verweisen wir auf unseren Artikel zum Projektmanagement [5].

Der Projektleiter nimmt Kontakt mit den verschiedenen Stakeholdern (Beteiligten) auf, um sie für das Projekt zu gewinnen und über die Ziele zu informieren. Dabei stellt sich heraus, dass die Belastung und die Belastungsspitzen von den verschiedenen Parteien unterschied-

Tab. 1 Projektteam (die Jobtitel können je nach Klinik verschieden sein)

Person	Projektrolle	Aufgabe
Chefarzt Notfallabteilung	Projektleiter	Informationssammlung, -weitergabe und -vermittlung, Aufgabenverteilung
Abteilungsleiter/Chefarzt Innere Medizin	Coach	Hilfestellungen bei Problemen
Leiter Pflege	Projektmitarbeiter	Vertretung Pflegedienst
Leitender Oberarzt Notfallabteilung	Projektmitarbeiter	Vertretung Klinikärzte
Stellvertreter niedergelassener Ärzte (KV)	Projektmitarbeiter	Vertretung niedergelassene Kollegen
Geschäftsführer Krankenhaus/CEO/medizinischer Direktor	Sponsor	Bereitstellung von Ressourcen, Projektbegleitung, Entscheidungsbefugnis

Tab. 2 Beispiel einer Stakeholder-Analyse

Stakeholder-Charakteristika						
Akteur	Position			Machtverhältnis		Einflussfaktor
	Involviert	Interesse	Unterstützung	Machtmittel	Grenzen	
Chefarzt Notfallabteilung	Hoch	Hoch	+3	+2	Neu in Klinik und Position, gute Beziehung zu den Niedergelassenen	+2
Chefarzt Innere Medizin/ ärztlicher Direktor der Abteilung für Innere Medizin	Hoch	Hoch	+3	+3	Gute Beziehung zur Geschäftsführung, aktiver Projektunterstützer	+3
Geschäftsführer (CEO)/ medizinischer Direktor	Hoch	Hoch	+3	+3	Geringe Detailkenntnisse über die Abläufe in der Notfallabteilung	+3
Vertreter der niedergelassenen Ärzte	Hoch	Hoch	+2	+1	Gute Beziehung zum Chefarzt	+1
Leitender Oberarzt Notfall	Hoch	Mittel	+2	+3	Viele Jahre in Klinik und der jetzigen Position	+2
Leiter Pflegedienst	Hoch	Niedrig	-3	+3	Möchte kein zusätzliches Pflegepersonal zur Verfügung stellen	+3

Tab. 3 Die 8 Arten von Verschwendung (MUDA) in Krankenhäusern

	Beispiel
Defizit	Falsche Medikament ausgeteilt, falsche Dosis
Überproduktion	Zu viele diagnostische Prozeduren werden durchgeführt
Transport	Die Transportwege im Krankenhaus sind zu lang, da sie nicht effizient gestaltet sind
Wartezeit	Patienten müssen zu lange warten
Inventar	Es wird mehr bestellt, als genutzt wird, z. B. Medikamente verfallen
Bewegung	Patienten werden zu häufig innerhalb der Klinik transportiert
Overprocessing	Redundante Prozesse, z. B. Papier und elektronische Version
Menschliches Kapital	Personal wird nicht entsprechend ihrem Wissen und ihrer Fähigkeiten eingesetzt

Tab. 4 Klassifizierung der Triage-Stufen gemäß ATS (australasischer Triage-Standard)

Triagestufe	Kategorie	Behandlungsdringlichkeit in Minuten
1	Wiederbelebung	Sofort
2	Notfall	Unter 10
3	Dringend	Innerhalb von 30
4	Semi-dringend	Innerhalb von 60
5	Nicht dringend	Innerhalb von 120

lich bewertet werden. Daher gibt der Projektleiter eine Patienten-Frequenzanalyse in Auftrag, die über 2 Wochen durchgeführt wird. Hierbei zeigt sich, dass die Belastungen Mittwoch nachmittags zwischen 17 und 22 Uhr und an den Wochenenden besonders hoch sind. Basierend auf diesen Daten werden in Absprache mit den Beteiligten (Ärzte, Pflege, Personalverwaltung) Änderungen der Arbeitszeiten durchgeführt, um die Notfallabteilung in den Hauptbelastungszeiten mit mehr Personal (sowohl von Schwestern,

Ärzten als auch Administration) auszustatten und weniger belastungsintensive Zeiten entsprechend anzupassen. Um die Patientensicherheit zu verbessern, wird ein Oberarzt-Präsenzdienst eingeführt. Dadurch werden die Fachkompetenzen erhöht, um dadurch weniger Ressourcen zu nutzen (Medikamente, Prozeduren, radiologische Untersuchungen) und die Wartezeiten für Patienten zu verkürzen.

Ein weiteres Ziel ist es, die Versorgungsqualität für die Patienten gemein-

sam mit den niedergelassenen Kollegen zu erhöhen. Die Ziele und Vorteile kommuniziert der Projektleiter regelmäßig mit allen Beteiligten: Durch die Integration der niedergelassenen Ärzte in die Notfallversorgung in der Klinik sinken die Personalkosten für das Krankenhaus, steht mehr Fachpersonal zur Verfügung, reduziert signifikant die Wartezeiten für die Patienten und verbessert die Kooperation und Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten. Zudem ergibt sich dadurch die Möglichkeit, die Behandlungsstandards zwischen niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten zu vereinheitlichen. Weiterführende vertiefende Gespräche werden zwischen dem Projektleiter und dem offiziell ernannten Sprecher der niedergelassenen Ärzte (KV) geführt.

Lean-Management-Prinzipien

Medizinische Prozesse in Krankenhäusern tendieren zur Verschwendung (MUDA). Sie verursachen unnötige Kosten und gefährden die Patientensicherheit. Die 8 Arten von Verschwendung werden in [Tab. 3](#) dargestellt.

Als erster Lean-Management-Schritt in unserem Fallbeispiel wird der Aufnahmeablauf von dem Projektteam systematisch beschrieben. Wie in [Abb. 2](#) dargestellt, werden im Lean-Management die notwendigen Leistungen für Patienten (u. a. Aufnahme, Untersuchung) charak-

Zusammenfassung · Abstract

terisiert, es werden Prozesse identifiziert (Aufnahmeprozess, Untersuchungsprozess, etc.), die Flussprinzipien umgesetzt und Pull-Mechanismen eingeführt. In unserem Fall geben die Stationen Betten für Patienten frei (Pull-Faktor), sodass die stationäre Patientenaufnahme unverzüglich geschehen kann (Push-Faktor). Gemäß der Lean-Management-Prinzipien wird die Effizienz des Ablaufs, des Prozess- und Patientenflusses erhöht und die Verschwendung (MUDA) entfernt [7]. Der gesamte Prozess wird kontinuierlich perfektioniert (PDCA-Zyklus).

Internationale Triagierungsstandards in der Notfallmedizin

Die Triagierung hat ihren Ursprung in der Katastrophenmedizin, um Patienten mit dem höchsten Bedarf die schnellste Versorgung zukommen zu lassen. In einer Notfallabteilung sollte die Einteilung von Notfallpatienten von in der Triagierung geschultem Pflegepersonal durchgeführt werden, um eine Kategorisierung und Priorisierung vorzunehmen.

In **Abb. 3** wird der Aufnahmeablauf zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten im Rahmen des australasiatischen Triagierungsstandard (ATS) dargestellt, den die niedergelassenen Ärzte und Klinikärzte als Team gemeinsam erarbeitet haben. Dem ATS liegen die in **Tab. 4** dargelegten Behandlungsmodalitäten zugrunde. Der ATS dient als ein Beispiel für einen Triagierungsstandard. Andere Triagierungsstandards wie der Manchester- oder Canadian-Index sind ebenfalls anwendbar, um eine evidenzbasierte Erstversorgung von Patienten durchführen zu können [2]. In dem dargestellten Fallbeispiel versorgen die niedergelassenen Ärzte zu den Hauptbelastungszeiten Patienten mit Triagierungsstufen 3–5, sog. Bagatellfälle oder „minor cases“.

Change-Management

Die nächste Herausforderung besteht darin, die Änderungsbereitschaft des involvierten Teams zu fördern und Hindernisse zu überwinden. Daher wird ein interaktives Change-Management not-

Pneumologe <https://doi.org/10.1007/s10405-018-0177-7>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

E. Weimann

Lean-Management und kontinuierlicher Verbesserungsprozess im Krankenhaus

Zusammenfassung

Weltweit führt die hohe Beanspruchung von Notfallabteilungen zu Unzufriedenheit bei Patienten und Einweisern und gefährdet die Patientensicherheit. In Krankenhäusern sollten Veränderungs- und Projektmanagement neben dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (PDCA-Zyklus) regelmäßig durchgeführt werden. In dem Artikel wird die Neustrukturierung einer Notfallabteilung mit den verschiedenen Schritten und Managementmethoden erläutert. Es wird beispielhaft aufgeführt,

wie Verbesserungsprozesse zielorientiert durchgeführt werden können und der langfristige Erfolg sichergestellt werden kann. Das Fallbeispiel erläutert, welche standardisierten Managementmethoden situationsbezogen eingesetzt werden können.

Schlüsselwörter

Änderungsmanagement · Triagierung · Kontinuierlicher Verbesserungsprozess · Lean-Management · Stakeholder Analyse

Lean management and continuous improvement process in hospitals

Abstract

Overcrowding and congestion of emergency departments worldwide lead to increased incidents, compromise patient safety and overburden staff. In addition, patients and referring doctors are disappointed with service delivery. Standardized project management, change management, continuous improvement process and lean management principles should be regularly applied management tools for hospitals.

Based on a case scenario this article highlights the application of various management tools to improve patient centeredness and enhance staff and patient satisfaction.

Keywords

Change management · Triage scores · Continuous improvement process · Lean management · Stakeholder Analysis

wendig. Die folgenden Leitsätze veranschaulichen die verschiedenen Schritte:

- Zeichnen Sie ein klares Bild vom Morgen.
- Entwickeln Sie einen neuen Weg.
- Leben Sie die neuen Werte vor.

Bei Veränderungsprozessen müssen die Interessen der einzelnen Beteiligten erfasst, analysiert und Betroffene zu Beteiligten gemacht werden. „Soft skills“ und Sozialkompetenz sind gefragt. Veränderungsprozesse durchlaufen verschiedene Phasen. Bereits 1947 beschrieb Kurt Lewin diese Phasen als „unfreeze“, „move“ und „freeze“. Wie in **Abb. 4** dargestellt, muss zunächst Altes und Bestehendes aufgetaut werden („unfreeze“), um es für Veränderungsprozesse weich und formbar zu machen. Dann muss bewegt werden („move“), wobei neue Werte entste-

hen, aber auch Verunsicherung [1]. Der Weg wird holprig und erscheint unsicher, das Tal der Tränen wird durchschritten. Äußerungen wie „früher war alles besser“ gehören zum Arbeitsalltag. In der Phase des Einfrierens („freeze“) ist dieser Prozess abgeschlossen und neue Verhaltensweisen, Werte und Normen werden verankert und gelebt. Diese Veränderungskurve sollte dem Team bekannt sein, damit es diesen Prozess als normale Reaktion auf einen Veränderungsprozess bewerten kann.

Prozess des Wandels

Um Mitarbeiter auf Änderungsprozesse vorzubereiten, muss das Projektteam den involvierten Mitarbeitern (Klinikärzte, niedergelassene Ärzte, Pflegepersonal, Administration) die voraussehbare Än-

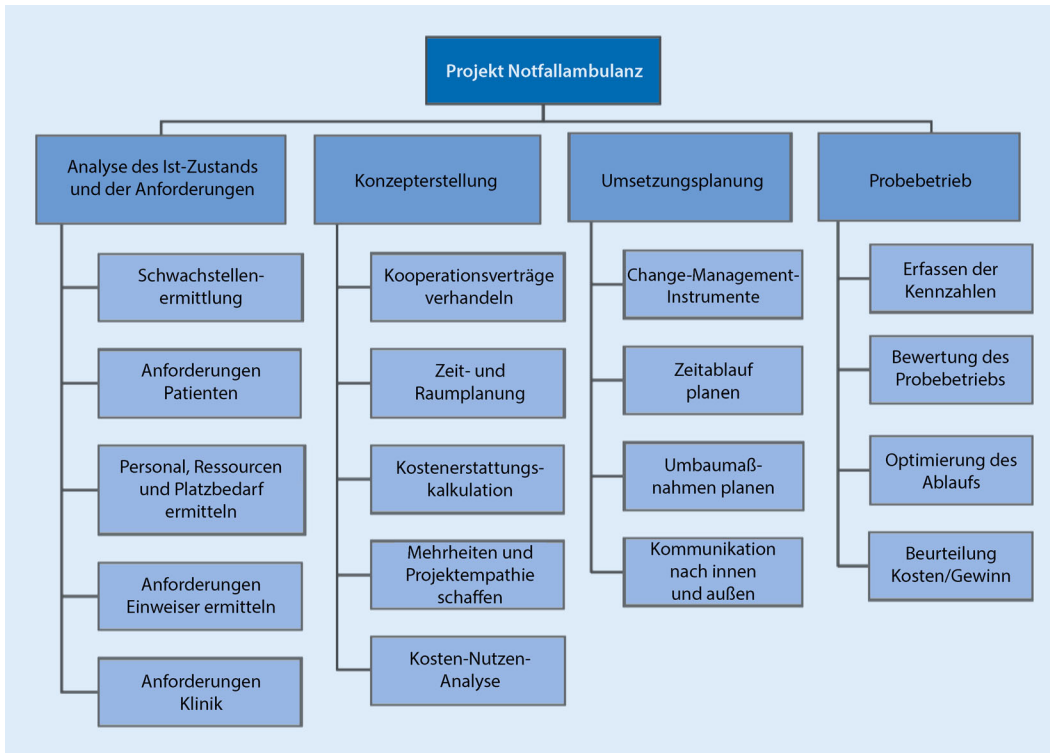


Abb. 1 ◀ Beispiel eines Projektstrukturplans



Abb. 2 ◀ Die 5 Faktoren des Lean-Management-Konzepts im Krankenhaus

derungskurve erläutern. Betont werden sollte, dass strukturelle Veränderungen nach einem einheitlichen Schema ablaufen. Die dabei auftretenden Abwehrmechanismen des beteiligten Personals sind ein normaler Bestandteil dieses Prozesses. Daher müssen Projektleiter die Empfindungen des Personals kennen und ihnen Beachtung schenken. Dennoch sollte ein Projekt dadurch nicht zum Stillstand kommen. Allen Beteiligten sollte bekannt sein, wie Veränderungsprozess ablaufen und in welchem Stadium sich das Team befindet [6]. Nachfolgend werden die wesentlichen Stufen kurz dargestellt.

Phase 1 – Alles im Einklang. Die innere Wahrnehmung passt zur Außenwelt. Einstellungen decken sich mit den Informationen, die man von außen wahrnimmt.

Phase 2 – Schock und Unglaube. Eine plötzliche Veränderung tritt ein. Wir erfahren, dass wir uns ändern müssen. Die Ankündigung wird erst mal verleugnet. Es herrscht Betroffenheit. Die Aufgabe des Vorgesetzten ist es, empathisch zuzuhören.

Phase 3 – Abwehr und Aggression. Das alte Weltbild wird verteidigt. Das Team will nicht wahrhaben, dass die Änderung unausweichlich ist. Die Aufgabe des Vorgesetzten ist es, Veränderungen konsequent immer wieder zu formulieren, um neue Realitäten bewusst zu machen.

Phase 4 – Verstehen. Der Einzelne bemüht sich zwar, so zu tun, als würde die Veränderung nicht bestehen, trotzdem wird im Team die Veränderung bewusst und die Auswirkungen werden spürbar.

Phase 5 – Abschied vom Alten und Akzeptanz des Neuen. Es erfolgt eine Ver-

söhnung mit dem Alten und eine würdige Trennung. Die Diskussionen finden ein Ende.

Phase 6 – Erkenntnis und Neugierde. Es findet eine Veränderung von Einstellungen, Glaubenssätzen und Werten statt. Der Weg ist frei für neue Verhaltensweisen und Fähigkeiten. Die Aufgabe des Vorgesetzten ist es, Fehler zu erlauben und miteinander empathisch zu besprechen. Das Neue wird zur Alltagsroutine. Sicherheit tritt ein.

Phase 7 – Neues Handeln und Selbstvertrauen. Die Weiterentwicklung ist von innen und außen erkennbar und wird wahrgenommen. Die Aufgaben des Vorgesetzten bestehen darin, Teamarbeit zu loben und Fortschritte darzustellen.

Dieser Prozess des Wandels kann in 7 Schritte unterteilt werden:

1. Einschätzung des Sponsors (in unserem Fall die Geschäftsführung),

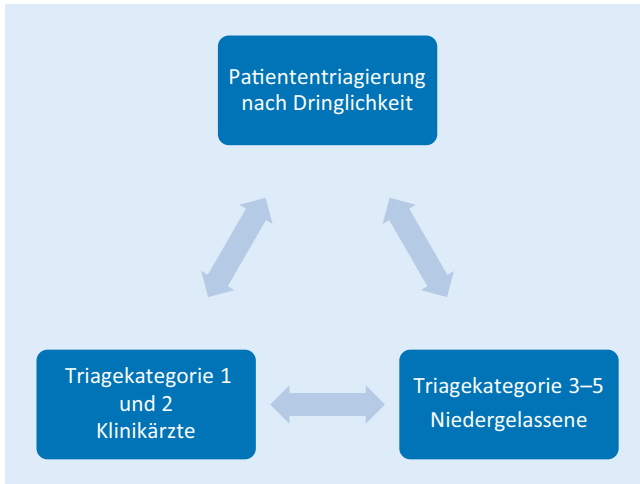


Abb. 3 ▲ Aufnahmeablauf abhängig von der Behandlungsdringlichkeit einer Notfallstation als Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten

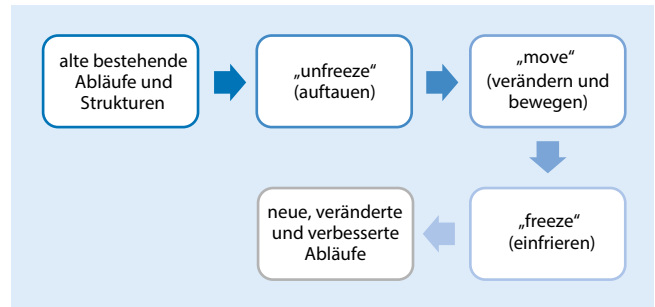


Abb. 4 ▲ Stadien des Änderungsmanagements „freeze“ und „unfreeze“ nach Kurt Lewin

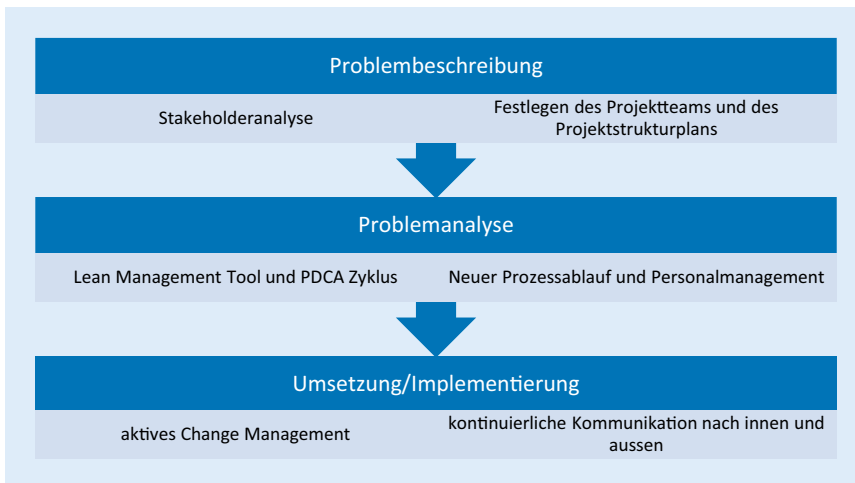


Abb. 5 ▲ Die Unterschiedlichen Phasen des Prozessablaufs

2. Programmmanagement installieren,
3. Kommunikation des Programms,
4. Analyse der Krankenhauskultur,
5. Programmplanung,
6. Umsetzungsplanung,
7. Prozessüberwachung.

Diese unterschiedlichen Stufen werden von dem Projekthinhaber (in unserem Fall dem Chefarzt der Notfallabteilung) in dem Veränderungsprozess sukzessiv angesprochen. Veränderungen erfordern neben dem Management auch Führung (Leadership). Diese beiden Begriffe sind voneinander zu trennen. Unter Management versteht man die Planung und das Verfolgen von Managementzielen, wie zielführende Maßnahmen

durchzuführen; die Kommunikation im Krankenhaus mit den Abteilungen und Mitarbeitern; das Management von Ressourcen wie Mitarbeiter und Betriebsmittel. Im Bereich Leadership wird den Mitarbeitern ein Leitbild und eine Strategie mit einer langfristigen Richtung vorgegeben. In diesem Fallbeispiel wird von dem Projektleiter Leadership-Kompetenz erwartet. Er motiviert regelmäßig und inspiriert seine Mitarbeiter und die involvierten Projektmitglieder. Dadurch definiert er eine Krankenhauskultur und verstärkt diese durch ein aktives Vorleben. Allerdings kann das Projekt letztendlich nur erfolgreich sein, wenn es von der Krankenhausleitung und der Geschäftsführung aktiv unterstützt wird.

Prozessverbesserung und -überwachung

Im Krankenhausbetrieb sind Prozessverbesserungen ständig notwendig. Zum einen, um organisatorische Abläufe zu verbessern und zum anderen, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Ziel ist es, Schwachstellen, Probleme und Fehler zu identifizieren. Das Ziel besteht darin, Prozesse zu verbessern und Effektivität und Effizienz der Krankenhausprozesse zu steigern. Dabei gehen die Ansätze mehr oder weniger nach dem PDCA-Zyklus (PDCA: „Plan Do Check Act“) vor:

- „Plan“ umfasst das Erkennen von Verbesserungspotenzialen, die Analyse des aktuellen Zustands sowie das Entwickeln eines neuen Verbesserungskonzepts unter intensiver Einbindung der ausführenden Person.
- „Do“ bedeutet entgegen weit verbreiteter Auffassung nicht die Einführung und Umsetzung der Verbesserung, sondern das Ausprobieren bzw. Testen und das praktische Optimieren des Verbesserungskonzepts mit schnell realisierbaren, einfachen Mitteln an einem einzelnen Arbeitsplatz.
- „Check“ heißt, dass der in der vorherigen Phase realisierte Prozessablauf und seine Resultate sorgfältig überprüft und bei Erfolg für die Umsetzung auf breiter Front als Standard freigegeben werden.
- Während der „Act“-Phase wird dieser neue Standard eingeführt, festgeschrieben und regelmäßig auf Einhaltung überprüft. Diese Phase ist oftmals sehr aufwändig,

da sie im Einzelfall umfangreiche organisatorische Aktivitäten, wie z. B. die Änderung von Arbeitsplänen oder Stammdaten, die Durchführung von Schulungen sowie die Anpassung der Aufbau- und Ablauforganisation umfassen kann.

Nachdem dieser Kreislauf erfolgreich durchlaufen wurde, wird der neue Geschäftsprozess als Standard festgeschrieben, um Fehler nicht zu wiederholen und Lernerfahrung festzuschreiben. Man spricht dann vom SDCA-Zyklus (SDCA: „Standardize Do Check Act“). Wenn eine Verbesserung im Geschäftsprozess festgeschrieben wurde, werden daraufhin weitere Schwachstellen gesucht und neue Ziele gesetzt. Dieser Kreislauf endet nie und wird auch in dem beschriebenen Projekt immer wieder durchlaufen.

Umsetzungsplanung

Im weiteren Verlauf wird von der Vertragsabteilung des Krankenhauses ein Vertragsentwurf, der mit dem Chefarzt, dem ärztlichen Direktor und der Vertretung der niedergelassenen Ärzte (KV) abgesprochen wurde, dem kaufmännischen Geschäftsführer vorgelegt, der dies mit den Kostenträgern verhandelt. Der letzte Schritt in diesem Prozess ist die Unterzeichnung eines bindenden Vertrags. Als Projektleiter informiert der Chefarzt der Notfallabteilung regelmäßig das Projektteam und alle weiteren Beteiligten über den Fortschritt des Projekts. Als abschließende Maßnahme werden in einer Eröffnungszeremonie die neue Strukturierung der Notfallstation und die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten der Öffentlichkeit vorgestellt. Gleichzeitig wird die Neustrukturierung der Notfallabteilung und Verbesserung des Services durch die Presseabteilung des Krankenhauses in den verschiedenen Medien (lokales Fernsehen, Zeitungen, Internet) vermittelt.

Auch Jahre später läuft dieses Kooperationsmodell erfolgreich: Die Notfallabteilung hat weiterhin einen hohen Zufluss, die Wartezeiten für Patienten werden regelmäßig gemessen und sind deutlich gesunken, Ärzte und Pflegepersonal sind zufrieden mit ihren Arbeitsbe-

dingungen und werben aktiv neues Personal an. Die Anzahl der Beschwerden ist deutlich gesunken. Ebenfalls hat die Anzahl der medizinischen Zwischenfälle („incidents“) abgenommen. Eine langfristige „Win-win“-Situation für alle Seiten ist entstanden. Eine Übersicht über die Maßnahmen und die Reihenfolge gibt

▣ **Abb. 5.**

Fazit für die Praxis

Die hohe Beanspruchung von Notfallabteilungen ist ein weltweites Problem. Sie führt zu Unzufriedenheit von Patienten und Einweisern und gefährdet die Patientensicherheit. Einen Lösungsansatz für dieses Problem bietet ein gezieltes Projektmanagement. Eine Analyse von Belastungsspitzen sollte durchgeführt werden, um die Notfallversorgung mit dem notwendigen ärztlichen und pflegerischen Personal auszustatten. Eine Stakeholder-Analyse und aktives Änderungsmanagement sind weitere Managementmethoden. Die kontinuierliche Prozessverbesserung wird durch den PDCA-Zyklus sichergestellt. Mit Hilfe von Lean-Management-Werkzeugen werden Quellen der Verschwendung (MUDA) analysiert, eliminiert und bessere Push- und Pull-Prinzipien eingeführt. Zudem erfolgt eine aktive Informationspolitik des Personals, der Stakeholder und der Patienten. Regelmäßige Reevaluierungen der Situation, der Patienten-, Einweiser- und Personalfriedenheiten unterstützen den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Die Verbesserung des Patientenflusses innerhalb der Abteilung und des Krankenhauses gehen Hand in Hand mit einer verbesserten Zufriedenheit von Patienten und Personal. Dies ist mittels Managementwerkzeugen möglich und kann anhand der vorgestellten Methoden durchgeführt werden.

Korrespondenzadresse



Prof Dr. E. Weimann, MPH
Universitätsklinik Kapstadt
und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Universität Kapstadt
Kapstadt, Südafrika
edda.weimann@uct.ac.za

Interessenkonflikt. E. Weimann gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Burnes B (2004) Kurt Levin and the planned approach to change: a reappraisal. *J Manag Stud* 41(6):977–1002
2. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E (2010) Triage in der Notaufnahme. Moderne, evidenzbasierte Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit. *Dtsch Arztebl Int* 107(50):892–898. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0892>
3. Trzeciak S, Rivers EP (2003) Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J* 20:402–405
4. Weimann E, Weimann P (2013) Das Swiss-Cheese Modell als „Critical Incident Reporting System“ zur Risikoreduzierung und Erhöhung der Patientensicherheit in Klinik und Praxis. *Pneumologie* 10:201–204
5. Weimann E, Weimann P (2016) Erfolgreiches Projektmanagement bei Gesundheitsdienstleistern: Wie vermeidet man Risiken und Schwachstellen? *Z Asthet Chir* 9(3):136–140
6. Weimann E, Weimann P (2017) High performance in hospital management – a guideline for developing and developed countries. Springer, Berlin, Paris
7. Womack JP, Jones DT (2010) Lean thinking. Banish waste and create wealth in your organisation, 2. Aufl. Free Press, New York