

Teil 3 der Reihe «DRG H60Z – aber bitte mit Differenzierung»

Anatomie der (stationären) Behandlungsprozesse

Dies ist der dritte Teil einer Artikelreihe, in der die Besonderheit von Spitälern und medizinischen Prozessen aufgezeigt und deren Bedeutung für Prozessoptimierungen mit Blick auf die DRG-Einführung diskutiert wird. Im folgenden Beitrag wird eine Anatomie der Behandlungsprozesse in Spitälern und den dahinter liegenden Organisationsprinzipien vorgestellt. Der vierte Teil in Ausgabe 6 der SÄZ wird der Differenzierung von (Spital-)Organisationen gewidmet sein.

Peter Berchtold,
Christof Schmitz

Natürlich wurde die Diagnose sofort vermutet, nachdem Alfred Koller über Gewichtsverlust und wiederkehrenden Ikterus und Juckreiz klagte. Rund fünf Prozent der Patienten mit einer Colitis ulcerosa entwickeln diese tückische Begleiterkrankung einer chronischen Gallenwegentzündung. In der Zwischenzeit haben verschiedene Untersuchungen und Tests diese Vermutung bestätigt. Obwohl die Leber zwar geschädigt, deren Funktion aber immer noch ordentlich ist, quälten die Fieberschübe Herrn Koller weiterhin. Nach einer Stent-Einlage während der letzten Hospitalisation und diversen Antibiotika-Kombinationen gingen die Fieber zwar zurück, treten aber trotzdem immer wieder auf. Vor kurzem rief ihn seine Hepatologin an und lud ihn zu einer interdisziplinären Besprechung am sogenannten Leber-Board ein: Die Zeit sei leider gekommen, eine Lebertransplantation ins Auge zu fassen, war die kurze Begründung. Verständlich, dass Herr Koller zutiefst erschrak – diese Möglichkeit hatte man zwar immer wieder erwähnt, und auch bei seinen ausgedehnten Internet-Recherchen war er darauf gestossen, erwartet hat er sie aber erst in Jahren. Ein ausgedehntes Gespräch mit dem Hausarzt, «meinem Doktor», wie Herr Koller zu sagen pflegt, beruhigte ihn etwas: Dass man ihn für eine Transplantation evaluieren wolle, entspreche den Empfehlungen der neuesten «AASLD Practice Guidelines», selbstverständlich würde man das definitive Ob, Wann und Wie gemeinsam mit ihm entscheiden und planen. Übrigens sei er, der Hausarzt, auch an diesem Leber-Board dabei und würde ihn in der Rolle seines persönlichen «Anwalts» unterstützen.

Implizit

Wie für viele komplexe Krankheitssituationen charakteristisch, zeigt auch diese Sequenz der Krankengeschichte von Alfred Koller, welche unterschiedliche

Anatomie des processus thérapeutiques (hospitaliers)

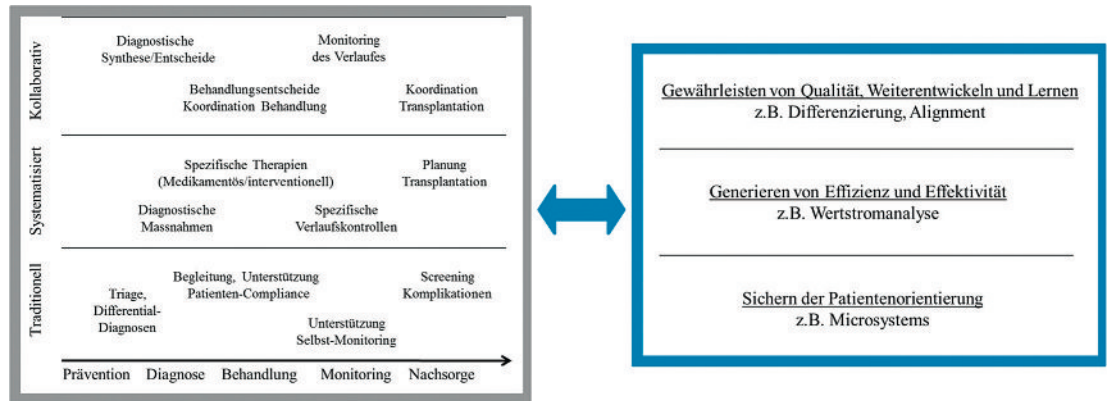
Les processus médicaux sont caractérisés par un ajustement et des différenciations implicites de données objectives, d'aspects subjectifs et de l'incertitude clinique toujours présente. Ce caractère implicite fait de la médecine (pour ceux qui ne sont pas médecins) une boîte noire sur laquelle les outils du management (pour l'optimisation des processus) n'ont pas prise. Aussi parce que la médecine a développé elle-même ses outils pour fixer les processus médicaux et les formes correspondantes du travail clinique. A cet égard, il est essentiel que ces formes – professionnalisme traditionnel, médecine systématisée et de collaboration – reposent sur les différents principes à la base de l'organisation de l'activité clinique. Les optimisations qui tiennent insuffisamment compte de ces développements et de leur complexité ne peuvent pas réussir. La solution consiste à ajuster les outils du management à ceux de la médecine.

Aspekte – wissenschaftliche Evidenz, Guidelines, ärztliche Erfahrung, Ungewissheit zur klinischen Situation, individuelle Präferenzen des Patienten usw. – aufeinander abzustimmen und zu differenzieren sind. Gerade dieses Abstimmen und Differenzieren von «objektiven» Daten (Resultate von Labor, Bildgebung

Korrespondenz:
PD Dr. Peter Berchtold
College-M
Freiburgstrasse 41
CH-3010 Bern
Tel. 031 632 30 26
Fax 031 632 30 25
peter.berchtold@college-m.ch

Abbildung 1

«Black Box» der Medizin und «Tool Box» des Managements der Prozessoptimierung.



und Studien), «subjektiven» Aspekten (Erfahrungswissen der Ärzte, Präferenzen des Patienten) und der immer vorhandenen klinischen Ungewissheit ist für den Kliniker im Spitalalltag häufig impliziter Teil des ärztlich-professionellen Handelns. Das ist unproblematisch, solange die Verhältnisse so sein können, wie sie sind. Prozessoptimierungen hingegen – wie beispielsweise im Zug der DRG-Einführung – stolpern gern über diese Implizitheit und scheitern nicht zuletzt an ihr. Dieses Scheitern erfolgt wesentlich an der Schnittstelle zwischen Medizin- und Management-Ansätzen. Das eine bleibt eine verschlossene «Black Box», das andere eine oftmals wenig genutzte, weil als unpassend oder wenig Nutzen stiftend empfundene Tool Box (Abb. 1).

Die in der DRG-Begleitforschung ausgewiesenen geringen Prozessoptimierungen trotz grösserem Effizienzdruck auf die Prozesse hat hier eine ihrer Wurzeln. Die Tools des Managements in diesem Zusammenhang – typischerweise solche wie Flow Mapping, Wertstromanalysen oder neuerdings auch Six Sigma – bleiben tendenziell stecken, weil sie an den medizinischen Kernelementen der Prozesse auflaufen. Die Management-orientierten Versuche der Gestaltung der Patientenabläufe scheinen aus Sicht der Ärzte oftmals quer zu den für sie relevanten Themen zu liegen. Auch darum verfolgen Mediziner aller Länder die Anstrengungen des Managements nach mehr Effektivität in den Prozessen mit tendenziellem Misstrauen [1]. Sie meinen, eine aus ihrer Sicht vorhandene Undifferenziertheit der Ansätze und vor allem die latente Zumutung einer Standardisierung zu wittern, die es ihnen erschwert, ihre Patienten als Individuen behandeln zu können. Die Welten prallen aufeinander, und das Ergebnis dessen findet sich in den erwähnten Begleitforschungen: wenig bis keine Optimierungen der Prozesse, stattdessen Arbeitsverdichtungen und mehr Belastung für das medizinische Personal.

Mehrdimensionalität

Will man hier vorankommen, ist es sinnvoll, verschiedene Prozessebenen zu unterscheiden. Zunächst

die ganz grundsätzliche, patienten- oder krankheitsbezogene Ebene, die von Prävention über Diagnose und Behandlung bis Monitoring und Nachsorge reicht. Dieser Prozess umspannt im Regelfall mehrere Akteure und Institutionen, wie das Beispiel von Alfred Koller zeigt, und kreuzt üblicherweise mehrere Fragmentierungslinien des Gesundheitssystems (stationär/ambulant, Akutspital/Grundversorger usw.). Der spitalbezogene Teil betrifft einen Teil davon. An den Schnittpunkten dieser beiden Ebenen hat es in den letzten Jahren wohl die bedeutsamsten Veränderungen gegeben, nämlich die Verlagerungen von stationär zu ambulant, die typischerweise für DRG-Einführungen beschrieben werden [2].

Die Abläufe im Spital bedeuten ein verzahntes Miteinander unterschiedlichster, von verschiedenen Funktionen oder Einheiten durchgeführten Aufgaben. Hier ist eine Fülle oft subtil ineinandergreifender Prozessschritte zu gegenwärtigen. Die Interferenz dieser Schritte ist für Prozessoptimierungen äusserst relevant, wie das bekannte Beispiel des ausstehenden Befundes am Tage der Operation oder ähnliche Bekanntheiten aus dem Spitalalltag rasch vor Augen führen. Viele der klassischen Prozessoptimierungen setzen hier an, versuchen Abläufe in Flow-Charts zu visualisieren, Interferenzen zu explizieren sowie sogenannte Störungen und Verschwendungen ausfindig zu machen.

Tabelle 1

Tools der Gestaltung medizinischer Prozesse (adaptiert nach R. Bohmer [5]).

Zeit	Tools
ab 2000	Multidimensionale (IT-basierte) klinische Entscheid-Tools
ab 1980	Evidenz-basierte Guidelines, Klinische Protokolle
ab 1960	Subspezialisierungen, formalisierte Anerkennungen (Fachtitel etc.)
ab «Hippokrates»	(Professionelle) Werte

Natürlich hat auch die Medizin selbst ihre Tools zur Gestaltung medizinischer Prozesse entwickelt (für einen groben Überblick s. Tab. 1). Waren es früher ganz die Aus- und Weiterbildung sowie die Sozialisierung professioneller Werte, die die Beziehung zu Patienten als auch zum Spital definierten, haben sich in den letzten Jahrzehnten beispielsweise mit Outcome-Messungen, Guidelines und Versuchen der Strukturierung medizinischer Entscheidungen (z. B. durch spezifische IT-basierte Entscheid-Tools) Neuerungen ergeben, die auf unterschiedlichen Ebenen auf das medizinische Handeln einwirken. In Verbindung dazu haben sich die im vorhergehenden Artikel [3] beschriebenen drei Formen des medizinischen Entscheidens und Handelns ausgebildet. Diese sind ihrerseits aus der Herausforderung entstanden, klinische Situationen im Gefolge neuer, medizinischer Entwicklungen zu organisieren und das Problem der Ungewissheit klinischer Prozesse zu meistern. Diesen drei Formen – traditioneller Professionalismus, systematisierte sowie kollaborative Medizin – liegen je unterschiedliche Formen und Prinzipien des Organisierens der klinischen Tätigkeit zugrunde. Tabelle 2 gibt einen Überblick und macht deutlich, mit welcher unterschiedlichen Formen des Organisierens wir es hier zu tun haben. Die Pointe liegt darin, dass jede der drei Formen divergente Dynamiken, Verständnisse und Ansprüche evoziert. Entsprechend diffizil sind ihre Kombinationen. Wer kennt nicht ein Tumor-Board, das, statt kollaborativ zu handeln, eine Plattform für Konkurrenz und Territorial-Verteidigungen darstellt? Beispiele dieser Art machen deutlich, wie anspruchsvoll die Mischungen sein können, da sie von den Beteiligten verlangen, sich jeweils bewusst zu werden, in welcher Situation bzw. Rolle sie stecken und welche Erwartungen relevant sind.

Optimierungen, die diese Komplexität unterschätzen, werden nicht vom Fleck kommen. Das «Problem» medizinischer Prozesse in diesem Zusammenhang ist, dass sich Patienten im Regelfall nicht einem dieser drei Prinzipien zuordnen lassen: die «traditionellen» in den einen, die «systematisierten» in einen anderen Pfad und die «kollaborativen» in einen dritten. Das ist deshalb kaum möglich, weil Krankheiten und Patienten wie etwa Alfred Koller einer Mischung von zwei und öfter auch allen drei Formen bedürfen. Und genau das – diese Mischung – bedeutet eine weitere Krux der Prozessoptimierungen im Spital und macht entsprechende Unterfangen nochmals herausforderungsreicher.

Von implizit zu explizit

Unsere zentrale Hypothese ist, dass «Prozessoptimierungen» – hier in Anführungszeichen gesetzt, weil eventuell der Begriff selbst «optimiert» werden muss – nur dann erfolgreich sein werden, wenn es gelingt, das Tool-Set des Managements mit dem Tool-Set der Medizin in Abstimmung, Anregung und Koordination zu bringen. Dazu ist der Mehrdimensionalität medizinischer Leistungsprozesse gerecht zu werden. Einfach ist das nicht, kann es auch nicht sein angesichts der Komplexität der zu erfüllenden Aufgaben. Aber auf die Unterschlagung dieser Komplexität wird mit Widerstand reagiert – eine durchaus gesunde Reaktion. Der erste Schritt einer Lösung liegt darin, nicht einfach irgendwelche mehr oder weniger fremden Tools zu verwenden (und allenfalls zu «korrumpieren» [4]), sondern von den impliziten Vorstellungen zu expliziten und damit zu gestalt-, verhandel- und entscheidbaren Formen zu kommen. Um das tun zu können, braucht es allerdings einen weiteren Schritt, nämlich die Ausweitung der Analyse auf das grössere Behandlungssystem («operating system»). Darum werden wir uns im nächsten Beitrag, dem vierten dieser Serie, kümmern.

Der vierte und letzte Teil dieser Artikelreihe ist für Ausgabe 6 vom 9. Februar geplant.

Tabelle 2
Verschiedene Formen und Prinzipien des Organisierens der klinischen Tätigkeit.

	Traditioneller Professionalismus	Systematisierte Medizin	Kollaborative Medizin
Prozesstyp	iterativ	sequentiell	komplex, kollaborativ
Arbeitsform	«Job shop»	kontinuierlicher Fluss	Netzwerk
Organisationsmodell	dezentral	zentral	vernetzt
Organisationsgrad	niedrig	hoch	flexibel
Führungsspanne	eng	gross	divers
Leistungsmessung	individuell	prozessbezogen	Outcome-bezogen
Optimierungsfokus	individuelle Leistungen verbessern	Variationen bereinigen	Variationen für Lernen nutzen
Motivation Personal	Autonomie bevorzugend	eingebunden sein	Innovation, Lernen
Verbindlichkeit	gegenüber Profession	gegenüber Organisation	im Netzwerk
Einflussform	Status und Reputation	System-definiert	interdependente Beiträge
Staff	einzelne Professionelle	interdisziplinäre Teams	professionelles Netzwerk

Literatur

- 1 Tatsächlich zeigt sich, wie verschiedene projektbezogene Befragungen von uns ergaben, dass das Management im Regelfall wesentlich mehr Veränderungspotenzial in den Prozessen sieht (Ist-Soll-Gap) als die Mediziner, die höhere Zufriedenheiten mit den Leistungsprozessen aufweisen.
- 2 Busato A, von Below G. The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population-based perspective. Health Research Policy and Systems. 2010;8:31.
- 3 Berchtold P, Schmitz C. Eine Zukunft für Spitäler. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(50):2008–11.
- 4 Lozeau D, Langley A, Denis JL. The Corruption of Managerial Techniques by Organizations. Human Relations. 2002;55:537.
- 5 Bohmer R. Designing Care. Harvard Business Press; 2009.