

# 13 Dienstleistungs- und Qualitätsmanagement der Gegenwart und Zukunft einer allgemein chirurgischen Abteilung

## *Ansätze zur Verbesserung der Abteilungsorganisation in einem Krankenhaus mit (erweiterter) Standardversorgung*

H. Wiesinger

### Vorbemerkungen

In Wirtschaftsunternehmen ist wie selbstverständlich von Management die Rede, wenn es um die Bewältigung komplexer Vorgänge geht. Demgegenüber gibt es im Krankenhausdienstleistungsbereich immer noch Ressentiments und Vorbehalte gegen die mit diesem Begriff bezeichneten Verfahren und Konzepte, obwohl die Anforderungen an das Management in sog. Non-Profit Organisationen nicht minder komplex und vielschichtig sind.

Offenkundig gelten hier besondere Rahmenbedingungen und Spielregeln, die es erschweren moderne Managementkonzepte anzuwenden und moderne Führungsmethoden einzuführen.

Im Folgenden sollen nun Ansätze und Strategien für eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung einer Allgemein chirurgischen Abteilung entwickelt werden.

In allen Institutionen der Patientenversorgung steigen die Kosten für Gesundheitsleistungen schneller als das Volkseinkommen. Bestimmend dafür sind

- die ständige Erhöhung der Preise für die ärztliche Behandlung, für die pflegerische Versorgung, für Arzneimittel und für die Hotelleistung
- der Einfluss des medizinischen und wissenschaftlichen Fortschritts, da die Nachfrage nach Gesundheitsleistung auf ein immer größeres, differenzierteres und qualitativ besseres Leistungsangebot stößt, was wiederum stimulierend auf die Nachfrage zurückwirkt

Zwei wesentliche Punkte wirken einer ev. möglichen kurz- bis mittelfristig anzustrebenden Änderung entgegen: Die

- **bürokratische Erstarrung** d.h. die umständlichen Abstimmungswege zwischen den Handelnden an der Basis, den übergeordneten Führungskräften und regionalen und überregionalen Trägern mit einem massiven Ausbau der bürokratischen Organisationselemente und dadurch bedingter massiver Zentralisierung. Statt strukturelle Änderungen vorzunehmen beschränkt man sich auf kosmeti-

---

<sup>1</sup> Kapitel 3  
Version 1.0  
Stand 04/1995

sche Eingriffe, (versteckter) Zwang zu Einsparungen in den Sachkosten (hohe Kosten der Laparoskopie) Verzicht auf notwendige Investitionen. Die

- **restriktive Personalpolitik:** Not und Krankheit sind immer grenzenlos. Diesem Druck können Menschen, deren Profession die Hilfe für Kranke ist, nur schwer aushalten, das Arbeitsvolumen übersteigt meist die vorhandenen Mittel (erst helfen, dann fragen woher das Geld kommt). Das Personal entwickelt dadurch eine defensive, abwertende Einstellung gegenüber Veränderungen, weil ständig befürchtet wird, dass weitere Eingriffe in die personelle und finanzielle Ausstattung vorgenommen werden. Das Ergebnis ist die innere Kündigung.

Um diese schwierigen wirtschaftlichen und wirtschaftlichen Probleme zu lösen ist eine Doppelstrategie notwendig:

- **finanzielle Sanierung**
  - Einführung neuer Verrechnungssysteme
  - Möglichkeiten der Eigenbudgetierung

und Start eines

- **Organisationsentwicklungsprozesses** unter größtmöglicher Beteiligung der Mitarbeiter mit dezentraler Eigenverantwortung und maximaler Transparenz. Das Dilemma dabei ist jedoch, dass strukturelle Entscheidungen relativ kurzfristig getroffen werden müssen ohne dass die Beteiligung der Mitarbeiter hinreichend möglich wäre.

## System der Einflussgrößen auf die Organisationsstruktur einer allgemein chirurgischen Abteilung

Man kann davon ausgehen, dass sich eine allgemein chirurgische Abteilung mit erweiterter Standardversorgung bzw. Schwerpunktfunktion heute folgendermaßen in das bestehende Gesundheitssystem integriert: (**Abb. 1**)

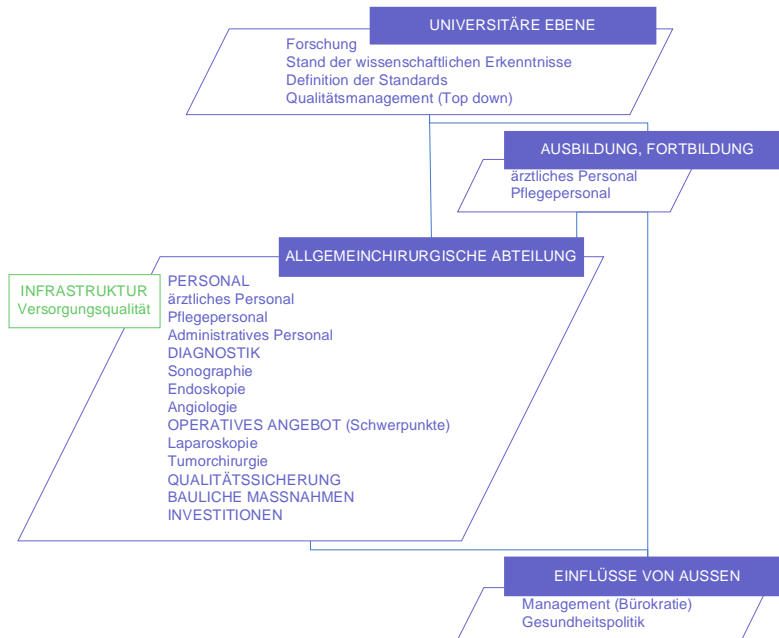


Abb. 1. Position einer allgemein chirurgischen Abteilung im Sozialgefüge

## Erstellung eines Managementkonzeptes für eine allgemeinchirurgische Abteilung (theoretische Ansätze)

### langfristige Ebene (Visionen)

#### *corporate identity*

Bei der Reorganisation einer Abteilung auf einen modernen Standard müssen auch in der internen Gestaltung der Unternehmenskultur und in der Imagepflege nach außen neue Wege beschritten werden:

- Das Management der Dienstleistung liegt in den Händen der Mitarbeiter

Diese sollen so geführt (ausgewählt, ausgebildet, gefördert, bezahlt) werden, dass sie ihre Aufgaben

- herzlich, d.h. persönlich engagiert

- freundlich etc.
- professionell d.h. nach den Regeln der Kunst
- fortschrittlich d.h. zukunftsorientiert, veränderungsbereit, flexibel etc. erfüllen

### *Lean Management*

Einführen von Elementen des Lean Managements wozu sich die Organisationsform eines Krankenhauses bzw. einer chirurgischen Abteilung geradezu anbietet.

- flache Hierarchie  
ist eines der markanten Merkmale im Lean Management, womit ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Selbständigkeit in Organisationseinheiten, die im Primärprozess (Dienste direkt am Patienten) tätig sind gefordert wird.

### *Verantwortung auf der ausführenden Ebene, Eigenbudgetierung*

Übertragung der Verantwortung auf die ausführende Ebene einschließlich der Schaffung von Möglichkeiten zur Eigenbudgetierung, nicht jedoch, auf Grund von zentral, ohne Kenntnisse der lokalen Verhältnisse, diktierten Rahmen, sondern auf Grund von vor Ort von kompetenten Betriebswirten und Ärzten erstellten Budgets, wobei die Wirtschaftskompetenz nicht nur, so wie heute praktiziert, beim Abteilungsvorstand (Verlust der medizinischen Kompetenz durch den großen organisatorischen und bürokratischen Aufwand und Verlagerung auf den Mittelbau), sondern durch Integration eines Betriebswirtes an einer Abteilung oder auch an mehreren ev. verwandten Abteilungen (z.B. Chirurgie, Unfallchirurgie, Anästhesie) aufgeteilt werden sollte.

### *Teamarbeit*

Organisation der Arbeit in Teams, personell (Ärzte, Schwestern) und/oder fachlich (diagnostisch/operativ), die nicht von außen gesteuert werden, sondern ihre Steuerungs- und Feedbackmechanismen integriert haben.

### *tqm (total quality management)*

Die Auffassung was Qualität ist, wird im Wesentlichen kulturell und historisch bestimmt. Der Qualitätsbegriff ist nicht eindeutig, eine Steigerung ist immer möglich. Von **«objektiver» Qualität** spricht man, wenn eine Dienstleistung die Standards oder Normen erfüllt, die man im Voraus festgesetzt hat, wobei hier die Qualitätskriterien vom Leistungserbringer festgelegt werden. Eine andere Dimension ist jedoch auch die Erwartungshaltung des Patienten, es ist der Patient, der **«subjektive» Qualität** auf Basis seiner Erwartungen, die er der Dienstleistung entgegenbringt, festsetzt, d.h. dass die subjektive Qualität auf den Erfahrungen des Patienten gründet und nicht auf dem Wissen und dem Angebot des Leistungserbringers. Qualität bedeutet demnach die subjektive Qualität einer Leistung herauszufinden und diese in dem Maß objektivierbar zu machen, das ein Arbeiten mit Qualität ermöglicht. Dies ist ein Prozess, der nie abgeschlossen ist. Ein neues Bild des Qualitätsmanagements zu entwickeln bedeutet, dass die grundlegenden, derzeit gültigen traditionellen Grundannahmen, wie z.B. dass das Personal gesteuert und kontrolliert werden muss, um die vorgegebenen Standards zu erfüllen, in Richtung

Selbständigkeit, Eigenverantwortung und Eigeninitiative verändert werden müssen. Das heißt, Verantwortung und Kompetenz dafür zu beurteilen, was Qualität ist, soll in größtmöglichen Umfang auf die einzelnen Mitarbeiter übertragen werden, feste Qualitätsnormen müssen vorhanden und an verschiedenen Parametern überprüfbar sein (z.B. Infektionsrate, Medikamentenverbrauch, Liegedauer, -kurze Liegedauer bei hoher Patientenfrequenz- ist ein wesentlich sinnvollerer Parameter als nur die Qualitätsbeurteilung wie viele Betten belegt sind). Qualität soll in das Belohnungssystem integriert werden, innerhalb von Bereichen werden die einzelnen Personen nach der Leistung der ganzen Gruppe entlohnt.

### **Leitbild**

Menschliche Chirurgie -nicht alles was machbar ist, erhöht den benefit des Patienten (Erarbeitung in kleinen Gruppen an konkreten Beispielen)

### **kurzfristige operative Ebene**

- Anhebung des chirurgischen Standards sämtlicher Mitarbeiter
- neue Überlegungen eine angenehmere Atmosphäre für die Patienten zu schaffen (Bilder, Grünpflanzen, Verbesserungen des Standards der Patientenzimmer)
- Öffnung der Abteilung nach außen
  - regelmäßige Information der Medien über neue Behandlungsstrategien und Abbau der durch Informationsmangel und «Bunkermentalität» bestehenden Verständnisprobleme mit den Medien durch Information über die Problematik chirurgischer Erkrankungen («wir haben keine Geheimnisse»)
  - Organisation und aktive Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen mit der niedergelassenen Ärzteschaft zur Verbesserung der Zusammenarbeit
  - Tag der offenen Tür
  - Schaffung von Möglichkeiten zur Demonstration neuer chirurgischer Techniken (Laparoskopie, Karzinomchirurgie etc. durch Teilnahme am Operationsprogramm in kleinen Gruppen)
  - Durchführung klinischer Visiten zur Falldemonstration und Erörterung aktueller Probleme
- sinnvolle Einrichtung, und gegebenenfalls notwendige Umplanungen in den Operationssälen um ein Maximum an Komfort Ergonomie und Effektivität für Patienten und Mitarbeiter zu erzielen.

## Anmerkungen zum derzeitigen «Ist» Stand<sup>2</sup> der Allgemeinchirurgischen Abteilung im LKH Villach

### *Fachärzte und Ausbildungsassistenten*

Die Abteilung ist derzeit oberflächlich betrachtet mit einem Personalstand von sechs Oberärzten und drei Ausbildungsassistenten für den täglichen Routinebetrieb (gilt nicht für die Nachtdienste, wo dieser Personalstand bei der derzeitigen Dienstordnung, die die ständige Anwesenheit eines Facharztes, eines Ausbildungsassistenten und eines Turnusarztes an der Abteilung vorschreibt, das Minimum) mehr als ausreichend besetzt. Probleme bestehen jedoch, anscheinend bedingt durch strukturelle Mängel in der Vergangenheit, in der Ausbildungsqualität. Für die rund um die Uhr Versorgung sämtlicher chirurgisch therapierbarer Erkrankungen einschließlich der Akutchirurgie stehen nur zwei Fachärzte zur Verfügung. Bei allen anderen Fachärzten ist für über die Routine hinausgehende Eingriffe, trotz hervorragender Motivation und vorbildlicher Dienstauffassung des Großteils der Fachärzte, eine ständige Rufbereitschaft erforderlich.

Vordringlichstes Ziel ist es deshalb den chirurgischen Standard aller Fachärzte auf ein entsprechendes Niveau anzuheben. Dies wird, bei der voraussehbaren und auch in einigen Teilgebieten deutliche Zunahme der operativen Tätigkeit, einen Zeitraum von etwa einem Jahr in Anspruch nehmen.

Ein wesentliches Hindernis für den Aufbau einer funktionierenden Ablauforganisation einer Allgemeinchirurgischen Abteilung ist die derzeitige Dienstzeitenregelung mit einer Kerndienstzeit von 7.00-13.00Uhr unter Einbeziehung der Nachtdienste in die Dienstzeit. Hier sind generell mehr Flexibilität und eine Änderung in der Bezahlung (gesonderte Honorierung der Dienste) erforderlich. Anzustreben ist eine Dienstzeit von 7.00-15.00Uhr, ein Facharzt bzw. ein Ausbildungsassistent im Dienst, falls ein Ausbildungsassistent im Dienst, ein Facharzt in Überbereitschaft, so dass das qualifizierte Personal maximal bedarfsorientiert eingesetzt werden kann. Die derzeitige Regelung eines de facto Halbtagsbetriebes ist mit einer modernen wirtschaftlich-, qualitäts- und humanitätsorientierten Chirurgie und einer Operationstätigkeit, die meist über diese Dienstzeit hinausgeht, nicht vereinbar und bedarf einer neuen Diskussion. Schlussendlich geht es auch um die Ausbildung und Weiterbildung der Assistenz- und Turnusärzte, die dadurch nicht im notwendigen Umfang durchgeführt werden kann.

### *Infrastruktur*

Die Abteilung weist generell eine gute Infrastruktur und Ausstattung im diagnostischen-apparativen und auch im eigentlichen chirurgischen-operativen Bereich auf.

#### – **diagnostischer Bereich**

Im diagnostischen Bereich ist neben der, von fast allen Fachärzten und Ausbildungsassistenten generell in einem akzeptablen Standard durchgeführten Sonographie, einschließlich sonographiegestützter Punktionen, auch die komplette endoskopische Diagnostik (Gastroskopie, Koloskopie und Rektoskopie), einschließlich der interventionellen Endoskopie (endoskopische Polypektomie etc.)

---

<sup>2</sup> 03/1995

auf gutem Niveau möglich. Dies garantiert praktisch, außer der Computertomographie und dem MRT, die fast komplette gastroenterologische Routinediagnostik und Nachsorge auf kurzem Weg rasch und effizient durchzuführen. Die zusätzliche Einführung der ERCP einschließlich der interventionellen Eingriffe am Gallenwegsystem sollte forciert werden und ist meinerseits auch, um letztlich die Endoskopie komplett aus einer Hand anbieten zu können, für die nahe Zukunft geplant, scheitert aber derzeit, da dies eine längere Ausbildungs- und Einarbeitungsphase erfordert, an der Motivation des Fachärztespersonals, das natürlich auch ihren eigenen chirurgisch operativen Standard anheben möchte.

– Im angiologisch-gefäßchirurgischen Bereich, einem in Kärnten sicher nur schlecht repräsentierten und abgedeckten medizinischen Teilgebiet, wird eine entsprechende Basisdiagnostik (Plethysmographie und der Extremitätenarterien und -venen) angeboten und die ev. weitere notwendige Diagnostik entsprechend koordiniert werden. Die notwendige angiographische Diagnostik und die angiographischen Interventionen (Dilatation kurzstreckiger Verschlüsse bzw. Lysebehandlung) müssen derzeit noch im LKH Klagenfurt durchgeführt werden. Meiner Ansicht nach ist jedoch für die Größenordnung einer Krankenhauseinheit mit einer großen internen (Dialyse!) und neurologischen Abteilung mit einem auf Grund des Einzugsgebietes zu erwartenden großen angiologischen Potential wie es das LKH Villach darstellt, unbedingt die Errichtung einer eigenen digitalen Angiographiemöglichkeit - einschließlich cerebraler Viergefäßangiographie mit Möglichkeit angiographischer Interventionen - anzustreben. Hier ist die Radiologie aufgefordert, die entsprechenden personellen und apparativen Ressourcen bereitzustellen (entsprechend ausgebildeter, interventioneller Radiologe, der eine entsprechende Angiographie und Interventionserfahrung mitbringt und gleichzeitig die Ausbildung der jüngeren Kollegen betreibt). Die dabei anfallende Gefäßchirurgie kann von der Allgemein chirurgischen Abteilung angeboten werden. Geplant ist auch die vorübergehende Rotation eines Oberarztes an ein gefäßchirurgisches Zentrum.

– **operativer Bereich**

Im eigentlichen operativen Bereich konnten durch die Neuanschaffung eines modernen chirurgischen Instrumentariums, basierend auf einem Set-Containersystem, die Voraussetzung zur Durchführung einer modernen zukunftsorientierten Chirurgie geschaffen werden. Bezüglich der hygienischen Voraussetzungen kann letztlich aufgrund der baulichen Mängel und der in der Vergangenheit versäumten Korrekturen und Anpassungen an die Erfordernisse eines modernen chirurgischen Betriebes nur mehr improvisiert werden. Gravierende, eigentlich unbedingt notwendige bauliche Adaptierungen sind auf Grund der zu erwartenden Fertigstellung der III. Baustufe weder finanziell noch logistisch sinnvoll. Soweit die Änderungen möglich und mit vertretbarem finanziellem Aufwand möglich waren, wurden sie bereits durchgeführt. (Einführung einheitlicher OP Kleidung, Quasi Schleusensystem etc.).

– **stationärer Bereich**

Die Allgemein chirurgische Abteilung weist derzeit einen Bettenstand von 101 Betten auf. Dieser Stand ist sicherlich historisch bedingt. Durch die Zunahme der minimalinvasiven Chirurgie (MIC) und der verbesserten interventionellen Methoden (endoskopische Eingriffe an den Gallenwegen, am Kolon ...) sind heute viele Krankheiten auf minimalinvasivem Weg sanierbar. Dadurch ergeben

sich naturgemäß kürzere Liegezeiten und bei hoher (personalintensiver) Patientenfrequenz eine scheinbar geringere Auslastung, so dass wahrscheinlich in Zukunft 80 Betten für das vorhandene Einzugsgebiet ausreichend erscheinen. Die moderne Chirurgie entwickelt sich in vielen Dingen hin zur Fünftagemedizin. Die Brisanz dieser Feststellungen ist klar und man möge sie auch mit der entsprechenden Vorsicht interpretieren, da letztlich aus der Vergangenheit diesbezüglich Erfahrungswerte fehlen und auch erst die nächsten zwei bis drei Jahre zeigen werden, inwieweit durch ein modernes chirurgisches Angebot die derzeitige, langsam zunehmende, Akzeptanz in der Bevölkerung und bei den zuweisenden Ärzten steigen wird. Diesbezüglich ist ein längerer Lernprozess erforderlich, so dass eine Bettenreduktion vorerst sicherlich nicht zur Diskussion stehen sollte. Um die Abteilung in dieser Übergangsphase trotzdem so effizient und wirtschaftlich wie möglich zu führen, ist maximale Flexibilität von Seiten des Abteilungspersonals und letztlich auch von den Patienten erforderlich. Es wurden vorerst Wochenendsperren einer Station, mit flexibler Handhabung und wenn es von der Auslastung ermöglicht wird, eingeführt. Gedacht ist längerfristig eventuell auch an monatsweise Sperren über die erfahrungsgemäß eher schwachen Sommermonate (wie z.B. in den Wiener Spitälern gang und gäbe) wodurch es zu einer deutlichen Entlastung des Personals bezüglich der zustehenden Urlaube kommt. Inwieweit durch die Zunahme des Leistungsangebotes in kürzerer Zeiteinheit ein höherer Personalbedarf erforderlich sein könnte kann derzeit, da ja nicht einmal ein offizieller Stellenplan existiert, nicht beurteilt werden.

– **administrativer Bereich**

Absolut unbefriedigend ist derzeit die Situation beim administrativen Personal (Sekretärinnen). Von Verwaltungs- und Spitalerhalterseite wird maximale Qualität (z.B. rasche Erledigung der Bürokratie in der Präsentation nach außen - Arztbriefe etc.) bei einer nicht zuletzt aus forensischen Gründen maximal gestiegenen Bürokratie trotz Einführung der EDV (ausufernde Dokumentationspflicht), bei einem immer wieder, (auf Grund von Karenzurlauben) reduziertem Personalstand, gefordert. Jedenfalls ist es derzeit unmöglich mit dem vorhandenen Personal den geforderten Qualitätsstandard zu erzielen.

### *operatives Angebot*

Entsprechend dem Versorgungsauftrag einer allgemeinchirurgischen Abteilung im Verband eines Landeskrankenhauses mit einer quasi Schwerpunktfunktion hat chirurgischerseits eine rund um die Uhr Versorgung sämtlicher chirurgisch therapierbarer Erkrankungen zu erfolgen. Diese beinhaltet die

- Chirurgie des gesamten Gastrointestinaltraktes in der Akut- und Elektivsituation, einschließlich der Chirurgie des Oesophagus, der Leber und des Pankreas, die
- endokrine Chirurgie (Schilddrüse, Nebenschilddrüse) sowie die Mammachirurgie

**Anmerkung:**

Hier besteht anscheinend ein, durch Negativereignisse in der Vergangenheit bedingtes, gestörtes Vertrauensverhältnis im niedergelassenen Bereich mit großer Verunsicherung der zuweisenden Kollegen, und eine Konkurrenzsituation mit der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, (Gynäkologen zeigen international große Ambitionen, die Mammachirurgie für sich zu beanspruchen). Dagegen ist prinzipiell nichts einzuwenden, aus logistischen und qualitativen Gründen sollte die Mammachirurgie auf eine Abteilung konzentriert werden.

Zum routinemäßigen Angebot gehört natürlich weiters die

- Chirurgie der Hernien und die
- Basisgefäß- und
- Thoraxchirurgie.

Schwerpunkte der chirurgischen Tätigkeit werden jedoch die

- minimalinvasive Chirurgie und die
- (gastrointestinale) Tumorchirurgie sein.

In der minimalinvasiven Chirurgie (MIC) wird praktisch das gesamte, heute im Großen und Ganzen etablierte Spektrum, angeboten (Cholecystektomie, Appendektomie, Hernienchirurgie, laparoskopisch assistierte Darmchirurgie und diagnostische Laparoskopie). Die Entwicklung verläuft hier äußerst zufriedenstellend. Bereits in den ersten vier Monaten konnte die Zahl der laparoskopischen Eingriffe gegenüber dem gesamten Vorjahr fast verdoppelt werden.

Bezüglich der gastrointestinalen Tumorchirurgie besteht noch ein gewisser Nachholbedarf, da hier, genauso wie in der Mammachirurgie, ein gestörtes Vertrauensverhältnis zur Abteilung besteht und sich eine ausgeprägte Schiene zu anderen chirurgischen Abteilungen Kärntens etabliert hat. Hier wird noch ein längerer Zeitraum benötigt, um wieder eine Vertrauensbasis aufzubauen.

Einen ev. weiteren zukünftigen Aspekt mit einer möglichen Ausweitung des chirurgischen Angebotsspektrums in Richtung Gefäßchirurgie sehe ich in der Folge der angiologischen Ambulanz (s.o.).