

---

## Volume 15, Issue 2/2013 - German

### Executive Summaries

---

#### **Führungsstärke und Kommunikation in der Gesundheitsbranche: Werkzeuge des Erfolgs**

**Von Rebekah Page Rogers**

Die Gesundheitsbranche weitet sich kontinuierlich aus. In den letzten zehn Jahren ist das Geschäft mit der Gesundheit zu einer gesellschaftlichen Supermacht geworden, das entscheidende medizinische Dienstleistungen für Bürger verfügbar macht und als wirtschaftlicher Motor für örtliche Gemeinschaften dient. Gleichzeitig ist die Gesundheitsbranche komplex und facettenreich. Aufgrund der Komplexität des Systems haben Veränderungen im Gesundheitswesen dazu geführt, dass Führungskräfte diesbezüglich einen gewissen Erschöpfungsgrad aufweisen und oft daran zweifeln, wie sie angesichts dieser Veränderungen ihren Einrichtungen einen klaren Richtungssinn vermitteln können. Der vorliegende Artikel beschreibt drei Führungsstile: transformational, transaktional und dienende Führung. Zudem werden die verschiedenen Führungsstile analysiert, die Ärzte, Krankenpflegepersonal bzw. Krankenhausverwalter bekanntermaßen an den Tag legen. Die endgültige Empfehlung für den Leser lautet: akzeptieren, dass es für eine Führerschaft kein universal gültiges Einheitsrezept gibt. Die Macht liegt immer im Auge des Betrachters; nur durch Weiterbildung und Besinnung kann man mehr über sich selbst und seinen ganz eigenen Führungs- und Kommunikationsstil lernen.

#### **Führung an vorderster Front: eine klinisches Partnerschaftsmodell**

**Von Christopher Kim**

Die krankenhausbasierte Patientenbetreuung ist im Verlauf der Zeit immer komplexer geworden, aufgrund einer höheren Akuität der Fälle und des steigenden Bedarfs für die Betreuungskoordination zwischen allen Akteuren der Gesundheitsversorgung. Anbieter im Gesundheitswesen verwenden somit einen wesentlichen Teil ihrer Zeit darauf, Dokumentationspflichten zu erfüllen, sicherzustellen, dass Qualitäts- und Sicherheits-Checklisten richtig ausgefüllt sind und trotzdem genügend Zeit für die Diskussion des einzelnen Patientenfalls mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen bleibt. Während diese Aktivitäten natürlich gewährleisten, dass die Gesundheitseinrichtung richtig „läuft“, ist es genauso wichtig – wenn nicht sogar noch wichtiger –, dass Gesundheitseinrichtungen danach streben, während des gesamten stationären Aufenthalts eine patientenzentrierte Erfahrung zu bieten.

Das ‚Local Unit‘ Führungsmodell – basierend auf der jeweiligen Abteilung – befürwortet den patientenzentrierten Ansatz. Grundsätzlich beruht dieses Modell darauf, dass institutionell breitgefächerte strategische Beschlüsse zwar auf Ebene der Führungskräfte entwickelt werden, die Ausführung dieser strategischen Ziele jedoch auf Ebene der direkten Patientenbetreuung stattfindet. Ein medizinischer Direktor arbeitet im Team mit einer leitenden Pflegeangestellten derselben Abteilung, womit diese beiden Experten nicht nur die Patientenbetreuung überwachen, sondern auch feststellen können, wo es noch Raum für Verbesserung gibt. Zusammen mit dem Abteilungspersonal (Pflegepersonal, Pharmazeuten, Therapeuten, Fallmanager, Sozialarbeiter, Diätassistenten, Bürokräfte, Wachpersonal) und den ärztlichen Teams können sie die interdisziplinäre Arbeitsplatzkultur verbessern, sich auf Initiativen der Qualität, Sicherheit und Effizienz konzentrieren und die Krankenhauserfahrung des Patienten insgesamt verbessern. Für alle genannten Kategorien gibt es geeignete Messgrößen, und es ist wichtig, dass die Krankenhausführung diese Daten den Abteilungsleitern zugänglich macht, zusammen mit ihren Zielen.

#### **Wirtschaftlicher Nutzen des Antibiotika-Managements im Krankenhaus: eine ökonomische Analyse**

**Von Alastair Gray**

Die Studie bestimmte mittels eines Evaluierungstools für die Überprüfung des Antibiotika-Gebrauchs und des Infektions-Managements die Möglichkeit, das Antibiotika-Regime von Patienten mit Infektionen auf akuten und chirurgischen Abteilungen zu ändern und sie aus dem Krankenhaus zu entlassen. Insgesamt wurden 291 Patienten auf 30 Akutstationen in fünf britischen Krankenhäusern analysiert; zu den erhobenen Informationen zählten demographische Variablen, Diagnose, soziale Stellung, Krankenhausaufenthalt und verschriebene Antibiotika. Jeweils ein Arzt und ein Apotheker analysierten die Antibiotika-Therapie sowie die Möglichkeit einer Entlassung. Die von jedem Patienten verbrauchten Gesundheitsressourcen sowie die potentiellen Einsparungen aufgrund der Management-Veränderungen wurden gemessen und quantifiziert. Insgesamt hätte die Durchführung der Empfehlungen 662£ pro analysiertem Patient eingespart (95% CI: 393-930£). Auch nach Ausschluss von Patienten mit langem stationären Aufenthalt blieben die möglichen Einsparungen signifikant. Die Evaluation des Antibiotika-Gebrauchs im Krankenhaus kann sowohl Antibiotika-Kosten als auch die Aufenthaltsdauer reduzieren. Die möglichen Einsparungen sind erheblich, auch bei Erfordernis zusätzlicher ambulanter Dienste. Randomisierte Studien wären nun zur Stärkung der Evidenz dieser Intervention erforderlich.

#### **Die WHO ‚Surgical Safety Checklist‘: ein multifunktionales Risikomanagement-Tool im Krankenhaus**

**Von Axel Fudickar**

Zum Risikomanagement im Krankenhaus zählen unter anderem menschliche Faktoren und technische Gefahren ebenso wie Führungsstärke

und Belange im Bereich Vorgänge, Aus- und Weiterbildung, Finanzen und Organisatorisches. Die ‚Surgical Safety Checklist‘ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist ein multifunktionales Risikomanagement-Tool, das alle genannten Faktoren umfasst. Die WHO ‚Surgical Safety Checklist‘ vermindert nachweislich perioperative Morbidität und Mortalität, jedoch hängt ihre Effektivität von der korrekten Implementierung und Ausführung ab. Wichtige Komponenten des Risikomanagements in dieser WHO-Liste sind nicht nur das Überprüfen wichtiger Gegenstände, sondern auch Kommunikation, Teambuilding, Führungsstärke, Ausund Weiterbildung sowie Organisation. Um ein Vernachlässigen dieser Aspekte während der Durchführung zu vermeiden, muss die Implementierung der WHO ‚Surgical Safety Checklist‘ auch eine Anpassung der Checkliste, die detaillierte Teaminformation sowie die Ausbildung und Supervision durch Checklist-Koordinatoren im Operationsaal einschließen. Bei entsprechender Umsetzung lässt sich das Team-Briefing Konzept der WHO Checkliste wahrscheinlich auch auf andere medizinische Bereiche übertragen. Ein mögliches Beispiel für die Übertragung des Checkliste-Konzepts auf andere Gebiete wäre etwa die Team-Kommunikation im Traumaund Reanimierungsbereich.

#### **Ein Schritt nach dem anderen: stufenweise Implementierung von Strategien für die elektronische Auftragserfassung im Labor steigert Produktivität**

##### **Von Timothy R. Huerta, Mark A. Thompson, Eric W. Ford, William F. Ford**

Um die Vorteile in Produktivität und Effizienz des EDV-gestützten Gesundheitsbereichs zu realisieren, müssen Manager die Arbeitsflüsse dem Leistungsvermögen dieser Systeme anpassen. Die vorliegende Studie untersuchte Unterschiede in der Produktivität an US-Amerikanischen Krankenhäusern, die verschiedene Ansätze der elektronischen Auftragserfassung ihrer Laboratorien einsetzten (ELAB Systeme). Wir klassifizierten die Zeitschienen dieser Systeme auf Basis von longitudinalen Daten mit drei übergreifenden Kategorien: Fortschritt, Stagnation und Regression. Die Krankenhäuser wurden in jeder Kategorie verglichen, unter Einsatz der longitudinalen, Data Envelopment Analysis‘ auf Basis der ‚Malmquist Total Factor Productivity‘ Messungen. Von allen Krankenhäusern, die einen Fortschritt verbuchen konnten, zeigten diejenigen Einrichtungen mit einer zu raschen Einführung der Systeme Beeinträchtigungen von Effizienz und Produktivität. Diese Krankenhäuser sahen sich gleichzeitig veränderten Rahmenbedingungen und der Einführung technologischer Tools gegenüber, die zu einem Leistungsverlust in Jahr der Implementierung und sowie im Jahr danach führten. Beim Vergleich der verschiedenen Ansätze tätten Krankenhäuser gut daran, die stufenweise Einführung der eLAB Systeme zu erwägen, um diese Produktivitätsverluste abzumildern.

#### **Die Evidenz-basierte Pflege**

##### **Von Susan M. Reese**

Wir bewegen uns derzeit von einer standardisierten Patientenpflege hin zu einem Ansatz auf Basis von Qualität und Outcomes; dementsprechend ist es entscheidend, Vorgänge und Praktiken in der Patientenbetreuung zu identifizieren und neu zu bewerten. Gesundheitsorganisationen müssen die Stellenbesetzung und die Arbeitsstunden des Personals re-evaluieren, wobei die ‚safest practices‘ nach neuester Evidenz im Fokus stehen sollten, um für sowohl Patienten als auch Pflegepersonal die besten Ergebnisse zu erlangen.

Die folgenden Evidenz-basierten Empfehlungen können sich positiv auf die Zufriedenheit von Patienten und Pflegepersonal auswirken und zudem Qualität und Sicherheit erhöhen.

- Kürzere Schichten
- Möglichkeit des Pflegepersonals, pünktlich zu Ende der Schicht den Arbeitsplatz verlassen zu können
- Weniger Überstunden
- Überstunden gerecht verteilen
- Persönliche Kenntnis der Arbeitskräfte, deren Terminplanung man durchführt
- Definition eines ‚skill mix‘ (Mischen unterschiedlicher Fähigkeiten) und diesen einhalten
- Unterschiedliche Erfahrungsniveaus bei jeder Schicht
- Bei Genehmigung von Schichtveränderungen auf ausreichende Ruheperioden zwischen den Schichten achten
- Entwicklung praktischer Richtlinien
- Überwachung der wichtigsten Leistungskennzahlen für Stellenbesetzung und Terminplanung

#### **Berater für Informationssicherheit in Krankenhäusern: do-it-yourself oder auslagern?**

##### **Von Koen Claessens**

Seit 1990 ist es bei der ‚Crossroads Bank of Social Security‘ in Belgien für alle Organisationen mit Zugang zur Bank rechtlich verpflichtend, einen Berater für Informationssicherheit zu ernennen. Aufgrund dieser Ernennung würden sie gemäß der Europäischen Datenschutz Richtlinien handeln. In der Praxis sehen sich jedoch viele Krankenhäuser außerstande, einen solchen Berater aufzutreiben beziehungsweise ihm eine aussagekräftige Jobbeschreibung zukommen zu lassen – aus gleich mehreren Gründen. Am 5. Juli 2011 entschied der gemeinsame sektorale Ausschuss für Soziale Sicherheit und Gesundheit in Belgien, Krankenhäusern ohne einen Berater nicht länger Zugang zu persönlichen Daten der Crossroads Bank und dem nationalen Register zu gewähren. Ein wichtiger Grund für diese Entscheidung war der zunehmende Einsatz von EDV in Krankenhäusern, vor allem bei Patientenakten und Datenaustausch, womit das Risiko eines unzureichenden Datenschutzes noch stärker erhöht wird.

Diese neue Richtlinie bereitet vielen Krankenhäusern Probleme. Erstens ist von Regierungsseite kein Budget für diese neue Anforderung vorgesehen. Zweitens haben Krankenhäuser häufig Schwierigkeiten, einen geeigneten Kandidaten zu finden – entweder innerhalb der Einrichtung oder über Rekrutierung -, der das dafür erforderliche Wissen und die nötige Motivation mitbringt; und zusätzlich verschärft wird die Situation dadurch, dass diese Person –um die Unabhängigkeit zu garantieren – womöglich nicht Teil der internen IT-Abteilung sein sollte. Eine mögliche Lösung ist das Auslagern. Sechs psychiatrische Krankenhäuser in Belgien arbeiten derzeit mit demselben Sicherheitsberater zusammen, da sie eine ähnliche Software einsetzen. Zwei andere Krankenhäuser setzen wiederum auf eine Strategie der ‚gegenseitigen Bereicherung‘: Der IT-Manager des Krankenhauses A ist der Sicherheitsberater in Krankenhaus B und umgekehrt.

Published on : Fri, 24 May 2013