

# 1 Qualitätsplanung: Wie man es schafft, dass der Aufwand tatsächlich beim Patienten ankommt

Christine Kuch

Eine schwerwiegende Kritik gegenüber Qualitätsmanagement-Aktivitäten, die mir gegenüber in verschiedenen Aus- und Weiterbildungen in den letzten Jahren zunehmend geäußert wurde, besteht darin, dass nun „alle QM machen, aber man nicht feststellen kann, dass für die Patienten etwas besser wird“. Im Gegenteil, es wird eher berichtet, dass der notwendige Aufwand einen sogar davon abhalte, Patienten in der gewohnten Qualität zu betreuen.

Nun wird hier häufig auch Aufwand mitgerechnet, der mit QM wenig zu tun hat. Im Kern geht es hier jedoch um das, was ein QM-Beauftragter so formulierte:

*„Wissen Sie, das bringt natürlich schon etwas, wenn man sich die Abläufe mal anschaut, da kann man einiges verbessern, insbesondere in Bezug auf Absprachen mit anderen Mitarbeitern, und man kann auch tatsächlich hier und da Kosten einsparen – aber dass da tatsächlich etwas beim Patienten ankommt, das sehe ich kaum.“*

Dieser Kritik kann man sich anschließen, wobei das Ergebnis nicht im QM selbst begründet ist, sondern in der Art und Weise, in der die Maßnahmen, beispielsweise Ablaufverbesserungen, durchgeführt werden. Häufig wird hierbei nur der gegenwärtige Status quo in einem Flussdiagramm von einer Mitarbeiterin festgehalten. Besonders motivierte Mitarbeiter überlegen zusätzlich noch, ob man die Arbeit etwas reibungsloser gestalten könnte. Und

dann wird das erarbeitete Diagramm zu den Akten gelegt. Ein solches Vorgehen kann nicht beim Patienten „ankommen“, da seine Perspektive höchstens indirekt berücksichtigt wird: Beim Ablauf „IST-Zustand aufschreiben“, „unsere Arbeit vereinfachen“ und „zu den Akten legen“ kommt die explizite Einbindung der Patientenbedürfnisse nicht vor.

Die unzureichende Beachtung von Bedürfnissen interner und/oder externer Anspruchsgruppen kann mit der Qualitätsplanung nach Juran (1991) leicht behoben werden. Sie stellt eine sehr praktikable und leicht umzusetzende Methode dar, in der Bedürfnisse interner und/oder externer Anspruchsgruppen systematisch berücksichtigt werden. Das Vorgehen der Qualitätsplanung ist nachstehend im Überblick beschrieben:



1. Schritt *Ablauf auswählen, Flussdiagramm des aktuellen Ablaufs (IST) erstellen (grob: „Worum geht's?“) und Kunden identifizieren und gewichten*
2. Schritt *Kunden befragen: Welche Ergebnisse brauchen sie?*
3. Schritt *Kundenbedürfnisse und eigene Anforderungen abstimmen und definieren: Was soll am Ende des Prozesses heraus kommen?*
4. Schritt *Ablauf (SOLL) und Verantwortlichkeiten festlegen*
5. Schritt *Umsetzung und Evaluation vorbereiten*
6. Schritt *Projektabschluss*

Die einzelnen Schritte werden nun am Prozess „Terminvergabe“ exemplarisch erläutert. Selbstverständlich sind die inhaltlichen Ergebnisse der einzelnen Schritte spezifisch und nicht auf jede Praxis übertragbar.

*1. Schritt: Ablauf auswählen und Flussdiagramm des aktuellen Ablaufs (IST) erstellen (grob: „Worum geht's?“) und Kunden identifizieren und gewichten*

Hier soll in maximal 6 Schritten der gesamte Ablauf beschrieben werden. Der Prozess der Terminvergabe kann noch kompakter in drei Schritten dargestellt werden (s. Abb. 7).

Eine andere mögliche Darstellung für den Ablauf wäre:

1. Patient ruft an
2. Mitarbeiterin geht ans Telefon
3. Patient erzählt sein Anliegen
4. Mitarbeiterin fragt nach einzelnen Informationen (Art der Beschwerden, Dauer, etc.)
5. Mitarbeiterin sucht im Terminplaner einen Termin heraus
6. Mitarbeiterin gibt Patienten den Termin



Abb. 7 Ablaufdarstellung „Terminvergabe“ als Flussdiagramm, durch das der Patient „fließt“

Der Unterschied zwischen den Darstellungen besteht darin, dass in der obigen Darstellung der Ablauf aus der Sicht des Patienten abgebildet ist, während die zweite Darstellung auch die Perspektive der Mitarbeiterin beinhaltet. Die erste Variante hat den Vorteil, dass der Ablauf sauberer abgegrenzt werden kann und man sich daher bei Prozessbeschreibungen weniger verzettelt. In der zweiten Variante kann leicht der Fehler passieren, dass sogenannte Unterstützungsprozesse, also solche Abläufe, die den beschriebenen Kernprozess der Terminvergabe unterstützen, alle in einen Ablauf „gepackt“ werden. Es kann unübersichtlich werden, wenn im Ablauf der Terminvergabe beispielsweise auch beschrieben wird, dass die Checkliste für die Terminvergabe aktualisiert werden und Druckerpapier bestellt werden muss, dass neue Mitarbeiter in die Terminvergabe eingewiesen werden und dass die Einhaltung des Ablaufs geprüft wird. Es ist hilfreich, die Prozesse so einfach wie möglich zu beschreiben.

Außerdem sollen in diesem Schritt die Kunden des Prozesses definiert und gewichtet werden. In unserem Beispiel ergeben sich als Kunden:

- Patient (erhält den Termin = Ergebnis des Prozesses)
- Ärztin (möchte für ihre Praxis ein bestimmtes Auftreten gegenüber Patienten erreichen, bestimmte Patientengruppen in einem bestimmten Umfang behandeln und einen bestimmten Umsatz erzielen)
- medizinische Fachangestellte (möchte Informationen vom Patient und von der Ärztin, um ein optimales Ergebnis liefern zu können)

Im Beispiel wird der Patient als wichtigster Kunde betrachtet. Die beiden anderen (internen) Kunden werden ihm nachgeordnet. Das bedeutet, dass der Ablauf in erster Linie nach Maßgabe der Bedürfnisse des Patienten optimiert wird und erst nachgeordnet die Bedürfnisse der beiden anderen Kunden betrachtet werden. Hier wird auch noch einmal deutlich, dass das Qualitätsverständnis von Praxis zu Praxis variieren kann: In einer anderen Praxis könnten auch die Bedürfnisse der Ärztin oder die Bedürfnisse der medizinischen Fachangestellten an erster Stelle stehen.

## 2. Schritt: Fokusgruppeninterviews mit Patienten (und anderen Anspruchsgruppen): Welche Ergebnisse brauchen sie?

Im Beispiel werden nun Patienten zu ihren Bedürfnissen in Bezug auf die Terminvergabe befragt. Dazu sollte aus testtheoretischen und teststatistischen

Gründen kein Fragebogen entwickelt und eingesetzt werden, es ist sinnvoller, für diese spezifische Fragestellung ein *Fokusgruppeninterview* (z. B. Krueger et al. 2000, Morgan 1997) durchzuführen.

Zu diesem Zweck bittet man vier bis fünf Patienten, die möglichst viel Erfahrung damit haben, einen Termin in Arztpraxen zu bekommen, „nicht auf den Mund gefallen“ sind, und die das gängige Patientenklimentel nach Möglichkeit widerspiegeln (in Bezug auf Alter, Geschlecht, ..), an einem „gemeinsamen Gespräch zur Verbesserung unserer Praxisorganisation“ teilzunehmen.

Im Fokusgruppeninterview berichten diese Patienten dann ihre Erfahrungen entlang des Ablaufs der Terminabsprache, welcher im ersten Schritt beschrieben wurde. Dazu wird Ihnen der Ablauf gezeigt und sie werden gebeten: „Erzählen Sie bitte, was passiert, wenn Sie mit uns in Kontakt treten und einen Termin haben wollen. Bitte erzählen Sie das so genau wie möglich, denn wir haben ein Interesse daran, uns möglichst auch bei vermeintlichen Kleinigkeiten zu verbessern.“

Die Patienten berichten von sich aus sowohl positive als auch negative Erfahrungen. Hierbei ist es manchmal hilfreich, an der einen oder anderen Stelle noch einmal genauer nachzufragen. Zudem können Patienten auch am Ende der Gruppendiskussion noch die Frage gestellt bekommen, welche Verbesserungsmöglichkeiten ihnen über das bereits Gesagte hinaus noch einfallen.

In einem solchen Fokusgruppeninterview äußern Patienten u. a. zum Beispiel:

- „Na ja, wenn man bei Ihnen anruft, ist es zunächst einmal besetzt. Ich habe kein Fax und kann dann auch nicht per Fax einen Termin ausmachen. Das finde ich etwas ärgerlich.“
- „Vielleicht könnte man auch per Mail einen Termin machen.“
- „Ich habe gesehen neulich bei einer anderen Praxis, da kann man Termine sogar im Internet ausmachen, also man bekommt dann einen Kalender gezeigt und kann Termine eintragen. Das finde ich super.“
- „Ja, und wissen Sie, wenn man Sie dann erreicht hat, dann geht es ja meistens sehr schnell. Die Damen sind auch sehr nett am Telefon. Nur einmal, da hat es wirklich lange gedauert, weil irgendetwas unklar war. Und dann sollte ich zurückgerufen werden wegen eines Termins und das hat mir aber dann zu lange gedauert. Ich hab dann wieder angerufen, also das war wirklich umständlich. Ich weiß auch nicht genau was da passiert ist, das konnte mir auch keiner sagen.“
- „Also wissen Sie, was ich nicht gut finde, wenn man gefragt wird, bei welcher Kasse man versichert ist. Da hat man gleich das Gefühl, dass man als Kassenpatient schlechter behandelt wird und dass es länger dauert, bis man einen Termin bekommt.“

Das Fokusgruppeninterview dauert je nach Inhalt zwischen 15 und 45 Minuten. Die Ergebnisse können entweder sofort von einem Protokollanten mitge-

geschrieben werden oder man bittet die Teilnehmenden, die wichtigsten Ideen auf Moderationskarten zu schreiben, die man dann an eine Pinnwand hängt. Das hat den Vorteil, dass sich immer mehr Ideen auf der Pinnwand sammeln, die zu Assoziationen anregen, sodass die Patienten häufig noch mehr Einfälle haben, von denen man profitieren kann.

#### **Aufgabe 10 für anwendungsfreudige Leser**

Überlegen Sie: In welchem konkreten Prozess sollten wir die Perspektive der Leistungsempfänger besser berücksichtigen als bisher? Wo würde sich das besonders lohnen? (Patienten zur Nachsorge, Patienten zum Behandlungsgespräch, Zuweiser zur Kommunikation von Patientendaten und -informationen, Mitglieder zur Information über Neuerungen im Netz, usw.) Organisieren Sie die Durchführung eines Fokusgruppeninterviews!

Im Anschluss an das Gruppeninterview wird herausgearbeitet, welche Bedürfnisse „hinter“ den Aussagen der Patienten stecken. In Bezug auf die genannten Aussagen im Beispiel sind das u. a. Bedürfnisse nach:

- Autonomie (z. B. nicht abhängig zu sein, Termin wählen können, Methode wählen können),
- Wertschätzung bzw. Respekt (z. B. keine unnötige Verschwendung der eignen Zeit; als Individuum (das z. B. kein Fax hat) wahrgenommen werden), eng verknüpft mit dem Bedürfnis nach
- Gleichbehandlung (unabhängig von materieller Ausstattung und Kassenzugehörigkeit gleich schnell und gut behandelt zu werden),
- Empathie und Zuwendung (z. B. Freundlichkeit am Telefon), nach Sinn (z. B. Erklärungen dafür bekommen, warum man warten musste) und
- Sicherheit (z. B. Arzt erreichen zu können, bedarfsgerecht (schnell) behandelt zu werden).

Diese „Übersetzung“ wird vorgenommen, damit man im folgenden 3. Schritt der Qualitätsplanung mehrere Optionen offen hat, um sowohl Patientenbedürfnisse als auch zugleich die eigenen Ansprüche erfüllen zu können. Beispielsweise kann das Bedürfnis nach Wertschätzung auf vielerlei Art und Weise erfüllt werden, oder es kann auch an mehreren Stellen verdeutlicht werden, dass alle Patienten in der Praxis mit der gleichen Sorgfalt behandelt und betreut werden, unabhängig von ihrem Einkommen oder ihrer Kassenzugehörigkeit.

Falls in einer Praxis unterschiedliche Terminvergaben erfolgen, sollten mehrere Fokusgruppeninterviews entsprechend der unterschiedlichen Abläufe durchgeführt werden.

Zudem kann auch ein Patientenbeirat etabliert werden, mit dem regelmäßig verschiedene Themen besprochen werden. Es sollte dann allerdings die Möglichkeit bestehen, dass sich immer wieder neue Patienten beteiligen, um auch hier keine „Betriebsblindheit“ zu fördern.

### *3. Schritt: Kundenbedürfnisse und eigene Anforderungen abstimmen und definieren: Was soll am Ende des Prozesses herauskommen?*

Im Beispielfall werden die Bedürfnisse der Patienten nun mit den eigenen Anforderungen der Ärzte und der medizinischen Fachangestellten abgestimmt. Das heißt im Einzelnen, dass man sich überlegt, wie man welches Bedürfnis erfüllen möchte (und wie auch nicht). Abschließend wird definiert, was am Ende des Ablaufs einer Terminvergabe erfolgt sein soll. Beispielsweise:

- Bekommen Privatpatienten nach dem ersten Termin eine gesonderte Telefonnummer, über die sie Termine in einer gesonderten Sprechstundenzeit vereinbaren können.
- Patienten werden allerdings nicht mehr direkt am Telefon gefragt, welcher Krankenversicherung sie angehören.
- Patienten bekommen die Möglichkeit, über das Internet Termine einzutragen, aber nur in spezielle Sprechstundenzeiten, zu denen privat und gesetzlich Versicherte potenziell gleichermaßen Zugang haben.
- Die medizinischen Fachangestellten vergeben Termine nach einer Checkliste, die eine von allen Ärzten getragene Rangliste enthält, und in welcher aufgeführt ist nach welchen Kriterien welche Patienten welche Termine erhalten und einbestellt werden.
- Die Patienten wissen, welche verschiedenen Möglichkeiten es gibt, einen Termin in der Praxis zu erhalten (auch wenn sie nicht alle nutzen).
- Die Telefonate für die Terminvergabe dauern nicht länger als drei Minuten (Ausnahmen werden begründet).
- Es gibt festgelegte Zeitfenster für die Dauer bestimmter Prozeduren, die nach Möglichkeit (in der Regel, Abweichungen mit Begründung) eingehalten werden.
- Die Wartezeit auf einen Ersttermin, an dem ggf. nur Daten und Laborwerte erhoben werden und an dem der Arzt den Patienten nur kurz begrüßt und auf die Vorbereitung des folgenden Termins verweist, beträgt maximal fünf Werktage.
- Patienten bekommen bei längerer Wartezeit auf einen Termin immer eine plausible Erklärung.

### *4. Schritt: Ablauf (SOLL) und Verantwortlichkeiten festlegen*

Im vierten Schritt wird vereinbart, wie der Ablauf nun erfolgen soll, damit die vereinbarten und nun erwünschten Ergebnisse erreicht werden. Zudem wird festgelegt, wer für welchen Schritt verantwortlich ist. Schließlich werden die notwendigen vorbereitenden Maßnahmen umgesetzt. Im Beispiel wird etwa das erste Feld des alten Ablaufs im neuen Ablauf viergeteilt:

1. Patient meldet sich direkt im Internet in der speziellen Sprechstunde für Internetnutzer an;
2. Patient ruft über PKV-Nummer an;

## 1 Qualitätsplanung: Wie man es schafft, dass der Aufwand tatsächlich beim Patienten ankommt

3. Patient tritt telefonisch mit der Praxis in Kontakt;
4. Patient mailt oder faxt einen Terminwunsch an die Praxis und wird zurückgerufen.

Zudem ist bei dem neuen Ablauf das Ende des Prozesses nicht erreicht, wenn der Patient den Termin (z. B. am Telefon) erhält, sondern wenn der Patient zum Termin in der Praxis erscheint. Erst dann wird der Ablauf abgeschlossen (z. B. werden Patienten bei Fristüberschreitungen gesondert informiert, oder es werden gesonderte Telefonnummern „für dringende Fragen“ verteilt usw.).

Schließlich wird festgelegt, wer für den Gesamtprozess „Terminvergabe“ verantwortlich ist, und welche Befugnisse die Verantwortliche hat (z. B. Ärzte darauf hinweisen, wenn Zeitfenster für bestimmte Prozeduren wiederholt überschritten werden. Die Ärzte müssen dann überlegen, wie sie die Zeitfenster einhalten können oder gemeinsam darüber abstimmen, die Zeitfenster zu verlängern). Auch Verantwortlichkeiten für zuliefernde Prozesse werden festgelegt (z. B. Aktualisierung der Internetsprechstundenzeit durch eine medizinische Fachangestellte, Aktualisierung der Terminvergabe-Checkliste durch die Ärzte, usw.).

Notwendige vorbereitende Maßnahmen werden jetzt umgesetzt: z. B. Website überarbeiten und Angebot der Internetsprechstunde für Patienten verständlich beschreiben, Checkliste für die Terminvergabe erarbeiten, Zeiten erheben für die Dauer bestimmter Prozeduren, beispielsweise im Labor.

### 5. Schritt: Umsetzung und Evaluation vorbereiten

Nun erfolgt der „letzte Schliff“: Es wird überlegt, welche Mitarbeiter und welche anderen Personen über was und wie informiert werden sollen:

- Ist eine Schulung erforderlich?
- Soll ein Plakat gedruckt werden?
- Wo soll die Checkliste hingelegt werden, damit sie jeder sieht und schnell Zugriff darauf hat?
- usw.

Schließlich wird festgelegt, wann die Umsetzung das erste Mal bewertet werden soll. Welche der im dritten Schritt festgelegten Ergebniskriterien, deren Erfüllung durch die Veränderungen erreicht werden sollen, sollen wann in welchem Maße erfüllt sein, damit man davon ausgehen kann, dass die Umsetzung erfolgreich ist? Wer soll die Messung wann durchführen?

### 6. Schritt: Abschluss

Der Abschluss erfolgt, wenn alle vorbereitenden Maßnahmen abgearbeitet sind und die Umsetzung, für die selbstverständlich die disziplinarische Praxisleitung verantwortlich ist, direkt bevorsteht. Nun bleibt nur, die Ergebnisse der Vorarbeit anzunehmen und noch einmal zu schauen, was in der Ent-

wicklungsarbeit gut geklappt hat und was man sich daher für das nächste Vorhaben merken sollte, bzw. was nicht gut geklappt hat und was man daher anders machen sollte. Letztlich steht ein Dank an die Mitarbeiter für ihr Engagement während der Entwicklungsarbeit an.

Insgesamt sind für diese Entwicklungsarbeit, natürlich abhängig vom Umfang des ausgewählten Ablaufs, drei bis fünf Sitzungen erforderlich. Der Nutzen jedoch ist hoch, stellt das Vorgehen doch sicher, dass Abläufe nicht einfach nur aufgeschrieben werden, sondern sozusagen auf Herz und Nieren überprüft und im Hinblick auf eine besser Erfüllung der gestellten Bedürfnisse und Anforderungen verbessert werden. Schon die Erarbeitung selbst klärt viele kleine Missverständnisse und gegenseitige Unkenntnis und, wie häufig berichtet wird, ist das Ergebnis, der neue Ablauf, nur eines von vielen: Durch die aktive Auseinandersetzung mit Patientenbedürfnissen (oder in anderen Vorhaben auch Bedürfnissen von anderen internen und externen Anspruchsgruppen) rücken diese ebenso in anderen Arbeitsabläufen in den Vordergrund. Häufig setzt die Arbeit zudem noch weitere kleine Veränderungen in Gang, die insgesamt darauf zielen, Bedürfnisse, über die sich viel ausgetauscht wurde, ebenfalls in anderen Bereichen zu beachten. Auf diese Weise kann ein so abstrakter Begriff wie „Patientenorientierung“ nach und nach mit (Alltags-) Leben gefüllt werden.

### Literatur

- Juran JM: Handbuch der Qualitätsplanung. 3. Aufl. Landsberg/Lech: Verlag Moderne Industrie 1991
- Krueger RA, Casey MA: Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. 3. Aufl. Thousand Oaks: Sage 2000
- Morgan DL: Focus Groups as Qualitative Research. 2. Aufl. Thousand Oaks: Sage 1997

## 2.2 Grenzen klassischer Vorgehensweisen und die Beachtung wechselseitiger Bezüge als Lösungsansatz

Soweit so gut. In langjähriger Praxis stellt man jedoch fest, dass Ursachenanalysen häufig von Schuldzuweisungen und Rechtfertigungstiraden geprägt sind, die Stimmung schlecht ist und dass kreative Lösungsideen untergehen. Projekte verlaufen im Sand und die Umsetzung von Veränderungen klappt nicht.

Darüber hinaus reduzieren Ursachenanalysen die bestehende Komplexität der Situation übermäßig: Häufig wird schnell ein Schuldiger gefunden – alle anderen sind damit entlastet –, das Problem wird aber dennoch nicht gelöst. Zur Veranschaulichung ein Beispiel aus dem medizinischen Alltag:

Ein Notfallpatient mit Bauchschmerzen bekommt die aus chirurgischer Sicht sinnvolle OP dringend angeraten. Der Patient hat nur eine geringe Zeit für seine Entscheidung und ist etwas überrumpelt. Er vergisst die Angabe von aus seiner Sicht „ungefährlichen“ gerinnungshemmenden Medikamenten (z. B. Aspirin). Nach der OP kommt es zu Nachblutungen, eine erneute OP wird notwendig.

Fragt man nun nach den Ursachen, erhält man – Schuldzuweisungen:

- Der Arzt muss besser informieren, er hätte genauer nachfragen müssen
- Der Arzt war überarbeitet, unkonzentriert, ungeübt, ...
- Der Patient hätte mehr danach fragen müssen, was noch wichtig ist
- Der Patient äußerte sich zu ungenau
- Der Patient war zu unbestimmt in seinem Auftreten ...

Auf diese Schuldzuweisungen folgt meist nicht nur schlechte Stimmung, zudem werden so kaum hilfreiche Lösungen gefunden.

Nimmt man beispielsweise an, der Arzt müsse besser informieren, werden Lösungsansätze entwickelt wie z. B. „Ermahnen der Ärzte, besser zu informieren.“ oder „Kommunikationsschulung für Ärzte“.

Nimmt man hingegen etwa an, der Patient habe zu wenig nachgefragt, erfolgt zum Beispiel als Lösungsansatz: „Patienten künftig deutlicher bitten, alle Fragen zu stellen, die ihnen einfallen.“

Diese Lösungsansätze mögen zunächst hilfreich wirken – sind es jedoch kaum, wenn die beteiligten Protagonisten dazu nicht passende Erwartungen haben.

So könnte z. B. der Arzt denken: „Wenn mein Patient wenig fragt, weiß er alles – dann wirkt das schulmeisterhaft, wenn ich noch mal zu bekannten Inhalten informiere. Und außerdem kann ich die Zeit wirklich besser nutzen.“ Der Patient hingegen könnte denken: „Wenn mein Arzt wenig informiert, will er das wohl auch nicht, der hat ja auch viel Stress. Dann bringt das ja auch nichts zu fragen.“ Die nachstehende Abbildung 8 verdeutlicht diesen mög-

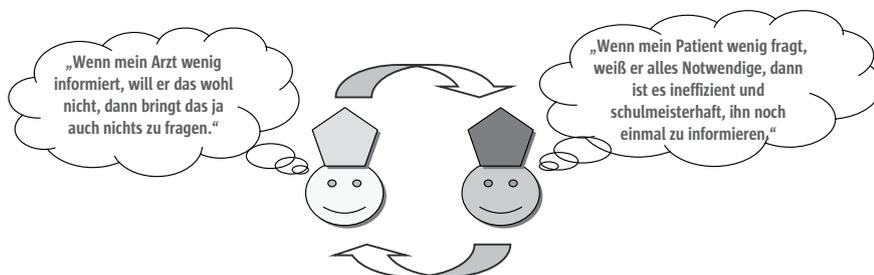


Abb. 8 Zirkulärer Zusammenhang in der Arzt-Patienten-Kommunikation

licherweise bestehenden, sogenannten „zirkulären Zusammenhang“: Die Beteiligten steuern ihr Verhalten auch über die eigenen Erwartungen, die sie über das Denken und Verhalten Ihres Gegenübers haben.

Gestalten sich die gegenseitigen, aufeinander gerichteten Erwartungen wie im beschriebenen Beispiel, bringt die beste Kommunikationsschulung nichts und die freundlichste Ermahnung hat keine positive Folge, da sie – zu kurz – auf die Veränderung einer Seite alleine zielt. Auch ein meisterhaft kommunikationsfähiger Arzt wird eben nicht „noch einmal“ informieren, wenn er die Erwartung hat, dass Patienten bestimmte Fragen stellen, wenn sie den Bedarf haben, und zudem nicht „von oben herab“ behandelt werden wollen.

Hilfreicher wäre es, die gegenseitigen Erwartungen zu reflektieren und zu überlegen, wie man ungünstige Bezüge auflösen kann. Ungünstige Bezüge sind beispielsweise solche, die auf Generalisierungen bauen – es trauen sich eben nicht alle Patienten, Fragen zu stellen. Eine Möglichkeit der Auflösung eines solchen ungünstigen Bezugs bestünde etwa darin, dass ein Patient einen „Fragebogen zu möglichen Fragen an den Arzt“ am Tresen ausgehändigt bekommt mit der Bitte, ihn im Wartezimmer auszufüllen. Damit wird, indirekt, kommuniziert, dass der Arzt sehr interessiert ist an den Fragen seines Patienten. Und der Patient kann im Gespräch mit dem Arzt zusätzlich auf etwas anderes Bezug nehmen (auf seinen „Fragen-Notizzettel“), als auf seine subjektive Deutung, inwieweit sein Arzt wohl daran interessiert sein mag, mit ihm offene Fragen zu klären.

### 2.3 Mit dem lösungsorientierten Ansatz nachhaltige Lösungen erzielen

Einen weiteren Ausweg aus dem „Schuldfragen stellen“ bietet der von Steve de Shazer und Insoo Kim Berg Anfang der 80er-Jahre begründete lösungsorientierte Ansatz. Hier folgt man Überlegungen der Kybernetik, wonach bei komplexen Problemen nicht eindeutig zwischen Ursache und Wirkung entschieden werden kann, da Wechselwirkungen zwischen „Ursache“ und „Wirkung“ bestehen. Während bei einfachen, mechanischen Problemen eine eindeutige Ursachenzuschreibung erfolgen kann (A verursacht B), ist dies bei

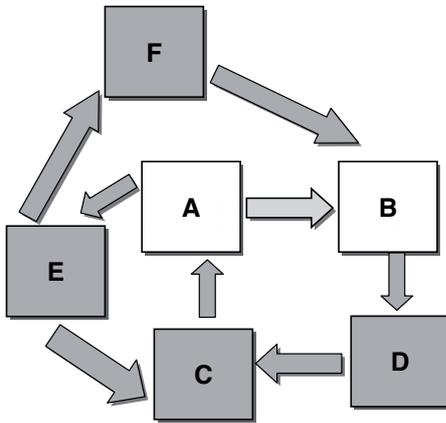


Abb. 9 Komplexe Zusammenhänge zwischen „Ursache“ und „Wirkung“

komplexen Problemen nicht möglich (A ist zugleich Ursache und Folge von B) (s. Abb. 9).

Bei Problemen, bei denen mehrere Faktoren eine Rolle spielen, ist daher eine Ursachenanalyse für die Lösungsfindung verzichtbar.

Ein solcher Verzicht auf Ursachenanalysen kommt in der, von der Logik „erst Diagnostik, dann Therapie“-geprägten, medizinischen Welt einer schwer zu schluckenden Kröte gleich. Dennoch wäre es sicherlich hilfreich zu akzeptieren, dass Ursachendefinitionen bei komplexen Zusammenhängen nicht eine „objektive“ Wahrheit abbilden, sondern einen von vielen möglichen Sinnzusammenhängen wiedergeben. Ursachenanalysen bei komplexen Problemen können dazu dienen, dass man sich als Team *einigt*, was die wichtigsten Ursachen für einen Zustand sind, ein anderes Team könnte jedoch eine andere, ebenso richtige oder „wahre“ Ursache finden. Eine „objektiv wahre“ Ursache kann es bei komplexen Problemen nicht geben: Wo ich in einem zirkulären Zusammenhang (s. Abb. 8) „die“ Ursache sehe, ist abhängig von meiner subjektiven Perspektive.

Im lösungsorientierten Ansatz wird daher anstelle aufwendiger Ursachenanalysen nach allen möglichen Lösungen gesucht. Auch nach solchen Lösungen, die mit dem Problem direkt nichts zu tun haben – scheinbar: In Abbildung 9 hat das Element E zwar nichts direkt mit dem Problem B zu tun, eine Veränderung von E (oder z. B. auch eine Veränderung der Relation von E und F) könnte aber trotzdem positive Folgen haben.

Steve de Shazer formulierte treffend: „Problem talk creates problems, solution talk creates solutions“ („Gespräche über Probleme erzeugen Probleme, Gespräche über Lösungen erzeugen Lösungen“). Die nachstehende Gegenüberstellung von problem- und lösungsorientiertem Vorgehen in Tabelle 11 veranschaulicht die bestehenden Unterschiede praktisch in Bezug darauf, welche Fragen jeweils bei auftretenden Problemen formuliert werden.

Tab. 11 Problemorientierte versus lösungsorientierte Fragen

analysierende, personen-, problemorientierte Fragen	zukunfts-, verhaltens-, lösungsorientierte Fragen
Welche Ursache hat das Problem?	Was müsste wer wann anders machen, damit ein besseres Ergebnis herauskommt?
Wer hat es verursacht?	Was soll in Zukunft anders sein? Wie soll die Zukunft genau aussehen?
Wessen Schuld ist das?	Was können die Beteiligten selbst dazu beitragen? Was evtl. nicht mehr tun?
Welche ähnlichen Probleme gab es schon in der Vergangenheit?	An welchem Verhalten würde man merken, dass wir unser Ziel erreicht hätten?
<i>Leitfrage: Warum? ...</i>	<i>Leitfrage: Was statt dessen? Wie? ...</i>

### Aufgabe 11 für anwendungsfreudige Leser

Welche Antworten zu den lösungsorientierten Fragen in Tabelle 11 fallen Ihnen in Bezug auf das Praxisbeispiel auf S. 114, bei dem es bei einem Patienten zu Nachblutungen kommt, ein? Notieren Sie sie bitte und vergleichen Sie sie dann mit den Antworten, die problemorientierten Fragen gefolgt sind.

Zusammenfassend bestehen die wichtigsten Unterschiede zwischen klassischen Verfahren der Qualitätsverbesserung und einem lösungsorientierten Verfahren der Qualitätsverbesserung darin, dass im klassischen Ansatz Zeit (und Nerven) für die Ursachenanalyse aufgewendet wird, die im lösungsorientierten Ansatz für die Umsetzung erster Lösungsschritte genutzt werden kann. Zudem einigt man sich im klassischen Ansatz auf die Umsetzung einer Lösung (zur Behebung der „wichtigsten“ Ursache), während im lösungsorientierten Ansatz mehrere Lösungsansätze gleichzeitig ausprobiert und evaluiert werden. Bei letzterem werden Lösungsfortschritte im Alltag schneller spürbar und es können effektivere Problemlösungen gefunden werden (vgl. hierzu Kennedy und Russel 2001).

## 2.4 Ablauf einer lösungsorientierten Qualitätsverbesserung

Die Durchführung einer lösungsorientierten Qualitätsverbesserung wird an einem Beispiel in Kapitel VI.2 veranschaulicht. An dieser Stelle wird das Verfahren als solches kurz ausgeführt. Im Überblick zeigt sich der Ablauf der lösungsorientierten Qualitätsverbesserung wie folgt:

1. Problemhintergrund klären und Ziel definieren
2. bereits Erreichtes in Bezug auf das Ziel feststellen und wertschätzen
3. konkrete Lösungsansätze entwickeln sowie erste konkrete Schritte definieren und umsetzen

4. Lösungsfortschritt evaluieren und wertschätzen der ersten kleinen Erfolge, sowie neue konkrete Schritte definieren und umsetzen
5. Schritt 4 so lange wiederholen, bis das Ziel zufriedenstellend erreicht ist.

Der erste Schritt einer lösungsfokussierten Qualitätsverbesserung besteht in der Beschreibung der problematischen Situation. Dabei ist es wichtig, dass die Perspektive aller Teilnehmenden wertgeschätzt wird. Diese besprechen, was besser sein sollte und entscheiden, ob sie sich tatsächlich in der Lage sehen und auch motiviert sind, hierzu etwas aktiv beizutragen. Zusätzlich beschreibt jeder seinen persönlichen Nutzen, den er von einer Lösung hat. Wenn so eine gute Basis innerhalb des Teams geschaffen wurde, wird das Projekt fortgesetzt (Jackson u. McKergow 2002).

Nun erfolgt die Definition der gewünschten Ergebnisse des Vorhabens. Das erwünschte Ziel wird detailliert beschrieben. Fragen hierzu können beispielsweise sein: „Was ist anders, wenn eine positive Veränderung erfolgt ist?“, „Was sind die relevanten Aspekte der erwünschten Zukunft?“, „Was sind die Ergebnisse unseres Vorhabens und was wollen wir wirklich erreichen?“ „Falls wir zu dem Zeitpunkt springen könnten, an dem unser Vorhaben erfolgreich beendet wurde: Was sind die Dinge, die überraschen, weil sie besser liefen, als wir es für möglich gehalten hätten?“ Zusätzlich wird die Frage „Wie können wir sehen bzw. messen, dass wir unsere Ziele erreicht haben?“ mit der Definition (positiver) Indikatoren beantwortet. Im Gegensatz zu negativen Indikatoren (Wartezeit, Mortalität, ...) erfassen positive Indikatoren Sachverhalte oder Verhaltensweisen, die nicht minimiert, sondern maximiert werden sollen (z. B. Zufriedenheit, Wissen etc.). Damit sind sie eher geeignet, Lernen im Sinne des Aufbaus neuer Verhaltensweisen zu unterstützen. Messungen sind als integraler Bestandteil von QM im Verfahren vorgesehen. Zudem ist es auch im lösungsfokussierten Ansatz vorgesehen, nach „kleinen Signalen des Erfolgs“ zu suchen.

Anschließend werden die Ressourcen in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt, d. h. das, was bereits in Bezug auf die gewünschten Ziele erreicht wurde. „Was funktioniert schon?“, „Gibt es Zeiten, in denen die Situation ein bisschen besser ist? Was passiert da? Was machen wir? Was machen andere?“ Diese und ähnliche Fragen helfen bei der Abklärung, auf was das Team konkret aufbauen kann, bzw. was schon erledigt ist. Zusätzlich werden Unterstützungsmöglichkeiten durch Fragen wie z. B. „Was haben wir bereits erreicht?“, „Was half uns, das zu erreichen?“, „Was haben andere schon (diesbezüglich) erreicht?“ „Was hat denen geholfen, das zu erreichen?“ geklärt.

Um die bereits erfolgten Anstrengungen der Teammitglieder (und Anderer) wertzuschätzen, besteht der nächste Schritt des Vorgehens darin, dass sich die Teammitglieder gegenseitig (und, wenn möglich, auch Anderen) Komplimente machen. Dieser Schritt hilft den Teammitgliedern, weiter voran zu gehen (Berg u. Dolan 2001) und unterstützt zudem eine positive Atmosphäre im Team. Es wird wesentlich leichter, die nächsten Schritte zu formulieren,

so berichteten Teilnehmende: „Du denkst, wenn wir das schon geschafft haben, dann schaffen wir auch noch die nächsten Schritte.“

Nun denken die Teammitglieder darüber nach, was jeder von ihnen oder alle zusammen tun können, um weitere Fortschritte zu erzielen. Sie denken auch darüber nach, wie andere, die Interesse an den Projektergebnissen haben, konkret den Veränderungsprozess unterstützen könnten und sprechen sie diesbezüglich an. Es ist vom Team abhängig, ob jede/r das macht, was er oder sie denkt, das hilfreich sei, um die Situation zu verbessern, oder ob nicht besser ein gemeinsames Vorgehen umgesetzt werden sollte. Für die meisten Vorhaben ist es wichtig, dass mehr als eine Lösung getestet, d. h. in der Praxis umgesetzt wird. Am Ende entscheidet das Team, wann es seine Bemühungen erstmals wieder messen und nach ersten Erfolgen schauen will.

## Literatur

- Brassard M, Ritter D: Memory Jogger II für Qualitätsmanager. Herausgeber: Schweizer, Deutsche und Österreichische Qualitätsvereinigung 2000
- Jackson PZ, McKergow M: The Solutions Focus: The Simple Way to Positive Change. London: Brealey 2002
- Kennedy J, Russell E: Swarm Intelligence. Series in Evolutionary Computation. San Diego: Academic Press 2001
- Kim Berg I, Dolan YM: Tales of Solutions: A Collection of Hope-Inspiring Stories. NYC: Norton 2001