

U. Mödder¹ · G. Strasser² · E. Strasser² · B. Rex² · ¹ Institut für Diagnostische Radiologie (Direktor: Prof. Dr. U. Mödder), Düsseldorf · ² Mehrwert-Unternehmensberatung, München

Qualitätsoffensive in der Radiologie

Zusammenfassung

Im Institut für Diagnostische Radiologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf wurden vor kurzem mehr als 30 organisatorische Veränderungsmaßnahmen als Ergebnis eines Qualitätsprojektes erarbeitet und umgesetzt. Ziel der Anstrengungen war es, die Qualität der einzelnen radiologischen Leistungen besser und v. a. effizienter als bisher zu gestalten. Dieses Projekt wurde vom Institut in Zusammenarbeit mit einem externen Unternehmensberater durchgeführt. Die bisherigen Wirkungen sind so positiv, daß sich ein Bericht darüber aus Sicht der Beteiligten lohnt. In der ersten Projektphase wurden in Gruppenarbeit Leistungsziele und Qualitätskriterien des eigenen Institutes definiert und verabschiedet. Sie bilden heute den Kern des Qualitätsleitbildes des Instituts. Im zweiten Schritt erarbeiteten alle Mitarbeiter in einer Reihe von Workshops konkrete Veränderungsmaßnahmen, um die gesteckten Ziele des Leitbildes nun auch zu erreichen. Haupterfolge sind der Abbau von Arbeitshemmnissen in der bisherigen Arbeitsorganisation sowie eine Verbesserung der Zusammenarbeit von Assistenzärzten und Oberärzten, des Tätigkeitsbereiches der medizinisch-technischen Assistentinnen und der Zusammenarbeit von Schreibbüro und Ärzten.

Schlüsselwörter

Veränderungsmanagement · Mitarbeitermobilisierung · Qualitätssicherung · Qualitätsverbesserung · Qualitätsleitbild

Mit dem Projekt „Qualitätsoffensive“ verband sich die Hoffnung, die organisatorischen und strukturellen Vorbedingungen der radiologischen Leistungserbringung zu verbessern. Die Qualität einer radiologischen Leistung kann aus zahlreichen Gründen, die nur mittelbar mit dem eigentlichen radiologischen Kernprozeß – der Durchführung einer Röntgenuntersuchung – zu tun haben, insuffizient werden, denn der Gesamtprozeß der radiologischen Leistungserbringung ist wesentlich umfassender und komplexer als die unmittelbare Anwendung eines bildgebenden Verfahrens [4]. Qualitätssteigerungen können erzielt werden, wenn entweder innerhalb einzelner Phasen der Leistungserbringung oder aber an den Schnittstellen – zwischen überweisender Klinik und Radiologie, zwischen MTA und Ärzten, zwischen Ärzten und Schreibbüro etc. – Leistungshemmnisse konsequent abgebaut werden.

Das Management- und Führungswissen, das sich aus gewachsenen Traditionen sowie aus unserer Alltagsvernunft ergibt, reicht in unserer heutigen Situation wahrscheinlich nicht mehr aus. Dies ist ein Phänomen, das auch in anderen großen Organisationen festgestellt werden kann [1]. Die schon in die Wege geleiteten und noch anstehenden Reformen im Gesundheitswesen sowie die Verknappung der Mittel bewirken, daß sich Effizienzlücken in einem Institutsmanagement als drastische, zusätzliche Einschränkung des eigenen Handlungsspielraums auswirken können.

Man darf nicht erwarten, daß man von seiten der Klinikverwaltung, die insbesondere im öffentlichen Dienst eher an einer Erhaltung des Status quo

als an einer bewußten Gestaltung von Veränderungen interessiert ist, Unterstützung findet. Diese Perspektiven sollten Grund genug sein, eigenständig in die Modernisierung von Managementwissen und -strukturen einer radiologischen Abteilung oder eines Institutes zu investieren [5].

Methodischer Ansatz des Qualitätsprojektes

Die gewählte Arbeitsmethode war zumindest für einen klassischen Klinikbetrieb neu und ungewohnt. Das hier beschriebene Projekt ist ein Beispiel dafür, wie ein in der Industrie seit langem erprobtes Verfahren zur Fortentwicklung der Leistungsqualität eingesetzt werden kann und wie sich derartige Prozesse durch den Einsatz externer Berater unterstützen lassen.

Es wurden dabei möglichst viele Mitarbeiter aller Ebenen und Bereiche in das Projekt mit einbezogen. Dies schuf für sie die Möglichkeit, aber auch die Verpflichtung, zum konkreten Mitwirken und bewirkte nicht zuletzt deshalb die positive Voraussetzung zum Verändern des eigenen Verhaltens [2]. Alle Beteiligten konnten an der Formulierung künftiger verbindlicher Qualitätsstandards genauso mitwirken wie an der Formulierung von Maßnahmen zum konsequenten Abbau von Qualitätshindernissen in der bisherigen täglichen Arbeit [3]. Wurde eine Maßnahme beschlossen, so war stets einer derjeni-

Prof. Dr. U. Mödder
Direktor des Instituts für Diagnostische
Radiologie, Moorenstraße 5, D-40225 Düsseldorf

U. Mödder · G. Strasser · E. Strasser · B. Rex

Quality offensive in radiology

Summary

The Institute of Diagnostic Radiology at the Heinrich-Heine-University Duesseldorf has recently defined and implemented more than thirty organizational changes as a result of a quality control project. The aim was to improve quality and efficiency of the Radiology service. The project was carried out in cooperation with an external consulting firm. To date the positive impact of this project on our work has been so profound that we would like to communicate some of the results in form of this report.

During the first phase of the project quality circles were formed to define the various quality criteria and aims of a good service. Today these represent the core of a new quality policy for the Institute. In a second phase all members of staff cooperatively developed precise plans of action for implementation of the necessary changes.

Main achievements are the reduction of organizational and communicational deficits obstructing the work process, enhancement of interaction between junior and senior medical staff, upgrading of the role and field of action of the radiography staff and last but not least improvement of cooperation between secretarial and medical staff.

Key words

Quality improvement · Quality control · Quality policy · Staff motivation · Work process management

gen Mitarbeiter für die termingerechte Umsetzung verantwortlich, der die Maßnahme vorgeschlagen hatte. Dies galt für Assistenz- und Oberärzte ebenso wie für MTAs oder Mitarbeiterinnen des Sekretariats. Als Vorbild galt ein in den USA in den großen Unternehmen erprobtes Verfahren [6]. Andererseits war diese breite Beteiligung der Mitarbeiter begleitet von einer sehr nachdrücklichen und deutlich wahrnehmbaren Beteiligung der Institutsleitung. Diese positive Identifikation des Direktors des Instituts mit dem Projekt hält auch nach dem Abschluß der ersten Projektphase an. Auch für Oberärzte, Ärzte und MTA mit Leitungsaufgaben ergeben sich aus dem Projekt die Konsequenz mehr als früher Management- und Führungsaufgaben wahrzunehmen und sich mit größerer Aufmerksamkeit auch im Bereich der nichtmedizinischen Leistungen zu engagieren.

Ablauf und Ergebnisse

Wenn man innerhalb eines Bereiches eines Krankenhauses die Leistungsqualität verbessern will, so kann man natürlich in entsprechender Weise auf einzelne Personen zugehen und diese zu mehr Leistung oder zu einer Verhaltensänderung auffordern. Vor- und Nachteile sowie die erzielbaren Wirkungen einer derartigen individuellen Veränderungsstrategie sind hinlänglich bekannt. Dieser Weg wurde in unserem Projekt bewußt nicht verfolgt, es wurden vielmehr gruppenspezifische Aspekte berücksichtigt.

Wenn z. B. eine Sportmannschaft ein schlecht spielendes Mitglied hat, so mag dieses sich tatsächlich als ernstes Hemmnis auf die Gesamtleistung auswirken. Gut geführte Mannschaften zeichnen sich nicht dadurch aus, daß dies bei ihnen nicht vorkommt, sondern für sie ist vielmehr charakteristisch, daß sie etwaige individuelle Leistungslücken jederzeit präzise beobachten und nach erfolgloser Korrekturzeit mit unzweideutigen Veränderungsmaßnahmen reagieren. In guten Mannschaften herrscht eindeutige Klarheit über gemeinsame Leistungsziele wie auch über die individuellen Beiträge, die jeder Mann zur Zielerreichung einbringen muß. Je eher dieses Bewußtsein in Teams erreicht ist, desto eigenständiger steuern diese sich hinsichtlich der Lei-

stungserhaltung und Leistungssteigerung. Die Führung solcher Teams kann sich dann auf die eigentliche Aufgabe, nämlich die Herstellung optimaler Rahmenbedingungen konzentrieren.

Diese Voraussetzungen gelten letztlich auch in größeren Organisationen. Dieser Einsicht folgend ging es im Institut darum, die mehr oder weniger unausgesprochenen Qualitätsstandards präziser, reichhaltiger und anspruchsvoller als bisher zu formulieren, sachliche Qualitätshemmnisse durch gemeinsame Maßnahmenbeschlüsse konsequenter als bislang geschehen, zu beseitigen und last but not least die Mißachtung der Standards deutlicher als bisher anzumahnen.

Zu diesem Zweck wurde das Projekt in folgende Phasen eingeteilt:

1. Formulierung eines für das gesamte Institut verbindlichen Qualitätsleitbildes unter Einbezug der Vorstellungen möglichst vieler Mitarbeiter.
2. Analyse der institutsspezifischen Leistungsabläufe und Offenlegung von Qualitätshemmnissen innerhalb und zwischen einzelnen Leistungsphasen.
3. Erarbeitung, Verabschiedung und Umsetzung von Veränderungsmaßnahmen zum Abbau der erkannten Qualitätshemmnisse.
4. Controlling der Umsetzungserfolge in regelmäßigen Abständen.

Ad 1. Qualitätsleitbild

Es gibt sehr verschiedene Arten von Leitbildern, sie unterscheiden sich hinsichtlich Umfang, Abstraktionsniveau, Zukunftsorientierung, Verwendungsabsicht nach innen oder außen und so fort. Wir haben uns dazu entschieden, das Leitbild in eine Präambel und 3 weitere Kapitel zu gliedern. Die Präambel beschreibt im wesentlichen das Leistungs- und Forschungsprogramm des Instituts und ist als Informationsteil überwiegend für Außenstehende gedacht. In den nachfolgenden Kapiteln finden sich die eigentlichen Qualitätsziele gegliedert in:

„Qualität gegenüber Patienten, Qualität gegenüber überweisenden Kollegen und Kliniken sowie die Qualität der internen Zusammenarbeit aller Mitarbeiter und Vorgesetzten“.

Der Anschaulichkeit halber seien die erarbeiteten Aussagen des fertigen

Institutsleitbildes in diesen 3 Kapiteln hier wiedergegeben.

Qualität gegenüber Patienten

„Wir erachten Freundlichkeit und rücksichtsvollen Umgang mit unseren Patienten als wichtiges Leistungsmerkmal radiologischer Arbeit.

Während der radiologischen Untersuchung und Diagnostik ist ein reibungsloser und rascher Ablauf im Interesse des Patienten besonders wichtig.

Radiologische Verfahren ermöglichen sehr rasche und genaue Diagnosen. Daher nehmen wir geringe Strahlenbelastung zugunsten schneller und zielgerichteter Behandlungsmöglichkeiten in Kauf.

Wir streben jedoch danach, die Strahlenbelastung so gering wie möglich zu halten und sie beständig geringer zu machen.

Moderne Ultraschall- und Magnetresonanstechniken (Kernspintomographie) bewirken keinerlei Strahlenbelastung. Wir setzen diese Verfahren daher immer intensiver ein.“

Qualität gegenüber Zuweisern

„Optimale Kapazitätsauslastung und rasche Befundübermittlung betrachten wir als wichtiges Merkmal guter radiologischer Arbeit.

Die Richtigkeit unserer Befunde überprüfen wir zusammen mit unseren Zuweisern.

Wir unterstützen unsere zuweisenden Kliniken und Polikliniken aktiv bei der Vorbereitung ihrer Patienten.

Wir unterstützen unsere überweisenden Kollegen bei der Formulierung genauer Anforderungen.“

Qualität der Zusammenarbeit von Mitarbeitern und Führungskräften

„MTAs, Schreibkräfte, Assistenzärzte und Oberärzte sind gemeinsam für rasche und sachlich anspruchsvolle Befunderstellung verantwortlich.

Unsere Oberärzte unterstützen die Befunderstellung unserer Assistenzärzte auch im Bereich standardisierter radiologischer Verfahren.

Wissenschaftliche Forschung und eine qualitativ hochwertige Ausbildung von Assistenzärzten betrachten wir als

gleichrangige Aufgaben einer radiologischen Abteilung an der Uniklinik.

Wir honorieren gute Leistungen über den Rahmen der Verwaltungsvorschriften hinaus.

Neben der ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit zählt das Führen von Mitarbeitern zu den Hauptaufgaben unserer Oberärzte und leitenden MTAs.

Ein hohes Maß an Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit im Führungsteam ist für uns Voraussetzung eines hohen Qualitätsstandards unserer radiologischen Arbeit.“

Als ersten Schritt auf dem Wege zur Formulierung dieser Leitbilder führten die externen Berater Interviews mit Mitarbeitern des Instituts aus allen Fachbereichen und Hierarchieebenen. Sie erarbeiteten daraufhin einen ersten Formulierungsvorschlag als Input für einen halbtägigen Leitbildworkshop.

Die dortigen Diskussionsbeiträge und Arbeitsergebnisse wurden eingearbeitet und als erste Fassung an alle Mitarbeiter verteilt. Nach einer weiteren Korrekturphase lag das Ergebnis in der heutigen Form vor.

Ad 2. Identifikation von Qualitätshemmnissen in der Leistungskette

Das Leitbild in der vorgestellten Form dient letztlich dazu, wichtige von unwichtigen Arbeitshemmnissen zu unterscheiden, die man im weiteren Projektverlauf zu vermindern trachtet. Die orientierende Frage lautet an dieser Stelle: „Was hindert uns heute daran, die im Leitbild formulierten (idealen) Vorstellungen tatsächlich zu erfüllen?“ Anders formuliert: „Wo liegen die Gründe für ein Auseinanderklaffen der idealen Vorstellung und der konkreten, oft nicht ganz so positiven Realität?“ Damit man hier wirklich gründlich und konkret vorgehen kann, bietet es sich an, diese Frage vor dem Hintergrund jeder einzelnen Phase der Leistungskette zu stellen, die zu diesem Zweck institutsspezifisch zu rekonstruieren ist.

Für unser Projekt war es dabei charakteristisch, daß wir uns intensiv mit nichtradiologischen Aspekten beschäftigt haben. Leistungsabläufe der radiologischen Leistungen enthalten eine Reihe von Phasen, bei denen die eigent-

liche radiologische, medizinisch-technische und/oder ärztliche-Fachkompetenz nur eine untergeordnete Rolle spielt. Gerade diese Randbedingungen sollten auf Qualitätshemmnisse hin untersucht werden. Eine radiologische Leistung beginnt lange vor der physischen Kontaktaufnahme und endet im Grunde auch erst nach einer Qualitätskontrolle und Diagnosesicherung, etwa durch Rücksprache mit dem Kollegen der Chirurgie oder Pathologie. Mit nicht unmittelbar fachlichen Qualitätshemmnissen kämpft z.B. eine Schreibkraft, die einen Befund nicht fertigstellen kann, weil der befundende Arzt in seinem Diktat unverständlich gesprochen hat, oder aber ein junger, noch unerfahrener Assistenzarzt, der zur Abfassung eines schwierigen Befundes auf der Suche nach einem Oberarzt viel Zeit verliert. Diese Beispiele könnten beliebig erweitert werden. Diese und ähnliche Ungereimtheiten des täglichen Ablaufs unserer Tätigkeit mußten analysiert werden.

Dazu wurde der radiologische Leistungsablauf in 12 Phasen unterteilt:

- Phase 1: Bedarfsdefinition durch den behandelnden Arzt;
- Phase 2: Anmeldung des Patienten in der radiologischen Abteilung;
- Phase 3: Vorbereitung des Patienten auf Station;
- Phase 4: Abholung des Patienten durch eine MTA;
- Phase 5: Radiologische Untersuchung/Bilderstellung;
- Phase 6: Abholung des Patienten durch den Hol- und Bringendienst;
- Phase 7: Begutachtung/Befunderstellung durch den Arzt in der radiologischen Abteilung;
- Phase 8: Schreibauftrag (Befunderstellung);
- Phase 9: Befundübermittlung an den behandelnden Arzt;
- Phase 10: Verwertung des Befundes (z. B. im OP);
- Phase 11: Überprüfung des Befundes.

Nach Aufgliederung der Leistungserstellung in der vorliegenden Form sollte jeder Mitarbeiter individuell die Frage beantworten:

Was hindert mich heute noch daran, die Teilleistung, die ich an mei-

nem Arbeitsplatz erbringen muß, so gut zu erbringen, wie ich eigentlich könnte?

Diese so unterstützte Bewußtmachung der diversen Leistungshemmnisse und Widerstände wurden wiederum in Interviews und kleinen Workshops mit Arbeitsgruppen besprochen.

Die zusammengetragenen Ergebnisse wurden von den externen Beratern sowie der Institutsleitung gesichtet und priorisiert. Die aus Sicht der Leitung wichtigsten Qualitätshemmnisse waren Thema der Maßnahmenworkshops in Phase 3.

Ad 3. Veränderungsmaßnahmen zum Abbau der wichtigsten Qualitätshemmnisse

Insgesamt wurden jeweils 4 halbtägige Workshops zu den vier Themen durchgeführt:

- Verhalten gegenüber Patienten;
- Befunderstellung und Verhältnis zu den überweisenden Kliniken;
- Forschung und Ausbildung;
- Institutsführung.

In diesen Workshops wurden eine Vielzahl von Maßnahmen erarbeitet, die der Institutsführung ausnahmslos in folgender Struktur präsentiert wurden:

1. Was wollen wir anders als bisher tun?
2. Was nützt die Veränderung?
3. Wie wollen wir diese Veränderung im einzelnen ausgestalten?
4. Was bzw. wessen Hilfe benötigen wir dazu?
5. Wer ist für die Umsetzung verantwortlich?
6. Bis wann werden wir die Veränderung umgesetzt haben?

Gegen Ende eines Workshops nahm der Direktor des Instituts an der Diskussion teil, hörte sich die Vorstellungen vollständig an und entschied umgehend, ob ein Vorschlag so oder anders oder gar nicht umgesetzt werden sollte. Im Falle einer positiven Entscheidung konnte umgehend die Umsetzung beginnen.

Ad 4. Controlling der Umsetzungserfolge

Institutsleitung und externe Berater haben vereinbart, die Realisierung und

Umsetzungserfahrungen der Beteiligten in einem mehrmonatigen Rhythmus zusammen zu bewerten und ggf. neue Maßnahmen zu beschließen. Diese externe Supervision ist als weiterer Eckpfeiler auf dem Weg zu einer weitgehenden Verselbständigung des gesamten Qualitätsprozesses zu verstehen. Er sollte selbstverständlich niemals ganz aufhören, sondern nur mit unterschiedlicher Intensität jeweils permanent am Leben erhalten werden. Das Ausmaß der Beteiligung der Institutsführung, aber auch der externen Berater wird variabel und je nach Situation und Entwicklung entschieden werden.

Die Darstellung aller Ergebnisse wäre zu umfangreich, in diesem Zusammenhang können nur einige Innovationen exemplarisch vorgestellt werden.

– Ernennung von Funktionsoberärzten:

Zur Verstärkung eines akademischen Mittelbaus werden mehrere Funktionsoberärzte ernannt. Zum Funktionsoberarzt kann ernannt werden, wer mindestens 5 Jahre als Assistenzarzt im Institut tätig war. Durch diese Maßnahme sollen die (habilitierten) Oberärzte in ihrer Supervision und Ausbildungsfunktion unterstützt werden.

– Festlegen einer Kernzeit für Oberärzte:

Ziel der Maßnahme ist die optimale Betreuung der Assistenzärzte und damit verbunden die Verkürzung der Wartezeit auf eine Befundung. In dieser Zeit sind die Oberärzte verpflichtet für jeden erreichbar zu sein. Falls dies ausnahmsweise nicht möglich sein sollte, so hat der jeweilige Oberarzt eine zeitweilige Vertretung zu benennen.

– Einteilung eines „Oberarztes vom Dienst“:

Um außerhalb der Kernzeit eine Betreuung der Assistenzärzte zu gewährleisten, wurde ein „Oberarzt vom Dienst“ eingeteilt. Die Oberärzte haben rotierend unter sich jeweils einen „Oberarzt vom Dienst“ zu bestimmen. Er ist gleichzeitig auch als Konsiliaroberarzt tätig und ansprechbar.

– Befundverifikation:

Die Assistenzärzte führen eine Liste, in der interessante Fälle dokumentiert werden. Diese Fälle werden überprüft kontrolliert und nach endgültiger Diagnosestellung als Falldemonstration in der gemeinsamen wöchentlichen Fort-

bildung vorgestellt. Die institutsinterne Fortbildung ist neben der wöchentlichen, themenorientierten Fortbildung und der wöchentlich durchgeführten Literaturoberrückmeldung (Journal-Club) um die wöchentliche Falldemonstration erweitert worden.

– Forschung und Lehre:

Forschung erfolgt grundsätzlich nur noch in Forschungsteams. Für die einzelnen Gruppen soll ein Gruppenleiter bestimmt werden. Alle wissenschaftlichen Projekte werden in Intervallen von 6 Monaten allen Interessierten (Assistenzärzte, MTA) vorgestellt und von den anwesenden Oberärzten begutachtet. Dies soll verhindern, daß ein Forschungsprojekt vernachlässigt wird. Wenn sich ein Projekt als nicht relevant erweist, kann es so wesentlich schneller gestrichen oder erforderlichenfalls stärker unterstützt werden.

Die einzelnen Forschungsgruppen treffen sich außerdem alle 3 Monate um ihre Ergebnisse auszutauschen. Durch diese regelmäßige Veröffentlichung des Fortschritts kann ein Wissenstransfer innerhalb der Forschungsgruppen sichergestellt werden.

– Präsenzbibliothek:

Eine Präsenzbibliothek verbessert den Wissenstand und verkürzt die Zugriffszeiten auf gängige Literatur gerade im Nachtdienst. Finanziert wird diese Präsenzbibliothek aus Gutachteneinnahmen und freiwilligen Zuwendungen des Institutschefs. Um Mißbrauch zu verhindern, haben nur Ober- und Assistenzärzte Zugang zu diesem Raum. Sollten dennoch Bücher abhanden kommen haben sich die Assistenzärzte verpflichtet, diese aus eigenen Mitteln wieder zu beschaffen.

– Funktionswochen für Medizinisch-Technische Assistentinnen (MTA):

Es wurde beschlossen, jeweils eine MTA aus der Inneren Medizin mit einer MTA der Chirurgie regelmäßig für die Dauer von 2 Funktionswochen auszutauschen, um einen besseren Wissenstransfer zwischen Chirurgie und Innerer Medizin zu ermöglichen.

– Einrichtung eines „Freundlichkeitsausschusses“:

Den Aufenthalt im Institut für den Patienten so angenehm wie möglich zu ma-

chen ist ein wichtiger Bestandteil der Qualitätsleitbilder. Allerdings wird dieses Qualitätsmerkmal radiologischer Leistung stets sehr vom persönlichen Verhalten einzelner Mitarbeiter abhängig sein. „Maßnahmen“ zur Veränderung sind hier nur schwer zu formulieren. Soll eine Bearbeitung dieses Gesichtspunktes nicht im allgemeinen Appell zur Freundlichkeit enden, so bietet sich hier nur an, daß die jeweiligen Teams selbst ihre Leistungen hinsichtlich Freundlichkeit beobachten und beurteilen. In diesem Sinn wurde von den Workshopteilnehmern hier ein Ausschuß vorgeschlagen, der in regelmäßigen Abständen die Patientenfreundlichkeit aller Mitarbeiter des Instituts kommentiert. Dies findet in einem regelmäßigen Gespräch mit dem Institutschef statt, der daraufhin dann ggf. aktiv werden kann.

– Abschließende Bewertung:

Wie bereits erwähnt, dauert dieses Projekt am Institut noch an, und es soll im Prinzip auch gar nicht zu einem Ende gebracht werden. Insofern ist dieser Bericht eine zeitabhängige Standortbestimmung über den bisherigen Erfolg. Die Entscheidungen und Veränderungen, die in Angriff genommen wurden, hätten sich im normalen Klinikalltag nur sehr viel schwieriger erarbeiten und v. a. deutlich weniger konsensfähig umsetzen lassen. Es wurden dem Institut keine von außen herangetragene Entscheidungen aufgezwungen, sondern alle Prozeßanalysen und Änderungsvorschläge gingen auf institutsinterne Diskussionen und Ideen zurück und sind insofern nur bedingt auf andere Institute übertragbar.

Die ermutigenden Perspektiven, die nur partiell berichtet werden konnten, rechtfertigen den zeitlichen und finanziellen Aufwand, der mit der Qualitätsinitiative verbunden war. Allerdings muß es mit Erfahrung und Know-how ausgestattete Personen geben, für die gerade Veränderungsmanagement und Mitarbeitermotivierung Berufsalltag darstellt. Dies sind Aufgaben, die in dieser konzentrierten Form für den Radiologen einen Sonderfall darstellen. Letztlich ist dies der entscheidende Grund für die Beteiligung und Einbeziehung einer externen Beratung, die die von den Teilnehmern selbst vorgeschlagenen Veränderungsmaßnahmen nicht nur strukturiert und analysiert, sondern auch kompetent umsetzen hilft.

Literatur

1. Argyris C (1990) **Overcoming organizational defenses. Facilitating organizational learning.** Boston
2. Doppler K, Lauterburg C (1995) **Change management. Den Unternehmenswandel gestalten.** Frankfurt New York
3. Meyer-Pannwitt HW, Schreiber (1997) **Bedeutung von Qualitätszirkeln, Konsensuskonferenzen, Therapieempfehlungen.** In: Nagel E, Fuchs C (Hrsg) Leitbild und Standards im Gesundheitswesen. Dtsch. Ärzte-Verlag, Köln
4. Mödler U (1997) **Qualitätssicherung in der Radiologie.** Fortschr Röntgenstr 166:1–2
5. Strasser G (1991) **Zur Evolution von Unternehmen.** München
6. Tichy N, Sherman S (1993) **Control your destiny or someone else will.** New York