

## *Innovationen in der Klinik*

### Leitfaden und Überlegungen zum verbesserten Innovationsmanagement im Krankenhaus



Almut Kalz, Projektleiterin

Klinik für Urologie und Kinderurologie

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

*Dieser Leitfaden entstand in Teilen aus der Zusammenarbeit des COLLIN-Projektes (April 2013-September 2014, gefördert im Rahmen des Interreg 4A-Programms der Europäischen Union), mit dem Lehrstuhl für Technologiemanagement (Prof. Carsten Schultz und Masterclass-Seminar) an der Christian-Albrechts-Universität (CAU) zu Kiel*



Europäische Union  
Europäischer Fonds für  
regionale Entwicklung  
Investition in Ihre Zukunft



## Inhalt

1. Einführung.....	3
1.1 Innovation –Klärung der Begrifflichkeit je nach Kontext .....	3
1.2 Versuche der Kategorisierung .....	4
2. Innovationen in der Klinik: Besonderheiten - Problemstellung .....	6
3. Masterclass-Studenten und auf die Klinik angewendete Stage-Gate Prozesse: Ergebnisse der vorläufigen Analysen .....	7
4. Klinisches Innovation Management – Vorbemerkungen und Strukturierung der Arbeit .....	13
4.1 Achse A: Management-getriebene „top-down“ Innovation .....	15
4.2 Achse B: Mitarbeiter-getriebene Innovation .....	17
4.3 Achse C: Kunden-basierte Innovation .....	21
5. Kunde zufrieden –alle zufrieden .....	22
5.1 Die Anforderungen steigen: Basis-, Leistungs- und Begeisterungsanforderungen.....	22
5.2 Patientennahe, patientenferne & einrichtungsübergreifende Prozesse .....	24
6. Sinn und Aufgaben des Innovationsmanagements.....	25
7. „Echte“ Innovation innerhalb der Klinik – gibt es das? .....	28
8. Fazit: Innovation Management Department - ein “must-have”??.....	29
Literatur .....	30
Danksagung .....	31

## 1. Einführung

### 1.1 Innovation – Klärung der Begrifflichkeit je nach Kontext

Das Wort „Innovation“ leitet sich von lat. *innovare* – „erneuern“, „etwas Neues machen“ ab. Somit zeigt sich schon bei der Herleitung eine große Begriffsunschärfe, denn wie „Schönheit“ liegt auch „Neuheit“ im Auge des Betrachters. Was für den einen „neu“ ist, muss es für andere noch lange nicht sein. Schließlich gibt es auch unterschiedliche Grade von Neuheit, beruhen doch falls alle Neuerungen auf der Weiterentwicklung von etwas Älterem, schon Vorhandenem. Die Erfindung des Rades – oft als wichtigste Erfindung der Menschheit genannt, zeigt, dass diese ursprünglich simple Erfindung die Wurzel unzähliger Entwicklungen und Weiterentwicklungen bis hin zum Automobil ist, wengleich niemand bestreiten würde, dass die Erfindung des Automobils von fast allen als eine „echte Innovation“ empfunden wird – entscheidend war hier die *Kombination* aus Verbrennungsmotor und Rädern, nicht eigentlich die Erfindung der Einzelkomponenten.

Somit muss man sich grundsätzlich darüber im Klaren sein, dass Innovationen meisthin nicht in allen, sondern nur in einigen Aspekten „neu“ sind, allerdings können Neuerungen unterschiedliche Innovationsgrade besitzen – man unterscheidet demnach „inkrementale“ von „radikalen“ Innovationen, im eigentlichen Sinne muss man von einer Spektrum zwischen diesen beiden Polen sprechen, ohne dass im Einzelfall eine exakte Zuordnung möglich wäre.

Des Weiteren sollte man die Begriffe „Innovation“ und „Imitation“ näher klären. So handelt es sich bei der Einführung von Neuerungen, die andernorts „erfunden“ und ggf. auch implementiert wurden, nicht um Innovationen im reinsten Sinne, sondern schon eher um *Imitationen*, wenn sie nicht mindestens einen gänzlich neuen Aspekt beinhalten. Dennoch werden nach der Darstellung von Everett M. Rogers' *Diffusion of Innovations* die ersten 2-3%, die ein neues Produkt, eine neue Dienstleistung oder eine Methode anwenden, zu den „Innovators“ gezählt, gefolgt von „Early Adopters“, „Early Majority“, „Late Majority“ und „Laggards“. (Abb. 1)

Bezogen auf die Implementierung technischer Veränderungen in Organisationen ist laut Marquis (1982) diejenige Organisation „Innovator“, welche als erste technische Änderungen vornimmt, während die anderen Organisationen, die dies nach dem „Innovator“ tun, als Imitatoren gelten.

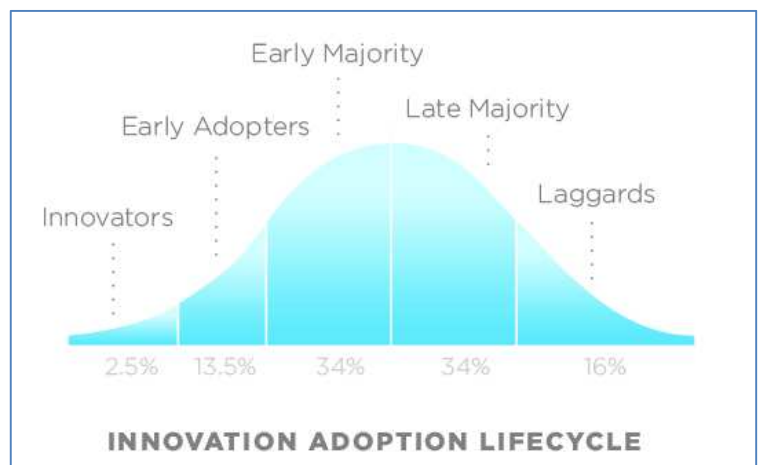


Abb. 1 Diffusion of Innovations, Everett M. Rogers, 1962

In diesem Sinne haben wir es bei der Einführung von Innovationen in Organisationen zwar meisthin mit Imitationen zu tun haben, da kaum eine Organisation für sich in Anspruch nehmen kann, das, was innerbetrieblich „neu“ ist, auch erfunden zu haben. - Andererseits kann eine Organisation oder ein Unternehmen, welches im Vergleich zu seinen Mitbewerbern als eines der ersten eine Innovation „imitiert“ zu Recht das Attribut „Innovator“ tragen. Dabei sollte bedacht werden, dass die o. g. Gruppe der „Innovators“ nicht automatisch die erfolgreichsten Innovatoren sein müssen. Der Chance, schneller Vorsprünge und Alleinstellungsmerkmale zu erarbeiten, steht das Risiko des Scheiterns der Innovation bzw. der erfolgreichen Implementierung gegenüber. Somit haben die „Early Adopters“ den Vorteil, dass sie von den Erfahrungen der Pioniere profitieren, sich aber dennoch gegenüber der großen Mehrheit als „innovativ“ oder „innovationsorientiert“ abgrenzen können. Somit kann der Innovationsbegriff auch in diesem etwas aufweichten Sinne für die Einführung von neuen Technologien oder Prozessen verwendet werden.

Etwas schärfer abzugrenzen ist der Innovationsbegriff gegenüber der „Idee“. Eine Innovation unterscheidet sich dadurch von einer „Idee“, dass sie sich immer auch auf die *Umsetzung* einer Idee, eines neues Produktes, einer neuen Methode oder Verfahrens oder auf eine Kombination aus beiden bezieht. Wenngleich die Idee scheinbar den Ursprung einer Innovation bildet, so ist es doch eigentlich der *Bedarf* der zu einer Idee und gegebenenfalls zu einer Innovation führt. Eine erfolgreiche Innovation muss immer auch die Antwort auf einen festgestellten Bedarf sein, die in der Lage ist, einen *Nutzen* bzw. eine *Wertschöpfung* zu erbringen. So ist der Innovationsschub und der Zuwachs an Wertschöpfungsmöglichkeiten meist dann am stärksten, wenn die negativen Faktoren und somit die festgestellten Bedarfe am größten sind.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Innovation im erweiterten Sinn die Implementierung einer kreativen oder imitierenden Idee in einem administrativen Rahmen ist, in dem diese Idee eine Neuerung darstellt, - letztlich unabhängig davon, ob diese Neuerung anderweitig bereits implementiert wurde. Je weiter die Neuerung allerdings schon verbreitet ist, umso geringfügiger ist der innovative Charakter der Neuerung zu erachten.

## **1.2 Versuche der Kategorisierung**

Entsprechend der Vielfältigkeit von Innovationen ist es recht schwierig, Innovationen, zufriedenstellend in Kategorien einzuteilen. Zwar scheinen Einteilungen nützlich, um sich einen Überblick über die Möglichkeiten zu verschaffen, dennoch bleibt eine allgemeingültige Kategorisierung fast unmöglich, da man nach sehr verschiedenen Aspekten unterteilen kann. Jeder Innovation wiederum lassen sich Aspekte aus unterschiedlichen Kategorien zuordnen.

**1. Nach Art der Innovation:**

- Produktinnovationen
- Service- oder Dienstleistungsinnovationen
- Methodische und Prozessorientierte Innovationen
- Designinnovationen
- Soziale Innovationen
- System- und administrative Innovationen

**2. Nach dem Grad der Neuheit:**

- geringe Auswirkung auf die etablierten Prozesse (inkrementell)
- mittlere Auswirkung auf die etablierten Prozesse
- starke Auswirkung auf etablierte Prozesse (radikal)

**3. Nach der Anzahl der betroffenen Mitarbeiter oder Abteilungen**

- Betrifft nur einen Mitarbeiter
- Betrifft eine kleine Gruppe von Mitarbeitern (ca. 2-5)
- Betrifft eine größere Gruppe von Mitarbeitern in einer Abteilung (ca. 6-12)
- Betrifft eine ganze Abteilung
- Betrifft mehrere Mitarbeiter in mehreren Abteilungen
- Betrifft die ganze Organisation

**4. Nach dem Modus der Entstehung:**

- Gezieltes gruppenbasiertes Brainstorming und Ideenselektion
- Zufällige Entstehung durch Idee eines einzelnen oder einer Gruppe
- Notfallmanagement – Notwendigkeit der sofortigen Behebung eines gravierenden Mangels
- Offene Innovation („Open Innovation“, nach Henry Chesbrough) im zielgerichteten Kontakt mit externen Partnern oder Einflüssen ( im Gegensatz zu „Closed Innovation“ in einem geschlossenen System ohne Einfluss von außen)

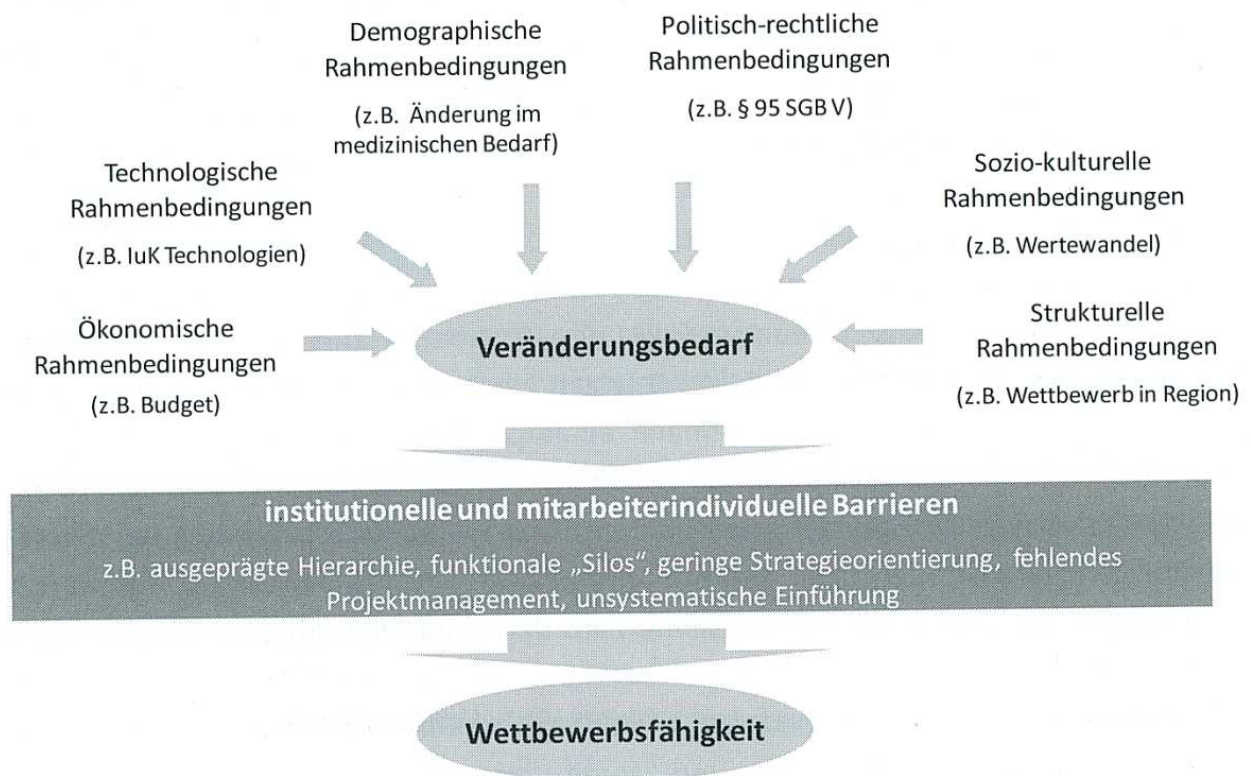
**5. Nach Urheber und Impulsgeber**

- Managementgetrieben („top-down“)
- Mitarbeitergetrieben („bottom-up“)
- Kundengetrieben („user-driven“)
- Mischformen aus den obigen

Die Liste könnte noch beliebig erweitert werden, zum Beispiel nach Aspekten wie dem Investitionsumfang, dem Implementierungsaufwand, dem Wertschöpfungsgrad etc. Alle Aspekte spielen zwar eine Rolle, sollen hier aber nicht im Einzelnen berücksichtigt werden, da sich das Thema klinische Innovationen dann in unzählige Unterkategorien aufteilen ließe, die eine sinnvolle Analyse erschweren. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird vor allem eine Unterteilung nach der Impulsgeberschaft von Innovationen vorgenommen werden.

## 2. Innovationen in der Klinik: Besonderheiten - Problemstellung

Eine Klinik, insbesondere eine große Uniklinik, ist kein Unternehmen wie jedes andere. Wie andere Unternehmen steht eine Klinik im *Wettbewerb* um Kunden, hier sind es aber vor allem Patientinnen und Patienten<sup>1</sup>. Auch niedergelassene Ärzte spielen dabei eine Rolle, da sie eine Zuweiserfunktion haben, gleichzeitig sind sie aber auf manchen Gebieten auch Mitbewerber. Wie ein Unternehmen der Privatwirtschaft unterliegt auch eine Klinik betriebswirtschaftlichen Regeln, ist aber gleichzeitig auch dem Allgemeinwohl und dem Wohl des einzelnen Patienten in einem besonderen Maße verpflichtet. Somit kann eine Klinik nicht allein betriebswirtschaftlichen Kriterien gehorchen. (Abb. 2)



**Abb. 2: Herausforderungen für deutsche Krankenhäuser (Schultz 2011)**

Außerdem gelten noch weitere Besonderheiten:

1. Eine Klinik entwickelt keine Produkte, sondern wendet innovative Produkte und Lösungen lediglich an, um Dienstleistungen zu verkaufen. - Eine Klinik ist somit kein echter Innovator; der Innovationserfolg hängt vielmehr davon ab, erfolgversprechende Innovationen frühzeitig zu *identifizieren*, zu *imitieren* und in kurzer Zeit zu *implementieren*.

1) Aus Gründen der besseren Lesbarkeit bei geschlechtsspezifischen Begriffen wird im Folgenden einheitlich die maskuline Form verwendet. Gemeint sind selbstverständlich immer beide Geschlechter.

2. Kliniken müssen einen Spagat zwischen Wettbewerbsfähigkeit und ihrem öffentlichen Auftrag sowie medizinischen Standards, Gesetzen und Regularien schaffen.
3. Der Innovationsdruck in Kliniken ist höher als in den meisten anderen Unternehmen; dies ist dem zunehmenden Wettbewerb, dem Selbstverständnis der Patienten als „Kunden“, der Unterfinanzierung und dem demographischen Wandel geschuldet.
4. Das Alltagsgeschäft einer Klinik ruht nicht; jede Innovation muss parallel zum Alltagsgeschäft implementiert werden, meist ohne dass dafür eigene Kapazitäten bereitgestellt werden können.
5. Die Struktur einer großen Universitätsklinik ist hochkomplex und ist schwer durchschaubar. Trotz des hierarchischen Aufbaus sind Zuständigkeiten und Kommunikationswege oft unklar. Ferner haben die einzelnen Kliniken und Abteilungen jeweils eigene Leitungen, welche mitunter auch eigene, vom Rest des Klinikums losgelöste Interessen verfolgen.

Mit Innovationen im Kontext einer Klinik verbindet man intuitiv medizinische, behandlungsrelevante Innovationen, insbesondere innovative Technologien, die einen therapeutischen oder diagnostischen Mehrwert erbringen, wie zum Beispiel die Anschaffung eines robotisch-gestützten Chirurgiegerätes wie des daVinci-Systems oder eines intraoperativen Röntgenapparates etc.. Verbunden mit der Anschaffung neuer Geräte ist häufig die Implementierung neuer Behandlungsmethoden. Allerdings stellt die Anschaffung eines neuen Gerätes nur dann eine Innovation dar, „wenn mit diesen neuen Mitteln auch ein Zweck im Sinne der Qualitäts- oder Effizienzerhöhung oder des Erschließens neuer Patientengruppen verbunden ist“. (Schultz 2011, S. 18)

In Wirklichkeit können Innovationen in sehr vielen verschiedenen Zusammenhängen eine Rolle spielen, die außer der Medizin auch die Patientenversorgung, logistische Versorgungsprozesse sowie Kommunikations-, Dokumentations- und Verwaltungsprozesse etc. umfassen.

### **3. Masterclass-Studenten und auf die Klinik angewendete Stage-Gate Prozesse: Ergebnisse der vorläufigen Analysen**

Studenten eines Masterclass-Seminars des Lehrstuhls für Technologie-Management an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel haben unter der Leitung von Prof. Carsten Schultz den Versuch unternommen, den Stage-Gate-Prozess von R. G. Cooper et al. an die Bedürfnisse einer großen Klinik am Beispiel UKSH anzupassen. Das Stage-Gate™-Modell wurde in den 90er Jahren von R.G. Cooper et al. entwickelt und Anfang der 2000er Jahre in Orientierung an den Entscheidungsmodellen von Best-Practice-Companies weiterentwickelt. (Cooper et al.1995, 1999, 2001, 2002, 2008). Bei dem

beschriebenen Stage-Gate-Entscheidungsmodell geht es um die Steigerung der Innovationsleistung und des Produktportfolios durch gezieltes Ideenmanagement und systematische Selektions- und Entscheidungsstrategien, bei denen die Idee auf dem Weg zur Umsetzung eine bestimmte Abfolge von Stages und „Go-Kill“- Gates nach festgelegten Kriterien durchlaufen muss, um die Verschwendung von Ressourcen zu vermeiden und sicherzustellen, dass nur in erfolgsbringende Projekte investiert wird. Wenngleich das Modell grundsätzlich auf klinische Innovationsprozesse übertragen werden kann, ist zu berücksichtigen, dass Kliniken normalerweise keine innovativen Produkte auf den Markt bringen, sondern diese lediglich selektieren und implementieren. Die Studenten führten in zwei Arbeitsgruppen Gruppen Interviews mit jeweils 5 bzw. 6 Mitarbeitern in verschiedenen klinischen Funktionen durch und werteten die Ergebnisse in Hinblick auf einen optimierten Stage-Gate- Prozess im klinischen Bereich aus. Die Ergebnisse der studentischen Untersuchung sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden:

### **Ergebnisse Gruppe 1:**

Die Autoren der Gruppe beschäftigen sich zunächst allgemein mit der Kategorisierung von Innovationen (praxisbasiert vs. wissenschaftsbasiert und Inkrementell vs. radikal), dann mit dem Thema „Innovationen im Krankenhaus und ihre Bewertung“. Die Bewertung von Innovationen lässt sich gemäß Schultz 2011 anhand der erzielten medizinisch-technischen Effekte, ökonomischen Effekte und sozialen Effekte vornehmen. Sie betonen, dass „eine realitätsnahe Bewertung“ durch detaillierte Kriterien im Innovationsmanagement eine entscheidende Rolle spielen, um bei der Selektion von Innovationen eine „optimierte Entscheidungsfindung zu erreichen“. Dabei gehe es bei der Kosten-Nutzen-Analyse in der Klinik nicht allein um monetäre Vorteile, sondern auch um eine Bewertung von medizinischen, sozialen und ethischen Effekten, die schwer quantifizierbar sind.

Bei der Auswertung der 6 Interviews kommen die Studenten der Gruppe 1 zu folgenden Ergebnissen, die sie in Thesen (*kursiv gekennzeichnet*) zusammenfassen:

1. *„Kleine Innovationen sind kein Problem, solange sie nur wenige Mitarbeiter betreffen.“*
2. Klinikleitungen (Chefarzt/Oberärzte) hätten „Innovationsverdrossenheit des Pflegepersonals“ beklagt und „den Wunsch nach einer konstruktiven Teilnahme“ aller Mitarbeiter geäußert. => *„Es wird keine (eingefügt: konstruktive) Kritik von der unteren Hierarchieebene eingebracht.“*
3. Klinikmitarbeiter hätten beklagt, dass sie „bei der Auswahl neuer Ideen nicht eingebunden werden“ und sich oft „übergangen fühlen“. => *„Innovationsentscheidungen werden ohne Rücksprache mit den unteren Hierarchieebenen beschlossen.“*



4. Wenn der direkte Vorgesetzte innovative Idee nicht aktiv unterstützt, haben die meisten Mitarbeiter „das Problem den richtigen Ansprechpartner zu identifizieren“. => *„Je niedriger die Hierarchieebene, desto schwieriger ist das Identifizieren des richtigen Ansprechpartners.“*
5. In der gehobenen Verwaltung gäbe es z. T. vierteljährlich Treffen zum Ideenaustausch. In anderen Bereichen fehlten solche oder andere Strukturen zum Einbringen von Verbesserungsvorschlägen, seien aber durchaus erwünscht. => *„Es gibt keine einheitliche Vorgehensweise, um Verbesserungsvorschläge einzubringen.“*
6. Die Chance der Umsetzung einer Idee hänge ausschlaggebend von der Einsatzbereitschaft des Mitarbeiters ab, bürokratische und finanzielle Hürden zu überwinden. => *„Engagement der Mitarbeiter ist entscheidend für die Einführung einer Innovation.“*
7. Als häufigste Innovationsbarriere (für inkrementelle Innovationen) wird die notwendige Mobilisierung finanzieller Mittel genannt, da der Prozess zu kompliziert und nur über die Chefarzteebene zugänglich sei, wo man aber dafür keine Zeit habe. => *„Auf der Pflegeebene herrscht Zeitmangel, während es auf der Führungsebene an Zeit fehlt.“*
8. Als Innovationsbarriere wird genannt, dass den Umsetzungsaufwand nur in Relation zu kurzfristiger Amortisierung setzen, nicht aber zu langfristigen Effekten. => *„Die langfristige Perspektive spielt im Entscheidungsprozess eine untergeordnete Rolle.“*

Außerdem hätten fast alle Mitarbeiter den Wunsch nach besseren Möglichkeiten der Ideeneinbringung und Mitgestaltung geäußert, bzw. nach der Möglichkeit, Feedback zu den „von oben“ eingeführten Innovationen geben zu können.

Bei dem Versuch, das Stage-Gate-Modell auf Innovationsmanagement in der Klinik zu übertragen, kamen die Autoren zu dem Schluss, dass drei unterschiedlich lange Stage-Gate-Prozesse Anwendung finden sollten. Sie unterscheiden dabei nach 1. inkrementellen und praxisbasierten Innovationen 2. Inkrementellen wissenschaftsbasierten Innovationen bzw. radikalen praxisbasierten Innovationen und 3. Radikalen wissenschaftsbasierten oder praxisbasierten Innovationen.

Die erstgenannte Art von Innovationen wird am ehesten innerhalb einer einzelnen Abteilung verortet. Der kurze Stage-Gate-Prozess bestehend aus „Ausarbeitung der Idee“ (dazwischen das JA/NEIN Gate) und der „Umsetzungsphase“ soll der weniger risikoreichen Ideen einzelner Mitarbeiter zum Erfolg verhelfen, wie z. B. der „Gestaltung eines Raumes“, der Anschaffung eines Kleingeräts etc. Für die zweite Kategorie wird ein „mittlerer Stage-Gate-Prozess“ mit den Stages „Ausarbeitung der Idee“, Business Case“, Entwicklung und Testphase“ sowie „Implementierung“ vorgeschlagen. Klar ist, dass hier ein Projektteam gebildet werden muss, unklar bleibt, wie die Funktionen und Aufgaben verteilt werden. Die dritte Kategorie der „radikalen Innovationen“ wird schließlich und logischerweise dem längsten Stage-Gate Prozess zugeordnet, der außer den

genannten Stages noch um eine „detaillierte Voruntersuchung“ ergänzt wird und bei dem „Entwicklung“ und „Testphase“ auf zwei Stages aufgeteilt werden.

Ob die Zuordnung eines Stage-Gate-Prozesses allein erfolgversprechend ist, bleibt hier fraglich, da es sehr schemenhaft bleibt, wer in diesem Prozess Ideengeber, wer Gatekeeper und Prüfer ist, und wie Ideen sinnvoll selektiert werden können und wer wie an der Umsetzung zu beteiligen ist.

## **Ergebnisse Gruppe 2**

Die zweite Studentengruppe, die fünf Interviews mit anderen Mitarbeitern, aber unter der gleichen Fragestellung durchführte, wagt eine insgesamt tiefergehendere und kritischere Analyse. Bezugnehmend auf zahlreiche Autoren der Fachliteratur stellen sie fest, „dass „Innovationen ... für die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen ...als unabdingbar“ anzusehen sind, und „eine stetige Anpassung an neue Kundenbedürfnisse, Marktconstellationen und gesetzliche Rahmenbedingungen“ sowie „eine Steigerung der Produktivität“ ermöglichen. (S. 2). Gruppe 2 sieht eine zentrale Abteilung für Innovationsmanagement als Voraussetzung für einen erfolgreichen Stage-Gate-Prozess von der Idee bis zur Implementierung.

Gruppe 2 unterscheidet explizit zwischen Produkt- und Prozessinnovationen und sieht im Einklang mit Piening (2011) gerade in der Implementierung von Prozessinnovationen „eine zentrale Voraussetzung für die Realisierung von Effizienzsteigerungen und der Aufrechterhaltung der Wettbewerbsfähigkeit“, „da durch die Verbesserungen der Ablauforganisation Kostensenkungen und Qualitätssteigerungen erreicht werden können“. (S. 1-4) Produktinnovationen werden von den Autoren als technische Produkterfindungen und -entwicklungen von einzelnen Klinikmitarbeitern verstanden, z. B. „Geräte für Operationen“. Dieser Innovationstyp ist in der Klinik eher die Ausnahme und unterliegt besonderen Bedingungen, die durch zahlreiche patentrechtliche und gesetzliche Vorgaben und einen hohen Investitionsaufwand bestimmt sind.

Die Autoren der Gruppe 2 sehen ebenfalls in Anlehnung an Piening in der komplexen Organisationsstruktur von Krankenhäusern ein grundsätzliches Innovationshemmnis: „Die starren Grenzen der Abteilungen bewirken, dass zwar innovative Ideen ... entwickelt werden, aber bei der Implementierung scheitern.“ (S. 4) Durch die Abteilungsstruktur nach Fachgebieten hätten die leitenden Ärzte jeweils eine große Machtfülle und auch auf ihre Klinik bezogene, eigene Interessen. Darüber hinaus agierten Ärzte, Pflege und Verwaltung „weitestgehend unabhängig voneinander“.

Die Studenten sehen im Stage-Gate-Prozess eine Möglichkeit „die Prozessabläufe durch die Standardisierung transparent“ zu machen, zum einen für die Innovations- und Projektmanager selbst, zum anderen aber auch für die betroffenen Mitarbeiter. Außerdem wird mehr Effizienz sichergestellt,

indem regelmäßig geprüft wird, „ob ein Projekt fortgeführt oder abgebrochen werden sollte“. Der Stage-Gate-Prozess nach Cooper wird allerdings auch kritisch beurteilt, da es durch die Gates „auch zu Verzögerungen durch das Warten auf Entscheidungen kommen“ kann. (s. 5) Umgekehrt entsteht durch Verwässerung der Gate-Bedingungen (parallele Stage-Durchführung, ungenauere Einhaltung der Kriterien) das Risiko ineffizienter und nicht zielführender Langzeitprojekte. Daher mahnen die Autoren der Gruppe 2 einen insgesamt flexiblen Stage-Gate-Prozess an, je nach den Gegebenheiten des Projektes. Gleichzeitig müssten harte Abbruchkriterien für einen rechtzeitigen Projektabbruch erstellt werden.

Die Studenten der Gruppe 2 kommen bei der Auswertung von 5 Interviews zu folgenden Ergebnissen, die hier wie folgt zitiert werden:

1. Die Mitarbeiter sind sich der „Bedeutung von Innovationen“ in der Klinik bewusst.
2. Wenn Mitarbeiter eigene Verbesserungsideen haben, besprechen sie diese meist zunächst „mit engen Kollegen oder Freunden“ besprochen und können in manchen Fällen umgesetzt werden, wenn sie „nur einen bestimmten Personenkreis oder gar nur den eigenen Arbeitsprozess“ betreffen.
3. „Eine zentrale Stelle, die unterstützend tätig wird, existiert nicht oder ist nicht bekannt.“
4. „Der Arbeitsalltag der Mitarbeiter ist sehr ausgefüllt und lässt damit kaum Zeit für die Entwicklung neuer Konzepte“.
5. Gerade Neueinsteiger besitzen des Öfteren einen anderen Blickwinkel und zeichnen sich durch viel Eigeninitiative aus, die sich zumeist im Laufe der Zeit legt.“/Angestellte, die bereits seit einem langen Zeitraum an der Uniklinik tätig sind, verlieren mitunter im Laufe der Zeit das Interesse, eigene Ideen einzubringen.“
6. Fern gibt es „Unklarheiten über die richtigen Ansprechpartner, wenn diese überhaupt vorhanden sind. Dadurch werden zahlreiche Vorschläge direkt wieder verworfen, sofern sich die betreffende Person sich nicht durch ein hohes Maß an Initiative und Hartnäckigkeit auszeichnet.“
7. Dennoch besteht bei den meisten Mitarbeitern „der Wunsch nach Ideenaustausch, beispielsweise durch Bildung von Arbeitsgruppen“.
8. „...bei Innovationen ..., die durch die Leitung des UKSH angestoßen werden ..., werden Mitarbeiter in der Regel nicht eingebunden“. Die Autoren der Gruppe 2 sehen allerdings viele Vorteile in der aktiveren Einbindung von Mitarbeitern während Test- und Umsetzungsphasen, „da sie über Wissen verfügen, welches dem Management unter Umständen nicht verfügbar ist, weil es aus der täglichen Arbeit resultiert.“

9. Im Zusammenhang „mit der Einführung neuer Prozesse oder Produkte ... fehlen oftmals Schulungen. ... Mitarbeiter müssen sich das Wissen im Umgang mit der Neuerung häufig selbst aneignen, was jedoch ... Zeit kostet und unter Umständen auch zu Fehlern führen kann“. Die Autoren gehen davon aus, dass „Schulungen und Testphasen die Akzeptanz der Innovationen fördern“ können, „da währenddessen die Vorteilhaftigkeit aufgezeigt werden kann“.

Die Autoren resümieren, dass durch die geschlossenen Abteilungsgrenzen den Mitarbeitern die Ansprechpartner für Innovationsideen oft fehlen oder nicht bekannt sind: „Die fehlende Kommunikationsstruktur wie auch die knappen finanziellen Mittel führen zu einer starken Reduktion der Ideenzahl, wodurch wichtige Informationen und Verbesserungsvorschläge verloren gehen.“( S. 13) Außerdem wird „Interdisziplinarität als wichtiger Faktor für den Erfolg von Neuerungen und Verbesserungen“ und ziehen daraus den Schluss, dass es darauf ankommt, die bereichsübergreifende Kommunikation und den Aufbau von Netzwerken zu verbessern und die Ideengenerierung anzuregen. Sie schlagen ein Trichtermodell in Anlehnung an Chesbrough als Ideenfilter vor, der am Anfang eines auf die Klinik oder einzelne Projekte angepassten Stage-Gate Prozess stehen könnte. Ferner sehen sie die Schaffung einer „zentralen Stelle ... als Voraussetzung für den Stage-Gate-Prozess“. „Kommt eine Idee auf, ist dieses Team die erste Anlaufstelle für Mitarbeiter.“ Das Team benötigt ein hohes Maß an Kenntnissen in „Organisation, Verwaltung und Innovationsmanagement“ und sollte die Prozesse im Krankenhaus gut kennen.

Dabei teilen sie die Aufgaben des Projektteams in eine personelle, eine instrumentelle, eine strukturelle und eine prozessuale Dimension ein, die in ihrer Definition allerdings unklar und überlappend zu sein scheinen (S. 14-15).

Die zentrale Stelle für Innovationsmanagement soll in jeder Abteilung monatliche hierarchieübergreifende Treffen organisieren, deren Vorschläge und Ergebnisse dokumentiert und an das zentrale Innovationsmanagement weitergeleitet werden sollen. Darüber hinaus machen die Studenten den Vorschlag, mit Enterprise 2.0, einer Social Software für Krankenhäuser, eine Verbindung zu Foren, Wikis oder Blogs zu schaffen, um spontane Mitarbeiterideen zu mobilisieren und in einem virtuellen Netzwerk auch außerhalb der monatlichen Treffen vernetzen. Aufgabe des Innovationsmanagements ist es, sämtliche Ideenvorschläge zu sammeln und hinsichtlich ihres grundsätzlicher Kriterien wie „Verbesserungspotential, Durchführbarkeit und Nutzwert“ (S. 16), zu filtern, gleichzeitig ist dies das erste Gate im Stage-Gate-Prozess.

Ideen, die dieses Gate erfolgreich passieren, werden direkt in eine „Expertenrunde“ übergeben, die sich interdisziplinär, aber abgestimmt ihr Know-How in Bezug auf das jeweilige Thema gezielt einberufen werden soll. Hier soll eine tiefere Diskussion stattfinden und eine strengere

Bewertung der Idee in Hinblick auf Kosten, Nutzen, Machbarkeit und Risiken erfolgen, um eine Verschwendung von Ressourcen bei nicht sinnvollen Innovationen zu vermeiden. Falls dieses Gate passiert wird, gelangt die Idee sukzessive in die Projektplanungs-, Entwicklungs- und Testphase. Betont wird außerdem die Bedeutung der Mitarbeitereinbindung in der Test- und Implementierungsphase. Außerdem sollten „Prozessinnovationen anfangs nur in einer Abteilung der Klinik eingesetzt werden“, bevor sie abteilungsübergreifend implementiert werden können. Zur Testphase gehört den Autoren zufolge auch eine umfassende Testauswertung mit Befragung aller Personen, die von der Innovation betroffen sind (Mitarbeiter und ggf. Patienten). Wichtig ist auch, dass die Urheber erfolgreicher Verbesserungsideen ihre Innovation in der Öffentlichkeit vorzustellen – als Anerkennung der Urheberschaft und auch als Steigerung der Reputation der Klinik.

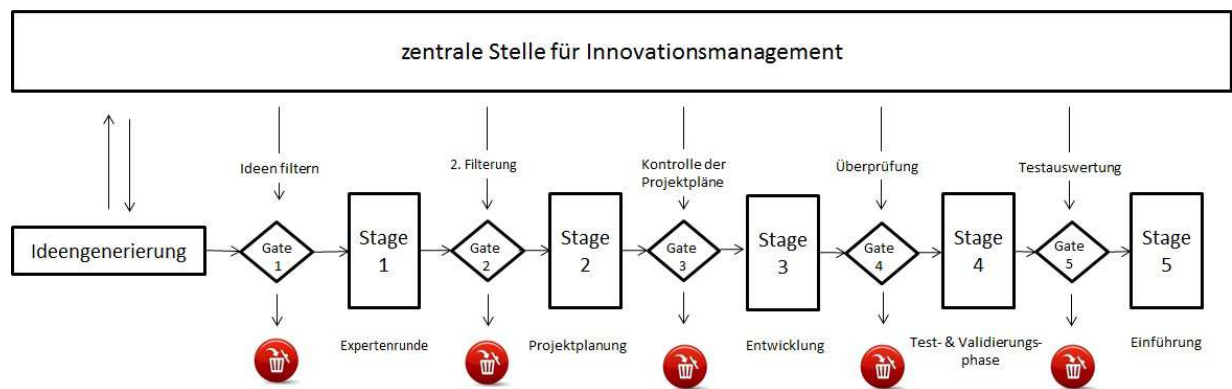


Abb. 3: Darstellung des Stage-Gate-Prozesses der Gruppe 2 in Anlehnung an Cooper (1993)

#### 4. Klinisches Innovation Management – Vorbemerkungen und Strukturierung der Arbeit

Klinisches Innovationsmanagement ist ein noch junges, hochaktuelles Thema, welches auf vielfältige Weise Gegenstand der Forschung ist. Die vorliegende Arbeit kann weder allgemeingültige noch abschließende Antworten geben, auch hat die Autorin keinen direkten Einfluss auf die Umsetzung der hier geäußerten Ideen und Gedanken. Aufbauend auf den Ergebnissen der Studentarbeiten und den eigenen Erfahrungen und einigen theoretischen Modellen aus der Fachliteratur kann hier nur der Versuch unternommen werden, Probleme und Chancen eines systematischen Innovationsmanagements in der Klinik aufzuzeigen.

Innovationen, d. h. stetige Erneuerung von Prozessen und die Einführung neuer Produkte sind für Kliniken heutzutage nicht nur sinnvoll, sondern letztlich unvermeidbar. Zahlreiche Innovationen MÜSSEN eingeführt werden. Hinterfragt werden muss, wie sie sinnvoll selektiert werden, wie sie

ressourcen- und zeitsparend implementiert werden, wie man bessere Akzeptanz geschaffen werden kann.

Über die absolut notwendigen Neuerungen hinaus, gibt es jedoch auch zusätzliche optionale Innovationen, die z. B. mehr Patienten- oder Mitarbeiterzufriedenheit bringen, die Kosten dämpfen oder Wettbewerbsvorteile erbringen könnten. In diesem Zusammenhang stellt sich die die Frage, wieviel Innovationsaktivität sollte eine Klinik leisten, um langfristig wettbewerbsfähig und attraktiv zu bleiben, - andererseits: wieviel Innovationsaktivität *kann* eine Klinik überhaupt leisten, ohne ihre eigentlichen Aufgaben im Alltag zu vernachlässigen? Anders gefragt: wieviel Innovation *braucht* eine Klinik und wieviel Innovation *verträgt* eine Klinik?

Die Fragen lassen sich nur klinikspezifisch beantworten und hängen auch sehr von den dort vorzufindenden Strukturen ab. Klar ist, dass eine hohe Innovationsorientierung grundsätzlich von Vorteil ist, - wenn sie effizient ist und die Ressourcen nicht vergeudet. Dennoch sollte man sich die Frage stellen, um zu ermitteln, ob ein systematischer Umgang mit Innovationen im Sinne eines Innovationsmanagements Sinn man, und wie dieser systematische Ansatz aussehen könnte.

Bereits in den Vorüberlegungen hast sich gezeigt, dass Innovationen nach verschiedensten Kriterien kategorisiert werden können. Im Zusammenhang mit den hier relevanten Fragestellungen scheint es mir am sinnvollsten, Innovationen auf zwei Achsen in insgesamt 4 Kategorien einzuteilen, die sich daran orientieren, von welcher Seite die Innovation ausgeht und wie umfassend eine Klinik durch die Umsetzung betroffen wird:

Die erste Achse (A+B) bezieht sich auf Innovationen, die auf Managementebene konzipiert und beschlossen werden, und die somit „von oben nach unten“ kommuniziert und umgesetzt werden müssen (sog. „Top-down Innovationen“). Achse B bezieht sich auf Innovationen, die von Klinikmitarbeitern der mittleren oder unteren Krankhaushierarchie (z. B., Pflegepersonal, Sekretärinnen, Logistiker) eingebracht und ggfs. auch umgesetzt werden. (Abb. 4)

	<b>Klinische Innovationen</b>	<b>Abteilungsintern (AI)</b> (ein Department ganz oder in Teilen betreffend)	<b>Abteilungsübergreifend (AÜ)</b> größere Teile des Gesamtklinikums betreffend
<b>Achse A</b>	<b>Management-getriebene Innovation</b> (Top-down Implementierung)	AI Top-down Innovation	AÜ Top-down Innovation
<b>Achse B</b>	<b>Mitarbeiter-getriebene Innovation</b> (Idee und ggf. deren Umsetzung)	AI – Mitarbeiter-getriebene Innovation	AÜ- Mitarbeiter-getriebene Innovation
<b>Achse C</b>	<b>Patienten- bzw. Kunden-basierte Innovation</b>	AI und AÜ Patienten-basierte Innovation-	

Abb. 4: Einteilung von klinischen Innovationen auf drei Achsen nach dem Ursprung der Innovation

Dabei stellen die Innovationsformen der Achse A den verbreiteten Top-down- Innovationsweg dar, der auf Verbesserungspotential hin analysiert werden soll. Mitarbeiterzentrierte, d. h. von Mitarbeitern initiierte Innovationen der Achse B bedürfen einer grundsätzlicheren Betrachtung, - insbesondere sind mitarbeiterzentrierte bzw. -initiierte Innovationen die über die eigene Abteilung hinausgehen, in den meisten Kliniken bisher weder vorgesehen noch etabliert. Der dritte Weg entspricht im Wesentlichen der vielzitierten „user-driven innovation“. Patienten und Zuweiser als Kunden der Klinik sollten schon unter wettbewerbsmäßigen Gesichtspunkten eine wichtige Rolle in der Innovationstätigkeit von Kliniken spielen.

#### **4.1 Achse A: Management-getriebene „top-down“ Innovation**

Typischerweise werden alle klinikübergreifenden Veränderungen und Innovationen vom Management einer Klinik angestoßen. Dasselbe gilt im Prinzip für abteilungsinterne Innovationen, die meist vonseiten des Chefarztes oder mitunter seiner Oberärzte angestoßen werden. Diese Gangart ist für jede Klinik im Grunde unausweichlich und liegt auch in der Natur der Sache, nämlich in dem Erfordernis, laufend Entscheidungen zu treffen, mit denen die Weichen gestellt oder angepasst werden, um den sich stetig verändernden und wachsenden Leistungsanforderungen Stand zu halten.

Wenngleich dieser Entscheidungsweg an sich fast alternativlos ist, ist er doch mit zahlreichen Fragen und Problemen behaftet. Es stellt sich die Frage, wie Innovationsentscheidungen möglichst erfolgreich implementiert werden können, da die betroffenen Mitarbeiter vielen Veränderungen, die „von oben“ verkündet werden, oft misstrauisch und manchmal antagonistisch gegenüberstehen. Ein gutes Beispiel ist die Einführung einer Tablet-basierten Dokumentation der stationären Pflege am Krankenbett. Wenngleich eine solche Maßnahme eigentlich eine Erleichterung der Dokumentation beinhaltet, wird sie oft zunächst abgelehnt, weil gewohnte Arbeitsprozesse geändert werden müssen. Das kann zum einen einer fehlenden Einweisung in die Verwendung der Tablets und der Dokumentationssoftware geschuldet sein, zum anderen wäre es möglich, dass bestimmte andere Dokumentationsprozesse noch nicht in den neuen Prozess integriert sind, und der Eindruck entsteht, man müsse alles zweimal dokumentieren und dadurch Mehrarbeit leisten, anstatt entlastet zu werden. Außerdem können sich noch in der Implementierungsphase technische oder rechtliche Probleme bemerkbar machen, die vorher nur unzureichend berücksichtigt wurden. Zum Beispiel könnte es auf einer bestimmten Station, auf der die Tablet-Dokumentation eingeführt werden soll, Probleme mit dem W-LAN oder der Anbindung der Dokumentationssoftware ans KIS geben. Ein weiteres potentiell Problem besteht in den Vorschriften des Hygienemanagements, die erfordert,

dass alle Tablets vollständig desinfizierbar sein müssen. Ferner sind Probleme mit dem Datenschutz und der Patienteneinwilligungserklärung denkbar.

Es ist klar, dass Innovationen nur mit den Mitarbeitern und nicht gegen sie umgesetzt werden können. In der Praxis ist dies aber oft schwierig, wie auch die Befragungsergebnisse der Mitarbeiter in den Studenteninterviews andeuten. Um die erfolgreiche Implementierung einer abteilungsübergreifenden Innovation zu gewährleisten, sind folgende Vorüberlegungen nützlich: Wie können die betroffenen Mitarbeiter möglichst frühzeitig über die Innovation informiert werden? Wie kann man die Vorteile der Neuerung aus Mitarbeitersicht plausibel machen? Wie kann man die betroffenen Mitarbeiter besser in die Implementierung einbeziehen? Wie kann man das Mitarbeiter-Feedback einsammeln, um den Mitarbeitern das Gefühl zu vermitteln, dass ihre Argumente gehört werden? Wie kann man daraus geeignete Rückschlüsse zu ziehen?

Bei radikalen Innovationen, die von vielen Mitarbeitern eine Anpassung der Arbeitsprozesse erfordern, empfiehlt es sich, die Innovation zunächst nur in einer Klinik oder auf einer Station zu implementieren und die Mitarbeiter sorgfältig und im persönlichen Gespräch auf die Neuerung vorzubereiten. Schon im ersten Gespräch können viele Vorbehalte und Ängste auf Seiten der Mitarbeiter ausgeräumt werden und das Projektmanagement bekommt ein Gespür dafür, wo die Schwachpunkt liegen. Es macht auch Sinn, einen Mitarbeiter zu nominieren, der im weiteren Verlauf als Ansprechpartner fungiert und der dem Projektmanagement über weitere Probleme, die ggf. auftreten, berichten kann, und der andererseits bereit ist, andere Kollegen über die Neuerung zu informieren und sie vom Nutzen zu überzeugen.

Abgesehen von einer systematischer Einbindung der betroffenen Mitarbeiter in der Test- und Implementierungsphase stellt sich auch im Zusammenhang mit Management-zentrierten Innovationen die Frage, wie es zur Ideenselektion und Entscheidungsfindung kommt. Ausgehend von der Annahme, dass Innovationen immer auch die Antwort auf ein Problem darstellen, scheint es sinnvoll, dieses „Problem“ oder die Herausforderungen, die adressiert werden sollen, genau zu erforschen, bevor versucht wird, „am langen Tisch“ Lösungen zu generieren. Das Risiko besteht, dass das Problem oder die Ans Auge gefasste Lösung nicht optimal zueinander passen, weil die Situation vor Ort nur unzureichend erfasst werden kann. Um alle Aspekte des Problems hinreichend zu berücksichtigen, wäre es wichtig, Mitarbeiter, die mit dem Problem am besten vertraut, direkt anzusprechen und gezielt nach ihren Erfahrungen, ggfs. auch nach Lösungsvorschlägen zu fragen. Wenn dies nicht im persönlichen Gespräch möglich ist, wären auch Fragelisten o. ä. denkbar; ein Gespräch, dessen Ergebnisse protokolliert werden, wäre aber zu bevorzugen, da Nuancen und Zwiespälte besser deutlich werden und der Mitarbeiter eine Wertschätzung seiner Arbeit erfährt. Außerdem wird auf diese Weise für die beabsichtigte Innovation Verständnis, Rückhalt und



Unterstützung geschaffen. Durch eine Befragung mehrerer Mitarbeiter entsteht außerdem ein runderes Bild, welches wichtige Hinweise auf die bestmögliche Art der Problemlösung liefern kann. Auch wenn bereits eine bestimmte Innovation ins Auge gefasst wurde, die alternativlos scheint, kann es Sinn machen, schon im Vorfeld Gespräche mit den betroffenen Mitarbeitern zu führen, um zu überprüfen, dass es sich um eine geeignete und akzeptierbare Problemlösung handelt.

Der ob beschriebene Stage-Gate-Prozess lässt sich m. E. in Hinblick auf klinische Innovation nur begrenzt anwenden, zumal er auf Produktinnovationen im Sinne der kreativen Neuschöpfung von Produkten ausgerichtet ist, während es in der Klinik, wie eingangs erwähnt, eher um die Implementierung von Innovationen geht. Dennoch gibt es auch hier Entscheidungsketten mit „Go/Kill-Gates“, die Projekte zwischen Idee und Implementierung durchlaufen müssen. Es macht Sinn, die Mitarbeitereinbindung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt in die Entscheidungskette aufzunehmen.

Die Einbindung von Mitarbeitern in den Innovations- und Implementierungsprozess fällt naturgemäß leichter, wenn es um abteilungsinterne Neuerungen geht, weil die Wege kürzer sind und sich Chef und Mitarbeiter untereinander kennen. Dennoch ist sie auch hier oft nicht praktizierte Realität; zu oft erfahren die Mitarbeiter erst am Tag der Umsetzung oder wenig vorher von einem neuen Prozess, einer neuen Software, neuen Zuständigkeiten oder dem Einsatz neuer Geräte. Auch sollten im Idealfall dieselben Grundsätze wie oben beschrieben angewendet werden: vor der Entscheidung Mitarbeiter *befragen*, vor der Implementierung Mitarbeiter *informieren*, nach der Implementierung *Feedback einholen*.

## **4.2 Achse B: Mitarbeiter-getriebene Innovation**

### **Mitarbeiterideen – ein vielfach ungenutztes Potential**

Wie oben beschrieben, macht es auf Ebene der einzelnen klinischen Abteilungen Sinn, Mitarbeiter verstärkt in den Prozess der Implementierung von Innovationen einzubeziehen. Außerdem kann dies auch schon in der Phase der Vorüberlegung und Entscheidungsfindung nützlich sein, um eine möglichst effiziente Problemlösung zu erzielen.

Denkbar ist aber auch, dass Klinikdirektoren noch einen Schritt weiter gehen und Mitarbeiter nicht nur begleitend einbinden, sondern ihnen auch zutrauen, sinnvolle Innovationsideen selbst zu entwickeln und umzusetzen. Dieses Vorgehen liegt nahe, denn wer weiß besser, wo es im System knirscht, wo Prozesse nicht rund laufen, wo Ressourcen verschwendet werden, und in welchen Situationen Patienten, Mitarbeiter oder z. B. niedergelassene Ärzte unzufrieden und frustriert sind?

Frustration kann die Wurzel von Innovation sein. In der IBM Global Business Services Studie von 2006 wird der Chef von Toyota mit den Worten zitiert: „Everyone should be dissatisfied with the present situation. That\*s what needs to be recognized by every individual.“ Denn aus Unzufriedenheit erwachsen neue Ideen. Es sind oft die „einfachen“ Mitarbeiter wie Pflegepersonal und Sekretariate, die am „nächsten dran“ sind an den vielfältigen Prozessen und Problemen, die den „Mangel verwalten“ müssen, die Unzufriedenheit von Patienten direkt mitbekommen etc. Hier liegt nicht nur eine wichtige Informationsquelle hinsichtlich der bestehenden Probleme, sondern auch ein riesiges ungenutztes Potential an ungehörten, manchmal unausgesprochenen Verbesserungsideen. Dieses Potential gilt es zu nutzen. Als Beispiele lassen sich kleinere Innovationen wie die Einrichtung einer Kinderspielecke im Warteraum, die Implementierung eines neuen Ablagesystems, die Optimierung der Arbeitsabläufe während der Sprechstunde, oder das Angebot einer neuen Info- oder Rehamaßnahme anführen.

Auf der Ebene einer Abteilung lässt sich das relativ leicht umsetzen, indem man das Personal gezielt per Fragebogen bzw. auffordert, Probleme (ggf. auch anonym) zu schildern und Verbesserungsvorschläge, z. B. auf einem Formular, einzureichen. Dies könnte auf Papier über einen speziellen Briefkasten erfolgen, oder auch digital über ein Portal. Wenn man auch die Mitarbeiter ohne Computerarbeitsplatz erreichen möchte, macht ein Briefkasten mehr Sinn. Wenn es einen etablierten Weg und auch entsprechende Formulare gibt, die den Aufwand minimieren, fühlen Mitarbeiter sich eher ermutigt davon Gebrauch zu machen, als wenn sie lediglich mündlich dazu aufgefordert werden. Wichtig ist auch, dass Ideen ernst genommen werden, d. h. dass regelmäßig (z. B. monatlich) ein Gremium tagt, welches die Vorschläge sichtet und diskutiert und die besten auswählt. Wichtig ist, dass alle Ideeneinreicher ein Feedback darüber erhalten, ob die Idee in eine Projektphase überführt wird, ob sie „für später“ aufbewahrt wird, oder ob sie aus bestimmten Gründen abgelehnt wird. Wichtig ist auch, einen „Aufbewahrungstopf“ für Ideen zu bilden und diese regelmäßig zu sichten und ggfs. einen Zeitpunkt für die Umsetzung festzulegen. (Vgl. Cooper 2002, Teil I, S. 22).

## **2. Können Mitarbeiterideen eine Rolle auf Managementebene im Klinikum spielen?**

Mitarbeitergetriebene Ideen und Projekte auf der Ebene eines größeren Gesamtklinikums sind eher die Ausnahme. In den meisten Kliniken ist das Management Hauptinitiator von Innovationsprojekt zu sehen. Das Problem dabei ist: Management und Klinikalltag liegen (nicht nur räumlich) oft sehr weit auseinander, d. h. manche Herausforderungen und Fragestellungen werden im Management nicht oder kaum wahrgenommen. Die Kenntnisse und Ideen von Mitarbeitern sind im Hinblick auf Innovationen ein kostbares Gut in einer Klinik. Viele Mitarbeiter wünschen sich, dass ihre Stimme

gehört wird und ihre Ideen wahrgenommen und auch ernstgenommen werden. Da dies meist nicht der Fall ist, verpuffen viele gute Einfälle oft ungehört und gerade die engagierten Mitarbeiter empfinden dann im Arbeitsalltag ein verstärktes Frustgefühl, da sie nichts bewegen können. Auch die unmittelbaren Vorgesetzten sind oft so stark durch das Tagesgeschäft in Anspruch genommen, dass sie kaum ein Ohr für Einfälle haben.

Wie schon oben beschrieben, könnten die Ideen von Mitarbeitern abteilungsintern wichtige Impulse setzen, da sie oft die Knackstellen adressieren, die bei Patienten oder auch niedergelassenen Ärzten Unzufriedenheit hervorrufen. Außerdem könnten Mitarbeitern eine wichtige Rolle bei der Umsetzung der von ihnen entwickelten Ideen spielen.

Warum sollten mitarbeiter-getriebene Innovationsideen nicht auch auf der Makroebene des Klinikums eine wichtige Rolle spielen? Mitunter sind die Ideen (z. B. eine App, eine bessere Beschilderung, effizientere Patientenmeldung o. ä.) auf andere Kliniken übertragbar. Aber es ist durchaus auch vorstellbar, dass Mitarbeiter Ideen in Bereich der Logistik, der Patiententransporte oder des Qualitätsmanagements entwickeln. Um diese Ideen einzusammeln, bedarf es eines systematischen Ideenmanagements zum Beispiel mit Hilfe eines Ideenmanagement-Portals. Dafür stehen bereits heute geeignete Softwareprogramme wie Enterprise 2.0 (vgl. Seminararbeit Gruppe 2, S. 24) zur Verfügung. Für die weitere Selektion und Verarbeitung der Ideen eignet sich das von Cooper beschriebene Stage-Gate-Modell mit einer vorangestellten „Discovery Stage“ (Cooper 2002, Part I, S. 22)

Zur regelmäßigen Sichtung aller eingereichten Ideen bedarf es einer explizit dafür bestellten Person oder eines kleinen Teams, die die Ideen formal aufbereiten und ggfs. zusätzliche Informationen dazu recherchieren (gibt es das anderswo? - wie teuer ist die Investition gegebenenfalls? - wie kam der Mitarbeiter auf die Idee?- liegen gravierende Missstände vor, die es zu adressieren gilt?) Dieses Ideenmanagement-Team könnte die eingereichten Ideen dann in einem regelmäßigen Arbeitskreis dem mittleren Management vorstellen, welches die Ideen nach festgelegten Kriterien bewertet. Dazu bieten sich z. B. Scorecards und ein Punktesystem an. Der „Return on Invest“ sollte in diesem ersten Gate noch nicht ausschlaggebend sein, da andernfalls zu viele Ideen in Ermangelung eines Businessplans vorzeitig durchfallen würden.

Diese erste Gate führt zu einer ersten vorläufigen Selektion und Bewertung jeder einzelnen Ideen sowie einer Entscheidung im Sinne von „Go“, „Kill“ oder „Hold“. Für Ideen, die auf „Hold“ gesetzt werden, kann eine sog- „idea vault“ geschaffen werden, eine Art Aufbewahrung für Ideen, deren Zeit evtl. noch nicht gekommen ist und die in regelmäßigen Abständen erneut zur Bewertung vorgelegt werden. Parallel zu einem solchen Entscheidungsgremium kann es auch Sinn machen, auch Mitarbeitern elektronischen Zugang zu dieser „Ideenhöhle“ zu geben und dort Kommentare und

Verbesserungsvorschläge abzufragen. Entscheidend für ein solches System sind kontinuierliches Feedback und Ermutigung. (vgl. Cooper 2002, Part I, S. 22)

1. Die Ideeneinreicher sollten von dem Bewertungsergebnis und ggfs. über die Ablehnungsgründe informiert werden, - denn wer nie mehr etwas von der ersten Idee hört reicht auch niemals eine zweite ein.
2. Mitarbeiter sollten explizit ermutigt werden, ihre Verbesserungsvorschläge klinikintern offen kundzutun; dazu gehört auch, dass man die Kritik, die in manchen Ideen impliziert ist, akzeptiert und nicht etwa gegen den Mitarbeiter verwendet. Ggfs. sollte auch über eine anonyme Vorschlagseinreichung nachgedacht werden.
3. Wird eine Idee für gut befunden, sollte der Mitarbeiter auch die nötige formale, ggfs. auch finanzielle Unterstützung aus einem dafür vorgesehenen Topf erhalten.
4. Wird eine umfangreichere und für das Gesamtklinikum besonders vorteilhafte Innovationsidee umgesetzt, sollte der Urheber der Idee dazu explizit benannt werden und die Möglichkeit erhalten, an der Umsetzung beteiligt zu werden oder die Idee auch nach außen auf Konferenzen u. ä. zu präsentieren.
5. Außer der Ehre der namentlichen Nennung im Falle einer erfolgreich umgesetzten Idee sollten auch „Reward Systems“, in Betracht gezogen werden, wenngleich deren Wirkung nicht gänzlich unumstritten ist (Schultz 2012). Solche Incentives könnten auch im Rahmen eines Ideenwettbewerbs o. ä. ausgeschrieben werden, um gezielt Ideeneinreichungen z. einem bestimmten Thema zu generieren.

Alternativ bzw. zusätzlich können auch größere Konferenzen zur Ideengenerierung organisiert werden, von Cooper „Major Revenue Generator (MRG) event“ genannt. Solche Veranstaltungen können einmal jährlich stattfinden, vorzugsweise in einer hierarchiefreien kreativen Umgebung außerhalb des Klinikgeländes. Eine solche Veranstaltung muss aber sehr gut um ein Thema herum strukturiert sein, um am Ende „2-5 major revenue generating opportunities“ zu definieren. Verläuft sie ohne ein greifbares Ergebnis entsteht bei allen Teilnehmern das Gefühl vertaner Zeit.

Es wird deutlich, dass Ideenmanagement recht aufwändig sein kann. Dennoch rechnet sich ein gewisser Aufwand, da auf diese Weise folgende Effekte erzielt werden können:

1. Das Unternehmen erhält besseren Einblick in die Herausforderungen und die Sichtweise der Mitarbeiter.
2. Das Unternehmen erhält wertvolle Impulse für problemorientierte Innovationslösungen.
3. Es wird bei der Implementierung solcher Innovationen eine sehr viel höhere Mitarbeiterakzeptanz erzielt.
4. Es gibt (mindestens) einen Mitarbeiter vor Ort, der „Pate“ und engagierter Assistent bei der Implementierung einer Innovation sein kann.
5. Motivation und Mitarbeiterzufriedenheit werden gestärkt.
6. Der generierte Innovationsmehrwert bringt positive Effekte für die Kundenzufriedenheit und somit Wettbewerbsvorteile und kann ggf. intern Kosten einsparen helfen.

### **4.3 Achse C: Kunden-basierte Innovation**

Die Wertschöpfungskette in der Klinik beginnt beim Patienten. Nur zufriedene Patienten - und Zuweiser - können dem Krankenhaus langfristig Wettbewerbsvorteile und eine stabile Marktposition sichern. Das Selbstverständnis des Patienten hat sich gewandelt, da er zunehmend auswählen kann, wo bzw. in welcher Klinik er sich behandeln lassen möchte. Er stellt zunehmende Ansprüche an die Qualität der medizinischen Versorgung, da er sich über verschiedene Informationsquellen Vergleichsmöglichkeiten schaffen kann. Außerdem steigen die Ansprüche jenseits der medizinischen Versorgung, denn Patienten fühlen sich zunehmend als „Kunden“ und leiten daraus zusätzliche Ansprüche an ein Krankenhaus ab, die im Bereich der Pflege- und Servicequalität liegen. Somit steht „das Krankenhaus vor der großen Herausforderung zu erkennen, wie die einzelnen Leistungen und Prozesse die Kundenzufriedenheit beeinflussen“ (Schultz, S. 24).

In der kundengetriebenen Innovation sieht auch Cooper eine der wichtigsten Ideenquellen, da sie genau an den wahrgenommenen Defiziten ansetzt. Der Satz „Your customer probably has your next product idea“ lässt sich z. T. auch auf Neuerungen in der Klinik übertragen. Dabei macht es laut Cooper mehr Sinn zu fragen „What’s bugging you?“ als nach kreativen Ideen oder Lösungen zu forschen. Vielmehr geht es darum, durch die Augen des Kunden zu sehen und somit Problemfelder und Herausforderungen besser zu verstehen, um passgenauen, kundenorientierte Lösungen zu finden. Die zweite von Cooper postulierte Variante, „Camping out with your Customers“, geht in der Klinik allerdings nur bedingt, - dazu müssten Mitarbeiter – etwa des Klinikmanagements - selbst als echte Patienten das System durchlaufen, vom Warteraum bis zum ambulanten Termin, von der stationären Aufnahme bis zur Entlassung. Wenngleich diese „Methode“ naturgemäß nicht gezielt einsetzbar ist, entstehen beim Blick durch die doppelte „Mitarbeiter-Patientenbrille“ besonders aufschlussreiche Erfahrungen, die man wenn möglich auch auswerten sollte. Als generell durchführbare Maßnahme bieten sich Patienteninterviews und schriftliche Befragungen an. Dabei ist das persönliche Gespräch zu bevorzugen, da es so besser gelingt, den Patienten durch geschicktes Nachfragen zur „Kritik“ zu ermutigen, und weil der Patient sich auf diese Weise ernstgenommen fühlt. Auch wäre es sinnvoll, dies während eines stationären oder auch ambulanten Aufenthaltes zu tun, wenn die Eindrücke noch frisch sind.

Darüber hinaus gibt es auch die Möglichkeit, mit sogenannten „Lead customers“ zusammen zu arbeiten. Lead customers könnten Patienten- und Ärzteverbände, Selbsthilfegruppen und ähnliches sein, die daran interessiert, Verbesserungen bestimmter Prozesse im Krankenhaus gezielt anzuregen und in Zusammenarbeit mit der Klinik zu unterstützen. Z. B. könnte es um die Etablierung neuartiger

Therapien und Studien oder auch um z. B. die Erleichterung der Orientierung für Patienten und Angehörige.

## 5. Kunde zufrieden –alle zufrieden

### 5.1 Die Anforderungen steigen: Basis-, Leistungs- und Begeisterungsanforderungen

Ziel der Kundenbefragung ist eine Steigerung der Kundenzufriedenheit und somit eine Steigerung der Fallzahlen, von denen die Klinik wirtschaftlich abhängig ist. Das Feedback der Kunden bzw. Patienten gibt Aufschluss über die Anforderungen und Erwartungen, die der Kunde an eine Klinik richtet. Dabei werden oft Basisanforderungen, Leistungsanforderungen und Begeisterungsanforderungen unterschieden (Nilsson-Witell 2005/Schultz 2011). Das Modell der Kundenzufriedenheit nach Kano zeigt den Zusammenhang zwischen der Erfüllung der genannten Begeisterungskategorien und der Kundenzufriedenheit. (Abb. 5)

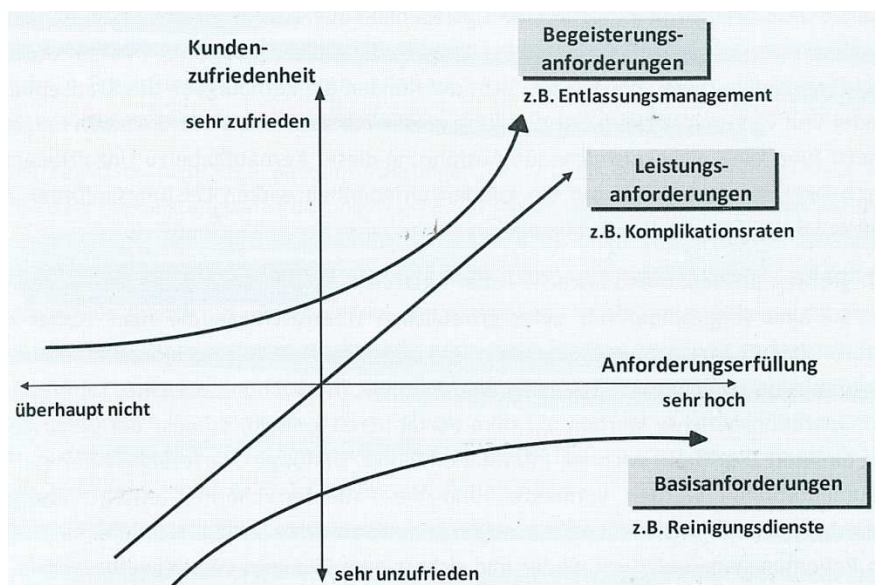


Abb. 5 Zusammenhang zwischen Anforderungserfüllung und Kundenzufriedenheit nach Kano

Basisanforderungen werden vom Kunden als selbstverständlich vorausgesetzt, ohne dass der Kunde ihnen bei Erbringung besonderes Augenmerk schenkt. Leistungsanforderungen werden vom Kunden erwartet und bringen bei voller Erfüllung einen Zufriedenheitsgewinn. Begeisterungsanforderungen werden nicht erwartet und können, wenn sie als nützlicher Service empfunden werden, die Kundenzufriedenheit deutlich steigern.

Man würde nun zunächst denken, dass eine Klinik sich voll auf Begeisterungsanforderungen konzentrieren müsste, doch liegt darin nicht automatisch der Schlüssel zu einer hohen Kundenzufriedenheit. Im Gegenteil ist zu bedenken, dass Lücken in der Erfüllung der Basisanforderungen zu einer überdurchschnittlich starken Unzufriedenheit führen können. In den letzten Jahren sind immer mehr Leistungen zu Basisanforderungen aus Sicht der Kunden geworden. Reichte dafür früher ein sauberes Bett, eine tägliche Visite und pflegerische Grundversorgung sowie drei Mahlzeiten am Tag, gehören heute zunehmend weitere Leistungen zu den Basisanforderungen, wie z. B. Fernsehen (früher eher eine Begeisterungsanforderung), eine ansprechende und hygienisch saubere „Nasszelle“, elektronisch verstellbare Betten, die umfassende Versorgung mit Material für das Wohlbefinden (z. B. zusätzliche Bettdecken oder Kissen, Heizdecken, Eis zum Kühlen, Lagerungshilfen etc.), zunehmend auch Internetzugang u. ä.. Natürlich kann das Empfinden dessen, was eine Basisanforderung darstellt, je nach Vorerfahrung in anderen Kliniken im Detail abweichen, aber viele Basisanforderungen sind einem gemeinsamen Nenner zuzuordnen. Werden diese Anforderungen allerdings entgegen der Erwartung nicht oder ausreichend erbracht, kann dies zu einer erheblichen Unzufriedenheit führen, die durch Pluspunkte in anderen Bereichen nicht immer wettgemacht werden können.

Zu den Leistungsanforderungen ist erster Linie alles zu zählen, was zur medizinischen Behandlung gehört. Auch hier steigen die bewussten Erwartungen der Kunden, die sich über Internet und Medien oft ausführlich über Behandlungsmethoden etc. informieren. Als mündige Patienten erwarten sie insbesondere ausführliche Aufklärung und eine optimale medizinische Behandlung mit einem entsprechenden Behandlungserfolg. Auch wenn Patienten wissen, dass nicht jede Therapie immer erfolgreich sein kann, richten sie hohe Erwartungen an die Ärzte, auch im Hinblick auf Transparenz. Auch hier kann eine zu geringe Erfüllung der Leistungsanforderungen zu erheblicher Enttäuschung und Unzufriedenheit führen, während ein Nichterbringen von Begeisterungsanforderungen, die ja nicht erwartet werden, keine negativen Auswirkungen hat. Somit ist die Vermeidung von Unzufriedenheit durch Erfüllung möglichst aller Basisanforderungen und der meisten Leistungsanforderungen wichtiger als die Erbringung von Begeisterungsanforderungen.

Dennoch spielt die Vorhaltung von Begeisterungsanforderungen ebenfalls eine wichtige Rolle, um einen Ruf als innovationsorientierte Klinik zu etablieren. Dazu gehören mit Sicherheit innovative OP-Methoden wie z. B. das roboterassistierte daVinci-OP-System oder neueste Bildgebungstechniken. Ferner kann die Implementierung von IT-gestützten Befundportalen ein Begeisterungsmerkmal sein, über welche die klinischen Befunde schnell und papierlos mit den niedergelassenen Ärzten kommuniziert werden. Es ist aber zu beachten, dass viele Begeisterungsanforderungen ab einem gewissen Verbreitungsgrad zu Leistungs- oder sogar zu Basisanforderungen werden. Da bestimmte

Neuerungen auf dem Klinikmarkt sukzessive breitflächig implementiert werden, ist es aus Sicht der Kundenzufriedenheit aber sinnvoll zu den ersten und nicht zu den letzten Kliniken zu gehören, die die Neuerungen etablieren. Wer die Nase vorn hat, kann – zumindest für eine gewisse Zeit – einen Begeisterungsbonus erzielen. Unterm Strich bleibt festzuhalten: „... kein Marketing (kann) die Wirkung von zufriedenen Kunden ersetzen.“ (Schultz 2011)

## **5.2 Patientennahe, patientenferne & einrichtungsübergreifende Prozesse**

Die Innohospital-Studie hat interessante Aufschlüsse zur Innovationstätigkeit von Kliniken in ganz Deutschland ergeben. Dabei zeigte sich auch eine interessante Unterscheidung zwischen dem Grad der Innovationsaktivität in patientenfernen und patientennahen Prozessen. Die Gestaltung patientenferner Prozesse wie Logistik/Transportlösungen/IT scheint demnach die Innovationstätigkeit der Kliniken zu dominieren. In diesen Bereichen sehen Kliniken meist das größte Einsparpotential bzw. Optimierungspotential. Allerdings werden gerade diese Prozesse vom Patienten normalerweise nicht wahrgenommen und wirken sich daher nur indirekt oder kaum auf die Kundenzufriedenheit aus, es sei denn es lassen sich erhebliche Verkürzungen von Wartezeiten o. ä. generieren. Erstaunlicherweise setzen die meisten Kliniken den Schwerpunkt ihrer Innovationstätigkeit einseitig auf patientenferne Prozesse, obwohl die Kundenzufriedenheit und somit auch der wirtschaftliche Erfolg direkter durch Optimierung und Gestaltung der patientennahen Prozesse (wie neue Versorgungsangebote) positiv beeinflusst werden könnte.

Dennoch befreit diese Erkenntnis Krankenhäuser nicht von dem Druck, patientenferne/logistische Innovationen zu implementieren, da diese durch die zunehmende flächendeckende Verbreitung zukünftig als „zwingende Voraussetzung erfüllt sein müssen, um überhaupt weiter am Markt zu bestehen.“ (Schultz 2002, S. 22) In diesem Sinne sind die meisten logistischen Innovationsoptionen bereits zu Basisanforderungen geworden.

Zur Sicherung der Marktposition müssen Krankenhäuser zunehmend auch einrichtungsübergreifende Prozesse gestalten, z. B. durch Etablierung eines Zuweisungsmanagements, papierlosen Befundtransfers, einrichtungsübergreifende telemedizinische Diagnostik oder Abstimmung des Versorgungsangebots. So kann „die Gestaltung einrichtungsübergreifender Prozesse ...zusätzlich die Effizienz der Krankenhausprozesse zu erhöhen. ... Krankenhausübergreifende Prozesse haben zudem eine hohe Wirkung auf die Qualität und die Mitarbeiterzufriedenheit ...“ (Schultz 2002, S. 50)



## **6. Sinn und Aufgaben des Innovationsmanagements**

Jedes Krankenhaus betreibt Innovationsmanagement. Aber nicht jede Klinik ist sich dessen vollständig bewusst und nur wenige widmen diesem Thema eine eigene Abteilung oder zumindest eine systematisierte Vorgehensweise.

Die Frage ist: wieviel Innovationsmanagement braucht ein Krankenhaus? Mit der Größe der Klinik steigt der Bedarf an laufenden Prozessoptimierungen und Investitionen in neue Technologien, insbesondere wenn die Klinik sich als modernes Krankenhaus mit einem großen Innovationsportfolio an einem umkämpften Markt behaupten muss. „Innovationen sind keine Glücksfälle“, postuliert Schultz, sondern „das Resultat eines systematischen Prozesses er erlernbar und steuerbar ist.“ (Schultz 2011, S. 27).

D Kliniken stehen vor der großen Herausforderung, sinnvolle von sinnlosen, bzw. effizienzsteigernde von nutzlosen Investitionen zu unterscheiden. Um diese Herausforderung zu meistern, bedarf es einer immensen Vielzahl an Informationen und Kenntnissen.

### **1. Identifizierung des Innovationsgrades, der von den Mitbewerbern erreicht wird**

Zum ersten muss Klarheit darüber geschaffen werden, wo die eigene Klinik im Vergleich zu den Wettbewerbern steht, welche klinischen Innovationen im Kommen sind, und welche bereits weit oder fast flächendeckend verbreitet sind. Dazu nützt meist ein Blick in die regionale und überregionale Krankenhauslandschaft. Um aber solche Innovationen zu identifizieren, die gerade erst auf dem Weltmarkt erscheinen und mit denen sich deutliche Wettbewerbsvorteile erzielen lassen, ist es notwendig, sich über die Grenzen des eigenen Landes hinaus in besonders innovationsstarken Ländern umzuschauen. Das sind aus norddeutscher Sicht insbesondere die skandinavischen Länder, darüber hinaus aber auch die USA oder Japan etc. Gerade aufgrund des Kontrastes unterschiedlicher Gesundheitssysteme und nationaler Besonderheiten entstehen in manchen Ländern oder auch in einzelnen Kliniken regelrechte Innovationscluster, durch die die Innovationsaktivität deutlich höher ist als anderswo. Insbesondere durch gezielte Studienfahrten zu ausgewählten innovationsorientierten Kliniken lässt sich ein immenser Kenntniszugewinn erzielen, zumal zu den Vorteilen eines Messebesuchs auch die konkrete Alltagserfahrung mit der Technologie kommt.

### **2. Identifizierung der Bedarfe**

Zweitens muss jede Innovation einen Bedarf decken: Dieser Bedarf kann sich als konkreter Mangel äußern, der notwendigerweise kurzfristig abzustellen ist oder als Optimierungsbedürftigkeit eines Prozesses oder einer Behandlungsoption. Der Bedarf kann aber auch indirekt bestehen, indem es z. B. ratsam erscheint, ein gänzlich neues Service- oder Versorgungsangebot hinzuzufügen. Die

Ermittlung der jeweiligen Bedarfe auf den Abteilungsebenen eines Klinikums ist aus Management kaum zu leisten. Die Informationen über die verschiedenen Bedarfe müssen aus den einzelnen Abteilungen kommen. In der Alltagsrealität der meisten Kliniken werden Bedarfe von den Klinikdirektoren und ihrer leitenden Oberärzte angemeldet. Aber auch ihre Sichtweise ist durch ihre hierarchisch hohe Position eingeschränkt. Die meisten Bedarfe im Bereich der patientennahen Prozesse (z. B. zeitaufwändige Dokumentation, fehlendes Material in der Patientenversorgung, lange Wartezeiten, schlechte Ablaufkoordination) werden von Pflegepersonal und Sekretariaten oder Aufnahmeverwaltung am deutlichsten wahrgenommen. Das Problem ist, dass sie in Positionen sitzen, aus denen heraus sie ihre Wahrnehmung und ggfs. Verbesserungsideen nicht artikulieren können. Gleichzeitig entsteht das Gefühl von Hilflosigkeit und Frust durch die mangelnde Möglichkeit, Mängeln entgegenzuwirken. An dieser Stelle könnte ein systematisches Ideenmanagementportal (s. o.) Abhilfe schaffen, in das über ein Kurzformular Eingaben gemacht werden können. Dabei wäre aber insbesondere zu beachten, dass die Mitarbeiter ausdrücklich und wiederholt aufgefordert werden ihre Beobachtung oder Ideen zu schildern und dass sie dies, wenn gewünscht, evtl. auch anonym tun können. Außerdem muss jede Eingabe bearbeitet werden und ein Feedback erhalten. Ferner müssen Personen da sein, die die Eingaben systematisch bearbeiten und vorselektieren und priorisieren können, die mit den entsprechenden Mitarbeitern Gespräche führen und Ideenskizzen erarbeiten, über die ein Fachgremium diskutieren und - z. B. anhand von Scorecards mit vorgegebenen Bewertungskriterien - entscheiden muss. Auch ist es wichtig, Mitarbeitern mit guten Ideen für ihr Engagement Anerkennung im Intranet oder auch auf öffentlichen Plattformen zu zollen. Das Risiko eines Ideenportals besteht darin, dass es zu wenig genutzt wird, entweder weil die Ideengeber nie wieder etwas von ihrer Eingabe hören oder von vornherein fürchten, dass ihr Engagement als Kritik aufgefasst wird und zu beruflichen Nachteilen führen könnte. Nur wenn diese Zweifel ausgeräumt werden, kann Ideenmanagement profitabel zur Identifizierung von Problemen im Klinikalltag und zur Generierung frischer Ideen genutzt werden.

Darüber hinaus gilt es auch, Bedarfe direkt in der Zusammenarbeit mit den Kunden (Patienten, Niedergelassene etc.) wie oben beschrieben zu ermitteln.

### **3. Identifizierung möglicher Lösungen**

Ist ein Bedarf oder eine investive Innovationsart (z. B. modernes Rohrpostsystem zum Blutprobenversand) identifiziert, gilt es zunächst die verfügbaren möglichen Lösungen am Markt zu identifizieren und Preise zu ermitteln. Allein dafür können mitunter umfangreiche Recherchen nötig sein. Dies geschehen, sehen sich die Entscheider oft diversen Lösungen gegenüber, die in Hinblick auf die Passgenauigkeit für die eigenen Bedürfnisse, die Umsetzbarkeit, die Implementierungsdauer und auf die Wirtschaftlichkeit im Sinne eines „Return-of-invest“ geprüft werden müssen. Hierbei können

auch Erfahrungen aus anderen Kliniken helfen. Klassischerweise sind dies die Aufgaben einer Beschaffungsabteilung, aber hier fehlt oft die Verzahnung zwischen dem vorgründigen Spargebot und Argumenten, die für eine längerfristig wirksame, aber teurere Investition sprechen. Eine Rundumbetrachtung verschiedener Lösungen, die auch bestehende Vorerfahrungen in anderen Häusern einbezieht sprengt meist die Kapazitäten der klinischen Beschaffung und könnte durch eine Innovation Management-Abteilung abgedeckt werden.

Aus den Vorbetrachtungen ergeben sich folgende mögliche Aufgaben eines Innovation Management Departments:

- Recherche der Innovationsposition der eigenen Klinik im Vergleich zu den Wettbewerbern.
- Recherche der jeweils höchsten nationalen und internationalen Innovationsstandards
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Implementierung anderweitig bereits eingesetzter Technologien
- Pflege eines Ideenmanagement-Portals im Intranet, Gespräche mit Mitarbeitern, Ausarbeitung von Ideenskizzen für Innovationsprojekte (die dann ggf. in einer Art Stage-Gate-Prozess weiterverarbeitet werden können).
- Entwicklung von Fragebögen für Patienten und Niedergelassene zur Ermittlung der Kundenzufriedenheit bzw. Unzufriedenheit, Durchführung von Interviewgesprächen
- Recherche und Beurteilung von konkreten, am Markt vorhandenen technischen Lösungen (z. B. im Auftrag der Beschaffungsabteilung)
- Wirtschaftlichkeitsanalysen und Erstellung oder Vorbereitung von Businessplänen

Mit der Entscheidung für die Implementierung einer bestimmten Lösung ist der Innovationsvorgang jedoch keineswegs abgeschlossen. An der Implementierung scheitern viele gut gemeinte Innovationsideen, weil die betroffenen Personen sich allzu oft nicht gefragt, nicht „mitgenommen“ oder schlecht informiert fühlen.

Soweit die Innovationsidee gemeinsam mit Mitarbeitern entwickelt wurde, besteht ein guter Anknüpfungspunkt für die Umsetzung. Folgende Aspekte sollten nach Möglichkeit berücksichtigt werden:

- Rechtzeitige Information aller von der Innovation betroffenen Mitarbeiter vorab einschließlich der Begründung des Nutzens.
- Einräumung der Möglichkeit, Vorbehalte zu äußern und Fragen zu stellen.
- Beantwortung der Fragen und Reaktion auf mögliche Vorbehalte.
- Realistisches Terminmanagement
- Einweisung der betroffenen Mitarbeiter

- Ggf. (bei neuer Software oder komplexen medizinischen Geräten

Abb. 6 zeigt, dass es nicht reicht, einzelne Ideen einzusammeln oder umzusetzen, nur die stetige erfolgreiche Umsetzung von Innovationen im Sinne von Neuerungen verspricht dem Krankenhaus dauerhaften Erfolg am Markt. Je schneller und reibungsloser die Einführung neuer Prozesse klappt, umso mehr Innovationen und gute Ideen können umgesetzt werden. Dazu könnte auch in Betracht gezogen werden, die Ideengeber guter Innovationslösungen vorübergehend oder stundenweise von ihrer regulären Tätigkeit freizustellen, um ihnen die Möglichkeit zu geben, ihre Idee erfolgreich und zum Nutzen der Klinik umzusetzen.

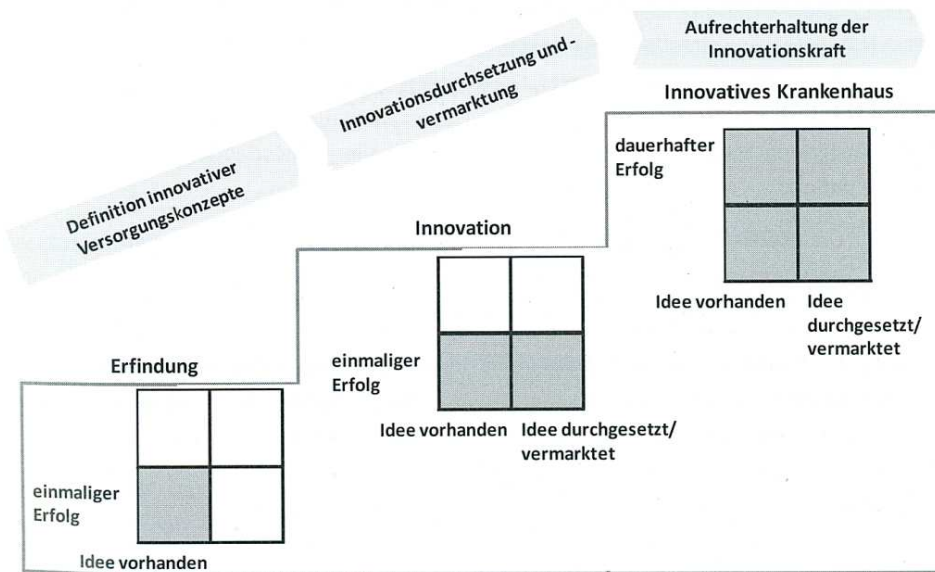


Abb. 6: Herausforderung an ein innovatives Krankenhaus, nach Schultz 2011, S. 29

## 7. „Echte“ Innovation innerhalb der Klinik – gibt es das?

Eingangs war die Rede davon, dass es sich bei „Innovationen“ im Kontext der Klinik eigentlich um „Imitationen“ bzw. um die Implementierung innovativer Produkte oder Prozesse handelt. Dennoch kann eine Klinik auch im engeren Sinne Innovationen hervorbringen oder im Verbund mit anderen externen Projektpartnern gemeinsam entwickeln und weiterentwickeln. Gerade bei Prototypen und Produkten, die noch am Markt etabliert werden ist die Zusammenarbeit mit Firmen sinnvoll, da zum einen eine passgenaue auf die Bedürfnisse der Klinik abgestimmte Lösung entwickelt werden kann, zum anderen ein vermarktungsfähiges Alleinstellungsmerkmal für die Klinik zum vergleichsweise geringen Preis geschaffen werden kann. So eine Kooperation macht besonders häufig bei neuen Softwarelösungen Sinn, könnte aber auch andere, z. B. telemedizinische Produktinnovationen betreffen. Darüber hinaus werden in einer Uniklinik immer auch patentfähige Ideen generiert, deren

projektmäßige Ausschöpfung im Idealfall durch die Klinik aktiv unterstützt werden sollte – etwa durch eine vorübergehende Freistellung des Initiators zur Durchführung eines Entwicklungsprojektes oder durch Hilfe bei der Beantragung eines geförderten Projektes. Die Realität sieht meist anders aus: Ärzte oder andere Mitarbeiter mit inguinalen Entwicklungsideen sind auf ihre eigenen zeitlichen Ressourcen außerhalb ihrer Dienstzeiten angewiesen und müssen sich selbst um externe Förderung bemühen. Auch hier besteht weiterer Optimierungsbedarf, der im Falle erfolgreicher marktfähiger Erfindungen zu einer großen Strahlkraft der Klinik führen kann.

## **8. Fazit: Innovation Management Department - ein “must-have”??**

Die obigen Ausführungen stellen keine verbindliche oder allgemeingültige Empfehlung dar. Jede Klinik geht mit dem Thema Innovationsmanagement anders um, auch Kliniken ohne ein spezielles Innovation Management Department können je nach Größe und Wettbewerbssituation erfolgreich bestehen.

Dennoch ist klar geworden, dass der Innovationsdruck, der auf Kliniken lastet, stark zugenommen hat und weiter zunehmen wird. Es gibt zahlreiche Aufgaben, die von spezialisierten Mitarbeitern eines Innovation Management Departments übernommen werden könnten und die zu einer Erhöhung der Innovationsorientierung und letztlich zum wirtschaftlichen Erfolg der Klinik beitragen könnten. Dazu kann ein konsequentes Ideenmanagement genauso gehören wie die kontinuierliche Recherche innovativer Lösungen im nationalen und internationalen klinischen Umfeld. Auch als Anknüpfungspunkt für Projektanfragen externer Partner mit ähnlichen Interessen ist ein entsprechendes Department sinnvoll. Ferner benötigt die Implementierung von neuen Lösungen in der Klinik professionelle Vorbereitung und Begleitung, die in der Praxis oft fehlen, was einen langwierigen und somit teuren Kampf gegen Vorurteile und Antagonismen zur Folge haben kann.

Natürlich ist auch eine Abteilung für Innovation Management nicht umsonst zu haben, aber gemessen an den vielfältigen Vorteilen macht sich die Investition mittelfristig bezahlt, somit zumindest ein „should-have“.

## **Literatur**

**Chesbrough, H.** Open Innovation: The New Imperative for Creating and Profiting from Technology. Boston: Harvard Business School Press, 2003.

**Cooper, R.G.,** Edgett, Scott J. and Kleinschmidt Elko J. Optimizing the Stage-Gate Process: What Best-Practice Companies Do – Part I. In: Research Technology Management Vol. 45 (Sept/Oct), 2002.

**Cooper, R. G.,** Edgett, Scott J. and Kleinschmidt Elko J. Optimizing the Stage-Gate Process: What Best-Practice Companies Do –Part II. In: Research Technology Management Vol. 45 (Nov/Dec), 2002.

**Cooper R. G.,** Perspective: The Stage-Gate® Idea-to-Launch Process – Update, What’s New, and NextGen Systems. J Prod Innov Manag Vol. 25, 2008.

**Granig, P.,** Perusch, S.. Innovationsrisikomanagement im Krankenhaus. Gabler Verlag, Wiesbaden 2012.

**Rogers, E. M.** *Diffusion of Innovations*, Free Press, New York, NY 1962

**Marquis, D. G.** The Anatomy of Successful Innovations. In: Reading in the Management of Innovation, Hg. Tushman, M. L., Moore, W. L. London 1982.

**Piening, E. P.** Prozessdynamiken der Implementierung von Innovationen. Eine empirische Analyse dynamischer Fähigkeiten und ihrer Wirkung in Krankenhäusern. Wiesbaden 2011.

**IBM GLOBAL Business Services.** Expanding the Innovation Horizon, The Global CEO Study 2006

**Schultz, C.,** Zippel-Schultz, B., Salomo, S., Gemünden, H.-G. Innovationen im Krankenhaus sind machbar! – Innovationsmanagement als Erfolgsfaktor. Kohlhammer, Stuttgart, 2011.

**Schultz, C.,** Zippel-Schultz, B., Salomo, S. Hospital Innovation portfolios: Key determinants of size and innovativeness. Health Care Manage Rev 37 (2), 2012.

## **Danksagung**

Ich danke insbesondere Herrn Prof. Carsten Schultz für die Ermöglichung der Zusammenarbeit mit seinem Masterclass-Seminar im Sommersemester 2013 sowie für die allzeit freundliche Beratung und konstruktive Unterstützung. Außerdem bedanke ich mich für die Genehmigung, Abbildungen aus der Monographie von „Innovationen im Krankenhaus sind machbar“ (siehe Literaturverzeichnis) verwenden zu dürfen.

Ferner danke ich den Studenten Tim Chorrosch, Julain Göllner, Mana Sharyari, Rico Kelz, Niklas Schutjens (Gruppe 1) sowie Olga Ehmisch, Katharina Henke, Edward Karami, Sophie Schulz und Tobias Zehl (Gruppe 2) für ihre engagierten Interviews und die geleisteten Arbeiten zum Thema.

Letztlich möchte ich mich auch bei denjenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im UKSH bedanken, die sich bereitwillig den Fragen gestellt haben und durch ihre Offenheit die entscheidende Grundlagen für die Arbeiten der Studenten (mittelbar auch für die vorliegende Arbeit) geleistet haben.