

H 5162
ISSN 0175-4548

Offizielles Organ des
Bundesverbandes
Deutscher Privatkliniken
e. V. in Berlin

f&w

Sonderdruck

Sonderdruck

aus
Nr. 1
Januar/Februar 2008

Nr. 2
März/April 2008

Nr. 3
Mai/Juni 2008

Nr. 5
September/Oktober
2008

Nr. 1
Januar/Februar 2009

Nr. 2
März/April 2009



Sonderdruck zum Thema Qualität

Die BDPK-Serie 2008/2009 aus den „Gelben Seiten“

Sonderdruck zum BDPK-Geschäftsbericht 2008/2009

f&w-Serie Qualität

Die Mitglieder des BDPK sind Vorreiter in Sachen Qualität. Sie stehen für medizinische Versorgung „erster Klasse“ und folgen der Handlungsmaxime: bestmögliche Versorgung der Patienten, die sich zur Behandlung in ihre Kliniken begeben. Um die Aktivitäten der einzelnen Klinikunternehmen zu dokumentieren, startete der BDPK zu Beginn des Jahres 2008 eine Beitrags-Serie im Fachmagazin „f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus“, die seitdem laufend fortgeführt wird. In den einzelnen Beiträgen stellen und stellen die Klinikunternehmen ihr Qualitätsmanagement vor. Bisher haben berichtet: Asklepios Kliniken GmbH, Rhön Klinikum AG, Sana Kliniken AG, Helios Kliniken GmbH, Schön-Kliniken GmbH und MediClin AG. Die bisher erschienenen Beiträge wurden als Anlage zum BDPK-Geschäftsbericht 2008/2009 in diesem Sonderdruck zusammengestellt.

Inhalt

	Seite
Asklepios Kliniken GmbH (aus f&w 1/2008)	4
Rhön-Klinikum AG (aus f&w 2/2008)	8
Sana Kliniken AG (aus f&w 3/2008)	12
Helios Kliniken GmbH (aus f&w 5/2008)	17
Schön Kliniken GmbH (aus f&w 1/2009)	21
MediClin AG (aus f&w 2/2009)	23

Die hier verwendeten Seitenzahlen stimmen mit denen in den Original-Ausgaben von f&w nicht überein.

Serie: „Qualität in privaten Klinikunternehmen“, Folge 1

Das Qualitätskonzept von Asklepios

Mit der vorliegenden f&w-Ausgabe beginnt eine Beitragsserie, in der die Mitgliedsunternehmen des BDPK ihre Qualitätsmanagement-Konzepte vorstellen. Geplant sind zunächst vier Beiträge; auf Asklepios folgen die Rhön-Klinikum AG, die Sana Kliniken AG und die Helios Kliniken GmbH.

Während das Qualitätsmanagement in der Industrie auf eine lange Tradition und Entwicklung zurückblicken kann, sind erste gesetzliche Regelungen zur Einführung eines strukturierten Qualitätsmanagements in den Krankenhäusern in Deutschland erst rund zehn Jahre alt. In den Kliniken wurde die Einführung zunächst von einer breiten Diskussion um die Sinnhaftigkeit des Qualitätsmanagements begleitet.

Heute steht eher der Umgang mit den Ergebnissen des Qualitätsmanagements im Mittelpunkt der Diskussion. Den Kliniken steht eine Vielzahl von Instrumenten und Kennzahlen zur Verfügung, die Auskunft über die Zufriedenheit von Patienten, Einweisern und Mitarbeitern, zur Qualität von Prozessen und Strukturen sowie zur medizinischen Ergebnisqualität geben. Doch wem „gehören“ diese Informationen? Dem Chefarzt, dem Qualitätsmanager, dem Geschäftsführer? Oder gehören diese Daten den Krankenkassen und den Patienten?

Mit der Verpflichtung der Kliniken, im Jahr 2005 erstmalig Qualitätsberichte zu veröffentlichen, und der Pflicht, im Jahr 2007 in den strukturierten Qualitätsberichten ausgewählte Ergebnisse zur medizinischen Ergebnisqualität herauszugeben, hat sich auch diese Diskussion überholt. Faktisch wurden die Informationen zu „öffentlichen Daten“.



Mensch – Medizin – Mitverantwortung

Die Asklepios Kliniken befassen sich seit Mitte der 90er Jahre mit dem Thema Qualitätsmanagement. Es ist über die Unternehmensphilosophie „Mensch – Medizin – Mitverantwortung“ fest in der Unternehmensstrategie der Asklepios Gruppe verankert. Ziel ist es, die bestmögliche medizinische Versorgung der Patienten sicherzustellen. Qualität hat daher in den Einrichtungen der Asklepios Gruppe einen hohen Stellenwert.

Die Bausteine des Qualitätsmanagements

Asklepios setzt auf ein integriertes Qualitätsmanagement. Die Prozess- und Strukturqualität steht dabei ebenso im Fokus wie der Behandlungs-

erfolg, die Einschätzung der Zufriedenheit von Patienten, einweisenden Ärzten und Mitarbeitern sowie die Vermeidung und Verringerung von Risiken.

Exemplarisch werden hier einzelne „Bausteine“ des Qualitätsmanagements der Asklepios Kliniken beschrieben:

- Im Bereich der Medizinischen Ergebnisqualität konzentriert sich das Qualitätsmanagement der Asklepios Kliniken im Wesentlichen auf das Verfahren der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS).

Aus Sicht der Asklepios Gruppe ist das BQS-Verfahren derzeit am besten geeignet, um Aussagen zur Behandlungsqualität in den deutschen Krankenhäusern zu treffen.

So ist beispielsweise die Dokumentation bundesweit einheitlich und verpflichtend und schafft damit Transpa-

renz und valide Referenzwerte: Experten entwickeln die Qualitätsindikatoren und passen sie kontinuierlich an aktuelle Erkenntnisse an. Die unterschiedliche Erkrankungsschwere der Patienten wird ebenfalls berücksichtigt („Risiko-adjustierung“). Die Qualitätsindikatoren des BQS-Verfahrens zeigen somit deutliche Vorteile gegenüber Qualitätsindikatoren, die aus Abrechnungsdaten entwickelt wurden.

Ein Nachteil des bisherigen BQS-Verfahrens ist die Verfahrensdauer. Auswertungen von Indikatoren stehen teilweise erst nach über einem Jahr zur Verfügung.

Die Asklepios Kliniken gehen mit den Ergebnissen des BQS-Verfahrens nach dem Prinzip „Schwächen erkennen – von den Besten lernen“ vor. Dabei gelten folgende Grundregeln:

- Um den Nachteil des BQS-Verfahrens, die lange Verfahrensdauer, auszugleichen, werden die Daten der Asklepios Kliniken zusätzlich zum BQS-Verfahren zweimal pro Jahr ausgewertet. Diese Auswertungen stehen den Kliniken somit zeitnah für die interne Steuerung zur Verfügung.

- Die Ergebnisse des BQS-Verfahrens sowie die der internen unterjährigen Auswertung werden sorgfältig aufgearbeitet und für eine kontinuierliche Optimierung der Ergebnisqualität genutzt. Um bei diesem Verfahren die medizinischen Aspekte umfassend beraten und berücksichtigen zu können, haben die Asklepios Kliniken sogenannte „Medical Boards“ eingerichtet. In ihnen ist mit bundesweit anerkannten Experten die medizinische Kompetenz gebündelt.

- Bei Auffälligkeiten wird nach den Ursachen geforscht, und bei Bedarf werden Maßnahmen zur Optimierung eingeleitet. Auch besonders positive Ergebnisse werden hinterfragt: Was führt zu diesen guten Ergebnissen? Was können andere Asklepios Kliniken lernen?

Mit dem hier beschriebenen System ist den Asklepios Kliniken die kontinuierliche und nachhaltige Verbesserung der medizinischen Qualität gelungen.



Darüber hinaus haben die Asklepios Kliniken mit ihrem jährlich veröffentlichten Bericht zur Medizinischen Ergebnisqualität einen eigenen Weg zur Darstellung von komplexen medizinischen Sachverhalten beschritten. Die Verständlichkeit für medizinische Laien findet in der Öffentlichkeit, aber auch in den Kliniken durchweg hohe Anerkennung.

- Asklepios-Pfade, beispielsweise für die Erstimplantation von Hüft-Endoprothesen, als Maßnahme zur Prozessoptimierung sind ein weiterer Baustein des Qualitätsmanagements der Asklepios Kliniken. Sie werden für häufige Indikationen sowie medizinische Kernprozesse erstellt, entsprechen den aktuellen medizinischen Erkenntnissen (Evidenzbasierung) und sind als sogenannte „Masterpfade“ angelegt (so viele Standards wie nötig und so viel Flexibilität zur Anpassung an klinikspezifische Rahmenbedingungen wie möglich). Sie dienen unter anderem der Optimierung der medizinischen Ergebnisqualität.

- Die Asklepios Kliniken setzen sich mit Fragen der Zufriedenheit als einem maßgeblichen Parameter zur Beurteilung der Qualität der Krankenhausbehandlung auseinander. In allen Asklepios Kliniken werden in festgelegten Zeitintervallen standardisierte Befragungen von Patienten

sowie von niedergelassenen Ärzten und Mitarbeitern durchgeführt. Zusätzlich ist in allen Kliniken ein Beschwerdemanagement mit festen Ansprechpartnern zur systematischen Erfassung und Bearbeitung von Patientenrückmeldungen etabliert. Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Patienteninitiativen wird kontinuierlich ausgebaut.

- Um die größtmögliche Sicherheit der Patienten in den Asklepios Kliniken zu gewährleisten und mögliche Risiken zu minimieren, wurde ein klinisches Risikomanagement etabliert: Es ist in das Qualitätsmanagement integriert und wird über die bestehenden Strukturen in den Kliniken umgesetzt. Anhand standardisierter Verfahren erfolgt eine Risikoanalyse in Form von Risikoaudits zur Identifizierung möglicher Risikopotenziale und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen.

Zusätzlich werden aus Datenbanken zum Risikomanagement Handlungsempfehlungen erstellt und in den Kliniken implementiert. Fehler- oder Beinahe-Fehler-Meldesysteme dienen ebenfalls der Identifizierung von Risikopotenzialen und der Risikoprävention.

- Die Asklepios Kliniken setzen sich auch mit ethischen Fragestellungen auseinander. Zum Beispiel werden im Rahmen von ethischen Fallbesprechungen

medizin-ethische Fragestellungen wie „Fixierung“ oder „Entscheidungen am Lebensende“ miteinander beraten. Den Mitarbeitern werden spezielle Fortbildungen angeboten. Das Konzept soll künftig weiter ausgebaut werden.

Systematische, kontinuierliche und nachhaltige Optimierung

Ziel des Qualitätsmanagements ist die systematische, kontinuierliche und nachhaltige Optimierung der Qualität. Dies bedeutet, dass sich die Kliniken und Einrichtungen der Asklepios Gruppe auf allen Ebenen mit den Ergebnissen der „Bausteine“ auseinandersetzen, Verbesserungspotenziale ermitteln und Maßnahmen zur Optimierung der Abläufe und des Behandlungserfolges ergreifen.

Das Qualitätsmanagement wird kontinuierlich fortentwickelt. Die zeitnahe und verständliche Information von Patienten, einweisenden Ärzten sowie Kostenträgern über den Behandlungserfolg, die Struktur- und Prozessqualität oder die Qualität von Hotelleistungen ist ein weiteres wesentliches Element des Qualitätsmanagements der Asklepios Gruppe.

Struktur und Arbeitsweise

Die Einrichtungen der Asklepios Gruppe werden von dem Zentralen Dienst DRG-, Medizin- und Qualitätsmanagement (ZD) bei der Umsetzung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements unterstützt.

■ Die Verantwortung für die Qualität liegt in den Kliniken (dezentrale Organisation).

■ Im Zentralen Dienst sind insbesondere die fachlichen Kompetenzen zu Fragen von Budget und Erlösen, zur medizinischen Ausrichtung, zum Prozess- sowie zum Qualitätsmanagement gebündelt und miteinander verknüpft.



■ Die Mitarbeiter des ZD stehen den Asklepios Kliniken beratend zur Seite. Die Kliniken profitieren hierbei von einem vielfach erprobten und anhand der Erfahrungen aus über 60 Einrichtungen kontinuierlich weiterentwickelten Beratungskonzept, welches im Jahr 2007 nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert wurde.

■ Zwischen den Einrichtungen der Asklepios Gruppe werden im Qualitätsmanagement durch regelmäßige, regionale Arbeitstreffen größtmögliche Synergien genutzt. Hier erfolgen die Vermittlung aktuellen Wissens und die Weitergabe von Best Practice-Konzepten aus den einzelnen Kliniken.

■ Über den Zentralen Dienst wird ein internes Fortbildungsprogramm zum Qualitätsmanagement angeboten, über das die Qualitätsbeauftragten der Kliniken unter anderem zu Projekt- und Prozessmanagement, Moderation und interner Auditierung weiterqualifiziert werden.

■ Internetbasiert stehen allen Qualitätsbeauftragten der Asklepios Kliniken ein Dokumentenpool mit über 3000 qualitätsrelevanten Musterdokumenten (beispielsweise Standards und Verfahrensanweisungen) sowie ein Forum für den direkten Informations- und Erfahrungsaustausch zur Verfügung.

■ In das Qualitätsmanagement fließen Elemente aus verschiedenen Qualitätsansätzen und -verfahren ein: – Neben einem strukturierten Prozessmanagement auf Basis der DIN EN ISO ist in den Kliniken ein internes Auditwesen etabliert.

– Zusätzlich finden jährlich in allen Kliniken externe Qualitätsaudits durch den Zentralen Dienst statt, um die Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu unterstützen.

– Angelehnt an die Ergebniskriterien der European Foundation for Quality Management (EFQM) werden in den Kliniken Qualitätskennzahlen zur Messung der Ergebnisqualität und Überprüfung der Prozesse erhoben und ausgewertet.

Nachweis der geleisteten Qualität

Asklepios setzt auf ein Qualitätsmanagement, das kontinuierlich durch externe unabhängige Organisationen überprüft und zertifiziert wird. Die Zertifizierungen dienen zum einen der Erfüllung definierter Qualitätsstandards und zum Nachweis der geleisteten Qualität; sie unterstützen aber vor allem die Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Sinne eines konsequenten und kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Zugleich dienen die Zertifikate der Motivation und dem Anreiz der Mitarbeiter.

Zertifizierung nach KTQ

Die Asklepios Kliniken gehen über die gesetzlichen Vorgaben zum Qualitätsmanagement deutlich hinaus. Sie lassen ihr Qualitätsmanagement extern überprüfen und zertifizieren. Die Asklepios Kliniken haben sich für eine Zertifizierung nach dem Verfahren der KTQ[®] entschieden (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) und haben bei der Weiterentwicklung dieses Verfahrens durch Teilnahme an Pilotphasen und Zertifizierungen erster Einrichtungen

bundesweit maßgeblich mitgewirkt (Akutklinik 2002, Psychiatrische Einrichtung 2003, Medizinisches Versorgungszentrum 2007).

Insgesamt sind derzeit 38 Einrichtungen der Asklepios Gruppe nach KTQ® zertifiziert:

- 26 Akut- und drei Rehabilitationskliniken sind erstzertifiziert,
- acht Akutkliniken sind rezertifiziert,
- ein Medizinisches Versorgungszentrum ist nach KTQ®-Prax und KTQ®-Patho zertifiziert.

Zertifizierung spezieller Medizinischer Zentren

Spezielle Schwerpunktzentren innerhalb der Kliniken, beispielsweise Stroke-Units oder Brustzentren, sind nach DIN EN ISO 9001 und nach den Vorgaben der medizinischen Fachgesellschaften beziehungsweise der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert und weisen damit eine hohe Versorgungsqualität nach.

Zertifizierung der Hotelqualität

Einen Beitrag zur Kundenorientierung stellen die Qualitäts- und Hygieneproofungen zur Speisenversorgung und Reinigung durch das Lufthansa-Hygieneinstitut dar, die in allen Kliniken jährlich durchgeführt werden. Zusätzlich werden ab 2008 die Empfangsbereiche der Kliniken in Vor-

Ort-Audits und Telefon-Checks geprüft und bei Erfüllung definierter Standards mit einem Qualitätssiegel ausgezeichnet.

Eine so umfassende Überprüfung von Struktur- und Prozessqualität hebt die Asklepios Kliniken in der deutschen Krankenhauslandschaft hervor.

Handlungsansätze für die Zukunft

Die öffentliche Bereitstellung von Daten alleine hilft Patienten und einweisenden Ärzten nur bedingt bei der Entscheidung: „Welche Klinik ist bei meiner Erkrankung die geeignete?“. Zu unüberschaubar ist das Angebot von Qualitätsinformationen im Gesundheitswesen; die einzelnen Informationen lassen sich nur sehr schwer zu einem Gesamtbild zusammensetzen, sind nicht immer „laienverständlich“ und häufig nicht miteinander vergleichbar.

Das Geschehen im Krankenhaus muss für Patienten und deren Angehörige so aufbereitet und dargestellt werden, dass sie bewusst eine Entscheidung für die eine oder die andere Klinik treffen können. Da die Ansprüche an ein Krankenhaus sehr individuell sind und sicherlich auch immer von der Erkrankung des Pa-

tienten abhängen, müssen in dieser Darstellung die unterschiedlichen Aspekte möglichst vergleichbar dargestellt werden. Dies umfasst Angaben zur „Hotelqualität“, zur Zufriedenheit der Patienten und einweisenden Ärzte, aber auch zur medizinischen Expertise, zur Häufigkeit schwieriger Eingriffe, zur Interdisziplinarität sowie den Nachweis von Struktur-, Prozess- und Medizinischer Ergebnisqualität.

Auf Basis dieser Informationen wird künftig der Patient die Möglichkeit haben, „sein“ Krankenhaus – ausgerichtet auf seine Erkrankung – selbst auszuwählen.

Weitere Informationen:

Dr. Roland Dankwardt
 Medizinischer Direktor der Asklepios Kliniken
 Bereichsleiter ZD DRG-, Medizin- und Qualitätsmanagement
 Asklepios Kliniken Verwaltungsgesellschaft mbH
 c/o Asklepios Klinik Lich
 Goethestraße 4
 35423 Lich
 E-Mail: r.dankwardt@asklepios.com

Serie: „Qualität in privaten Klinikunternehmen“, Folge 2

Gute Medizin sichtbar und planbar machen

Das Qualitätskonzept der Rhön-Klinikum AG

Die privaten Krankenhausträger berichten in einer Beitragsserie in f&w darüber, welchen Stellenwert die Qualität im einzelnen Unternehmen besitzt und wie das Qualitätsmanagement organisiert ist. In der Ausgabe 1/2008 startete die Asklepios Kliniken GmbH, diesmal stellt die Rhön-Klinikum AG ihr Qualitätskonzept vor, die Sana Kliniken AG und die Helios Kliniken GmbH werden folgen.

Es war von Anfang an die Leitlinie, und es ist bis heute die feste Überzeugung der Verantwortlichen in den 46 Kliniken und im zentralen Management der Rhön-Klinikum AG: Eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung darf kein Zufall sein: Standardisierte Prozesse, die auf möglichst viele Kliniken zu übertragen sind, medizinisches Wissen auf dem aktuellen Stand der Erkenntnisse, moderne Medizintechnik, eine organisierte Kommunikation zwischen den Leistungsträgern und nicht zuletzt ein systematisches Qualitätsmanagement dienen dazu, Leitlinien im Klinik-Alltag umzusetzen. Jeder Patient hat Anspruch auf optimale medizinische Versorgung, und das an jedem Tag – rund um die Uhr.

Das Aufgabengebiet des zentralen Qualitätsmanagements der Rhön-Klinikum AG zielt dabei neben den Themen des klassischen Qualitätsmanagements auf die Säulen Medizincontrolling, Krankenhaushygiene sowie Wissens- und Informationsnetzwerke im Sinne eines strukturierten Ganzen (Abb. 1) ab.

Um das im Konzern vorhandene Wissen für eine optimale Patientenversorgung gleichmäßig und auf hohem

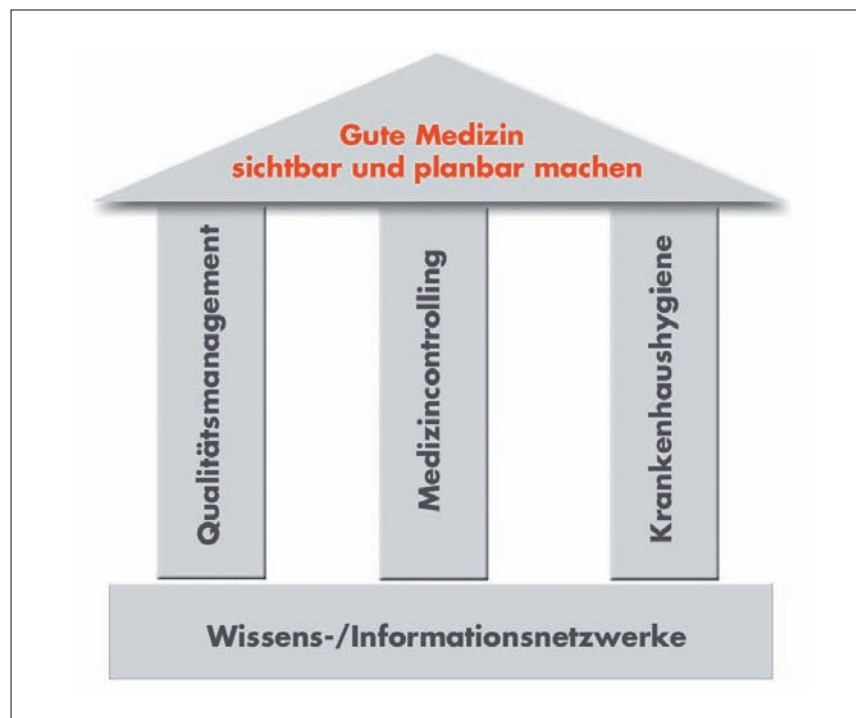


Abb. 1

Niveau in allen Kliniken nutzbar zu machen, wurden innerhalb der Rhön-Klinikum AG Netzwerke für den verbesserten Informationsaustausch aufgebaut. So bestehen derzeit neben fachspezifischen Qualitätszirkeln, die primär mit Chefarzten der einzelnen Kliniken besetzt sind, auch fachübergreifende konzernweite Projektgruppen, in denen Spezialisten aus allen Bereichen und Ebenen ihr Fachwissen einbringen.

Aufgabe dieser regelmäßig tagenden Expertengremien ist es unter anderem:

- fachbezogene Qualitätsindikatoren weiterzuentwickeln

- konsentierete Empfehlungen im Sinne des Best Practice (Leit-, Richtlinien, Pathways oder Arbeitsanweisungen) abzugeben und konzernweite Standards zu etablieren
- Entwicklungen in der medizinischen Versorgung aus fachspezifischer Sicht zu erkennen und zu bewerten und
- bundeslandübergreifende Standardcurricula zu entwickeln.

Dem zentralen Qualitätsmanagement kommt auch die Aufgabe zu, qualifizierte Strukturen für die Fort- und Weiterbildung der Ärzte und medizinischen

Heilberufe auf- und auszubauen. Kontinuierliche Weiterentwicklung von Fach- und Führungs-Know-how sichert so medizinische Diagnostik und Therapie auf dem neuesten Stand der Wissenschaft. Dabei kann die Rhön-Klinikum AG als einziger privater Klinikbetreiber mit dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg bei der Ausgestaltung der Fort- und Weiterbildungsprogramme mit den Medizinischen Fachbereichen der Universitäten Gießen und Marburg kooperieren. Derzeit planen beide Partner hierzu ein gemeinsames Lehr-, Lern- und Weiterbildungszentrum in Marburg.

Diese Netzwerke bilden die Wissens- und Informationsbasis für die drei tragenden Säulen des Qualitätsmanagements des Konzerns, die erst durch beständige Wechselwirkungen ein stabiles und tragfähiges System bilden.

Qualitätsmanagement: Instrumente für den Feinschliff

Im Vordergrund steht die Messung der medizinischen Ergebnisqualität. Derzeit werden 59 konzerneinheitliche Qualitätsindikatoren – davon 45 aus dem Verfahren nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren) und 14 aus Abrechnungsdaten – quartalsweise ausgeleitet. Ein konzerninterner Benchmark erfolgt zunehmend auf der Grundlage der Routineabrechnungsdaten. Hierzu werden in enger Abstimmung mit den Chefarzten der Konzernkliniken neue Kennzahlen entwickelt. Dieses Indikatorenset wird 2008 um weitere Kennzahlen zur Patientensicherheit und aus den Projekten des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK) und dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) erweitert.

Bei der Arbeit und Veröffentlichung von Kennzahlen sind „harte“ Ergebnisdaten (zum Beispiel Mortalitätsraten) und sogenannte „hinweisende Indikatoren“ zu unterscheiden: Erstere sind in der Lage, ohne weitere Kommentierung über die Ergebnisqualität eines Bereiches Auskunft zu



Außenbereich mit „Olympiadach“ am Rhön-Klinikstandort Bad Neustadt an der Saale

geben – auch im Sinne eines Rankings oder eines Benchmarks. Voraussetzung ist eine weitestgehende Einengung der Fragestellung oder eine angemessene Risikoadjustierung. Andererseits ist der Weg von harten Ergebnisindikatoren zur konkreten Prozessoptimierung weit: So sagt beispielsweise eine um einen Prozentpunkt über dem Benchmark liegende Mortalitätskennziffer in der kolorektalen Onkochirurgie noch lange nichts darüber aus, welche Schritte im Diagnose- und Behandlungsablauf verbesserungsbedürftig sind. Dies bedarf einer nachgehenden Analyse.

„Hinweisende Indikatoren“ zeigen Behandlungsfälle auf, bei denen eine nachgehende Fallanalyse sinnvoll ist, weil eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, dort konkrete Verbesserungsmöglichkeiten im Behandlungsablauf aufzudecken. Sie eignen sich jedoch weniger zur unkommentierten Wiedergabe im Sinne einer „sicheren Ergebnismessung“.

Auf dieser Grundlage werden jeweils klinik- oder abteilungsbezogene Ergebnisse vor Ort regelhaft der internen Bewertung und Nachbearbeitung zugeführt: Diese Auswertungen

umfassen gemeinsame Aktenreviews mit dem Qualitätsmanagementbeauftragten und dem jeweiligen Chefarzt oder Reviews unter Einbeziehung des Qualitätsmanagements im Konzern. Neben Änderungen der Abläufe vor Ort kann dies auch zur Überarbeitung von Indikatoren führen: So wurde – um diesen Prozess an einem Beispiel zu verdeutlichen – beim Indikator „Bluttransfusionsrate bei transurethraler Prostataresektion“ eine Änderung der Indikatordefinition erforderlich, indem Palliativeingriffe bei Prostatakarzinom von den Eingriffen bei der gutartigen Prostatahyperplasie getrennt betrachtet und ausgewertet werden.

Dieser standardisierte Umgang mit Qualitätskennzahlen ist Grundlage zur systematischen Weiterentwicklung von Prozessbeschreibungen. Dabei liegt ein spezielles Augenmerk auf den Leistungsbereichen mit besonderer Interdisziplinarität und entsprechender Schnittstellenlastigkeit. Ergänzt um Systemauditierungen führen diese Maßnahmen zu Partial- oder Komplettzertifizierung von medizinischen Spezialbereichen, zum Beispiel onkologischen Zentren wie Brust-, Prostata- oder Darmzentren.

Damit wird die Konformität bezogen auf definierte Qualitätskriterien (etwa der Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft) extern überprüft und ausgewiesen.

Die Rhön-Klinikum AG und ihre Kliniken verfügen dazu über erfahrene und geschulte, teilweise auch personenzertifizierte Auditoren aus verschiedenen Berufsgruppen, die diese Prozesse begleiten. Auch sind für alle denkbaren Themen konzerninterne Audits nach dem Peer Review-Prinzip möglich.

Die Zufriedenheit der Patienten im Fokus

Neben den objektiven Messdaten für die Qualität von Diagnostik und Therapie gewinnt die subjektive Bewertung der Krankenhausbehandlung immer mehr an Bedeutung. Da die „objektive“ medizinische Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit nicht immer übereinstimmen, gehört neben die klassische Ergebnismessung auch die Erfassung der subjektiven Patientenzufriedenheit: Denn nur mit zufriedenen Patienten lässt sich eine auf Vertrauen und Nachhaltigkeit aufbauende Arzt-Patienten-Beziehung gestalten.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden und um vergleichbare und belastbare Daten erheben zu können, wurde ein Patienten-Fragebogen entwickelt, der die Grundlage für ein regelmäßiges Benchmarking bildet. Damit kann die Einschätzung der Patienten in die Verbesserung interner Abläufe einbezogen werden.

Medizincontrolling: Dokumentation und sachgerechte Kodierung

Die hohe Bedeutung der Routine-Abrechnungsdaten für das Qualitätsmanagement der Rhön-Klinikum AG rückt einen Bereich des Krankenhaus-Managements verstärkt in den Fokus: die sachgerechte Dokumenta-

tion und Kodierung der Leistungen. Eine vollständige Dokumentation und eine sachgerechte Kodierung, die die medizinische Realität so präzise wie möglich abbildet, ist nicht nur als Basis einer korrekten Abrechnung und einer angemessenen Vergütung unerlässlich, sondern bestimmt auch die Güte und Verlässlichkeit vieler Qualitätsindikatoren des Konzerns. Die Zusammenführung von Medizincontrolling und klassischem Qualitätsmanagement unter „einem Dach“ führt zu erheblichen Synergien, wenn Methoden des letzteren zur Verbesserung der Dokumentation führen. Denn: Wenn eine Leistung nicht dokumentiert ist, kann sie nicht kodiert werden oder bei einer Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen als nicht kodierfähig abgewiesen werden.

Ebenso basiert die korrekte Kodierung auf einer vollständigen und nachvollziehbaren Dokumentation: Nur wenn ein offensichtlicher Zusammenhang einer Diarrhoe mit einer bestimmten Therapie nachvollziehbar dokumentiert ist, kann statt eines unspezifischen Codes (hier K52.9 – nichtinfektiöse Gastroenteritis) ein unter Umständen medizinisch sachgerechter Code (K52.1 – toxische Gastroenteritis) verwendet werden.

Es gilt, die Behandlung des Patienten nicht nur vollständig und plausibel medizinisch zu dokumentieren, sondern auch diese diagnostischen und therapeutischen Prozesse als Grundlage für eine Verbesserung der Behandlungsqualität und einer sachgerechten Leistungsvergütung verfügbar zu machen.

Dritte Säule: Krankenhaushygiene

In das zentrale Qualitätsmanagement im Rhön-Klinikum-Verbund wurde seit 2007 fest die übergeordnete Krankenhaushygiene integriert: Die Krankenhaushygiene verbindet seit jeher die Ergebnismessung (Infektionsepidemiologie) mit Prozessoptimierung (Infektionsverhütung). Damit werden die Methoden des

klassischen Qualitätsmanagements (Planung, Monitoring, Intervention, Optimierung) angewandt und dienen als Grundlage für die Verhütung von Krankenhausinfektionen. Über diese kontinuierliche Funktion der Krankenhaushygiene kommt ihr noch eine wichtige Rolle beim strukturierten und systematischen Vorgehen bei Ausbruchssituation wie Eindämmung von Noro-Virus-Infektionen zu.

Regelmäßig wird hierzu beispielsweise in der „Projektgruppe Hygiene“ mit Vertretern aus den Konzernkliniken neben tagesaktuellen Herausforderungen auch die Vereinheitlichung hygienerrelevanter Maßnahmen diskutiert. Gemeinsam werden diese Maßnahmen als konzernweite Leitlinie oder für klinikindividuelle Festlegungen verabschiedet.

Damit ist die Krankenhaushygiene bei der Rhön-Klinikum AG als zentrales Element guter medizinischer Praxis verankert und geht so weit über das gesetzliche Mandat (Infektionsschutzgesetz [IfSG] und Landesgesetze) hinaus.

Schwerpunkthemen der Krankenhaushygiene 2007 waren unter anderem:

- Erstellung von Leitlinien zum Anlegen und zur Pflege von PEG-(perkutane Enterogastrostomie-) Sonden und zur „Enteralen Ernährung“
- Erarbeitung von Präventivstrategien (Aufnahmescreening, Isolierung, Kohortierung, Sanierungsmaßnahmen) für Patienten mit multiresistenten Erregern (MRSA, VRE, ESBL)
- Etablierung eines Standards zum Umgang mit dem Krankheitsbild „Clostridium-difficile-assoziierte Diarrhoe“
- Auditierung aller Küchen in den 46 Konzernkliniken mit dem Schwerpunkt Produkthygiene, Speisenverteilung zur Minimierung des Risikos von Lebensmittelinfektionen
- Auditierung ausgewählter Funktionsbereiche (Endoskopie, OP, Geburtshilfe, Herzkatheterlabor)

- Umsetzung sicherer Blutentnahmesysteme entsprechend den gesetzlichen Anforderungen

Das Jahr 2008 steht ganz im Zeichen des Aufbaus infektionsepidemiologischer Netzwerke mit dem Ziel, ein systematisiertes und konzerneinheitliches System der Erfassung krankenhauserworbener und sonstiger meldepflichtiger Infektionen zu etablieren. So können künftig noch gezielter Gegenmaßnahmen zur Erhöhung der Behandlungsqualität und Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern eingeleitet werden.

Dabei bewährt sich einmal mehr die Netzwerkbildung und der Wissenstransfer zwischen der übergeordneten konzernweiten „Projektgruppe Hygiene“ mit dem leitenden Hygienearzt des Konzerns und den hygieneverantwortlichen Mitarbeitern der Konzernkliniken.

Transparenz schafft Vertrauen

In diesen Ausführungen wurde das Konzept des Qualitätsmanagement-Systems der Rhön-Klinikum AG dargestellt, das sich nicht nur auf die klassischen Felder des medizinischen Qualitätsmanagements beschränkt, sondern eng benachbarte Aufgabenfelder wie das Medizincontrolling und die Krankenhaushygiene zusammengeführt hat.

Wie im gesamten Anspruch an das Qualitätsmanagement-System gehen die Kliniken der Rhön-Klinikum AG auch in ihrer Berichterstattung über



Interdisziplinäre Visiten gehören zum Standard bei der Rhön-Klinikum AG

die gesetzlich vorgegebene Veröffentlichungspflicht hinaus. Ziel ist es, die Qualität der Leistungen nach innen und außen transparent zu machen. Die Berichterstattung erfolgt jährlich und ist inhaltlich zur Information der Patienten, Einweiser, Krankenkassen und der interessierten Öffentlichkeit ausgelegt. Sowohl der aktuelle Konzern-Qualitätsbericht als auch die Einzelberichte der Kliniken stehen im Internet unter www.rhoen-klinikum-ag.com zur Verfügung.

Selbstverständlich mag es bei den Qualitätsberichten der Rhön-Klinikum AG noch Verbesserungsmöglichkeiten geben. Doch das gilt für das gesamte Qualitätsmanagement: Es ist eine Daueraufgabe, der wir uns

bewusst und gerne stellen. Denn die Qualität der Versorgung weiter zu steigern, ist der Anspruch und die Messlatte, der sich der Konzern aus der Rhön verpflichtet fühlt.

Weitere Informationen:
Rhön-Klinikum AG
Prof. Dr. med. Heinrich K. Geiss
Bereichsleiter Qualitätsmanagement-Konzern

Dr. med. Klaus Dahmen
Stellv. Leiter Qualitätsmanagement-Konzern
Schlossplatz 1
97616 Bad Neustadt an der Saale

Serie: „Qualität in privaten Klinikunternehmen“, Folge 3

Sana Kliniken AG praktiziert Excellence-Modell des EFQM

Die Sana Kliniken AG ist ein Verbund aus rund 60 vorwiegend Akut-Krankenhäusern, die im gesamten Bundesgebiet verteilt angesiedelt sind. Immer wieder werden durch Erwerb von Krankenhäusern oder den Abschluss von Managementverträgen Krankenhäuser neu in den Verbund integriert. Damit ist häufig die Aufgabe verbunden, das Managementsystem tiefgreifend umzugestalten. Aber auch die bereits länger im Verbund befindlichen Krankenhäuser werden durch die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen immer wieder vor neue Herausforderungen gestellt, was mit grundlegenden Strategiewechseln verbunden sein kann. Zur Weiterentwicklung der Management-Aktivitäten wurde ein Qualitätsmanagement-System gesucht, das einerseits mit der Unternehmenskultur vereinbar und andererseits Veränderungen und Innovationen unterstützend war.

1989 wurde das Excellence-Modell der EFQM (European Foundation for Quality Management) als Rahmensetzendes Unternehmensentwicklungsmodell ausgewählt, und Sana trat als erste deutsche Klinikengruppe der EFQM als Mitglied bei. Aus heutiger Sicht betrachtet, verlief die Beschäftigung mit dem EFQM-Modell im Sana-Verbund in mehreren Phasen (Abb. 1).

In den ersten zwei Jahren wurde eine intensive Professionalisierung angestrebt und zur Unterstützung für die einzelnen Einrichtungen ein zentraler Unternehmensbereich „Medizin und Qualitätsmanagement“ aufgebaut. In

Die Phasen einer Selbstbewertung und die Sana-Instrumente zur Unterstützung der Projektleiter in den Einrichtungen

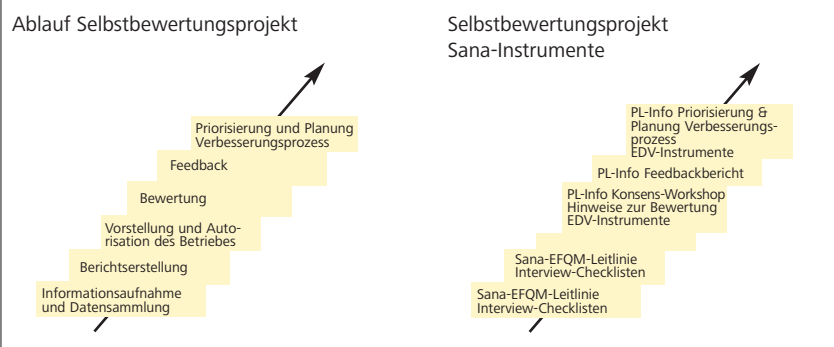


Abb. 1

dieser Phase wurden rund 500 Führungskräfte, darunter auch der gesamte oberste Führungskreis und Mitarbeiter in EFQM-Assessoren-Trainings, EFQM-Info-Seminaren und -Führungskräfte-seminaren, im Umgang mit dem Modell innerhalb einer Selbstbewertung ausgebildet und in rund 40 Krankenhäusern und der Konzernführung Selbstbewertungen durchgeführt. Mehrere Mitglieder des obersten Führungskreises fungierten dabei in zahlreichen Seminaren als Trainer.

Für alle Phasen einer Selbstbewertung wurden Konzepte entwickelt und Vorgehensweisen beschrieben, die es den (EF)QM-Beauftragten vor Ort erleichtern sollten, ein Selbstbewertungsprojekt durchzuführen. Als richtungweisend erwies sich die Entscheidung, Selbstbewertungen grundsätzlich mit einer Methodik durchzuführen, die die Bewerbung um den European Quality Award simuliert.

In der sich anschließenden Phase erfolgte die Ableitung und Umsetzung von Verbesserungsprojekten in den

einzelnen Einrichtungen. Hier wurden grundsätzliche Projekte angegangen, die durch das Modell stark in den Vordergrund gerückt werden. Diese eher langfristig und strategisch angelegten Projekte wurden abgegrenzt zu den gleichzeitig laufenden, beispielsweise in Vorbereitung auf das DRG-System, notwendigen Projekten wahrgenommen. In dieser Phase erfolgte für eine Reihe von Themen die Werkzeugauswahl. Beispielsweise wurden für den Verbund präferierte Partner für die Durchführung von Patienten- und Mitarbeiterbefragungen ausgewählt.

Inzwischen ist das Modell so weit in den Führungsalltag übergegangen, dass es seinen selbstverständlichen Niederschlag in Führungsentscheidungen und Anwendung in Projekten findet. Projekte orientieren sich stark an der RADAR-Logik (RADAR = Results, Approach, Deployment, Assessment, Review). Maßnahmen werden mit den Ideen des Modells in Einklang gebracht.

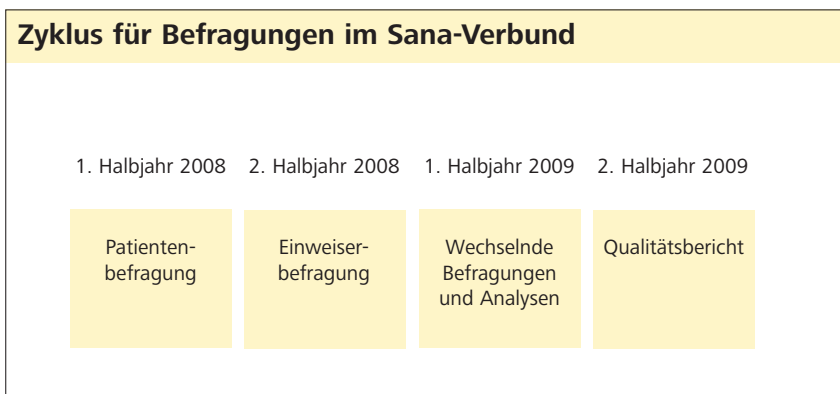


Abb. 2

Die Phase der Werkzeugauswahl

Wird eine Selbstbewertung mit einer entsprechenden Methodentreue durchgeführt, bringt sie selbst im Gesundheitswesen als vorbildlich geführt geltenden Krankenhäusern stets eine Punktzahl um 200 bis 250 Punkte ein. Es lassen sich also stets zahlreiche, oft fundamentale Verbesserungsbereiche identifizieren. Um die Führungskräfte bei der in dieser Phase häufig begonnenen, systematischen Einführung eines QM-Systems zu unterstützen, wurde ein EFQM-Info-Seminar entwickelt, das seinen Schwerpunkt auf der Anwendung des Modells für den Umgang mit Verbesserungsprojekten und Veränderungsprozessen hat.

Nun ergab sich im Verbund natürlich die Frage, mit welchen Themenbereichen und Vorgehensweisen – bevorzugt nach den Vorgaben des Modells – rasch spürbare und nachhaltige Fortschritte in der Unternehmensführung erreicht werden konnten.

Die Einführung und Aufrechterhaltung eines QM-Systems lebt von der erfolgreichen Durchführung von Projekten. Aus diesem Grunde ist es sinnvoll, eine Aufbauorganisation zu schaffen, die die nachhaltige Durchführung von Projekten sinnvoll unterstützt. So entstanden rasch Konzepte für die „Aufbauorganisation im Rahmen der Entwicklung und Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagementsystems“ und

„Integration von Kleingruppenarbeit in die Ablauf- und Aufbauorganisation des Krankenhauses“. Zudem wurde ein Muster für die Beauftragung, Beschreibung und Dokumentation von Projekten entwickelt und den Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Danach wurden Moderatorentrainings und Projektmanagement-Seminare auf die Vorgehensweisen mit der RADAR-Logik und im Einklang mit dem Modell entwickelt und in vielen Verbund-Einrichtungen durchgeführt.

Die Entwicklung von Leitbildern

Das Jahr 2000 war für die Sana Kliniken AG ein erfolgreiches Geschäftsjahr. Zahlreiche Kliniken wurden erworben oder kamen mit einem Managementvertrag in den Verbund. Das rasante Wachstum machte deutlich, dass es zu einem Identitätsverlust kommen könnte. Als eine der Reaktionen wurde ein intensiver Strategieentwicklungsprozess begonnen, an dessen Ende eine Profilschärfung für den Verbund erreicht werden konnte. Nun wurde deutlich, dass die bisher verfügbaren grundsätzlichen Aussagen zur Führungskultur nicht mehr ausreichten, um diesen Prozess wirkungsvoll zu unterstützen. Ein neues Leitbild, das den geschärften strategischen Zielvorstellungen entsprach, entstand. In der Folge wurde eine Initiative gestartet, die in zahlreichen Verbund-Einrichtungen zur

Adaptation von Vision und Mission für einzelne Unternehmensteile führte.

Befragungsinstrumente und Kennzahlensysteme

Die Etablierung sinnvoller Kennzahlen und deren Nutzung sind ein Grundprinzip im Qualitätsmanagement. Insbesondere im EFQM-Modell wird der Wert von Benchmarking betont. Aus diesem Grunde wurde damit begonnen, auf allen relevanten Gebieten Kennzahlen zu definieren und diese regelmäßig zu messen. Selbstverständlich benötigen Unternehmen – so auch Krankenhäuser – Finanzkennzahlen. Zu den wichtigsten Werkzeugen für deren Vergleich zählen der Sana DRG-Würfel und der Sana Analyser.

Um ein möglichst umfassendes Bild über Patientenzufriedenheit und die Erfüllung von Patientenerwartungen zu bekommen, wurde den Krankenhäusern des Verbundes vorgeschlagen, das Instrumentarium des Picker-Instituts aus Boston für Patientenbefragungen zu nutzen. Dieser Empfehlung voraus ging eine intensive Marktrecherche. Eigenständige Befragungen einzelner Einrichtungen folgten.

Im Jahr 2004 wurde erstmals innerhalb von drei Monaten in allen Krankenhäusern des Sana-Konzerns und einigen Einrichtungen, die durch die Sana Kliniken AG in einem Managementvertrag geführt werden, zeitgleich eine Patientenbefragung durchgeführt (Abb. 2). Anlässlich der jährlichen Strategietagung wurden die drei erfolgreichsten Krankenhäuser und Abteilungen für ihre Ergebnisse in der Patientenbefragung ausgezeichnet. Die konzernweiten Befragungen wurden alle zwei Jahre weitergeführt. Benchmarkergebnisse stehen im Sana-Intranet allen Mitarbeitern zur Verfügung. Im Vergleich mit den Picker-Vergleichskliniken erreicht die Sana Kliniken AG für alle Kennzahlen Bestwerte.

Auch für andere wichtige Kundengruppen – wie die Einweiser – wurde 2005 erstmals ein verbundeinheitliches Befragungsinstrument einge-

setzt. Die zweite verbundweite Befragung ist in Vorbereitung. Auch hier wurde nach ausführlicher Marktanalyse ein Partnerunternehmen ausgewählt, das den Fragebogen ausdrücklich auf zielgruppenrelevante Fragestellungen ausgerichtet hatte. Alle Ergebnisse stehen als Benchmarks im Intranet zur Verfügung. Eine Reihe von Projekten, unter anderem ein Basisaktionsplan Einweiserbindung, wurden abgeleitet und umgesetzt.

In Zusammenarbeit mit dem Konzernbetriebsrat wurde im Jahr 2007 die erste verbundweite Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Diese lieferte dank entsprechender Fragen auch ein Bild vom Sachstand der Patientensicherheit, vom Umgang mit Risiken und Fehlern.

In diesem Jahr werden die einzelnen und bisher auf ausgewählte Fachgebiete beschränkten Vergleiche der BQS-Daten auf den gesamten Verbund ausgedehnt. Die technischen Vorbereitungen dafür sind im Gange, und die Fachgruppen werden derzeit gebildet. Mit einer Projektgruppe wird ein einheitliches Hygienesystem entwickelt, das neben einer Prozess- und Ergebnisverbesserung auch ein Benchmarking erlaubt.

Sinnvolle Ergänzung: Klinisches Risikomanagement

Klinisches Risikomanagement wird im Sana-Verbund als eine sinnvolle Ergänzung zum Qualitätsmanagement betrachtet. Um sowohl eine IST-Analyse als auch eine Weiterentwicklung zu erzielen, wurde 2006 in allen Sana Kliniken ein Risikoaudit durch die Gesellschaft für Risikoberatung durchgeführt. Um den speziellen Bedürfnissen eines Konzerns gerecht zu werden, wurde der Auditkatalog um verschiedene Fragestellungen erweitert und das Risikoaudit als Teil der IST-Erhebung im Rahmen der Zertifizierungsvorbereitung genutzt. Die Ergebnisse wurden quantitativ im Sinne der EFQM-Bewertungsmatrix eingestuft, wodurch ein Benchmar-

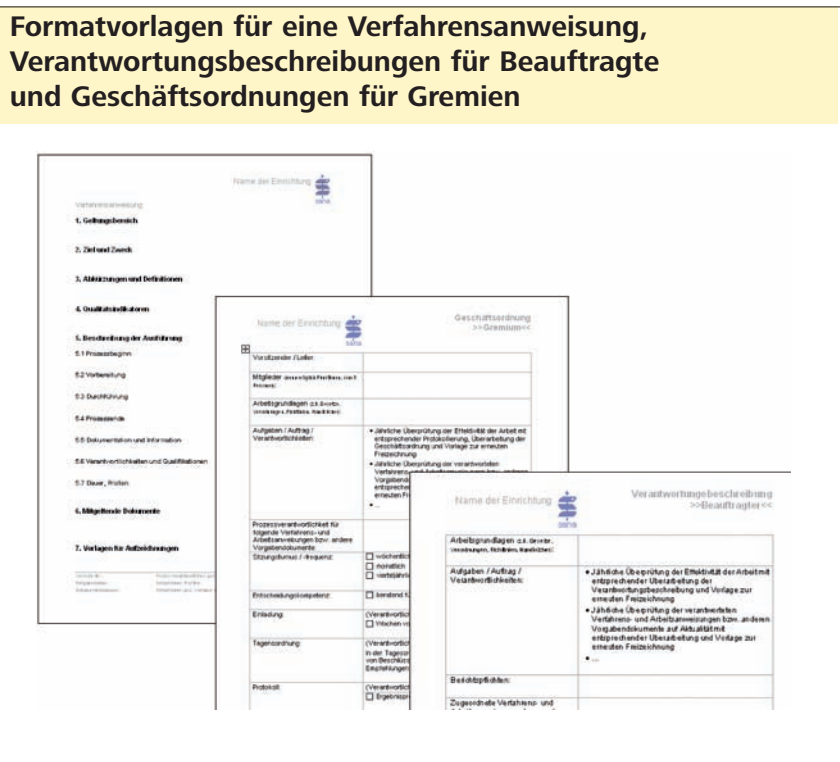


Abb. 3

king möglich wurde, das im Sana-Intranet zur Verfügung steht. Derzeit werden die Re-Audits durchgeführt. Die Sana engagiert sich aktiv im Aktionsbündnis Patientensicherheit.

Fast alle Einrichtungen des Sana-Konzerns sind zertifiziert

Ende 2005 beschloss die Geschäftsführung der Sana Kliniken AG, dass alle Einrichtungen des Konzerns sich auf eine Zertifizierung vorbereiten. Inzwischen sind nahezu alle Konzernkrankenhäuser KTQ- oder IQMP-zertifiziert, zahlreiche Tochtergesellschaften und die Holding ISO-9001-zertifiziert. Die Weiterentwicklung der Qualitätsmanagementsysteme wird als wichtiger Baustein auf dem Weg zur Excellence betrachtet. Die Zertifizierungsvorbereitung bot weiterhin die Gelegenheit, das Sana-Konzept für ein Beschwerdemanagement-System in allen Einrichtungen zu etablieren. Um die Zeit zwischen den Zertifizierungen sinnvoll zu nutzen, werden derzeit in allen Einrichtungen Doku-

mentenlenkungssysteme etabliert, die den Anforderungen der ISO entsprechen. Ein einheitlich gegliedertes Sana-Management-Handbuch mit verbundweit einheitlichen Formatvorlagen für Verfahrensanweisungen, Verantwortungsbeschreibungen für Beauftragte und Geschäftsordnungen für Gremien bildet dafür die Basis (Abb. 3). Eine einheitliche Software für die Dokumentenlenkung ist in Vorbereitung.

Alle QM-Beauftragten des Verbundes wurden zu internen Auditoren und in der Dokumentenlenkung ausgebildet. In der zweiten Jahreshälfte werden im gesamten Verbund gegenseitige interne Audits durchgeführt, die die kontinuierliche Weiterentwicklung der QM-Systeme unterstützen sollen.

Prozessmanagement und -sicherheit

Das EFQM-Modell enthält konkrete Anforderungen an die Gestaltung von Prozessen. In einem Krankenhaus müssen die medizinischen Prozesse im Vordergrund stehen. So wurde

innerhalb des Sana-Konzerns im Jahr 2002 ein Projekt „Geplante Behandlungsabläufe“ begonnen. Im Rahmen des Projektes wurde anhand eines Beispiels zunächst eine Vorgehensweise für die Entwicklung geplanter Behandlungsabläufe entwickelt und erprobt. Daraus wurde ein Vorgehen abgeleitet, wie innerhalb des Verbundes abgestimmte patientenorientierte, leitliniengestützte, evidenzbasierte und risikogesicherte „Geplante Behandlungsabläufe“ entwickelt werden. Dieses Vorgehen wurde bereits auf eine Reihe von Krankheitsbildern und Patientengruppen angewendet. Dabei arbeitet die Sana Kliniken AG eng mit dem Deutschen Cochrane-Zentrum zusammen.

Ergänzend zu den „Geplanten Behandlungsabläufen“ wurden und werden für verschiedene weitere Themen – zum Beispiel perioperative Schmerztherapie, Thromboseprophylaxe und Wundmanagement – Verfahrensanweisungen entwickelt. Sowohl die „Geplanten Behandlungsabläufe“ als auch die weiteren entwickelten Prozessstandards sind in Verfahrensanweisungen niedergelegt.

Basierend auf einem einheitlichen Prozessmodell wurden alle Qualitätsmanagementbeauftragten in Zusammenarbeit mit der Assekuristik AK befähigt, Prozesse schlanker und sicherer zu gestalten. Derzeit entstehen in verbundweiten Projekten Organisationshandbücher für die zentrale Patientenaufnahme und die bettenführenden Normalstationen, das Belegungs- und Entlassmanagement.

Medizinische Ethik ist in allen Kliniken etabliert

Die Weiterentwicklung der medizinischen Prozesse wird durch das Sana Medizin Board intensiv begleitet. Vierteljährlich treffen sich 16 Chefarzte, zwei Pflegedienstleitungen und ein klinischer Apotheker und beraten den Vorstandsvorsitzenden, den zuständigen Vorstand und die Bereichsleitung Medizin und Qualitätsmanagement in allen medizinisch relevanten Fragestellungen.



Abb. 4

Dies führte unter anderem zur Bildung eines Sana Ethik Komitees. Dies entwickelte ein Sana Ethik Statut (Abb. 4), das als Konkretisierung des Leitbildes gilt, ein Konzept für ethische Fallbesprechungen im Rahmen eines klinischen Ethik Komitees, das inzwischen in allen Kliniken etabliert ist, sowie Verfahrensanweisungen für zahlreiche Grenzsituationen in der Patientenbehandlung. Diese wurden im Rahmen der KTQ-Vorbereitung in allen Einrichtungen umgesetzt.

Führungsforum und Fachforum

Seit Jahrzehnten treffen sich die Führungskräfte der unterschiedlichen Berufsgruppen des Sana-Konzerns, um sich über Themen auszutauschen und die Umsetzung der strategischen Projekte zu beraten. Um den wachsenden Anforderungen des Gesundheitswesens gerecht werden zu können, war jedoch ein nach Berufsgruppen getrenntes Treffen nicht mehr zielführend. Aus diesem Grunde wurde 2003 erstmals ein neues Konzept umgesetzt. Nun treffen sich die Krankenhausdirektoren, Chefarzte und Pflegedirektoren mit den Führungskräften der Konzernleitung jeweils im Herbst zu einem Führungsforum mit Strategietagung. Hier werden

- die kurzfristigen strategischen Ziele des Unternehmens vermittelt und die mittelfristigen Ziele weiterentwickelt;
- zu deren Umsetzung dienende Projekte identifiziert oder deren Ergebnisse vorgestellt;
- exzellente Lösungen aus einzelnen Einrichtungen vorgestellt und darüber diskutiert, ob diese Verbindlichkeit erlangen sollen;
- beste Praktiken ausgezeichnet (so wurde 2005 erstmalig der Sana Patientenzufriedenheits-Preis verliehen);
- Gäste eingeladen, die über exzellente Vorgehensweisen in anderen Unternehmen aus dem Gesundheitswesen oder anderer Branchen berichten.

Die einzelnen, jeweils ebenfalls langjährig als singuläre Tagungen durchgeführten Treffen von Finanzexperten, QM-Beauftragten, Einkäufern, Küchenleitern, Apothekenleitern, technischen Leitern und weiterer Gruppen wurden 2003 erstmals gebündelt und zu einem jeweils im Frühjahr stattfindenden Fachforum zusammengefasst. Hier findet der fachliche Austausch statt. Auch hier wird intern und extern nach vorbildlichen Lösungen gesucht oder werden solche vorgestellt. Durch diese Bündelung und die jeweils in einem gemeinsamen Plenum kommunizierten strategischen Überlegungen und Ziele der Geschäftsführung erfahren diese Tagungen und ihre Teilnehmer nunmehr eine größere Aufmerksamkeit durch die Geschäftsführung, was als gesteigerte Wertschätzung empfunden wird. Einzelne Gruppen beraten teilweise gemeinsam, um ihre Zusammenarbeit zu verbessern, was von den Teilnehmern in der Evaluation als Bereicherung angesehen wird.

Beide neuen Tagungsformen tragen dem Wunsch der Geschäftsführung Rechnung, ein Forum für den intensiveren Austausch mit den verschiedenen Mitarbeitergruppen zu strategischen Themen zu schaffen.

Öffentlichkeitsarbeit mit dem EFQM-Modell

Für das Jahr 2005 verpflichtete der Gesetzgeber alle Krankenhäuser, mit Qualitätsberichten die interessierte Öffentlichkeit in einheitlicher Weise über deren Leistungsspektrum und weitere Leistungsparameter zu informieren. Der Sana-Konzern nahm dies zum Anlass, für die Einrichtungen des Verbundes einen einheitlichen Rahmen für Qualitätsberichte zu entwickeln. Dieser ist stark durch die Orientierung am EFQM-Modell geprägt. Es war ein besonderes Anliegen, die intensive Auseinandersetzung mit dem EFQM-Modell in diesen Berichten zum Ausdruck zu bringen.

Neben den verpflichtenden Qualitätsberichten für die einzelnen Krankenhäuser wurde zusätzlich ein Medizinischer Entwicklungsbericht mit der Darstellung des gesamten Verbundes erarbeitet, der die Öffentlichkeit künftig jährlich mit verschiedenen qualitätsrelevanten Informationen versorgen soll. Zahlreiche Ergebnissdaten werden dort dargestellt. Im ersten Bericht wurden Indikatoren aus dem Sana DRG-Würfel und Ergebnisse aus der Patientenbefragung veröffentlicht (Abb. 5). Im zweiten Bericht wurde das Spektrum der Daten um Ergebnisse aus der Patienten- und Einweiserbefragung erweitert. Der Medizinische Entwicklungsbericht ergänzt den Ge-

Sana Patientenbefragung 2004: Würden Sie dieses Krankenhaus bei Bedarf Ihrer Familie oder Ihren Freunden weiterempfehlen?

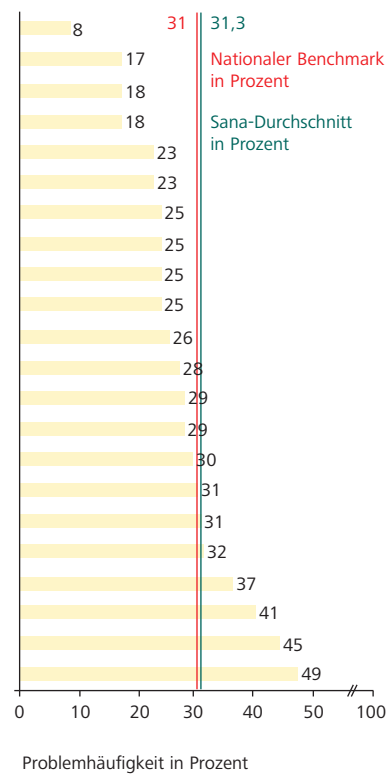


Abb. 5

schäftsbericht, mit dem die Sana Kliniken AG die Öffentlichkeit bereits seit 2004 freiwillig über Geschäftsergebnisse informiert.

Das erfolgreiche Excellence-Modell wird fortgeführt

Als Fazit kann gesagt werden, dass kein Unternehmensentwicklungssystem erfolgreich eingeführt werden kann, wenn nicht breite Teile der operativen Führung sich intensiv damit auseinandersetzen. Das Wissen um jede Art von Führungsmodell, das in einer Organisation zur Anwendung kommen soll, kann nicht dauerhaft einer Stabsstelle oder gar einem externen Berater vorbehalten bleiben. Führung mithilfe eines Führungsmodells muss jeden Tag und in jeder dafür relevanten Situation erfolgen und kann nicht ausgewählten Projekten und nachgeordneten Mitarbeitern vorbehalten bleiben. Bei der Sana Kliniken AG ist es gelungen, dass die Führungskräfte dies als ihre Aufgabe betrachten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Einführung des Excellence-Modells der EFQM im Sana-Verbund als erfolgreich, wenn auch längst nicht als abgeschlossen angesehen werden kann.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Heidemarie Haeske-Seeberg
Bereichsleiterin Medizin und Qualitätsmanagement
Sana Kliniken AG
Gustav-Heinemann-Ring 133
81739 München

Serie: „Qualität in privaten Klinikunternehmen“, Folge 4

Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement bei Helios

Es sei dieser Betrachtung vorausgeschickt, dass die Helios Kliniken selbstverständlich an den gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren zur Qualitätssicherung teilnehmen. Dies betrifft insbesondere die Verfahren der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) sowie die gesetzlichen Anforderungen beispielsweise im Hinblick auf die Krankenhaushygiene. Auch beteiligen sich viele Kliniken an spezifischen Qualitätssicherungsmaßnahmen der medizinischen Fachgesellschaften. Die Helios Kliniken stellen auch die von der BQS zur Veröffentlichung vorgesehenen Kennzahlen im Internet zur Verfügung. Dies ist die „Pflicht“, kann aber den Ansprüchen an ein modernes, ergebnisorientiertes Qualitätsmanagement nicht genügen.

Fokus Ergebnisqualität

Zentrales Bewertungskriterium für einen Klinikkonzern müssen die in den Kliniken erzielten medizinischen Behandlungsergebnisse sein. Ausgehend von dieser Prämisse stellt das Qualitätsmanagementsystem der Helios Kliniken nicht auf Struktur- oder Prozessmerkmale ab, sondern folgt einer konsequenten Ergebnisorientierung. Die Helios Kliniken haben daher in den vergangenen acht Jahren ein in die administrativen Abläufe integriertes, kennzahlengestütztes Qualitätsmanagement aufgebaut und im internen sowie externen Dialog kontinuierlich weiterentwickelt. Dies ist die „Kür“ und aus Sicht der Helios Kliniken ein heutzutage unverzichtbares, zusätzliches Instrument zur Steuerung des medizinischen Leistungsgeschehens.

Wichtigste Eckdaten des Systems sind:

- Zeitnahe Messung über die (vollständigen) Routinedaten des Krankenhauses
- Monatliche Berechnung von derzeit extern rund 140 publizierten und weiteren rund 700 intern verwendeten Kennzahlen für alle wesentlichen Leistungskomplexe
- Kontinuierliche Weiterentwicklung der Kennzahlen in den Fachgruppen des Konzerns
- Komplette Offenlegung aller Daten im internen Benchmarking sowohl für die Ärzte als auch das Management
- Gemeinsame Verantwortung von Ärzten *und* Management für die Erreichung und Verbesserung der Zielwerte
- Regelmäßige interne Audits (Peer Review-Verfahren) zur Analyse von Schwachstellen in den medizinischen Prozessen mit dem Ziel der kontinuierlichen, zielorientierten Verbesserung
- Aktive Suche und Analyse von Fehlerfällen (im Sinne eines Critical Incident Surveillance System, CISS)
- Entwicklung von Kennzahlen zur standardisierten Messung von medizinischen Langzeitergebnissen zusammen mit dem AOK-Bundesverband.

Die Helios Kliniken haben mit diesem System messbare und nachhaltige Verbesserungen der Ergebnisqualität erzielt und übertreffen inzwischen in vielen Bereichen den adjustierten Bundesdurchschnitt.

Klare, messbare Qualitätsziele

Seit dem Jahr 2000 messen die Helios Kliniken die Qualität ihrer medizinischen Ergebnisse mit Routinedaten. Diese, auf der gesetzlichen Grundlage des § 301 SGB V zur Abrechnung erhobenen, zeitnah verfügbaren und auch an die Krankenkassen übermittelten Daten der Krankenhäuser werden als Ausgangsbasis für die Definition von Mengen-, Verfahrens- und Ergebnisindikatoren für diverse Krankheitsbilder und operative Verfahren genutzt. Anders als bei auf separater Dokumentation basierenden Verfahren (zum Beispiel BQS), entsteht hier kein zusätzlicher Erfassungsaufwand. Die vollständig für ausnahmslos jeden Behandlungsfall vorliegenden Daten werden von den Kliniken selbst, von den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen auf ihre Richtigkeit hin überprüft. Es handelt sich daher um den derzeit bestgeprüften Datenbestand.

Indikatoren lassen sich durch die logisch beliebig komplexe Kombination von Haupt- und Nebendiagnosen, Prozeduren und demografischen Daten ableiten. Derzeit messen die Helios Kliniken rund 700 Indikatoren und bilden damit rund zwei Drittel ihrer Leistungen ab. Unabhängig davon stehen die üblichen ICD-, OPS- und DRG-Statistiken ohnehin zur Verfügung. Intern sind die Kennzahlen für alle Chefarzte und Verwaltungsleiter der Kliniken offen zugänglich und fördern so den Leistungs- und Qualitätswett-

bewerb. 30 wesentliche Krankheitsbilder werden derzeit über rund 140 Qualitätsindikatoren, verbunden mit klar definierten medizinischen Konzernzielen, öffentlich dargestellt und prioritär verfolgt. Bei diesen handelt es sich um konsensfähig als Qualitätsmerkmal interpretierbare Parameter zu häufigen und wichtigen Erkrankungen (zum Beispiel Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Pneumonie) und Operationen (beispielsweise Cholezystektomie, Herniotomie, kolorektale Operationen, Hüft- und Kniegelenkendoprothesen) sowie zu komplexen und heterogenen Behandlungen und Krankheitsbildern (etwa Sepsis, Beatmung, Ösophagusresektionen).

Für Patienten, Einweiser und Krankenkassen sowie die interessierte Öffentlichkeit sind diese Zahlen im medizinischen Jahresbericht, im Internetauftritt der Helios Kliniken und in den Klinikführern der einzelnen Kliniken einsehbar.

Die Helios-Indikatoren

Bei vielen Krankheitsbildern ist die Sterblichkeit ein wesentlicher Endpunkt. Wesentliche Qualitätsmängel im Behandlungsablauf äußern sich, sofern es sich nicht um sehr einfache Behandlungsverfahren handelt, letztendlich auch in einem Anstieg der Sterblichkeit. So führen beispielsweise Wundinfektionen, Nahtinsuffizienzen, Probleme im perioperativen Management oder die Nichteinhaltung oder Nichtumsetzung adäquater und aktueller Leitlinien in der Therapie (zum Beispiel der Herzerkrankungen oder der Pneumonien) sowohl nach Lage der wissenschaftlichen Fachliteratur als auch nach den Erfahrungen der Helios Kliniken unter anderem zu einem Anstieg der Sterblichkeit. Umgekehrt müssen, um die Sterblichkeit zu verringern, genau solche Schwachstellen in den Behandlungsabläufen analysiert und die Behandlungsprozesse gezielt verbessert werden. Die Verbesserung des Endpunktes Sterblichkeit schließt daher Verbesserungen in den untergeordneten Quali-

tätsparametern regelmäßig mit ein. Wir sprechen sinnbildlich vom „umgekehrten Eisbergeffekt“: Wer die sichtbare Spitze bewegen will, muss auch die unsichtbare Basis bewegen.

Die Vorteile der Orientierung an der Sterblichkeit liegen bei schweren Krankheiten auf der Hand: Alle Maßnahmen werden am wichtigsten Ziel gemessen – dies verhindert bürokratische, nicht zielführende Scheinaktivitäten und verpflichtet alle Beteiligten zum tatsächlichen Handeln (der Leitlinien-Ordner auf dem Stationsschreibtisch für sich allein verändert nichts). Die durch diese Zielorientierung erreichten Verbesserungen in den Helios Kliniken sind sowohl nach Intervention in einzelnen Kliniken als auch im Mittel über den Konzern messbar und signifikant.

Neben der Sterblichkeit umfasst das Indikatoren-Set der Helios Kliniken auch weitere Parameter, die sich in den routinemäßig erfassten Daten messen lassen: So werden zum Beispiel die Anteile laparoskopischer Operationsverfahren, der Einsatz neuer Techniken oder auch die Kaiserschnitttrate oder Anzahl von Dammrissen bei Geburten ausgewertet. Darüber hinaus werden Mengeninformatoren zu vielen Krankheitsbildern oder Operationen dargestellt.

Die differente Zusammensetzung der in einzelnen Kliniken behandelten Patienten lässt unterschiedliche Ergebnisse erwarten. Um die Vergleichbarkeit der Kennzahlen zu verbessern, werden für einzelne Krankheitsbilder Risikoadjustierungen durchgeführt. Für jede einzelne Klinik sowie für den Konzern werden die Sterblichkeiten berechnet, die nach der Alters- und Geschlechtsstruktur der behandelten Patienten zu erwarten wären. Der Vergleich der erwarteten mit den tatsächlich aufgetretenen Sterblichkeitsraten erlaubt die Beurteilung, ob die Ergebnisse besser oder schlechter sind als der Bundesdurchschnitt. Dies ist derzeit nur für einen Teil der Kennzahlen möglich, da die Ergebnisse auf Bundesebene nur für einen Teil der Helios-Indikatoren verfügbar sind.

QSR – Messung von Langzeitergebnissen

Die Helios-Qualitätsindikatoren sind zeitlich auf den jeweiligen Krankenhausaufenthalt begrenzt, das heißt, Langzeitergebnisse können damit nicht erfasst werden. Mit den fall- und sektorübergreifenden Datenbeständen der Krankenkassen eröffnen sich jedoch wesentlich umfassendere Auswertungsmöglichkeiten. Das gemeinsam vom AOK-Bundesverband, dem wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO), dem Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA) und den Helios Kliniken entwickelte QSR-Verfahren ergänzt die zeitnah messbaren Helios-Indikatoren um Langzeitergebnisse. So werden risikoadjustiert zum Beispiel 30- und 90-Tage- sowie Ein-Jahres-Sterblichkeiten, Komplikations- und Wiederaufnahmeraten für verschiedene Krankheitsbilder gemessen (derzeit für Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, kolorektale Operationen, Appendektomien sowie Hüft- und Kniegelenkendoprothesen). Wegen der gleichen Primärdatenbasis lassen sich die Kennzahlen aus dem QSR-Verfahren zu den klinikbezogenen Messungen in Beziehung setzen. Die Kombination beider Verfahren erlaubt die Umsetzung eines wirksamen ergebnisorientierten Qualitätsmanagements. Die auf Klinikdaten basierenden Indikatoren ermöglichen eine kontinuierliche, weil zeitnahe Auswertung und Steuerung. Darüber hinaus lassen sich aus den langzeitorientierten QSR-Kennzahlen weitere Verbesserungspotenziale erschließen, die bei reiner Betrachtung der klinikintern gewonnenen Kennzahlen nicht sichtbar würden.

Diese routinedatenbasierten Qualitätsmessungsverfahren werden aufgrund ihrer beachtlichen Praxisreife mittlerweile nicht mehr nur von den Helios Kliniken angewendet, sondern auch von rund 200 nicht zum Konzern gehörenden Kliniken sowie vom Universitätsspital Basel. In der Schweiz bilden sie die Grundlage für die Defi-

nition nationaler Qualitätsindikatoren. Die seit Anfang 2008 erhältlichen Auswertungen aus dem QSR-Verfahren sind für alle deutschen Akutkliniken, die AOK-Patienten behandeln, verfügbar und abrufbar, da sie auf bereits vorhandenen Daten beruhen.

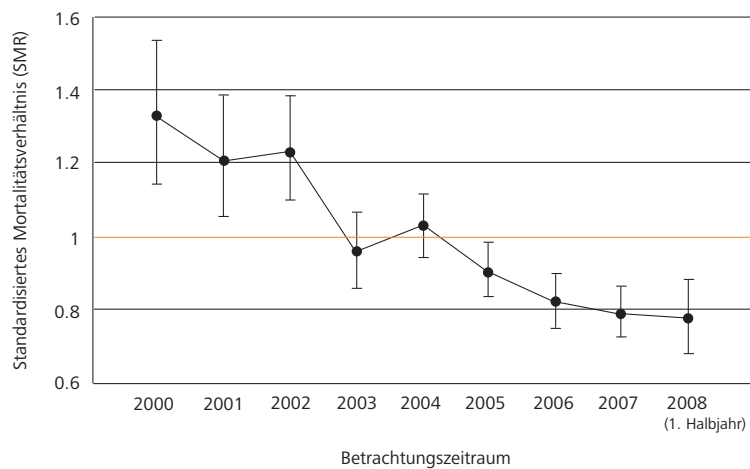
Kontinuierliche Verbesserung durch Peer Review-Verfahren

Um Ergebnisse verbessern zu können, müssen auf der Grundlage der Qualitätsmessungen konkrete Handlungsfelder identifiziert werden. Hierzu führen die Helios Kliniken seit dem Jahr 2001 Peer Review-Verfahren zur Identifizierung der Ursachen von Qualitätsproblemen durch. Wenn sich in den Qualitätsindikatoren einzelner Kliniken Auffälligkeiten zeigen, kommen Chefärzte aus anderen Kliniken des Konzerns zusammen, um Behandlungsabläufe konkreter kritischer Fälle anhand der Patientenakten zu analysieren. Meist sind, insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern, mehrere Abteilungen einer Klinik involviert. Bei operativen Fällen wird so beispielsweise nicht nur die Operation selbst, sondern auch die Indikationsstellung, der gesamte perioperative Ablauf inklusive der Nachsorge und gegebenenfalls die adäquate Versorgung bei Begleiterkrankungen analysiert.

Im Versorgungsalltag zeigen sich gerade im Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie des kliniker- und -externen Schnittstellenmanagements erhebliche Schwächen. Die Verbesserung dieser für den Gesamtprozess und die Ergebnisqualität wichtigen Bereiche ist ein wichtiges Ziel des Helios-Qualitätsmanagements.

Die Review-Teams setzen sich aus mehreren erfahrenen Chefärzten anderer Helios Kliniken zusammen, die über eine spezifische Expertise zur Begutachtung der jeweiligen Fälle verfügen. In aller Regel werden interdisziplinäre Teams gebildet. Die Analyse der Behandlungsabläufe folgt

Entwicklung des standardisierten Mortalitätsverhältnisses bei der Herzinfarktsterblichkeit in den Helios Kliniken



Das standardisierte Mortalitätsverhältnis (standardized mortality ratio, SMR) stellt die beobachtete Sterblichkeit der zu erwartenden Sterblichkeit einer nach Alters- und Geschlechtsadjustierung gleichartigen Bundesstichprobe gegenüber. Eine SMR < 1 zeigt an, dass die Sterblichkeit geringer ist, als dies im Bundesdurchschnitt zu erwarten wäre. Im Konzern begannen in diesem Bereich die aktiven Interventionen im Rahmen des Qualitätsmanagements im Jahr 2002, was zu erkennbaren Verbesserungen führte. 2008 liegt die Sterblichkeit konzernweit bisher um über 20 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt. Die Darstellung hier schließt die jeweils neu hinzugekommenen Kliniken mit ein. Für genaue Erläuterungen und detaillierte Ergebnisdarstellungen wird auf den Medizinischen Jahresbericht 2006/2007 der Helios Kliniken verwiesen:

<http://www.helios-kliniken.de/ueber-helios/publikationen/medizinischer-jahresbericht.html>

einem strukturierten Kriterienkatalog, der den gesamten Behandlungsprozess zum Gegenstand hat, und mündet in eine standardisierte Bewertung.

Die Zielsetzung bei der Analyse dieser Fälle ist vorwärtsgerichtet. Es geht darum, eventuelle systematische Schwachstellen in den Abläufen zu erkennen, um daraus Verbesserungsmöglichkeiten für die Zukunft abzuleiten. Deren Beseitigung hilft nicht nur potenziellen Problemfällen, sondern wirkt sich positiv auf die Behandlung vieler anderer Patienten aus. Wenn es sich nicht um krankheitsspezifische Schwachstellen handelt, sondern beispielsweise um Probleme in der interdisziplinären Zusammenarbeit, können die Verbesserungswirkungen weitreichend sein und über das ursprünglich adressierte Krankheitsbild hinausgehen, sodass sehr viele Patienten davon profitieren.

Im Anschluss an die medizinisch-fachliche Diskussion wird auch die Verwaltungsleitung in das Verfahren

einbezogen. Gemeinsam werden die gegebenenfalls für notwendig erachteten strukturellen und organisatorischen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung sowie Entwicklungsziele festgelegt. Die getroffenen Vereinbarungen werden dokumentiert, ihre Umsetzung sowie die Auswirkungen auf die Ergebnisindikatoren werden nachverfolgt. In der Vergangenheit konnten wiederholt Verbesserungen der gemessenen Ergebnisqualität im zeitlichen Zusammenhang mit Reviews beobachtet werden. Die klassischen Peer Review-Verfahren wurden ergänzt um die Analyse von seltenen Zwischenfällen. Todesfälle bei Low risk-Operationen (beispielsweise bei elektiven Cholezystektomien, Herniotomien) sind in einzelnen Krankenhäusern selten, kommen aber bei der Betrachtung großer Fallzahlen (auf Konzernebene) regelmäßig vor.

Alle diese seltenen Ereignisse lassen sich über den zentralen Routinedatenbestand anonymisiert und in den jeweiligen Kliniken auch direkt identi-

fizieren. Diese Fälle werden in einem zentralen Verfahren mit der Peer Review-Methodik analysiert. Auch hier zeigen sich bei einem Teil der Fälle vermeidbare Fehler in den Abläufen, die in den Fachgruppen diskutiert werden und zu Veränderungen im Konzern führen. Voraussetzung für die Akzeptanz und den Erfolg aller Peer Review-Verfahren ist, dass das Verfahren als gemeinsamer kollegialer Lernprozess begriffen wird. Ohne eine ausreichende Vertrauensbasis, respektvollen Umgang miteinander und eine offene Diskussionskultur sind derartige Konzepte nicht umsetzbar.

Helios-Qualitätsmanagement im Kontext anderer Verfahren

Mithilfe der Kombination aus der statistischen Identifizierung von Problemfällen und den Peer Review-Verfahren werden faktisch Critical Incidents beziehungsweise tatsächliche „Fehlerfälle“ im Sinne der bekannten Studie „To Err is Human“ aktiv gesucht und erfolgreich identifiziert. Gleichzeitig werden fehlerträchtige Prozessabläufe im Sinne einer zielorientierten Verminderung von Fehlerraten verbessert.

Dies entspricht im Prinzip Vorgehensweisen, wie sie beispielsweise ähnlich auch in der Six Sigma Methodik eingesetzt werden. Dieses Verfahren der Fehlersuche und der Fehlerreduktion geht über einfachere Ansätze wie das Critical Incident Reporting System (CIRS) weit hinaus. CIRS setzt die freiwillige Meldung von Fehlern voraus und beinhaltet damit das Risiko, dass nur die ohnehin selbstkritischen Beteiligten, die sich bereits mit der Verbesserung ihrer Abläufe befassen, auch teilnehmen. Im Gegensatz dazu sucht und findet das Helios-Verfahren viele Fehlerfälle oder auch Critical Incidents völlig unabhängig vom Meldeverhalten und leitet, wo nötig, unmittelbar Verbesserungsprozesse ein. Vergleichbare aktive Suchsysteme werden außerhalb der Medizin unter anderem unter dem Begriff Critical Incident Surveillance System (CISS) eingesetzt.

Medizinischer Beirat und Fachgruppen

Wichtige Beteiligte bei der Steuerung des Qualitätsmanagements der Helios Kliniken sind der Medizinische Beirat und die Fachgruppen. Der Medizinische Beirat besteht aus sechs erfahrenen, langjährig im Konzern tätigen Chefärzten. In den medizinischen Fachgruppen des Konzerns arbeiten die Leitenden Ärzte einer Fachrichtung oder verwandter Fachgebiete aus allen zur Gruppe gehörenden Kliniken zusammen. Die Fachgruppe Pflege wird von den Leitenden Pflegekräften aller Kliniken gebildet. Die Fachgruppen dienen der Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Kliniken, dem Wissenstransfer und der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung. Bedarfswise werden auch interdisziplinäre und interprofessionelle (in der Regel temporäre) fachgruppenübergreifende Arbeitsgruppen gebildet, die sich beispielsweise mit Konzepten zur minimal-invasiven Chirurgie, zur Verbesserung der Beatmungsstrategien oder zur Schmerztherapie befassen. Der Konsensbildungsprozess mündet in konzernweit und gegebenenfalls auch fachübergreifend wirkenden Beschlüssen.

Ein entscheidender Teil der Fachgruppenarbeit besteht in der Auseinandersetzung mit den Medizinischen Unternehmenszielen und den zur Verfügung stehenden internen Qualitätskennzahlen sowie den Ergebnissen der Peer Reviews. Neue Qualitätsindikatoren werden unter Beteiligung der jeweiligen Fachgruppen entwickelt und auf ihre Praxistauglichkeit hin überprüft. Ebenso liegt die Definition von Qualitätszielen, soweit keine externen Vergleichswerte wie zum Beispiel die Sterblichkeit auf Bundesebene vorliegen, im Aufgabenbereich der Fachgruppen.

Das Peer Review-Verfahren wird durch fachgruppeninterne Selbst-Reviews ergänzt. Die Selbst-Reviews werden von den Fachgruppen in Eigenregie organisiert und durchgeführt. Dabei erfolgen keine Fallbewertungen durch externe „Peers“, die verantwort-

lichen Chefärzte führen die retrospektiven Aktenanalysen selbst durch. Welche Fälle Gegenstand der Reviews sind, wird innerhalb der Fachgruppe festgelegt. Die Bewertungskriterien decken sich inhaltlich mit denen der Peer Reviews. Grundsätzlich werden alle Kliniken einbezogen, also auch solche mit guten oder unauffälligen Qualitätskennzahlen.

Fazit

Das Qualitätsmanagement der Helios Kliniken ist ein iteratives System, das eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zum Ziel hat. Es unterscheidet sich von anderen Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungssystemen vor allem durch die validen Verfahren zur Qualitätsmessung und den transparenten Umgang mit den Ergebnissen. Die langjährige Anwendung des Qualitätsmanagements hat zu einer grundlegenden Veränderung der Fehlerkultur im Unternehmen geführt. Die Wirksamkeit des Systems im Hinblick auf die Verbesserung der medizinischen Ergebnisse ist für zahlreiche Krankheitsbilder und Behandlungen belegbar. Das Helios-Qualitätsmanagement ist stark geprägt von der Tradition des Unternehmens, das ärztlich gegründet und lange Zeit ärztlich geleitet wurde. Der Nutzen für die Patienten steht bei allen Aktivitäten im Vordergrund.

Weitere Informationen:

HELIOS Kliniken GmbH
PD Dr. Thomas Mansky
Dr. Oda Rink
Prof. Dr. Josef Zacher
Dr. Wolfgang Krahwinkel
Ulrike Nimptsch
Maren Günther
c/o Helios Kliniken
Friedrichstraße 136
10117 Berlin

Orientierung, Transparenz und Vergleichbarkeit

Qualitätsmanagement bei den Schön Kliniken

Die Schön Kliniken sind eine der größten inhabergeführten Klinikgruppen am deutschen Markt. Der Schwerpunkt liegt in der Akutmedizin. Die 15 Krankenhäuser der Schön Kliniken mit ihren 4000 Betten und rund 5000 Mitarbeitern sind spezialisiert auf Orthopädie, Neurologie, Psychosomatik, Chirurgie und Innere Medizin. Die dauerhafte medizinische Weiterentwicklung und der hohe Spezialisierungsgrad stellen von Beginn an ein außergewöhnliches Qualitätsniveau sicher.

Resultate werden schon seit zwei Jahren veröffentlicht

Qualitätsmanagement bei den Schön Kliniken heißt, Qualität objektiv zu betrachten, das heißt, zu messen und zu vergleichen, und zwar vor allem mit dem eigenen Anspruch. Branchenstandards sind den Schön Kliniken nicht genug, das Qualitätsmanagement strebt ständige Verbesserungen an mit dem Ziel, den Patienten das bestmögliche medizinische Qualitätsniveau zu bieten. Dabei scheuen sich die Verantwortlichen nicht davor, die Ärzte auch mit kritischen Ergebnissen zu konfrontieren.

Hier sind die Schön Kliniken vor zwei Jahren sogar noch einen Schritt weitergegangen, indem sie ihre Behandlungsergebnisse veröffentlicht haben. Unabhängig vom gesetzlichen Report haben die Schön Kliniken einen völlig neuartig konzipierten Qualitätsbericht aufbereitet und dargestellt. Mit übersichtlichen Grafiken und Texten wird medizinische Qualität transparent und verständlich vermittelt, was auch Ein-



Die Qualitätsorientierung des Unternehmens wird von der Geschäftsführung der Schön Kliniken „vorgelebt“. Von links: Dr. Jens Deerberg-Wittram, Hubert Seitz, Michael Schön und Dieter Schön.

gang in die Präsentation auf der Webseite des Unternehmens gefunden hat (www.schoen-kliniken.de/transparenz). Der gemeinsame Nenner aller Kliniken war von Beginn an der Schlüsselbegriff Qualität. Konsequenterweise wurden die nötigen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass jede Leistung in höchster Qualität erfolgt.

So sind die Schön Kliniken zum Beispiel als erste Klinikgruppe Deutschlands mit jedem Haus nach DIN EN ISO 9001:2000 geprüft und zertifiziert worden. In der Gesundheitsbranche sind die Schön Kliniken heute führend im Bereich der Qualitätssicherung. Exemplarisch im Folgenden ein Auszug der Aktivitäten des Qualitätsmanagements.

Kontinuierliche Ergebnismessung aller medizinischen Leistungen

Die Qualitätsmessung erfolgt krankheitsspezifisch und anhand wissenschaftlich anerkannter Indikatoren. So kann das hohe Qualitätsniveau gehalten werden sowie im Einzelfall Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet werden. Die erhobenen Qualitätskennzahlen sind objektiv und dienen Patienten als Orientierungshilfe. Mit den Ergebnissen geht das Unternehmen offen um: Alle Verantwortlichen können jederzeit online ihre eigenen Daten und die der anderen tagesaktuell einsehen. Außerdem wer-

den die Ergebnisse in klinikübergreifenden Fachgruppentreffen und auf Geschäftsleitungsebene diskutiert sowie jährlich in einem alle Schön Kliniken übergreifenden Qualitätsbericht ausgewiesen.

Mit dem Critical Incident Reporting System (CIRS) haben die Schön Kliniken bereits vor einigen Jahren ein anonymes Fehlermeldesystem eingeführt. Im Rahmen dieses Systems können Mitarbeiter kritische Ereignisse oder Fehler, die beinahe zu Schäden geführt hätten, melden. Durch die Anonymität ist sichergestellt, dass der Mitarbeiter sich auch dann meldet, wenn er selbst Konsequenzen befürchten müsste. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in den Arbeitsabläufen zu entdecken, bevor Probleme entstehen.

Regelmäßige Befragungen

Um die Wünsche der Patienten noch genauer zu kennen, werden bereits seit über zehn Jahren kontinuierliche Patientenbefragungen durchgeführt. Jeder Patient wird bei Entlassung nach seiner Zufriedenheit mit ärztlichen/pflegerischen sowie servicebezogenen Leistungen gefragt. Die Ergebnisse werden regelmäßig ausgewertet und

allen Beteiligten zur Verfügung gestellt. Die Qualitätskommission und die Klinikleitung beschäftigen sich intensiv mit den Wünschen der Patienten und den daraus resultierenden Verbesserungspotenzialen. Vergleiche der Schön Kliniken untereinander ermöglichen einen Prozess des Voneinander-Lernens.

Hygienemanagement: Aktion saubere Hände

Hygienemanagement gehört selbstverständlich zum Klinikalltag. Von der Arbeitsflächenreinigung über Händehygiene bis zu Desinfektionsplänen ist alles genau beschrieben. In diesem Jahr nehmen alle Schön Kliniken an der „Aktion saubere Hände“ teil. Im Mittelpunkt der Aktion, die vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird, steht das Thema Händedesinfektion zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen.

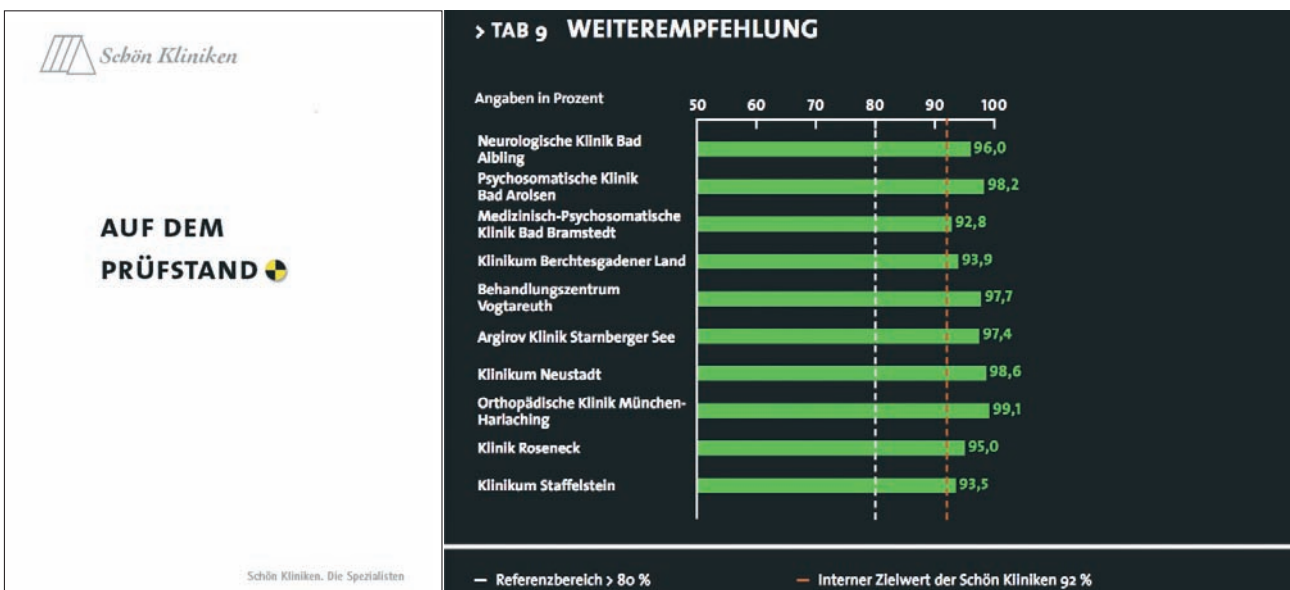
Orientierung, Transparenz, Vergleichbarkeit

Die Patienten sind heute kritischer denn je und informieren sich im Vorfeld einer Behandlung sehr genau über das Leistungsangebot einer Klinik.

Qualitäts-Serie in f&w

Im vergangenen Jahr startete der BDPK in den „Gelben Seiten“ der Fachzeitschrift f&w eine Serie von Beiträgen, in denen die Klinikunternehmen ihr Qualitätsmanagement vorstellen. Die bisher erschienenen Beiträge (Asklepios Kliniken GmbH, Rhön-Klinikum AG, Sana Kliniken AG und Helios Kliniken GmbH) sind auf der Webseite des BDPK (www.bdpk.de) unter der Rubrik „Fachinformationen -> Qualität“ gesammelt. In dieser f&w-Ausgabe wird die Serie durch die Schön Kliniken GmbH fortgesetzt, in der nächsten Ausgabe folgt die MediClin AG.

Die Schön Kliniken haben auf diese veränderte Situation rechtzeitig und umfassend reagiert. Der gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsbericht geht der Gruppe nicht weit genug. Deshalb veröffentlichten die Schön Kliniken einen zusätzlichen Qualitätsbericht, der die Qualität der wichtigsten Leistungen aller Schön Kliniken anschaulich vermittelt. Denn mündige Patienten benötigen eine Entscheidungsgrundlage.



Der Qualitätsbericht (links) kann auf der Webseite des Unternehmens heruntergeladen oder angefordert werden. Das Beispiel (rechts) zeigt, wie Ergebnisse für Patienten verständlich dargestellt werden.

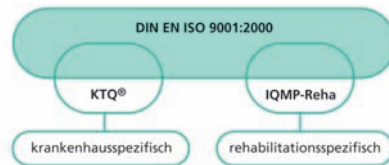
Transparenz und Ergebnisorientierung

Qualitätsmanagement & -sicherung in der MediClin

Hochwertige, integrierte und spezialisierte Leistungen sektorenübergreifend aus einer Hand anzubieten, gehört zu den Ursprungsideen der MediClin: von Prävention und ambulanter Versorgung über akutstationäre Behandlung bis hin zu Rehabilitation und Pflege. Die MediClin deckt somit als bundesweit tätiger Klinikbetreiber mit aktuell 33 Klinikbetrieben, sieben Pflegeeinrichtungen und drei Medizinischen Versorgungszentren die gesamte Bandbreite der medizinischen Versorgungskette ab. Bei den Kliniken handelt es sich um Akutkliniken der Grund-, Regel- und der Schwerpunktversorgung und um Fachkliniken für die medizinische Rehabilitation.

Integriertes Qualitätsmanagement

Bereits Mitte der 90er Jahre wurde in Kliniken der MediClin ein einheitliches Qualitätsmanagement systematisch eingeführt. Dieses integrierte Qualitätsmanagementkonzept umfasst die drei Säulen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Ziele sind eine schnittstellen- und sektorenübergreifende Sicherung und Optimierung der Versorgungsprozesse sowie die jährliche Bewertung und Verbesserung der Ablauforganisation und der erzielten Ergebnisse. Durch ein an den konkreten Arbeitsabläufen orientiertes Prozessmanagement gelingt es schnell, sich neuen Anforderungen anzupassen und so eine bestmögliche Versorgung für unsere Patienten zu gewährleisten. Ergänzt wird das Qualitätsmanagement durch ein unternehmensweites Risikomanagementsystem (Fehlermanagement, jährliche Risikoinventuren, Critical Incident Reporting), das die



systematische Identifikation, Bewertung und Steuerung von potenziellen Risiken erlaubt, um frühzeitig auf entsprechende Entwicklungen reagieren zu können und Fehler damit zu vermeiden oder deren Auswirkung zu minimieren.

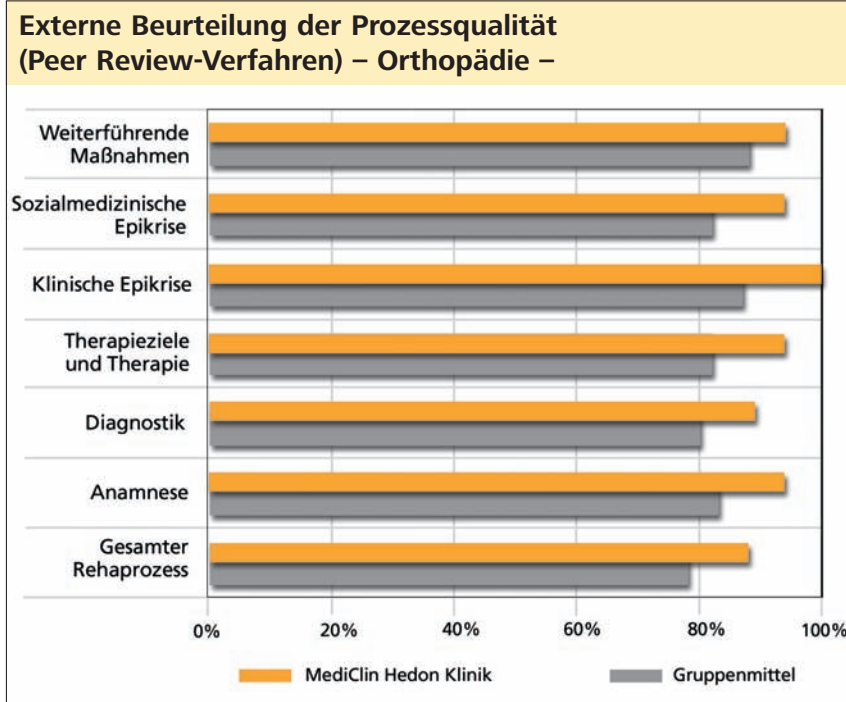
Grundlage für das interne Qualitätsmanagement in der MediClin sind die aktuell gültigen und international anerkannten Qualitätsanforderungen der DIN EN ISO 9001, die durch branchenspezifische Qualitätsmanagementprogramme für die Akutmedizin, Rehabilitation und Pflege ergänzt werden. Um die branchenunabhängigen Qualitätsanforderungen der DIN EN ISO 9001 weiter zu spezifizieren, beteiligten sich die Kliniken der MediClin an der Entwicklung und Umsetzung des ersten bundesweit anerkannten rehabilitationsspezifischen Zertifizierungsverfahrens auf Basis der DIN EN ISO 9001. In diesem Zuge zertifizierte die MediClin ihre Rehabilitationseinrichtungen nach den Qualitätsgrundsätzen der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation. Die Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements in den Rehabilitationskliniken geht in der MediClin heute einher mit der Ausrichtung am Exzellenz-Modell „IQMP-Reha“, dem integrierten Qualitätsmanagementprogramm für exzellente Qualität in der Rehabilitation. Auch hier beteiligte sich die MediClin an der Entwicklung des mittler-

Qualitäts-Serie in f&w

Im vergangenen Jahr startete der BDPK in den „Gelben Seiten“ eine Serie von Beiträgen, mit denen die Klinikunternehmen ihr Qualitätsmanagement vorstellen. Die bisher erschienenen Beiträge sind auf der Webseite des BDPK (www.bdpk.de) unter der Rubrik „Fachinformationen -> Qualität“ gesammelt.

weile etablierten Branchenstandards (EQR, Exzellente Qualität in der Rehabilitation) und zertifiziert die Rehabilitationseinrichtungen danach. Im Akutbereich werden die Qualitätskriterien des KTQ-Kriterienkataloges für die Ausrichtung und Ausgestaltung des internen Qualitätsmanagements genutzt.

Die Mitarbeiterperspektive ist ein weiterer Baustein im Qualitätsmanagement der MediClin. Um Arbeitsschutz und Mitarbeitergesundheit nachhaltig zu sichern, verankert die MediClin die Managementanforderungen der MAAS-BGW – die Qualitätskriterien der Berufsgenossenschaft für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege – im internen Qualitätsmanagement der Einrichtungen. Darüber hinaus integrieren die Kliniken standortbezogen indikationsspezifische Qualitätsstandards in die bestehenden Qualitätsmanagementstrukturen. Dazu gehören zum Beispiel die Qualitätsanforderungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) oder die Gütekriterien gesundheitsbewusster Ernährung und Vollkost in Kliniken (RAL). Die Umsetzung der gesetzten Qualitätsstandards



und -anforderungen überprüfen unabhängige und anerkannte Zertifizierer. Neben der kritischen und unabhängigen Beurteilung der etablierten Aufbau- und Ablauforganisation wird durch die externe Beurteilung des internen Qualitätsmanagements Vertrauen in die Qualitätsfähigkeit einer Einrichtung und deren Organisation gebildet.

Die Einrichtungen der MediClin begleitet und unterstützt die zentrale Abteilung „Qualität, Organisation und Revision“. So werden auf zentraler Ebene Rahmenvorgaben und Grundlagen für das Qualitätsmanagement gelegt, Konzernregelungen und Standards erstellt, das interne Auditsystem organisiert und erforderliche Schulungen für Qualitätsbeauftragte und weitere aktiv an der Qualitätssicherung beteiligte Personen bereitgestellt.

In den Einrichtungen unterstützen Mitarbeiter mit Qualitätsmanagement-Know-how die Klinik- oder Einrichtungsleitungen bei der Organisation und Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements. Der Qualitätsausschuss der Einrichtung organisiert und beschließt die Ausgestaltung des QM-Systems. Feste Mitglieder dieses Gremiums sind immer

die Klinikleitung und der Qualitätsbeauftragte. Die Qualitätsbeauftragten durchlaufen ein konzerninternes Curriculum, in dessen Verlauf insbesondere die Grundlagen des Qualitätsmanagements, die Durchführung von internen Audits und die Erstellung von Management- und Selbstbewertungen vermittelt werden. Regelmäßige Arbeitstreffen, wechselseitige Audits und eine interaktiv konzipierte Intranetplattform unterstützen den konzernweiten Know-how-Transfer. Jährlich findet ein Austausch zwischen den Qualitätsbeauftragten der MediClin-Einrichtungen statt. Hier geht es um die Vermittlung aktueller Informationen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement, um die Vorstellung guter Ergebnisse und Lösungen für Qualitätsmanagement-relevante Themen sowie die Förderung des fachlichen Austausches.

Orientierung geben, Qualität und Transparenz schaffen

Qualitätsentwicklung braucht Ziele. In den unternehmensweit gültigen Leitsätzen benennt die MediClin die eigenen Werte und Prinzipien und verdeutlicht damit Patienten und Bewoh-

nern, Geschäftspartnern, der Öffentlichkeit und den Mitarbeitern die Ausrichtung des Denkens und Handelns. Die Leitsätze bilden dabei einen Orientierungsrahmen für die strategische Umsetzung der Unternehmensziele und thematisieren die Bereiche: Patienten und Bewohner, Mitarbeiter, Integration und Kooperation, Wachstum und Fortschritt, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die Leitsätze der MediClin geben Orientierung für die Ableitung entsprechender Qualitätsziele, für gemeinsames und zielgerechtes Handeln und für die Initiierung gemeinsamer Projekte.

Angesichts der Veränderungen in der Gesundheitsversorgung wächst der Wunsch nach mehr Transparenz über die Qualität medizinischer Leistungen und deren Anbieter. Diese Forderung ist mittlerweile zu einem wichtigen Motor für die Optimierung der Patientenversorgung geworden. Wir sehen diese Herausforderung als Chance zur kontinuierlichen Verbesserung und Weiterentwicklung medizinischer Versorgung. Deshalb beteiligt sich die MediClin aktiv und freiwillig an Qualitätsinitiativen von Kostenträgern, die zu einer höheren Transparenz der medizinischen Behandlungsergebnisse führen.

Die erbrachten Behandlungsleistungen werden über die externen, vergleichenden Qualitätssicherungsprogramme der Kostenträger und die Teilnahme an weiteren Initiativen zur Messung und Überprüfung der Behandlungsqualität beurteilt. So beteiligen sich zum Beispiel Kliniken der MediClin am Evaluationsprogramm „EVA-Reha“ der Techniker Krankenkasse. Mithilfe des Beurteilungssystems EVA-Reha („Evaluation der Rehabilitation“) werden Therapiefortschritte und Behandlungsergebnisse der Patienten in orthopädischer oder kardiologischer Rehabilitation erhoben und im Vergleich mit beteiligten Kliniken bewertet.

Ein hoher Qualitätsanspruch zählt zu den vorrangigen Unternehmensgrundsätzen der MediClin. Transparenz in der Leistungserbringung ist ein Ansatzpunkt, mit dem MediClin die

Qualität der Gesundheitsversorgung kontinuierlich verbessert und damit für Patienten und Kooperationspartner eine hochwertige medizinisch-therapeutische Versorgung sichert. Die Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist dabei ein wichtiger Schritt, um Behandlungskompetenz und Ergebnisse transparent zu machen. Neben den verpflichtend zu veröffentlichenden Qualitätsberichten für Akutkliniken erstellt die MediClin seit 2005 auch für alle Rehabilitationseinrichtungen standardisierte Qualitätsberichte, die regelmäßig aktualisiert werden.

Ergebnisse messen, Qualität sichern

Für die qualitätsorientierte Optimierung der medizinischen Leistungen messen und bewerten MediClin-Kliniken Ergebnisse auf unterschiedlichen Ebenen. Spezifische Instrumente zur Bewertung der Kernprozesse aus Klinik- oder Unternehmensperspektive sind neben den klassischen Reporting-Systemen im Personal-, Kosten- und Leistungsbereich:

- das unternehmensweite interne Auditsystem,
- die Erstellung von Qualitätsmanagement- oder Selbstbewertungen,
- Systeme zum Monitoring externer QS-Indikatoren
 - Akutbereich: QS-Monitor
 - Rehabilitation: RBS-Reporting,
- die systematische Ergebnismessung des Behandlungserfolgs,
- das systematische Monitoring von Schadensentwicklungen.

Für eine qualitative Beurteilung von Prozessen, Strukturen und Ergebnissen sind die Meinungen interner und externer Partner von wesentlicher Bedeutung. Die MediClin-weit eingesetzten Werkzeuge geben wichtige Impulse für die kontinuierliche Verbesserung medizinischer Dienstleistungen. Hierzu zählen insbesondere Patientenbefragungen mit konzernweitem Benchmarking, Mitarbeiterbefragungen, Zuweiserbefragungen und ein zentrales und dezentrales Beschwerdemanagement.



Die Ergebnismessung erfasst von der Medizin bis zur Haustechnik alle Unternehmensbereiche.

Internes Auditsystem

Durch die systematische Veranstaltung interner Audits (Verbesserungsgespräche), themenspezifischer Begehungen und externer Zertifizierungs- und Überwachungsaudits durch akkreditierte Zertifizierungsunternehmen bewertet die MediClin regelmäßig die Organisation und Qualitätsmanagementstrukturen der einzelnen Einrichtungen.

Die einrichtungsübergreifenden Audits dienen dazu, die Umsetzung festgelegter Arbeitsabläufe kontinuierlich zu hinterfragen und im Team nach Verbesserungspotenzialen zu suchen. Mit dem unternehmensweiten Auditsystem koordiniert die MediClin den klinikübergreifenden Austausch von Auditoren und ausgebildeten Fachkollegen. Dies trägt zur berufsgruppenübergreifenden Identifikation der Potenziale bei und unterstützt den Know-how-Transfer zwischen den Kliniken im Sinne eines „Best Practice“-Ansatzes. Jährlich werden alle zentralen Bereiche einer Einrichtung auditiert.

Monitoring externer Qualitätsindikatoren

Sowohl in den Krankenhäusern als auch in der medizinischen Rehabilitation liegen eine Reihe von Qualitätsindikatoren vor, deren kontinuierliche Überwachung Grundlage für eine Optimierung der medizinischen Behandlungsergebnisse ist.

Im Akutbereich wird die Überwachung der externen Qualitätsindikatoren (BQS) durch eine Software (QS-Monitor) unterstützt, die es dem

Anwender ermöglicht, zeitnah Auskunft über negative Entwicklungen definierter Indikatoren zu erhalten.

Über eine Ampelfunktion werden pro Leistungsbereich die Indikatoren tagesgleich ausgewertet und können nach definierten Basisverteilungen analysiert werden. Quartalsweise werden die BQS-Daten aller Leistungsbereiche zusätzlich ausgewertet und von zentraler Stelle auf Auffälligkeiten geprüft.

Auch für die Rehabilitationseinrichtungen gibt es in der MediClin einen Satz von Qualitätsindikatoren (RBS-System), der halbjährlich erhoben und überwacht wird. Diese Qualitätsindikatoren setzen sich aus mehreren Faktoren zusammen: Daten der externen Qualitätssicherungsprogramme der Rentenversicherung oder der Gesetzlichen Krankenversicherung, Leistungsdaten der Klinik, Ergebnisse aus externen Patientenbefragungen und aus dem Peer-Review-Verfahren, einem Beurteilungsverfahren zur Bewertung der Prozessqualität. Im halbjährlichen Zyklus sind die Qualitätsindikatoren in den Einrichtungen zu bewerten und entsprechende Maßnahmen bei kritischen Abweichungen einzuleiten.

Über standardisierte, elektronisch unterstützte Erhebungsverfahren messen Kliniken in der MediClin kontinuierlich den erzielten Behandlungserfolg. Die systematische Messung von abgestimmten Ergebniskriterien wird in den Kliniken der MediClin derzeit umfassend eingeführt. Damit kann beispielsweise ein Behandlungsansatz im gleichen Indikationsbereich einrichtungsübergreifend verglichen und

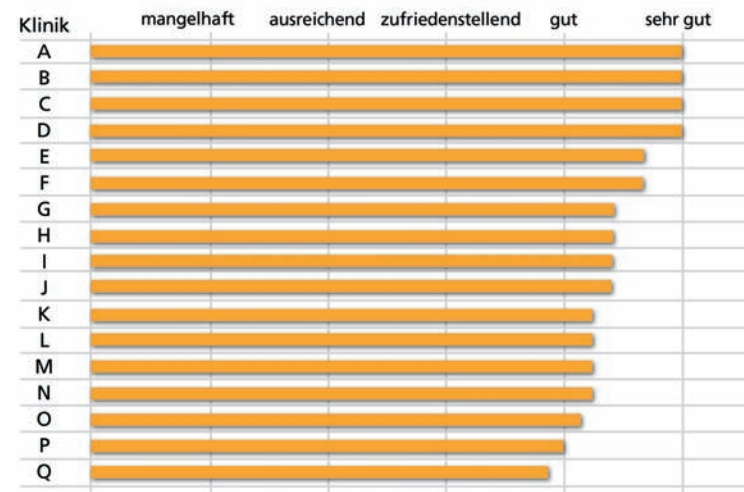
statistisch ausgewertet werden. Durch dieses Verfahren lässt sich der Erfolg von Behandlungsstrategien einrichtungsübergreifend vergleichen. Die Ergebnisse sollen wichtige Impulse für das interne Qualitätsmanagement und die Optimierung der Therapie- und Behandlungskonzepte geben. Darüber hinaus unterstützt die MediClin mit solchen Ergebnissen die individuelle Patientenversorgung, da sie sowohl dem Arzt als auch dem Patienten während des Behandlungszeitraums unmittelbare Rückmeldungen über den aktuellen Therapieverlauf und den erzielten Behandlungserfolg geben können.

Patientenzufriedenheit

Die Messung der Patientenzufriedenheit erfolgt in den Kliniken der MediClin sowohl über kostenträgerspezifische Erhebungsverfahren als auch über standardisierte interne Fragebögen, die extern ausgewertet werden. Im Rahmen der internen Patientenbefragungen ist jeder Patient aufgefordert, seine Meinung mittels eines spezifischen Fragebogens abzugeben. Bewertet werden – neben der allgemeinen Betreuung und Freundlichkeit sowie der Unterkunft und Verpflegung – die Kerndienstleistungen der Klinik: Aufnahme, Diagnostik, Therapie und pflegerische Betreuung.

Darüber hinaus beurteilt der Patient weitere klinikspezifische Aspekte, wie etwa Besuchszeitenregelungen, Wartezeiten oder die Verständlichkeit der ärztlichen Aufklärung. Die Befragungsdaten werden systematisch ausgewertet und allen MediClin-Kliniken quartalsweise zur Verfügung gestellt. Neben einer klinikspezifischen Auswertung erfolgt auch ein systematischer Vergleich zwischen MediClin-Kliniken. Dieser kann fachbereichsspezifisch sein – wie beispielsweise bei der Beurteilung der Ärztlichen Betreuung (siehe Abbildung) – oder fachbereichsübergreifend. Der systematische Vergleich eröffnet die Möglichkeit, vom Besten zu profitieren, und ist Motor für Verbesserungsinitiativen in den Einrichtungen.

Ranking: Ärztliche Betreuung Orthopädie



Durchschnittliche Beurteilung der ärztlichen Betreuung, Quelle: Interne Patientenbefragung 4. Quartal 2007 – Rehabilitationseinrichtungen, Fachbereich Orthopädie

Wissen bündeln und vermitteln

Die MediClin bündelt fachliches Wissen und Erfahrungen in medizinischen Fachgruppen – mit Schwerpunkt in der medizinischen/therapeutischen Leistungs- und Strategieentwicklung.

Die Mitglieder der Fachgruppen sind Chefärzte der entsprechenden Fachbereiche aus MediClin-Kliniken. Im Rahmen der Fachgruppenarbeit werden medizinische Fragestellungen diskutiert und bearbeitet, die für ein Fachgebiet oder eine Gruppe von MediClin-Einrichtungen von strategischer Bedeutung sind und gemeinsam umgesetzt werden können. Darunter fällt die Anpassung oder Entwicklung von Behandlungskonzepten sowie der Einsatz neuer Therapieverfahren oder die Abstimmung MediClin-spezifischer und leitliniengerechter Behandlungsstandards. Diskutiert und definiert werden auch Qualitätskriterien und Instrumente zur indikationsspezifischen und einheitlichen Ergebnismessung.

Die gemeinsame Bearbeitung medizinischer Fragestellungen fördert Synergien und bündelt Wissen und Kompetenz für die Sicherung und Weiterentwicklung des medizinischen oder therapeutischen Behandlungsangebots.

Für die Bereitstellung eines gezielten und auf die Bedürfnisse der Einrichtungen abgestimmten Fortbildungsangebotes wurde die MediClin-Akademie gegründet. Für folgende Themenschwerpunkte werden Seminare angeboten:

- Medizin und Medizincontrolling,
- Therapie und Pflege,
- Organisation, Kommunikation und Patientenorientierung,
- Qualitätssicherung/-management,
- EDV,
- Gesetzliche Grundlagen.

Für die Qualifikation von Mitarbeitern im Bereich Qualitätsmanagement gibt es ein Curriculum zur Vermittlung von Basiswissen. Darüber hinaus werden Seminare zum Auditwesen, zum Prozessmanagement, zur Erstellung klinischer Pfade oder zu Beschwerdemanagement angeboten. Weitere Plattformen bündeln und verteilen Wissen: Darunter fallen spezielle Arbeitsbereiche im Intranet der MediClin zu verschiedensten Themenschwerpunkten.

Weitere Informationen:

MediClin
Dr. Ralf Bürgy
Leiter der Abteilung Qualität, Organisation und Revision
Okenstraße 27
77652 Offenburg
www.mediclin.de

Der Originalbeitrag mit weiteren Abbildungen steht als PDF-Dokument auf der Webseite des BDPK zur Verfügung (www.bdpk.de -> Fachinformationen -> Qualität).

Die Artikelserie wird im Jahr 2009 im Magazin **f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus** fortgesetzt. Die hier zusammengestellten und die noch folgenden aktuellen Beiträge können Sie auch auf der Webseite des BDPK als PDF-Datei herunterladen:

www.bdpk.de -> Fachinformationen -> Qualität -> • Qualität in der Praxis: Klinik-Beiträge in der Zeitschrift **f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus**



Verantwortlich für den Inhalt im Sinne des Pressegesetzes:
BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
Friedrichstraße 60 · 10117 Berlin
Telefon (030) 240 08 99-0 · E-Mail: post@bdpk.de · www.bdpk.de
