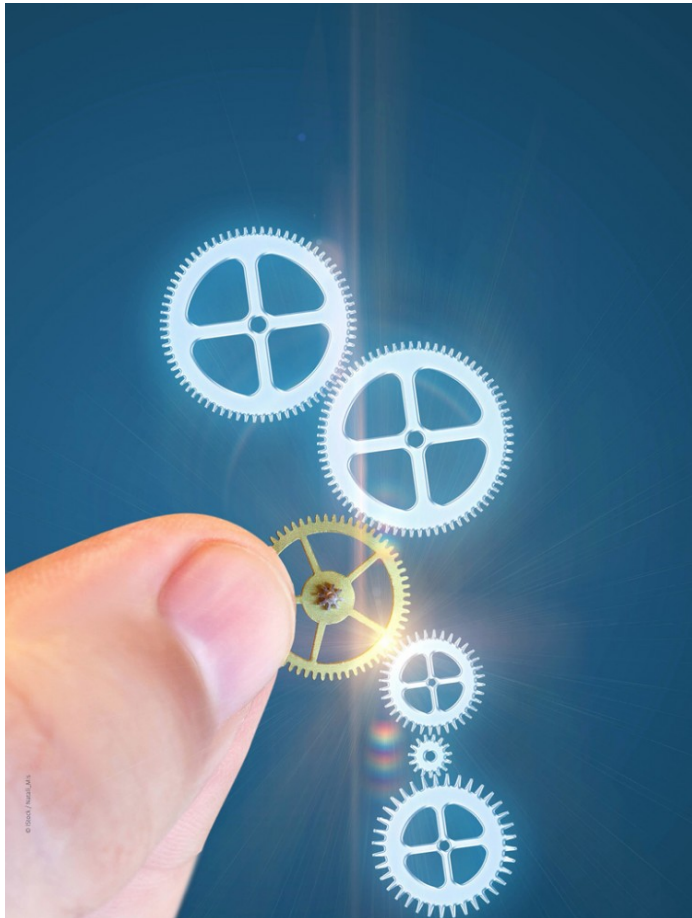


01.05.2017 Fachübergreifend

Erfolgsfaktoren für die chirurgische Fachabteilung

W. Hellmann



Ganzheitliche Umsetzung von Qualitätsmanagement, Risikomanagement und Qualitätssicherung

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ist Treiber für umfassende Bemühungen um Qualität. Viele Fragen zur Umsetzung bleiben aber offen. Was Qualität beinhalten soll, welche Qualitätskategorien sinnvollerweise einzubeziehen sind und welche Qualitätsindikatoren zum Tragen kommen sollen, bleibt vage. Nicht ausreichend beantwortet wurde auch die Frage, wie gute Qualität belohnt und schlechte Qualität sanktioniert werden soll [1]. Es ist deshalb geboten, Überlegungen anzustellen, die den Krankenhäusern Hilfestellung bei der praktischen Umsetzung von Qualität geben können. Nachfolgend wird ein neues Konzept für die Umsetzung von Qualität und Risikomanagement beschrieben. Es basiert auf einer neuen Sicht von Kundenorientierung

im Kontext einer multidimensionalen Qualitätsperspektive, eines ganzheitlichen Ansatzes von Risikomanagement und einer neuen Logik von Qualitätssicherung. Der Beitrag beschreibt das Gesamtkonzept und gibt praktische Hinweise zur Umsetzung auf Ebene der Fachabteilung.

Kundenorientierung neu denken!

Kunden im Krankenhaus sind nicht nur die Patienten. Daraus folgt die Notwendigkeit einer neuen Sicht von Kundenorientierung. Hier greift das Konzept Kooperative Kundenorientierung im Krankenhaus (KoKiK®) [2,3]. Es fokussiert auf folgende Aspekte:

- Kunden sind auch Mitarbeiter und Einweiser.

- Erfolgreiche Kundenorientierung setzt eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus voraus.

Vom Grundsatz her stehen die Patienten natürlich an erster Stelle. Ohne sie kann ein Krankenhaus nicht existieren. Nicht zu vernachlässigen sind aber auch Mitarbeiter und Kooperationspartner. Sie sind von wichtiger Bedeutung für eine gute Patientenversorgung. Nur motivierte Mitarbeiter werden Patienten angemessen versorgen. Ähnliches gilt für Kooperationspartner wie Einweiser. Für eine zielgerichtete Kundenorientierung ergibt sich somit die Frage: Welche Qualitätsziele wollen wir für unsere Kunden erreichen? Diese Frage muss in regelmäßigen Abständen gestellt werden. Die Bedürfnisse und Wünsche der einzelnen Kundengruppen ändern sich. Damit geht die Notwendigkeit der Formulierung modifizierter Qualitätsziele einher. Beispiel Mitarbeiter: Die junge Generation Y stellt alles auf den Kopf. Sie definiert Forderungen, die bei anderen Generationen nicht oder kaum berücksichtigt werden mussten. Die Qualitätsziele für diese Generation sind somit andere, als sie es für Vorgängergenerationen waren (Abb. 1).

Qualität für Patienten	Qualität für Mitarbeiter (Arbeitgeberqualität)	Qualität für Einweiser
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strukturqualität ▪ Prozessqualität ▪ Servicequalität ▪ Diagnostische Qualität ▪ Indikationsqualität ▪ Ergebnisqualität ▪ Patientensicherheit ▪ Patientenrechte ▪ Dialog- u. Fehlerkultur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Work Life Balance ▪ offene Karrierewege ▪ Weiterbildung ▪ kollegiale u. gesunde Führung ▪ Teamorientierung ▪ Transparenz ▪ moderne Technik ▪ Coaching 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gute Kommunikation ▪ Information ▪ Kümmern ▪ abgestimmte Therapie ▪ sektorenübergreifende Kooperation ▪ gemeinsame Schulungen ▪ Qualitätszirkel

Abb. 1: Qualitätsziele für wichtige Kundengruppen im demografischen Wandel und bei Fachkräftemangel

Qualität als multidimensionalen Ansatz definieren!

Die bisherige Sicht auf Qualität ist eher eindimensional auf die Ergebnisqualität ausgerichtet. Sie sollte durch eine multidimensionale Perspektive ersetzt werden, basierend auf dem Zusammenwirken unterschiedlicher Qualitätskategorien. Ergebnisqualität hat dabei ebenfalls zentral wichtige Bedeutung. Sie wird jedoch nicht in den Vordergrund gestellt und nicht ausschließlich an der medizinischen Expertise von Ärzten fest gemacht. Vielmehr wird sie als Endresultat definiert, in dem sich sehr verschiedene Qualitätskategorien und damit unterschiedliche Kompetenzen spiegeln (Abb. 2). Die medizinische Expertise ist nur eine davon, wenn auch diejenige von entscheidender Bedeutung.

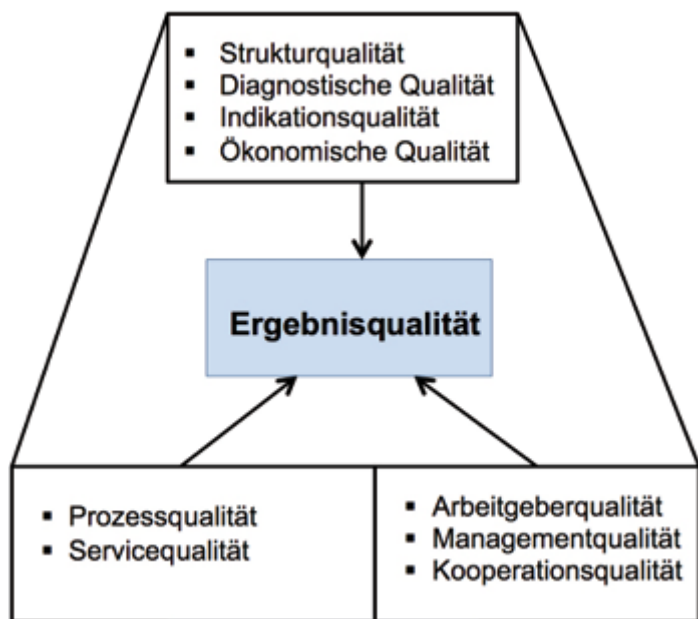


Abb. 2: Multidimensionale Qualität – Unterschiedliche Qualitätskategorien spiegeln sich in der Ergebnisqualität

PATIENTEN ORIENTIERTES Risikomanagement durch ganzheitlichen Ansatz ersetzen und Fehleinschätzungen vermeiden!

Risikomanagement macht sich bisher ebenfalls schwerpunktmäßig an Patienten fest. Ziel ist, Patientensicherheit zu gewährleisten, also Behandlungsrisiken zu minimieren und zu vermeiden. Diese Sicht ist vom Grundsatz her ebenfalls folgerichtig. Risikomanagement ist allerdings weitaus mehr als Patienten orientiertes Risikomanagement – PORISK © Prof. Dr. Wolfgang Hellmann (synonym: Klinisches Risikomanagement, Medizinisches Risikomanagement). Es muss weitere Risikokategorien wie Mitarbeiter orientiertes Risikomanagement – MORISK © Prof. Dr. Wolfgang Hellmann, Betriebswirtschaftliches Risikomanagement, Juristisches Risikomanagement und Business Continuity Management (BCM) bündeln und damit der Notwendigkeit eines ganzheitlichen Risikomanagementansatzes Rechnung tragen (Ganzheitliches Risikomanagement – GARISK © Prof. Dr. Wolfgang Hellmann) (Abb. 3).

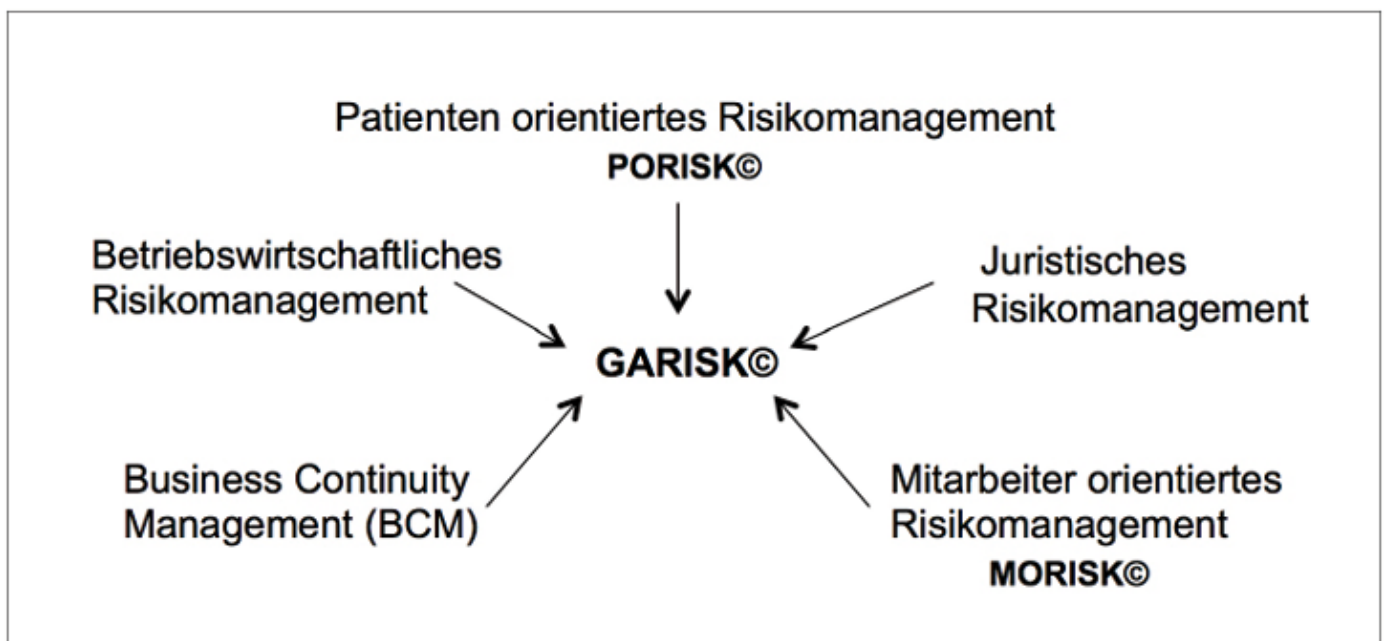


Abb. 3: Risikokategorien des ganzheitlichen Risikomanagements

Vor allem das BCM wird bisher nicht ausreichend berücksichtigt. Nachvollziehbar ist dies nicht. BCM ist ein wichtiges Werkzeug zur Regulierung plötzlicher und unerwartet auftretender Ereignisse. Deren Bewältigung bedarf der Möglichkeit eines sofortigen Zugriffs auf Maßnahmen zur Gegensteuerung. Es gilt also, „Handlungsoptionen auf Tasche zu haben“, z. B. beim plötzlichen Wegbrechen von Patienten oder Einweisern.

Neben den genannten Qualitätskategorien wird ein nachhaltiges Risikomanagement nicht auf die bekannten Instrumente von Risikomanagement verzichten können. Vermieden werden sollte jedoch eine Überschätzung von anonymen Fehlermeldesystemen. So ist beispielsweise CIRS kein Risikomanagementsystem, sondern nur eines von vielen Instrumenten des Risikomanagements. Wenig empfehlenswert ist deshalb, im Marketing den Eindruck erwecken zu wollen, es sei ein Risikomanagementsystem vorhanden (Marketing muss halten, was es verspricht!). Ebenfalls nicht sinnvoll ist eine Überschätzung häufig propagierter Instrumente des Risikomanagements. Die Mehrzahl dieser Instrumente ist retrospektiv orientiert (z. B. Schadensanalysen im Kontext von einschlägigen Datenbanken). Sie haben (ergänzend) durchaus ihren Wert, nützen aber den sie offerierenden Beratungsunternehmen häufig mehr als dem Krankenhaus. Es empfiehlt sich deshalb immer eine Kosten-Nutzen-Analyse.

Qualitäts-, Risikomanagement und Qualitätssicherung in einem übergreifenden Ansatz bündeln!

Risikomanagement sollte prospektiven Ansätzen folgen. Dies ist im Kontext eines integrativen Qualitätsansatzes möglich (Risikomanagement als Teil des Qualitätsmanagements). Konkret bedeutet dies, dass zunächst bestmögliche Ergebnisqualität auf Grundlage multidimensionaler Qualität gesichert wird. Ist dies der Fall, kann Risikomanagement greifen. Resultat ist eine hohe Qualität, die in Form qualitativ hochwertiger Behandlungsdaten in der externen Qualitätssicherung ankommt. Damit ist die externe Qualitätssicherung nicht mehr ein „eher abstraktes Einzelkonzept“ mit retrospektivem Charakter, sondern integrierter Bestandteil eines Gesamtkonzepts für mehr Qualität. Dazu steht nicht im Widerspruch, dass nachhaltiges Risikomanagement am besten durch ein Bündel von prospektiven und retrospektiven Konzepten gesichert werden kann.

Verantwortlichkeit für das Qualitätsmanagement auf eine fundierte Basis stellen!

Hinweise zu mehr Verantwortlichkeit der Fachabteilung im Qualitätsmanagement werden häufig von Ärzten mit Argwohn betrachtet. Argumentiert wird vor allem mit der ohnehin kaum zu bewältigenden Arbeitsdichte, auch im Kontext von immer mehr Aufgaben, die mit der eigentlichen Patientenversorgung nichts zu tun haben. Dies ist wahr. Richtig ist aber auch, dass viele Ärzte zunehmend aufwändige Qualitätsmanagementsysteme nicht mehr für sinnvoll erachten [4]. Infrage gestellt wird vor allem ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis. Andererseits wird argumentiert, dass Ärzte selbst bestimmen können müssten, wie sie Qualität definieren und umsetzen. Letztere Auffassung wird vom Autor geteilt. Qualitätsmanagement muss vorrangig Aufgabe der Fachabteilung sein. Hier erwartet der Patient hohe Versorgungs- und Servicequalität. Dies steht nicht im Widerspruch zu einer engen Zusammenarbeit mit einem evtl. vorhandenen leistungsstarken zentralen Qualitätsmanagement. Keinesfalls darf aber ein Zustand erreicht werden, der zunehmend Krankenhäuser kennzeichnet. Eine gute Zusammenarbeit zwischen zentralem Qualitätsmanagement und Fachabteilung ist nicht mehr gegeben, die Bemühungen des zentralen Qualitätsmanagements werden ignoriert. Ergebnis ist, dass der notwendige kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) zum Nachteil von Patienten ausbleibt. Die Sicherstellung bestmöglicher Qualität wird dadurch nur noch schwer möglich.

Qualitätsmanagement auf Abteilungsebene ganzheitlich umsetzen!

Die Gewährleistung von exzellenter Qualität für die verschiedenen Kundengruppen ist essentiell für das Überleben der Fachabteilung im Wettbewerb. Beispielhaft wird hier auf das Anstreben von bestmöglicher Ergebnisqualität für Patienten in Zusammenhang mit der Entwicklung von Klinischen Pfaden eingegangen (Abb. 4).

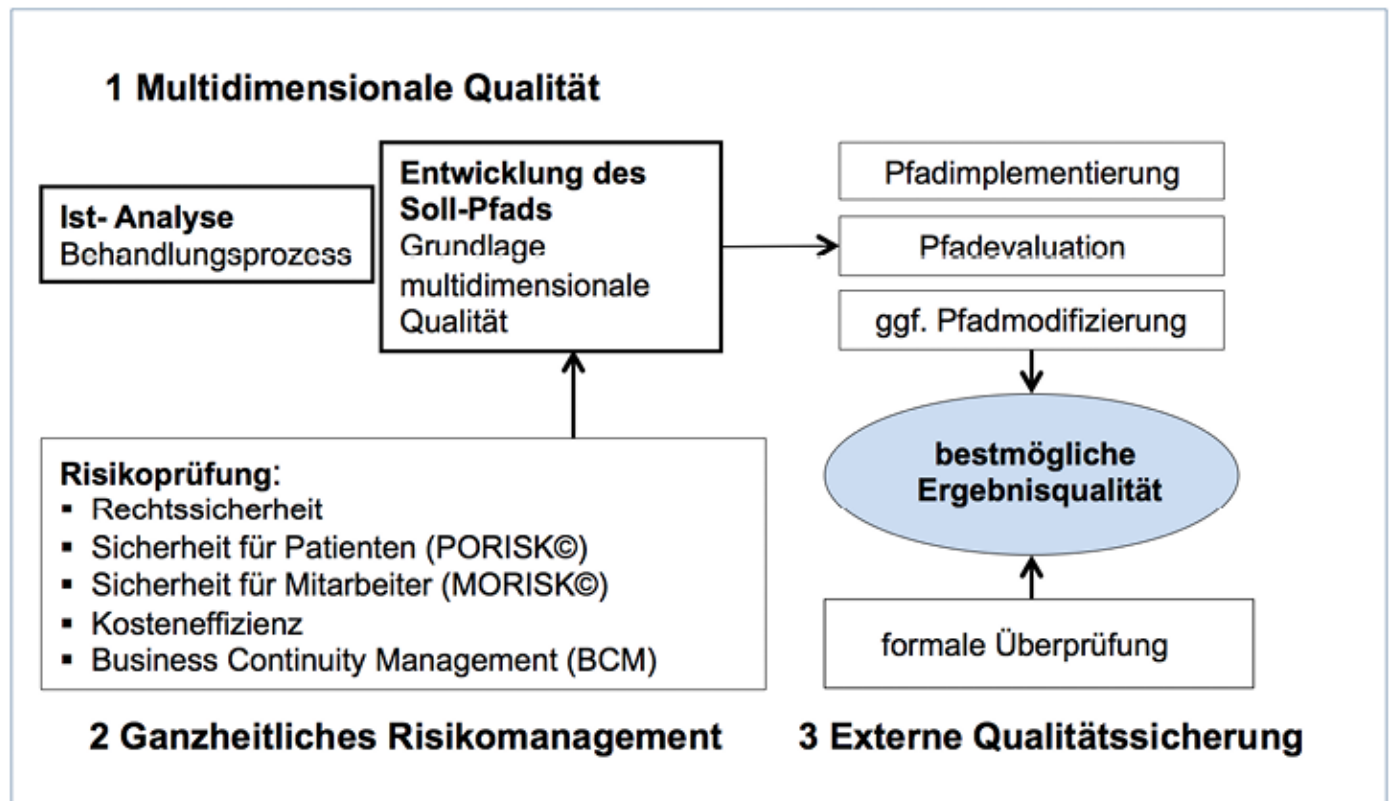


Abb. 4: Qualitäts- und Risikomanagement im Kontext externer Qualitätssicherung als prospektiver Gesamtansatz für mehr Qualität im Krankenhaus (Beispiel Klinischer Pfad)

Wie die Abbildung zeigt, greifen ineinander:

- multidimensionale Qualität zur Herstellung guter Ergebnisqualität,
- ganzheitliches Risikomanagement zur Identifizierung von Schwachstellen im Behandlungsprozess und zur weiteren Qualitätssteigerung,
- Qualitätssicherung als formales Instrument zur Qualitätsüberprüfung.

Das entsprechende Procedere lässt sich vom Grundsatz her auf jeden Behandlungsprozess anwenden. Es ist somit von der Entwicklung Klinischer Pfade völlig unabhängig.

Am Ende steht ein bestmögliches und „risikoprüftes“ Behandlungsergebnis. Die darauf bezogenen qualitativ hochwertigen Daten werden anschließend in der externen Qualitätssicherung „formal“ überprüft. Aufgrund der hohen Datenqualität werden hier eher selten Auffälligkeiten identifizierbar. Ein anschließender strukturierter Dialog wird damit nur in Ausnahmefällen erforderlich. Externe Qualitätssicherung erhält damit einen anderen Stellenwert als bisher. Sie ist integrierter Anteil eines ganzheitlich orientierten Qualitätskonzeptes. Im Gegensatz zu ihrer bisherigen Logik (retrospektive Wirksamkeit) ist sie somit nicht isoliert retrospektiv angelegt, sondern Teil eines prospektiven Gesamtansatzes.

Wichtige Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung eines Gesamtkonzepts Qualität

Erfolgreiches Qualitätsmanagement setzt ein ärztliches Rollenverständnis voraus, das mit den Erfordernissen neuer Patienten- und Mitarbeiterklientele kompatibel ist. So erfordern „mündige“ Patienten eine dialogische Betreuung auf gleicher Augenhöhe. Die für das Krankenhaus zunehmend wichtige Generation Y erwartet besondere Formen der Führung, breiten Zugang zu den neuen Informationstechnologien und offene Karrierewege. Teamorientierung des leitenden Arztes und nicht autoritäre Führung sind das Gebot der Stunde. Zwingend ist auch die Optimierung der vielerorts defizitären Zusammenarbeit zwischen Leitenden Ärzten und Geschäftsführungen. Möglich ist dies durch die Förderung persönlicher Fähigkeiten unter Einbeziehung von Fortbildungen zur Vermittlung von Managementkompetenzen [5] oder auch strukturelle Veränderungen, die der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen förderlich sind (z. B. Klinische Pfade, Safety Clips oder interdisziplinäre Behandlungszentren).

Ausblick

Der Beitrag stellt ein neues Konzept zur Verankerung von Qualität im Krankenhaus vor. Zugrunde liegt ein integratives Konzept aus multidimensionaler Qualität und ganzheitlichem Risikomanagement im Kontext eines neuen Verständnisses von Qualitätssicherung. Dieser Ansatz ist neu. Er verlässt die bisherige strenge (primäre) Fokussierung auf die Ergebnisqualität, die relativ einseitige Orientierung auf am Patienten orientiertes Risikomanagement und die retrospektive Ausrichtung von Qualitätssicherung zugunsten eines insgesamt prospektiven Ansatzes.

Literatur

[1] Hellmann, W. (2016): Qualitätsmängel in deutschen Krankenhäusern- Neue Sicht auf Qualität und Qualitätssicherung ist unverzichtbar. Handbuch Integrierte Versorgung, 50. Aktualisierung medhochzwei-Verlag, Heidelberg

[2] Hellmann, W. (2016): Kooperative Kundenorientierung im Krankenhaus. Ein wegweisendes Konzept für mehr Qualität. Kohlhammer, Stuttgart

[3] Hellmann, W. (2016): Kooperative Kundenorientierung- Ein Weg zu mehr Qualität im Krankenhaus. das Krankenhaus 10, S. 865-870

[4] Costa, S.-D. (2014) : Nicht zum Nutzen der Patienten. Deutsches Ärzteblatt 38, A 1556 -1557

[5] Hellmann, W. (Hrsg.): (2016): Herausforderung Krankenhausmanagement. Studienprogramm absolvieren- Klinisches Management erfolgreich gestalten. Hogrefe, Bern

Hellmann W. Erfolgsfaktoren für die chirurgische Fachabteilung. Passion Chirurgie. 2017 Mai, 7(05): Artikel 03_03.

Autor des Artikels



Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann

Leiter Studienprogramm

Medical Hospital Management für leitende Ärztinnen und Ärzte

Hochschule Osnabrück

Junkerngarten 15

30966 Hemmingen

[> kontaktieren](#)