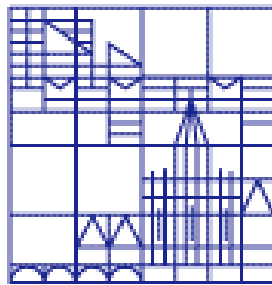


Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus -
Wege zur Implementierung nach dem Qualitätsmodell der
European Foundation for Quality Management (EFQM) unter
den besonderen Bedingungen kleinerer Krankenhäuser der
Grundversorgung am Beispiel des Operationsbereiches

Diplomarbeit



Universität Konstanz

Rechts-, Wirtschafts- und Verwaltungswissenschaftliche Sektion
Fachbereich Verwaltungswissenschaft

Erster Gutachter: Prof. Dr. Klaus Simon

Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Paul Swertz

Eingereicht von:

Steffen Rötzer
Matrikel Nr. 01/361258
11. Fachsemester

Konstanz, im Oktober 2000

Vorwort des Verfassers

Die deutsche Krankenhauslandschaft ist durch neue gesetzliche Rahmenbedingungen und einem zunehmenden Wettbewerbsdruck einem weitreichenden Wandlungsprozeß unterworfen. Diejenigen Einrichtungen, die sich frühzeitig den neuen Anforderungen stellen, werden bessere Chancen haben, dem Konkurrenzdruck Stand zu halten, und für sich einen festen Platz in dem zukünftigen – mit Sicherheit ausgedünnten – Gesundheitsmarkt zu sichern.

Im Zuge der Reformmaßnahmen wird der Begriff „Qualitätssicherung“ häufig - fälschlicherweise - auf kostenreduzierende Maßnahmen zu Lasten der Mitarbeiter und der Patienten, oder auf ungerechtfertigte Dokumentationserweiterungen angewendet – also auf Maßnahmen der Qualitätsminderung. Dieser Arbeit liegen daher die Gedanken zugrunde, daß eine einseitige Betrachtung der Kosten die Qualität mindert, eine umfassende Qualitätssicherung jedoch zu Kosteneinsparungen führen wird, und daß die Qualität einer Krankenhausleistung letztendlich am Nutzen für den Patienten zu bemessen ist. Unter den Mitarbeitern findet sich häufig ein großes Potential an innovativen Ideen, Verbesserungsvorschlägen oder Kritikpunkten. Nur fehlt es oft an dem Mut der übergeordneten Instanzen, diese Potentiale zu akzeptieren, aufzunehmen und umzusetzen. Die Mitarbeiterorientierung soll daher ein weiterer Leitgedanke dieser Arbeit sein.

Der Versuch einer umfassenden Behandlung des Begriffes „Qualitätsmanagements“ im Krankenhaus muß in dem eng umgrenzten Rahmen einer Diplomarbeit scheitern. Mein Anliegen war, einen offenen Maßnahmenkatalog für die innovative Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems zu erarbeiten, der im Zusammenhang mit weiteren Instrumenten und Methoden des Qualitätsmanagements steht.

Das Gelingen dieser Arbeit wäre ohne die Mitarbeiter des Krankenhauses Radolfzell nicht in dieser Form möglich geworden. Stellvertretend für sie bedanke ich mich herzlich bei Herrn Hülsebusch, Herrn Dr. Bornholdt, Frau Hafner und Herrn Dr. Teufel.

Bei der Themenwahl und der Planung dieser Arbeit konnte ich durch Herrn Professor Dr. Paul Swertz stets eine freundliche Unterstützung erfahren. Für seine Geduld habe ich an dieser Stelle zu danken. Mein weiterer Dank gilt der Familie Stock, für ihre großzügige technische Unterstützung, sowie meiner Schwiegermutter, für ihr geduldiges Korrekturlesen.

Ein herzliches Dankeschön gilt meiner Familie: besonders meinen Eltern, ohne deren jahrelanger Einsatz der Weg bis zu dieser Arbeit nicht zu bewältigen gewesen wäre; meinen Schwiegereltern, für ihre vielfältige Unterstützung; meiner Frau, die mir stets den Rücken freigehalten und mir Motivation gespendet hat.

Konstanz, im Oktober 2000

Für Hanni und Johanna

Inhaltsverzeichnis

VORWORT DES VERFASSERS.....	I
INHALTSVERZEICHNIS	III
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	V
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VI
1 EINLEITUNG.....	1
1.1 PROBLEMSTELLUNG	1
1.2 FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG	4
1.3 AUFBAU DER ARBEIT (LEITFADEN).....	5
1.4 METHODISCHES VORGEHEN (EMPIRISCHER TEIL).....	6
2 STRUKTUREN UND RAHMENBEDINGUNGEN DER OPERATIONSABTEILUNG.....	9
2.1 DAS KRANKENHAUS ALS ARBEITSUMFELD.....	9
2.2 GESETZLICHE UND WIRTSCHAFTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	14
2.3 ERWEITERTER KUNDENKREIS	20
2.4 CHARAKTERISTIKA VON OP-ABTEILUNGEN.....	23
2.5 OP-MANAGEMENT	28
3 TOTAL QUALITY IN DER OPERATIONSABTEILUNG	34
3.1 DER QUALITÄTSBEGRIFF IM KRANKENHAUS	34
3.1.1 <i>Begriffsbestimmung</i>	34
3.1.2 <i>Qualitätskriterien und Standards</i>	40
3.1.3 <i>Qualitätsmessung (Monitoring)</i>	47
3.1.4 <i>Qualitätsbeurteilung (Assessment)</i>	48
3.1.5 <i>Qualitätssicherung (Improvement)</i>	50
3.2 TOTAL QUALITY MANAGEMENT (TQM).....	60
3.2.1 <i>Das TQM-Konzept</i>	60
3.2.2 <i>Risk-Management</i>	63
3.2.3 <i>Beschwerdemanagement</i>	65
3.2.4 <i>Kulturentwicklung</i>	67
3.2.5 <i>Die Schnittstellenanalyse</i>	69
3.2.6 <i>Projektverlauf des TQM</i>	72
3.3 EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG	73
3.3.1 <i>Begriffsbestimmung</i>	73
3.3.2 <i>Medizinischer Leistungsvergleich</i>	76
3.3.3 <i>Krankenhaus Betriebsvergleich</i>	78
3.3.4 <i>Benchmarking</i>	80
3.3.5 <i>Gesamtkonzept</i>	81

3.4	ZERTIFIZIERUNG UND AKKREDITIERUNG	83
3.4.1	<i>Zertifizierungsverfahren im Krankenhauswesen</i>	83
3.4.2	<i>Die DIN EN ISO Normenreihe</i>	86
3.4.3	<i>Das KTQ-Verfahren</i>	90
3.4.4	<i>Das EFQM-Modell</i>	94
3.4.5	<i>Health Promoting Hospitals HPH</i>	99
3.4.6	<i>Diskussion</i>	101
4	EFQM-KRITERIENMODELL EINER OP-ABTEILUNG	106
4.1	AUFBAU DES MODELLS	106
4.2	DAS FUNDAMENT "GEISTESHALTUNG"	107
4.3	KRITERIEN DER BEFÄHIGER	108
4.3.1	<i>Kriterium "Führung"</i>	108
4.3.2	<i>Kriterium "Politik und Strategie"</i>	112
4.3.3	<i>Kriterium "Mitarbeiterorientierung"</i>	116
4.3.4	<i>Kriterium "Ressourcen"</i>	121
4.3.5	<i>Kriterium "Prozesse"</i>	125
4.4	KRITERIEN DER ERGEBNISSE	129
4.4.1	<i>Kriterium "Kundenzufriedenheit"</i>	129
4.4.2	<i>Kriterium "Mitarbeiterzufriedenheit"</i>	132
4.4.3	<i>Kriterium "Gesellschaftsbezogene Ergebnisse"</i>	135
4.4.4	<i>Kriterium "Geschäftsergebnisse"</i>	137
4.5	FAZIT DER EFQM-ANWENDUNG	139
5	DAS MODUL „PROZESSQUALITÄT“ IN DER PRAXIS.....	141
5.1	BEGRÜNDUNG EINER EINZELFALLANALYSE	141
5.2	EINFÜHRUNG IN DAS FALLBEISPIEL.....	142
5.3	VORGEHEN	143
5.4	RESULTATE.....	144
5.5	SCHLUßFOLGERUNG (EMPIRISCHER TEIL)	152
6	SCHLUßBETRACHTUNG	154
6.1	SCHLUßWORT UND THESEN	154
6.2	ZUSAMMENFASSUNG	157
7	LITERATUR	158
8	ANHANG	169

Abkürzungsverzeichnis

ÄD	Ärztlicher Dienst
AiP	Arzt im Praktikum
AN	Anästhesie
ASA	American Association of Anesthesists
BAT	Bundesangestelltentarif
BGA	Bundesgesundheitsamt
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BpflV	Bundespflegesatzverordnung
CH	Chirurgie
DIN	Deutsches Institut für Normung
DGQ	Deutsche Gesellschaft für Qualität
DKG	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft
EFQM	European Foundation for Quality Management
EQA	European Quality Award
FKD	Funktionsdienst
FP	Fallpauschalen
GGmbH	gemeinnützige GmbH
GKV	Gesetzliche Krankenversicherungen
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GZF	Gleichzeitigkeitsfaktor der Besetzung
HNO	Hals-Nasen-Ohren Abteilung
ICD	Internationale Klassifikation der Diagnosen
ICPM	Internationale Klassifikation der Prozeduren der Medizin
ISO	International Standardisation Organization
JCAHO	Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organization
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MPG	Medizinproduktegesetz
MTD	Medizinisch-technischer Dienst
MB	Medizinischer Bedarf
NOG	Neuordnungsgesetz
OAS	OP-Anreizsysteme
OP	Operation
OPZ	Operationszeit
PD	Pflegedienst
PDCA – Zyklus	Plan-Do-Check-Act - Zyklus
PJ	Praktisches Jahr (der ärztlichen Ausbildung)
PR	Public Relations
QM	Quakitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
QZ	Qualitätszirkel
SE	Sonderentgelte
SGB	Sozialgesetzbuch
TQM	Total Quality Management
WHO	World Health Organization
ZEK	Zwischenfälle, Ereignisse, Komplikationen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Wesentliche Arbeitspakete des Projekts.....	6
Abbildung 2	Die tragenden Säulen im Krankenhaus: Ärzte, Pflege und Verwaltung	11
Abbildung 3	Beispiel eines Zielsystems:.....	35
Abbildung 4	Qualitätsdimensionen nach A. Donabedian	36
Abbildung 5	Qualitätsbegriff nach Schlüchtermann	37
Abbildung 6	Explizite und implizite Standards	43
Abbildung 7	Schrittweise, kontinuierlicher Lernprozeß nach W. Edwards Deming	52
Abbildung 8	Qualitätskategorien nach Donabedian und Qualitätsregelkreise	53
Abbildung 9	Qualitätsmanagement nach Selbmann.....	54
Abbildung 10	Zusammenhang zwischen Qualitätssicherung und Forschung	55
Abbildung 11	Herkömmliche Organisationsstruktur des Qualitätsmanagements.....	57
Abbildung 12	Herkömmliche QM-Konzeption.....	57
Abbildung 13	QM als Matrixorganisation, Modell des Kantons Hospital St. Gallen (KSSG)....	57
Abbildung 14	Aspekte der TQM-Philosophie.....	60
Abbildung 15	Umsetzungsmodell der Zwischenfallerfassung	63
Abbildung 16	Beschwerdemanagement-Prozeß.....	65
Abbildung 17	Struktur der Entwicklung einer Unternehmenskultur.....	68
Abbildung 18	Schnittstellenstruktur einer OP-Abteilung	69
Abbildung 19	Definierte Schnittstellen-Analyse-Ebenen nach Feuerstein.....	70
Abbildung 20	Krankenhausinterne Dimensionen externer Qualitätssicherung	73
Abbildung 21	Gesamtkonzept eines Krankenhausvergleiches.....	81
Abbildung 22	Datennachfrage im Krankenhausvergleich.....	82
Abbildung 23	Das QM-Modell der Norm DIN EN ISO 9001:2000	89
Abbildung 24	Qualitätsmanagement-Modell nach KTQ-Methodik.....	92
Abbildung 25	Das EFQM-Modell für Excellence.....	94
Abbildung 26	Die RADAR-Logik der Selbstbewertung nach EFQM	97
Abbildung 27	Kriterienmatrix aus den Modellen der HPH und der EFQM	100
Abbildung 28	Modellaufbau der EFQM-Anwendung	106
Abbildung 29	Kontingent-Verteilung des OP-Bereiches	144

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Alle Ziele des Gesundheitswesens münden in den einen Begriff: "Qualität". Seit dem 1. Januar 2000 ist in der Bundesrepublik Deutschland Qualitätssicherung sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Krankenhausversorgung gesetzlich vorgeschrieben. Hierzu heißt es in der Fassung nach Inkrafttreten des Gesundheits-Struktur-Gesetzes (GSG) in § 135a Sozialgesetzbuch (SGB) V:

„(1) Die Leistungserbringer sind zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
(2) ... Zugelassene Krankenhäuser ... sind nach Maßgabe der §§136a, 137 ... verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. Zugelassene Krankenhäuser ... sind nach Maßgabe der §§ 137 ... verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“

Damit hat sich die Situation für die Qualitätssicherung im Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entscheidend verändert. Vor Verabschiedung des „Gesundheitsreformgesetzes“ waren die zahlreichen Aktivitäten zur Qualitätssicherung gekennzeichnet durch freiwillige Teilnahme sowie die Beschränkung auf einzelne Fachdisziplinen. Diese Beschränkungen sind mit der neuen gesetzlichen Vorgabe aufgehoben. Als Bezugsgröße der Qualitätssicherung gelten nun die Krankenhäuser als Ganzes.

Die bisher ausgebliebene Konkretisierung von seiten des Gesetzgebers, wie ein Qualitätsmanagementsystem explizit gestaltet werden soll, eröffnet den Krankenhäusern die Chance, eigene Innovationspotentiale zu mobilisieren, mitarbeitergerechte Lösungen zu suchen und in einem europäischen Markt von Erfolgskonzepten eine aktive Rolle einzunehmen. Die Krankenhausorganisation, die nicht durch aktives Gestalten auf die neuen Qualitätsanforderungen reagiert, wird sich bald durch extern vorgegebenen Zwangsmaßnahmen in einer Defensivposition wiederfinden. Hier gilt die Devise: „Wer die Zukunft nicht beherrscht, wird durch die Zukunft beherrscht“ (Kottmann 1993).

Durch das Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde in §17b durch die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems zum 31.01.2003 neben dem Qualitätsgedanken auch das Leistungsprinzip für Krankenhäuser verankert. Dies soll in Form eines durchgängigen, leistungsorientierten, pauschalierten und DRG¹-basierenden Vergütungssystems verwirklicht werden. Für nachweisbare Besonderheiten eines Standortes in Bezug auf Strukturbedingungen und den case-mix² sind vom Gesetzgeber Zu- und Abschläge vorgesehen. Hierzu heißt es in der Fassung nach Inkrafttreten des Gesundheits-Struktur-Gesetzes (GSG) in § 17b S. 1 Krankenhausgesetz (KHG):

„(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem einzuführen; ... Das Vergütungssystem hat Komplexität und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. ...“

Diese Entwicklung zwingt die Krankenhäuser zur Einführung transparenter Leistungsprozesse. Erst wenn die tatsächlichen Fallkosten der Patientenversorgung ermittelbar werden, können den pauschalierten Entgelten tatsächliche Bedarfsgrößen gegenübergestellt werden. Die Vorkalkulation von Behandlungsfällen wird ein wichtiger Baustein für das Controlling im Krankenhaus werden. Denn auch für die Krankenhausfinanzen gilt: „Wer sich nur im Rückspiegel davon überzeugt, fehlerfrei gefahren zu sein, der baut irgendwann einen Crash“ (Jäger 2000). Ein effizienter und effektiver Behandlungsverlauf wird sich in Zukunft kostengünstig für das Krankenhaus auswirken. Dies stellt eine neue Herausforderung für das Krankenhausmanagement dar.

Die zeitnahe, kontinuierliche und entscheidungsorientierte Bereitstellung von Informationen über das Versorgungsgeschehen im Krankenhaus und deren Verwendung für einen kontinuierlich zu optimierenden Behandlungs- und Pflegeprozeß - auch unter ökonomischen Gesichtspunkten - gewinnt für das einzelne Krankenhaus mehr denn je an Bedeutung (Niemann et al. 1996, S. 451). „Wer nicht weiß, wo seine Leistung verbesserungsbedürftig ist, kann die Mängel auch nicht abstellen“. Dieser Hinweis mag in diesem Zusammenhang sehr trivial anmuten, die mit qualitätssichernden Maßnahmen verbundene Problematik wird jedoch hierdurch deutlich.

¹ Diagnosis Related Groups: homogene Patientengruppen zur Zuordnung pauschalierter Entgelte

² Unterschiedliche Patientengruppen in Bezug auf Morbidität, Nebendiagnosen, Altersstruktur, Sozialstatus

Der bisher erreichte Entwicklungsstand von Qualitätsmanagement (QM) im Krankenhaus weist vor diesem Hintergrund Defizite auf. Die Integration von Effektivität und Effizienz ist bislang noch unzureichend, da nur isoliert entweder die Effektivität oder die Effizienz von Leistungen betrachtet wird (Niemann 1995). Demzufolge wird die höchste Entwicklungsstufe des QM - Total Quality Management (TQM) - nur von wenigen Krankenhäusern aufgegriffen (DKG 1994). Erforderlich ist ein QM im Krankenhaus, das beides integriert. Dabei „sind Sparen und Qualitätssicherung kein Gegensatz“³. Dieses Prinzip ist heute anerkannt, nur fehlt es oft an Werkzeugen zur Umsetzung (Seyfahrt et al. 1999, S. 856).

Das Krankenhaus bildet die Spitze der Versorgungshierarchie im deutschen Gesundheitswesen. Es ist ein Ort der Hochleistungsmedizin oder auch "Extremmedizin". In dieser Funktion ist es kapital- und personalintensiv, verursacht einen hohen allgemeinen Aufwand und wird mit hohen Erwartungen konfrontiert (Feuerstein 1993, S. 41). Der Dienstleister Krankenhaus ist ein Mikrokosmos aus Teileinheiten (evtl. Profitcentern), die sich meist in Abhängigkeit anderer teilautonomer Einheiten befinden. Durch die Leistungsverdichtung im Krankenhaus (Verkürzung der Liegedauer, hohe Bettenauslastung, erhöhte Fallzahl, reduziertes Budget) wird der Operationsbereich (OP) als größter Kostenblock der Patientenbehandlung zunehmend zum Nadelöhr (Boeden et al. 1998, S.407).

Die operative Versorgung von Patienten stellt einen zentralen Teilbereich in der komplexen Versorgungskette eines Krankenhaus dar. Koordinationsdefizite innerhalb der OP-Abteilung strahlen häufig auf vor- bzw. nachgelagerte Versorgungsbereiche im Krankenhaus aus (Samson 1998, S. 403)⁴. Hier, wo Fachabteilungen, Arbeitsbereiche und unterschiedliche Berufsgruppen ihre Schnittstelle haben, ist erfahrungsgemäß das Potential für Reibungsverluste - und damit für Verbesserungen - immens. Aus ökonomischer Perspektive betrachtet, wird das Umsatzvolumen der Operationsabteilung und somit die finanziellen Auswirkungen von Organisationsdefiziten gerne unterschätzt (Holzäpfel et al. 1997, S. 34).

Auf der Suche nach Antworten auf die Frage, wie ein Krankenhaus den gestiegenen Anforderungen an seine Qualitätssicherung gerecht werden kann, soll die OP-Abteilung daher im Mittelpunkt der Betrachtungen dieser Arbeit stehen. Aufgrund der dargelegten Neuheit des hier zu behandelnden Themenbereiches kann nur auf wenig Literatur zurückgegriffen werden. Den Schwerpunkt der Literaturrecherche bilden daher - ergänzend zu der Basisliteratur - Aufsätze der Krankenhausbezogenen Fachzeitschriften⁵.

³ Horst Seehofer, 1993, ehem. deutscher Bundesgesundheitsminister, CSU-Politiker

⁴ Fallbeispiel Zentralkrankenhaus Bremen Nord, vorgestellt von Gronemeyer, Ralf im April 1998

⁵ Krankenhausumschau (ku), Das Krankenhaus, Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f&w) - 1997-2000 u.a.

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Der Grundgedanke der vorliegenden Arbeit soll primär nicht der Frage folgen, wie Qualität gemessen werden kann, sondern der Frage, *welche Maßnahmen eine Krankenhausorganisation ergreifen muß, um die Voraussetzung für gute Ergebnisse zu schaffen*. Dabei soll das Ziel nicht das Erreichen von Qualitätsvorgaben oder die Einhaltung bestehender Normen, Standards und Richtlinien sein, sondern es sollen Wege hin zu einem Qualitätsprozeß eröffnet werden, mit dem Bestreben nach Business Excellence⁶ im Krankenhaus.

Nach einer Einführung in den Untersuchungsgegenstand „OP“ wird untersucht werden, *welche Instrumente der Qualitätssicherung für das Streben nach Business Excellence im Krankenhauswesen derzeit zur Verfügung stehen*. In einem weiteren Schritt soll untersucht werden, *worin sich die wesentlichen Konzepte zur Qualitätsbewertung unterscheiden und welches für die Anwendung in OP-Abteilungen besonders geeignet erscheint*. Sollte eine Auswahl in Bezug auf dieses Ziel möglich werden, so wird das erwählte Qualitätsmodell auf seine Anwendbarkeit in der OP-Abteilung hin überprüft werden.

Für diese praktische Anwendung soll untersucht werden, mit welchen Kriterien das Wahlmodell arbeitet, inwieweit diese sich auf eine OP-Abteilung operationalisieren lassen und ob sich aus der Anwendung heraus Vorschläge für eine Modellmodifikation ableiten lassen. Eine empirische Untersuchung in einem Beispielkrankenhaus soll Aufschluß darüber geben, *was einen erfolgreichen Einstieg in ein umfassendes Qualitätsmanagement in einer OP-Abteilung charakterisiert und mit welchen Widerständen dabei zu rechnen ist*.

Im Bereich der Qualitätssicherung im Krankenhaus gibt es eine große Zahl erwähnenswerter Bemühungen, eine Vielzahl von erfolgversprechenden Ansätzen und eine große Variation an praktikablen Modellen, Teilmodellen und Modellverknüpfungen, deren vollständige Erwähnung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Ziel der Arbeit ist es daher nicht, ein Qualitätskonzept als Musterlösung zu präsentieren. Vielmehr soll der Praktiker dazu ermuntert werden, sich auf dem Qualitätssektor verstärkt zu engagieren. Des weiteren sollen ihm Hilfen zur Hand gegeben werden, Qualitätsmodelle für seine Krankenhausorganisation zu bewerten, anzupassen und anzuwenden. Denn „die bessere Lösung kommt von innen!“ (Holzäpfel et al. 1997).

⁶ überragende Praktiken beim Erzielen von Ergebnissen mit Hilfe der Grundkonzepte Ergebnisorientierung; Kundenorientierung; Führung und Zielkonsequenz; Management mit Prozessen und Fakten; Mitarbeiterentwicklung und –beteiligung; kontinuierliches Lernen; Innovation und Verbesserung; Aufbau von Partnerschaften; Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit. (Definition nach EFQM 2000)

1.3 Aufbau der Arbeit (Leitfaden)

Der Leitfaden stellt den logischen Zusammenhang der Kapiteleinteilung dieser Arbeit her. Es soll hier in wenigen Worten beschrieben werden, auf welchem Wege sich die Arbeit der Zielsetzung nähert und wie sich die Fragestellungen auf die Diskussionspunkte aufteilen. Die Argumentation folgt einem linear stetigen Muster. In jedem Abschnitt werden die Grundlagen für den folgenden Diskussionsverlauf erarbeitet.

Die gestaltende Beeinflussung der Qualität im Krankenhaus bedarf eines effizienten Managements, transparenten Prozessen und klar definierten Aufgaben (Borst⁷ 2000). Für die Herausarbeitung dieser Grundlagen soll in Kapitel 1 nach einer hinreichenden Umschreibung des Operationsbereiches (OP) als Untersuchungsgegenstand der Begriff „OP-Management“ eingeführt werden. So wird auch - im übertragenen Sinne - der Mechaniker zunächst seine Maschine sichten, bevor er eine Auswahl an Werkzeugen trifft. Diese mögen noch so präzise gefertigt und erprobt sein, angewendet auf den falschen Gegenstand haben sie dennoch keinen Nutzen.

Bei der Beschreibung methodischer Aspekte der Qualitätssicherung wird in Kapitel 3, neben Begriffsdefinitionen zur terminologischen Abgrenzung, auf Aspekte der krankenhausesbezogenen „Qualitätswissenschaft“ in soweit eingegangen, wie es für die vorliegende Arbeit notwendig und sinnvoll erscheint. Neben den Aspekten einer internen Qualitätssicherung, wie sie in den Kapiteln 3.1 und 3.2 behandelt werden, wird in Kapitel 3.3 insbesondere der Frage nachgegangen, was die wesentlichen Bestandteile der oft kritisch diskutierten externen Qualitätssicherung sind, und welche Bedeutung dieser innerhalb der Qualitätssicherung einer OP-Abteilung beizumessen ist. Aufbauend auf dieser Grundlage der Qualitätssicherung werden in Kapitel 3.4 - dem Autor als besonders hervorzuhebende - Modelle der Qualitätsbewertung in Krankenhäusern vorgestellt und auf ihre Anwendbarkeit in der OP-Abteilung hin diskutiert. Damit ist der „Zenit“ der Abhandlung insofern erreicht, daß eine hinreichende Zahl an Instrumenten der Qualitätssicherung zur Verfügung steht und im folgenden auf die Anwendung dieser Instrumente in einem OP-Bereich eingegangen werden kann.

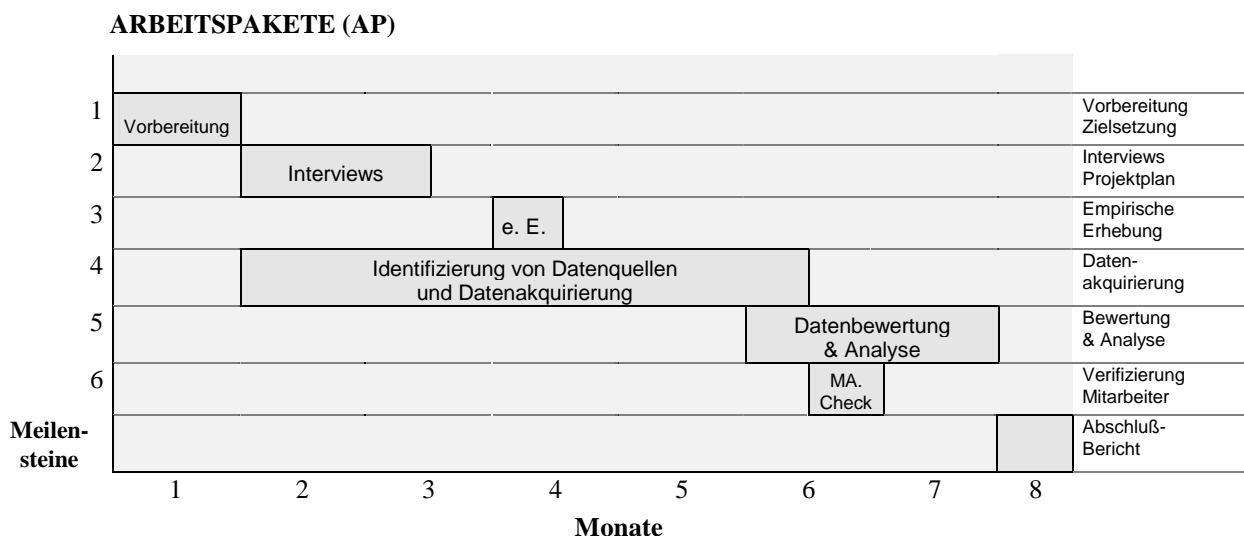
In Kapittel 4 wird der Kriterienkatalog des in Kapitel 3.4 präferierten Qualitätsmodells explizit auf die Besonderheiten einer OP-Abteilung übertragen und interpretiert. Zum Abschluß der vorliegenden Arbeit werden in Kapitel 5 exemplarisch prozeßbezogene Qualitätskriterien auf eine OP-Abteilung angewandt, um anschließend mit den Erkenntnissen der Studie Entwicklungspotentiale für die Qualitätssicherung im OP-Bereich aufzuzeigen.

⁷ Qualitätskoordinator, Kantonales Psychiatrie-Hospital in Münsterlingen, CH

1.4 Methodisches Vorgehen (empirischer Teil)

Basierend auf einem Projektvorschlag des Krankenhauses Radolfzell im Januar 2000 wurde der Operationsbereich kleinerer Krankenhäuser als Untersuchungsgegenstand ausgewählt. Ein Qualitätsmanagement war in besagtem Krankenhaus zu diesem Zeitpunkt nur punktuell eingeführt, so daß zunächst nicht auf laufende Projekte aufgebaut werden konnte. Ebenso befand sich der Controllingbereich noch in der Aufbauphase. Eine Datengrundlage und das methodische Know-how mußten daher erst erarbeitet werden. Um die in dem begrenzten Kostenrahmen möglichen Untersuchungen besonders aussagefähig zu gestalten, wurde die Entscheidung getroffen, sich bei den Untersuchungen von Prozeßabläufen, Organisationsstrukturen und Mitarbeiterverhalten auf eine Krankenhausabteilung, auf kurz definierte Zeiträume und auf bestimmte Qualitätskriterien (Tracerkriterien) zu beschränken⁸.

Abbildung 1 Wesentliche Arbeitspakete des Projekts



Im Anschluß an eine einmonatige Projektvorbereitung mit Aufbau der Organisationsstruktur (AP 1) sollte die Identifizierung der Datenquellen, die Festlegung des Konzeptes sowie der Auswertungsstrategie durchgeführt werden. Die empirische Datenakquirierung sollte gemäß der Projektvereinbarung zehn Arbeitstage in Anspruch nehmen. Alle akquirierten Daten sollten unter Berücksichtigung von Datenschutzaspekten zusammengeführt werden. Dies sollte bis Projektmonat 6 abgeschlossen sein. Die Datenauswertung gemäß Konzept und Auswertungsstrategie sollte ab dem Projektmonat 6 erfolgen. Die Evaluation und der Abschlußbericht sollten die letzten zwei Monate in Anspruch nehmen (vgl. Abbildung 1).

⁸ Die Untersuchungen beschränken sich im wesentlichen auf den hauptberuflichen Bereich der Chirurgie. Es wurde ein Untersuchungszeitraum von Januar bis Juni 2000 festgelegt. Eine detaillierte Qualitätsuntersuchung wird exemplarisch für zwei auserwählte Kriterien der Prozeßabläufe erstellt.

Interviews (AP 2)

Surveys oder Interviews finden dort Anwendung, wo Informationen über den Versorgungsprozeß und das Ergebnis der Versorgung sowie den hierbei wahrgenommenen Problemen nicht auf der Grundlage vorhandener Daten bzw. Dokumente gewonnen werden können. Daneben können sie auch der Ergänzung und zur Validierung anderer Forschungsinstrumente eingesetzt werden. Interviews werden für die Fragestellung dieser Arbeit notwendig zur Prüfung, inwieweit bei empirisch erhobenen Defizitbereichen Verbesserungsmöglichkeiten bestehen, in welchem Modifikationsgrad Qualitätskonzepte der Wissenschaft in der Arbeitspraxis des Beispielkrankenhauses umsetzbar erscheinen und in welchem Maß vordefinierte Qualitätskriterien aus Sicht der Fachkräfte als relevant und effektiv in Bezug auf Qualitätsverbesserungsmaßnahmen bewertet werden. Hierzu wurden in der Vorbereitungsphase Neutrale Interviews⁹ und während der empirischen Datenakquirierung Weiche Interviews¹⁰ eingesetzt (Schnell 1999; Eberhardt 1995).

Direkte Beobachtungsstudie (AP 3)

Dieses Verfahren verwendet die direkte Beobachtung oder Aufzeichnung mittels Video oder Film, um die Compliance hinsichtlich festgelegter Versorgungsprozeduren (Kriterien) abzuschätzen. Beobachtungsstudien erlauben somit, - losgelöst von dem Problem fehlender Daten – eine weitreichende Abschätzung zahlreicher Aspekte der Versorgung, vornehmlich in der Abschätzung technischer Fertigkeiten und Prozeßabläufe. Für die Fragestellung sollen Beobachtungsstudien zur Verifizierung der OP-Dokumentation eingesetzt werden, die für die Beurteilung der Prozeßabläufe herangezogen werden wird. Besondere Beachtung soll den OP-Wechselzeiten, Patientenwartezeiten und sonstigen Prozeßunterbrechungen mit deren Ursachen gelten.

Document-based-review (AP 4)

Verfahren dieser Art beruhen auf einer gründlichen Abschätzung sowohl des Prozesses als auch dem Ergebnis der Versorgung auf der Informationsbasis vorhandener schriftlicher Dokumente (Niemann 1995, Kap. 2.3.2) . Um die Eignung potentieller Datenquellen für das Projekt feststellen zu können, wurde eine systematische Charakterisierung durchgeführt. Hierfür wurden die in *Tabelle 1* definierten Kriterien herangezogen.

⁹ Sachliche Beziehung zwischen den Interviewpartnern. Korrekte Übermittlung von Sachinformationen.

¹⁰ Entspannte Beziehung zwischen den Beteiligten. Der Interviewer verhält sich möglichst passiv und läßt die Befragte den Gesprächsverlauf bestimmen, was der Erhöhung der Erzählbereitschaft dient.

Tabelle 1 Beurteilungskriterien der Datenquellen

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">? Verfügbarkeit (Datenschutz)? Verknüpfbarkeit (vertikal, horizontal, zeitlich)? Form der Datenhaltung (aggregiert, anonymisiert)? Repräsentativität (Selektion)? Zeitliche Nähe (aktualität) |
|---|

Als sogenannte k.o. Kriterien wurden dabei die Verfügbarkeit für das Projekt sowie der Qualitätsbezug angesehen. Darüber hinaus wurde eine Beurteilung der Vergleichbarkeit, der Verknüpfbarkeit, der Information, der Form der Datenhaltung, der Repräsentativität und der zeitlichen Nähe durchgeführt. Am Ende der Beurteilung der Datenquelle sollte dann die Entscheidung stehen, ob sie für die Verwendung im Projekt geeignet ist oder nicht. Zur Aufwandsminderung wurde hinsichtlich der Evaluierung der Daten und der Beschaffung der Datenquellen folgende Arbeitseinteilung vorgenommen:

- 1) EDV-Erfassung des *OP-Protokolls* („OP-Manager“ des EDV-Anbieters Kauz)
- 2) Statistik über die *OP-Belegung* in der PDL¹¹ (Excel-Tabellensatz)
- 3) *Anästhesieprotokolle* mit zusätzlichen Auswertungsmodulen (Access-Datenbank)
- 4) *Sitzungsprotokolle des Qualitätszirkels* „OP“
- 5) *Ergänzungsdaten* zur Verifizierung aus der empirischen Akquirierung

Dabei sollten durch Vergleiche die Validität und mögliche Fehlerbildungen der verschiedenen Datenquellen abgeschätzt werden. Dies erschien deshalb wichtig, da einzelne Datenquellen bekanntermaßen spezifische Schwächen aufweisen, die zu Verzerrungen tatsächlicher Prozeßabläufe und Arbeitsauslastungen führen können.

Des weiteren wurden für das Projekt drei Arten von Daten unterschieden: Primärdaten, Sekundärdaten und Literaturdaten. Primärdaten betreffen Datenquellen, die den Arbeitsprozeß nachvollziehbar machen, oder die zur Untersuchung von Einflußfaktoren herangezogen werden können (siehe Datenquelle 1) bis 5). Sekundäre Datenquellen enthalten begleitende und Umgebungsinformationen, die im Rahmen der Untersuchung von Interesse sein könnten (Lokalteil der örtlichen Tageszeitung, Geschäftsbericht des Krankenhauses, Personalstatistik u.a.). Literaturdaten beziehen sich auf publizierte Studien zur Untersuchung von Arbeitsabläufen und Optimierungsansätzen in der OP-Abteilung (exemplarisch: Busse 1999; Tauch 1997).

¹¹ Pflegedienstleitung

2 Strukturen und Rahmenbedingungen der Operationsabteilung

2.1 Das Krankenhaus als Arbeitsumfeld

- **Definition**

Im Sinne des Gesetzes sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfestellung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können (Auszug aus §2 KHG) .

Das Krankenhaus ist im Gesundheitssystem kein homogenes Gebilde nach einem Grundmuster, sondern steht als Begriff für eine große Bandbreite unterschiedlicher Einrichtungsstrukturen. So werden Krankenhaustypen auf der Basis von strukturellen Charakteristika wie Krankenhausgröße, -träger, städtischer oder ländlicher Standort, Staat (Bundesland), Umfang des Ausbildungsprogramms (Lehrkrankenhaus), klassisches Krankenhaus und Anteile von Medicare- und Medicaid-Patienten unterschieden. Die Grenzen für die jeweilige Krankenhaustypen ergeben in der Literatur kein einheitliches Schema (Keeler 1992) .

- **Krankenhauskategorien**

Die Krankenhäuser werden gemäß ihren Ihren Versorgungsaufträgen in Größenkategorien eingeteilt. Das *Krankenhaus der Grundversorgung* sichert die ortsnahe Versorgung der Bevölkerung mit den Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe - ggf. erfolgt eine Erweiterung um die Anästhesiologie und Intensivmedizin. Das *Krankenhaus der Regelversorgung*, auch als Allgemeinkrankenhaus bezeichnet, übernimmt teilweise überörtliche Versorgungsaufgaben und verfügt neben den vorgenannten Disziplinen auch über Radiologie, Anästhesiologie, Intensivmedizin, Zentrallabor und Sektionsraum vor. Der Krankenhaustyp mit Schwerpunktversorgung nimmt überörtliche Versorgungsaufgaben wahr und hält genau wie das *Krankenhaus der Zentral- bzw. Maximalversorgung* eine differenzierte Diagnostik und Therapie für den Patienten bereit. Zum letztgenannten zählen insbesondere Universitätsklinika, in denen alle wichtigen medizinischen Fachdisziplinen bereitgestellt werden. Ferner ist das auf ein Fachgebiet spezialisierte *Fachkrankenhaus* zu nennen (Eiff 1985, S. 6 ff).

● Trägerschaft und Rechtsform

Die Träger von Krankenhäusern sind freigemeinnützig, öffentlich-rechtlich¹² oder privat¹³. In der öffentlich-rechtlichen Betriebsführung stehen die Rechtsformen der Stiftung (§ 101 GemO BW), der GmbH oder AG (§§ 102-108 GemO BW) sowie des Eigenbetriebes (EigBG WB) dem Betreiber offen, entweder die Stadt, die Kommune oder das Bundesland. Daneben gewinnen zunehmend Kliniken privater Betreiber an Bedeutung. Rechtsformen sind hier die GmbH (GmbHG), die Aktiengesellschaft (AktG) oder die Stiftung (BGB §§ 80-88). Zu den freigemeinnützigen Häusern gehören sowohl kirchliche Organisationen (z.B. Diakonie, Caritas) als auch Wohlfahrtsverbände (z.B. DRK, Arbeiterwohlfahrt, Malteserhilfsdienst). Je nach Träger gelten unterschiedliche Gesetze und Regelungen. So erfolgt beispielsweise in öffentlichen Einrichtungen die Vergütung in Anlehnung an den BAT, in konfessionsgebundenen Häusern gelten u.U. gesonderte Tarife.

Mit steigendem Wettbewerb sind Bestrebungen zu verzeichnen, die Krankenhäuser in neue Rechtsformen (z.B. gGmbH) zu überführen. Vorteile sind neben einer leistungsorientierten Vergütung der Mitarbeiter die Übertragung der Klinikleitung an einen Geschäftsführer: Da Entscheidungen schneller getroffen werden können, wird es möglich, auf neue Bedingungen (z.B. ambulantes Operieren) flexibel zu reagieren.

● Aufbauorganisation

Die Strukturen in den Krankenhäusern sind historisch gewachsen und in der Vergangenheit wenig verändert worden. Traditionell ist die Organisation funktional auf die Berufsgruppen Medizin, Pflege und Verwaltung ausgerichtet (Adam et al. 1993, S. 825). Diese funktionsorientierten Strukturen sind in ein dynamisches Umfeld (demographische Entwicklung, gesetzliche Rahmenbedingungen) eingebettet. Viele Krankenhäuser leiden daher unter komplexitätsbedingten Koordinationsschwierigkeiten (Köck 1996, S. 41).

Krankenhäuser sind traditionell bedingt streng hierarchisch gegliedert. Die Leitung des Krankenhauses übernimmt in der Regel ein Dreiergremium, das aus dem /der Ärztlichen LeiterIn, dem/der PflegedienstleiterIn und dem/der VerwaltungsleiterIn besteht. Die Personalhoheit obliegt dem Leiter des jeweiligen Bereiches.

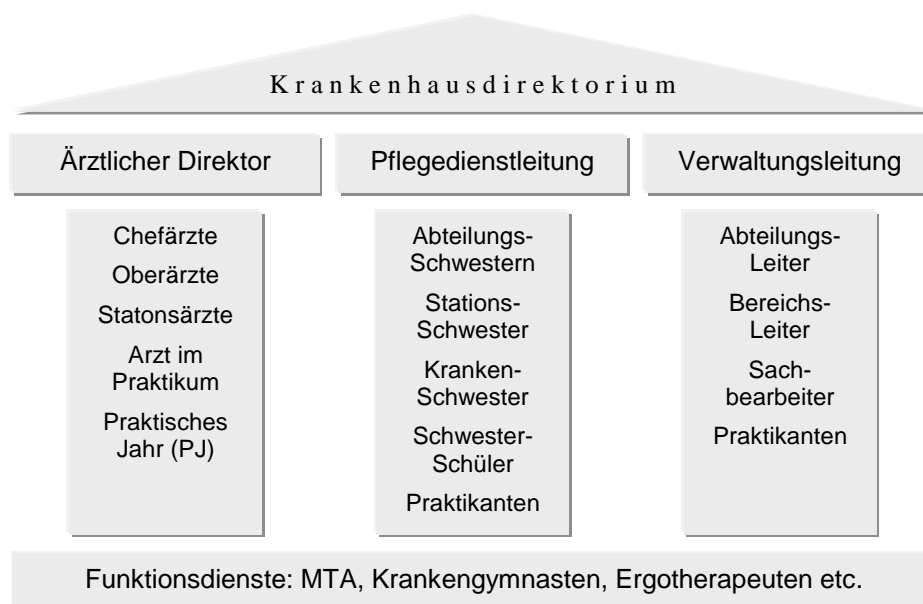
¹² nach § 101 GemO BW (Stiftung); §§ 102-108 GemO BW (AG und GmbH); EigBG WB (Eigenbetrieb)

¹³ nach AktG (AG); GmbHG (GmbH); BGB §§ 80-88 (Stiftung)

Je nach Größe setzt sich ein Krankenhaus aus mehreren Kliniken bzw. Instituten zusammen, denen Chefärzte vorstehen und die den Ärztlichen Leiter wählen. Im medizinischen Bereich sind ferner Oberärzte, Stationsärzte und die sich noch in der Ausbildung befindlichen PJ-ler¹⁴ und AiP's¹⁵ tätig. Im Bereich der Pflege sind die Mitarbeiter der Pflegedienstleitung zugeordnet. Die Leitung der Station obliegt der hierzu weitergebildeten Stations- bzw. OP-Schwester. Auf den Stationen sind Krankenschwestern/-pfleger mit unterschiedlicher Ausbildungsdauer (1 bzw. 3 Jahre) tätig. In Abteilungen wie der Intensivstation oder der Operationsabteilung werden daneben speziell ausgebildete Fachschwestern/-pfleger eingesetzt. Die Patientenbetreuung erfolgt ergänzend durch Pflegehelferinnen, die u.U. eine dreimonatige Ausbildung absolviert haben, Krankenpflegeschüler, Praktikanten und ggf. Zivildienstleistende.

Funktionsdienste wie Labor, Zentralsterilisation, Physiotherapie, Ergotherapie etc. sind entsprechend der Krankenhausgröße und den vorgehaltenen Fachdisziplinen vorzufinden. Diese Abteilungen sind entweder dem ärztlichen oder dem pflegerischen Bereich zugeordnet. Die dritte Säule "Verwaltung" umfaßt die Personalabteilung, die EDV-Abteilung, die Finanzabteilung, die Wirtschaftsabteilung, die technische Abteilung, die Zentralküche etc. Den jeweiligen Abteilungen mit Sachbearbeitern, Auszubildenden und Praktikanten stehen die Abteilungsleiter vor. Hieraus wurde für die Umschreibung der Krankenhausorganisation das Drei-Säulen-Modell entwickelt (siehe Abbildung 2):

Abbildung 2 Die tragenden Säulen im Krankenhaus: Ärzte, Pflege und Verwaltung



¹⁴ Praktisches Jahr, Praktikum während des Medizinstudiums

¹⁵ Arzt im Praktikum, Praktikum nach dem Studium, vor der Approbation

Jedes Krankenhaus hat dabei sein eigenes Wesen mit einem spezifischen, über Jahre hinweg gewachsenen Eigencharakter. Die Individualität von Mitarbeitern, Patienten, räumlichen Gegebenheiten, lokalpolitischen Akteuren usw. muß anerkannt und im Rahmen vergleichender Qualitätsbewertungen berücksichtigt werden. Hieraus resultiert die Erkenntnis, daß es weder dogmatische Lösungsansätze noch maßgefertigte Qualitätsmodelle für die Qualitätsproblematik im Krankenhaus geben kann.

Der Schlüssel zum Erfolg für Qualitätssicherungsprogramme ist daher ein krankenhausinterner Prozeß, der Rahmenbedingungen und Strukturen der eigenen Organisation offenlegt, dadurch eine Auswahl an Modellen und Methoden trifft, und diese auf fallspezifische Bedingungen anpaßt oder modifiziert. Dieser interne Entwicklungsprozeß des Qualitätsmanagementsystems ist nie ganz abgeschlossen. Er entwickelt sich parallel zu den Veränderungen in der Krankenhausorganisation sowie deren Rahmenbedingungen. Der Sieger des Swiss National Quality Award für das Gesundheitswesen ESPRIX 2000 merkt hierzu an: „In a changing world, we have to change, or we will be changed.“¹⁶

● Ablauforganisation

Die Krankenhausorganisation birgt viele Komplexitätsfaktoren. Dies liegt insbesondere daran, daß die verschiedensten Berufsgruppen koordiniert zusammenarbeiten müssen. Hinzu kommen noch hohe Leistungserwartungen von seiten der Kunden und des Kostenträgers. Die wesentlichen Faktoren, die derzeit zu einem erhöhten Leistungsdruck im Krankenhaus führen, sind in Tabelle 2 zusammengestellt:

Tabelle 2 Faktoren des erhöhten Leistungsdrucks im Krankenhaus

F a k t o r e n	A u s p r ä g u n g e n
Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ● Demographie, Aufkommenssteigerung, hohe Morbiditätsrate ● Erhöhte Anspruchshaltung der Patienten
Kostendruck	<ul style="list-style-type: none"> ● Rückläufige Einnahmen durch Budgetbeschränkungen der Kostenträger ● restriktive Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer
Technik	<ul style="list-style-type: none"> ● Wachsender medizinischer Fortschritt ● Verdichtete Informationsstrukturen
Strukturen	<ul style="list-style-type: none"> ● Konzentration von Kapazitäten (Anbieterrückgang, Konkurrenz) ● Erhöhte Wertigkeit ungenutzter OP-Ressourcen ● Verkürzung von Verweildauer, Gesundheitsnetzwerk

¹⁶ Auf dem Kongress „Qualitätsmanagement im Schweizerischen Gesundheitswesen“ des Forschungsinstitutes für Management im Gesundheitswesen FmiG an der Fachhochschule in St. Gallen am 7. Juli 2000

Dies erfordert eine Abkehr vom Prinzip der „selbstbezogenen“ Organisation und eine Hinwendung zu einer Organisation um den Patienten. Der Patientendurchlauf bildet hier den Kernprozeß, auf den alle Tätigkeiten abgestimmt werden müssen. Dadurch muß sich der Einzelne in seiner Freiheit zurücknehmen und einem optimalen Ganzen unterordnen. Dies stößt jedoch, da „alte Zöpfe“ in Frage gestellt werden, auf den Widerstand vieler Beteiligten (Tauch 1997, S. 6).

Vom ökonomischen Gesichtspunkt aus kann die Gesundheitsversorgung im Krankenhaus als Produktionsprozeß angesehen werden. Tritt ein Patient in das Krankenhaussystem ein, löst er einen Produktionsprozeß aus, der seinen Bedürfnissen so nah wie möglich angepaßt werden sollte. Trotz aller Individualität ist es möglich, hierbei einige mehr oder weniger unveränderliche Grundbestandteile des Prozesses zu identifizieren. Typischerweise besteht eine „Produktionslinie“ aus Anamnese, Diagnostik und Behandlung einschließlich Rehabilitation und dem follow-up¹⁷. Der aktuelle Inhalt dieser Komponenten hängt im wesentlichen vom Patienten, seinen Bedürfnissen, dem Personal und der behandelnden Institution ab.

Das System „Krankenhaus“ setzt dabei bestimmte Vorbedingungen für das Erbringen der Behandlungsleistung fest (Vuori 1982). Diese Vorbedingungen betreffen die Systemstruktur, die das Personal, Fazilitäten und Ausstattung mit einschließt. Die strukturellen Elemente können in Form von vorläufigen qualitativen Kriterien abgeschätzt werden. Gleiches gilt für den aktuellen Produktionsprozeß, der aus einer Reihe von Aufgaben besteht, die von verschiedenen Personen an unterschiedlichen Stellen des Systems erbracht werden. Am Ende jedes Versorgungsablaufes stehen einige „outcomes“ oder ein Endergebnis.

Die hier angesprochene Gleichsetzung von Gesundheitsversorgung und industrieller Produktion wird von vielen im Gesundheitswesen Tätigen als abstoßend empfunden, wenngleich es nach Vuori (1982) völlig legitim und erzieherisch ist und zudem auch mehr und mehr akzeptiert wird. In diesem Zusammenhang hat Duncan (1980), zitiert nach Vuori (1982) in seiner Darstellung der Qualitätssicherung im vereinigten Königreich gesagt:

¹⁷ weiterführende Maßnahmen hin zu einer vollständigen Rehabilitation bzw. Selbstständigkeit des Patienten

„If you walk round a automated factory you come at the end of each stage to a section clearly marked „quality control station“. It is high technology and automation that have led to need of quality control in industrie. The role of the doctor in society has been overtaken by high technology and by teamwork. The technological part of modern medicine is more amenable to audit and quality control than are personal relationship and the caring roles of the health care team ... It would be defeatist to limit audit to the technological aspects of care.“

Damit die neuen technischen Behandlungsmethoden mit den berechtigten Ansprüchen des Humanen besser zu vereinen sind, ist die Sichtweise einer ganzheitlichen Behandlung zu fordern. Durch Methoden eines umfassenden Qualitätsmanagements eröffnen sich Wege, diese Sicht zu stärken sowie technische Behandlungsverfahren und soziale Funktionen der Patientenbehandlung in Einklang zu bringen.

2.2 Gesetzliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen

• Das Gesundheitsreformgesetz 2000

Für das deutsche Gesundheitswesen wird auf breiter Basis eine Entwicklung vorangetrieben, welche die Prinzipien der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit mehr und mehr verbindlich von den Leistungserbringern - und damit auch von den Krankenhäusern - einfordert. Der Europarat verabschiedete hierzu 1997 eine Empfehlung über die "Schaffung von nat. Strukturen, welche die Entwicklung und Einführung von Qualitätsverbesserungssystemen im Gesundheitswesen unterstützen"¹⁸. Hierbei muß jedoch Art. 152 des EU-Vertrages beachtet werden, welcher die Nationale Verantwortung über das Gesundheitswesen garantiert. Auf Europaebene können somit für den Krankenhaussektor der Mitgliedsstaaten nur Empfehlungen, jedoch keine verbindlichen Regelungen verabschiedet werden.

Die deutschen Krankenhäuser haben durch das Gesundheitsreformgesetz (GSG) 2000 vom 22. Dezember 1999 (vgl. § 135a Abs.2 i.V.m. § 136 Abs. 2 SGB V) die "... Verpflichtung, ein umfassendes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert" (DKV 2000).

¹⁸ Europarat Schriftstück R(97)17, 1997

Auf Landesebene haben die Landesgesundheitsminister hierzu im Juni 1999 ihre „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ formuliert. Demnach sollte bis zum Jahr 2005 ein gemeinsames Konzept flächendeckend eingeführt werden (Selbmann 1999, S. 4). Die veränderten Rahmenbedingungen zwingen die Krankenhäuser zu verbesserter Planung, Koordination, Prozeßintegration und Dokumentation, mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 2000 als Initiativfunktion.

Dieser Initiative liegt nicht nur das Bestreben des Gesetzgebers nach einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung zugrunde. Sie muß auch in Zusammenhang mit der Einführung des leistungsbezogenen, pauschalierten Entgeltsystems für Krankenhäuser vor dem Hintergrund knapper Finanzmittel für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gesehen werden, wie es das GSG (2000) durch die Neuaufnahme des § 17b KHG festlegt¹⁹. Hier war der Gesetzgeber dazu aufgerufen, eine Balance zwischen den Wirtschaftlichkeitsbestrebungen des §17b KHG und dem Bemühen nach einer qualitativ hochwertigen, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Gesundheitsversorgung herzustellen. Es muß daher sorgfältig beobachtet werden, ob sich die Aufnahme des Qualitätsprinzips in den §§ 135, 136 und 137 SGB V durch die Gesundheitsreform zu einer Innovation in Richtung Total Quality Management im Krankenhauswesen zugunsten der Leistungsnachfrager entwickeln wird, oder ob der Qualitätsbegriff auf seine Wirtschaftlichkeitskomponente reduziert werden wird, zum Nachteil einer hochwertigen medizinischen Behandlung der Patienten und zu Lasten der Beschäftigten im Krankenhaus.

Die wesentlichen Änderungen des GSG 2000 für ein Qualitätsmanagement im Krankenhaus werden in Tabelle 3 auszugsweise zusammengefaßt. Einen Gesamtüberblick über die Reform findet sich in der Extrabeilage „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ in *Das Krankenhaus, Heft 1/2000*²⁰.

¹⁹ Zeitplan: bis 30.06.2000 Grundstrukturen: Ermittlung der Bewertungsrelationen, Fallgruppen, Systempflege
bis 21.12.2001 Vereinbarung von Bewertungsrelationen mit Zu- und Abschlägen;
bis 01.01.2003 Einführung des Vergütungssystems. Budgetneutrale Umsetzung nur für 2003.

²⁰ Siehe auch DKV 2000, S. 171: Krankenhausbezogene Auszüge des Reformgesetzes vom 22. Dezember 1999

Tabelle 3 Überblick qualitätsrelevanter Änderungen durch das GSG 2000

Änderung in:	Inhalte	GSG 2000
§ 17b KHG	Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierten Entgeltsystems. Bundeseinheitliche Regelung für Zu- und Abschläge. Die Fallgruppen auf der Grundlage von DRG's werden bundeseinheitlich festgelegt. Punktwerte können nach regionalen Differenzen festgelegt werden.	Art. Nr. 4/2
§ 135a SGB V	Krankenhausvergleich: Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Versorgungsleistungen oder Reha-Maßnahmen sind zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung verpflichtet.	Art. Nr. 1/52
§ 137 SGB V	Vergütungsabschläge für Krankenhäuser, die der Verpflichtung nicht nachkommen; Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen.	Art. Nr. 1/54
§ 137 b SGB V	Erweiterung der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin durch die Berufsorganisationen der Pflegeberufe. Ausweitung der Zuständigkeit für Qualitätssicherung von der Landesebene auch auf die Bundesebene unter Beteiligung von DKG, BÄK, GKV und KBV.	Art. Nr. 1/56
§ 137c SGB V	„Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus“ nach Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und medizinischem Forschungsstand für Leistungen der GKV unter Beteiligung von BÄK, DKG und GKV-Spitzenverbänden.	Art. Nr. 1/57
§ 137e SGB V	Aus den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 Abs. 1 SGB V) und dem Ausschuß Krankenhaus (§ 137c Abs. 2 SGB V) wird ein Koordinierungsausschuß gebildet. Aufgabe: Auf Grundlage der „evidence based medicine“ ²¹ werden für 10 Diagnosen je Jahr Kriterien für eine zweckmäßige, wirtschaftliche Leistungserbringung erarbeitet.	Abs. Nr. 1/57
§ 140 SGB V	Integrierte Versorgungsformen sollen eine sektorübergreifende Versorgung der Versicherten ermöglichen. Die Teilnahme der Versicherten ist Freiwillig.	Art. Nr. 1/58

²¹ evidence based medicine (EBM): Festlegung von Kriterien einer Soll-Behandlung (Medikation, operative Maßnahmen, Behandlungstechniken u.a.) nach der Best-Practice Methode. In den USA und den Niederlanden sind Vertragsärzte verbindlich an eine Behandlung nach EBM-Katalogen gebunden. Neben der haftungsrechtlichen Absicherung der Leistungserbringer erhofft man sich eine höhere Wirtschaftlichkeit sowie eine bessere Qualität.

• **Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V)**

Dieses Gesetz regelt die Aufgaben und Beziehungen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). In seinem dritten Abschnitt wird definiert, von welchen Krankenhäusern die GKV Krankenhausbehandlungen durchführen lassen dürfen (§ 108). Weiter wird festgelegt, welche Inhalte die Verträge mit den Krankenhäusern berücksichtigen sollten (§ 112). Hierzu gehören unter anderem die „Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen“²². In §113 „Qualitätssicherung in der stationären Versorgung“ steht hierzu:

„Die nach §108 zugelassenen Krankenhäuser ... , mit denen ein Vertrag nach §111 besteht, sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, das vergleichende Prüfungen ermöglicht werden. Das nähere wird für Krankenhäuser in den Verträgen nach §112 ... unter Beteiligung der Ärztekammern, soweit die Verträge Qualitätssicherungsmaßnahmen im Pflegebereich betreffen, auch unter Beteiligung der Berufsgenossenschaften der Krankenpflegeberufe, geregelt. In den Verträgen ist auch zu regeln, in welchen Fällen Zweitmeinungen vor erheblichen chirurgischen Eingriffen einzuholen sind. Für die Prüfungsverfahren bei Krankenhäusern gilt §113“

Seit dem 23.06.1997 wurden durch den Gesetzgeber folgende Abschnitte eingefügt: § 137a Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen im Krankenhaus; § 137b Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin²³. Für das Krankenhaus sind weiterführend folgende Paragraphen des SGB V von Bedeutung:

Krankenhausbehandlung	§ 39 SGB V
Beitragsstabilität	§ 71 SGB V
Abschluß von Versorgungsverträgen	§ 109 SGB V
Kündigung von Versorgungsverträgen	§ 110 SGB V
Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung	§ 113 SGB V
Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung	§ 115a SGB V
<u>Ambulantes Operieren im Krankenhaus</u> ²⁴	§ 115b SGB V (Abs. 1)
Qualitätssicherung der stationären Versorgung	§ 137 SGB V
Übermittlung von Leistungsdaten	§ 301 SGB V

²² vgl. §112 Abs.2 Nr.3 SGB V i.v.m. §113 SGB V

²³ Bestehend aus BÄK, KVB und GKV-Spitzenverbänden

²⁴ die Forderung der Kostenträger nach vermehrtem Einsatz des ambulanten Operierens bedeutet für die Krankenhäuser derzeit umfangreiche Veränderungen ihrer Struktur, Strategien und Prozesse.

● Bundespflegesatzverordnung '95 (BPfIV)

Die BPfIV regelt das Budget und die Pflegesätze für vollstationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen. Es werden die Grundlagen der Entgeltbemessung sowie die Entgeltarten und Abrechnungsmodalitäten festgelegt. Dazu zählen auch die Fallpauschalen und Sonderentgelte, die die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen vereinbarten Leistungskomplex eines Behandlungsfalles vergüten (vgl. BPfIV §11) . Der flexible Teil des Budgets, der alle Leistungen außerhalb dieser Fallpauschalen und Sonderentgelte beinhaltet, wird in den Pflegesatzverhandlungen zwischen den Krankenhausträgern und den Sozialleistungsträgern vereinbart. Da bei Über- oder Unterschreitung des Budgets ein Ausgleich von bis zu 25% durch den Kostenträger erfolgen kann, wird auch von einem „flexiblen Budget“ gesprochen. Dieses Budget beinhaltet die Abteilungspflegesätze (vgl. BPfIV §13 Abs. 2) , die Basispflegesätze (BPfIV §13 Abs. 3) und die teilstationären Pflegesätze. Zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören laut §7 Absatz 1 u.a. die Kosten der Qualitätssicherung und die Kosten der betriebsnotwendigen Fort- und Weiterbildung für die Mitarbeiter (Busse 1999, S. 183) . Die hier relevanten Abschnitte der BPfIV für das Krankenhaus sind:

Allgemeine Grundlagen:	§ 3 BPfIV
Krankenhausvergleich:	§ 5 BPfIV
Fallpauschalen, Sonderentgelte:	§ 11 BPfIV
Flexibles Budget:	§ 12 BPfIV
Berechnung des Budgets:	§ 14 BPfIV
Wahlleistungen:	§ 22 BPfIV
Belegärzte:	§ 23 BPfIV

Ab dem 1. Januar 2003 wird eine leistungsbezogene Vergütung nach Fallgruppen in Anlehnung an die Diagnosis Related Groups (DRG's) aus den USA in deutschen Krankenhäuser verbindlich eingeführt. Es muß eingeräumt werden, daß in diesem neuen Finanzierungssystem ein „kontrollierter Verdrängungswettbewerb“ stattfinden wird. Diese Entwicklung ist zwar für das einzelne Krankenhaus bedrohlich, kann aber für kleinere Krankenhäuser auch eine Chance darstellen. Nach dem neuen Entgeltsystem sind Krankenhäuser nicht allein durch ihre Größe gesichert finanziert. Entscheidend ist zunehmend auch die Wirtschaftlichkeit, und diese ist möglicherweise in kleinen Häusern höher einzustufen (Niemann 1995).

- **Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)²⁵**

„Zweck des Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen“ (vgl. §1 Abs. 1 KHG). Die Finanzierung erfolgt unter anderem über die Investitionsförderung der Länder. Diese Finanzierung kann von Krankenhäusern in Anspruch genommen werden, die in dem Krankenhausplan eines entsprechenden Bundeslandes vertreten sind. Näheres regeln die Landeskrankenhausgesetze der einzelnen Bundesländer. Zu den Investitionskosten zählen Einrichtungen wie Neubau, Umbau, Erweiterungsbau sowie die Anschaffung von Wirtschaftsgütern (vgl. §2 KHG). Die Abgrenzung der im Pflegesatz nicht zu berücksichtigenden Investitionskosten von pflegesatzfähigen Kosten der Kassen regelt die Abgrenzungsverordnung (AbgrV). Im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 2000 hat die derzeitige Investitionsförderung ihren Schwerpunkt in der Schaffung von Rahmenbedingungen zur Förderung ambulanter Behandlungsformen im Krankenhaus.

- **Weitere qualitätsrelevante Gesetzestexte für das Krankenhauswesen**

- Krankenhaus-Buchführungsverordnung (Kosten- und Leistungsrechnung, § 8 KHBV)
- Medizinproduktegesetz (MPG)
- Arbeitszeitgesetz AZG und Tarifvereinbarungen u.a.

- **Fazit**

Die Bürokratisierung durch das Geflecht aus Verordnungen, Gesetzen und Anweisungen überschattet oft das Handeln nach gesundem Menschenverstand (Busse 1999, S. 183). Hinzu kommt das in deutschen Krankenhäusern außerordentlich ausgeprägte Standesdenken der Berufsgruppen, vorrangig der Ärzteschaft (von Steinbüchel 1999, S. 590)²⁶. Hier zeichnet sich zwangsläufig ein Paradigmawechsel ab: Wo noch vor wenigen Jahren eine „Oase“ unbeobachteten wirtschaftlichen Handelns und medizinischem Selbstverwirklichungsstreben zu beobachten war, herrscht heute das Postulat der Wirtschaftlichkeit. Ausgaben müssen nun erwirtschaftet, Qualitätsmanagement vorangetrieben werden.

²⁵ in der Fassung vom 10. April 1991

²⁶ Fallbeispiel aus der Hospitalgruppe München

2.3 Erweiterter Kundenkreis

Qualitätsorientierung heißt immer auch Kundenorientierung, was wiederum bedeutet, daß die oft noch vorherrschende Angebotssicht durch eine Nachfragesicht ersetzt werden muß. Das Krankenhaus ist eine Koalition einer Vielzahl von Anspruchsgruppen mit unterschiedlichen Interessen. Leistungsanbieter und Leistungsnachfrager bzw. -empfänger bilden dabei die strategisch relevanten Parteien (Adam et al. 1999, S. 98-99).

Der Begriff Leistungsanbieter wird in der modernen Kundendiskussion weit gefaßt. Er beinhaltet zum einen das Krankenhaus als Organisation und zum anderen die darin tätigen Berufsgruppen und Dienstleistungs- bzw. Versorgungspartner. Aber auch die Krankenkassen und der Staat, der die Gesundheitsversorgung als öffentliche Aufgabe sicherstellt, sind Leistungsanbieter. Das Interesse der Anbieterseite ist auf medizinische Qualität gerichtet, schließt aber auch - in zunehmendem Maße - die Wirtschaftlichkeit mit ein (siehe Absatz 2.2).

Auf der Seite der Leistungsempfänger ist der Patient primärer Nachfrager, dem aber wichtige Kundenfunktionen durch den einweisenden Arzt und die Krankenkassen abgenommen werden²⁷. Das Krankenhaus hat sich heute den subjektiven Ansprüchen - mit dem Selbstverständnis von Kunden - der Patienten zu stellen. Die medizinische Qualität bildet den Grundnutzen. Daneben werden zunehmend ein angenehmes Umfeld, Service und Betreuung erwartet. Diese Erwartungen werden von den Angehörigen geteilt, die ebenfalls als Kunden verstanden werden müssen²⁸. Verglichen mit klassischen Dienstleistungskunden nimmt der Patient jedoch eine Sonderrolle ein:

1. Das Phänomen der Selbst-Remission²⁹ verdeutlicht, daß der Patient als aktiver Partner in den Heilungsprozeß einzubeziehen ist.
2. Der Gesundheitszustand des Patienten versetzt diesen in ein Abhängigkeitsverhältnis zu seinen medizinischen und pflegerischen Betreuern. Dies nimmt mit der Schwere der Erkrankung zu.
3. Die Wahl des Krankenhauses erfolgt in der Regel aufgrund der Empfehlung des einweisenden Arztes. Im ländlichen Raum sind die Wahlmöglichkeiten wesentlich begrenzt.
4. Das Preis-Leistungs-Verhältnis kann vom Patienten nur bedingt eingesehen und beurteilt werden³⁰. Qualitätsdaten für Benchmarking sind nur unzureichend vorhanden.

²⁷ so beispielsweise die Abrechnung oder die Nachfrage-Angebots-Funktion (GKV), die Auswahl der Leistung bzw. Wahl des Dienstleisters (einweisender Hausarzt), die Leistungsprüfung (GKV und Hausarzt). Dabei ist zunehmend eine Emanzipation des Patienten in Bezug auf med. Grundkenntnis, Leistungsauswahl und Leistungsbewertung festzustellen.

²⁸ Angehörige sind Nachfrager nach Information über das Befinden ihrer Angehörigen sowie Nachfrager von Dienstleistungen (Verpflegung, Information, Kommunikationsinfrastruktur, Nutzung von Wartezonen).

²⁹ Die Annahme, daß der innere Wille und eine stabile psychische Verfassung des Patienten die physische Verfassung positiv beeinflussen und somit den Behandlungsprozeß unterstützen.

³⁰ Die Kostenübernahme erfolgt durch gesetzliche oder private Krankenversicherung (SGB V §39 Abs. 4)

Neben diesen – in Bezug auf das Krankenhaus als Arbeitgeber - externen Kunden bilden die Mitarbeiter eine bedeutende Kategorie des modernen Kundenbegriffs. Auf grund der personenbezogenen Leistungserstellung im Krankenhaus ist die Mitarbeiterbezogene Kundensicht der Schlüssel, zur Erreichung von Effektivität und Effizienz. Hierzu muß die Frage, ob eine entgegengenommene Leistung die Bedürfnisse der eigenen Arbeit voll befriedigt, von jedem Funktionsbereich regelmäßig gestellt und die Resultate in geeigneter Runde offen diskutiert werden.

Die Kundenbeziehungen sind somit komplex und zeichnet sich durch diverse Abhängigkeitsbeziehungen aus. Im Rahmen einer gezielten Kundenbetreuung gilt es, die relevanten Qualitätskriterien der jeweiligen Dienstleistung für diese Kunden zu identifizieren. Dazu bedarf es u.a. einer näheren Betrachtung der Nahtstelle zwischen Kunde/Lieferant und OP-Abteilung, um die materiellen und immateriellen Produkte³¹ zu definieren, zu entwickeln und ggf. gezielt zu verbessern. Die Kenntnis über das Kundenklientel ermöglicht es dem Krankenhaus, Basis-, Leistungs- und Begeisterungsanforderungen zu definieren.

In Tabelle 4 werden exemplarisch Kundenbeziehungen eines Krankenhauses aufgeführt. Einige sind dabei nicht nur Kunden, sondern darüber hinaus auch ihrerseits „Lieferanten“ von Leistungen an bestimmte Krankenhausabteilungen. Die Kundenbeziehungen der operativen Abteilung umfassen, durch den hohen Vernetzungsgrad der operativ-medizinischen Versorgung innerhalb der Krankenhausorganisation, ebenfalls dieses Spektrum.

³¹ vgl. DIN EN ISO 8402: Ein Produkt ist "das Ergebnis von Tätigkeiten und Prozessen." Es kann beabsichtigt oder unbeabsichtigt sein und in Endprodukt und Teilprodukt bzw. Nebenprodukt unterschieden werden.

Tabelle 4 Kundenspektrum einer Operationsabteilung im Krankenhaus

Kunde	Art	Rolle	Beschreibung
Patient	Ex.	K	Er steht im Mittelpunkt des Leistungsgeschehens. Seine Wahrnehmung der Leistungen bestimmt die Qualität.
Mitarbeiter	In.	K / L	Sie nehmen Teilleistungen entgegen, unterstützen, begleiten, verordnen die Leistung oder führen diese fort.
Pflegestationen	In.	K / L	Sie übernehmen die OP-Vorbereitung (Lieferant) und übernehmen den Patient zur Nachbereitung (Kunde).
Intensivstationen	In.	K / L	Sie übernehmen die Vor- und Nachbereitung bei besonders schweren oder risikoreichen Erkrankungen.
Funktionsdienste	In.	L	Ihre Teilleistungen (Zulieferung) sind wesentliche Faktoren für den Behandlungserfolg.
Verwaltung	In.	K / L	Sie budgetiert die Abteilung, beeinflusst strategische Entscheidungen und steuert über Bereichscontrolling
Angehörige	Ex.	K	Insbesondere bei Sectio ³² . Ihr Eindruck beeinflusst entscheidend das Image in der Öffentlichkeit.
Dienstleister	Ex.	K / L	Sie sorgen für die Aufrechterhaltung des Betriebs und für ein Arbeitsumfeld, das störungsfreie Prozesse ermöglicht.
Hausarzt	Ex.	K / L	Er beeinflusst die Wahl des Krankenhauses. Nach der Entlassung übernimmt er die weiterführende Behandlung.
Rettungsdienst	Ex.	K / L	Das Krankenhaus stellt den Notarzt. Der Rettungsdienst entscheidet im Notfall über die Krankenhauswahl
Medizinischer Dienst MDK §§275 SGB V	Ex.	K	Er begutachtet die med. Leistung auf Notwendigkeit und Qualität und berät die Kassen in Bezug auf Kostenübernahme
Gesundheitsamt	Ex.	K	Zu den Tätigkeiten gehören Begehungen zur Hygieneüberwachung, Mitwirkung bei der Bedarfsplanung
Berufsgenossenschaft	Ex.	K / L	Sie übernimmt Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung für die Mitarbeiter.
Kostenträger	Ex.	K	KV und Landesregierung; sie entscheiden mittels Budgetverhandlungen über finanzielle Zuwendungen
Hochschulen	Ex.	K / L	Mit ihrer Unterstützung werden neue Technologien eingesetzt. Das Krankenhaus unterstützt die praktische Ausbildung.
Sponsoren	Ex.	K	z.B. ortsansässige Betriebe; sie fördern den Erhalt, die Strukturen und die Leistungsqualität des Krankenhauses
Medien	Ex.	K	Sie tragen das Image nach außen (Marketinginstrument). Als Politikforum beeinflussen sie strategische Entscheidungen.
Bürgerschaft	Ex.	K	Ihr Meinungsbild / Vertrauen in das Krankenhaus bestimmt wesentlich die Fallzahlen. Sie ist Imageträger.
etc.			

K = Kunde

Ex. = extern

KV = Krankenversicherung

L = Lieferant

In. = intern

³² = Entbindung von Neugeborenen

2.4 Charakteristika von OP-Abteilungen

„Die Strukturen (in der Operationsabteilung) sind noch geprägt von Eitelkeiten, Erbhöfen, Abteilungsegoismen, Unwissenheit und mangelnder Phantasie“ (Busse 1999, S. 10) . Diese Einschätzung einer Konsultinggruppe für das Krankenhauswesen mag zwar in dieser Formulierung einseitig und pauschal anmuten, in ihr kommt jedoch die Grundproblematik der Strukturen innerhalb von Operationsabteilungen zum Ausdruck.

Die OP-Abteilung bildet in Bezug auf Ressourcenverbrauch und Organisationsaufwand die Spitze der medizinischen Versorgung. Ihre Prozesse sind daher zentral in das System "Krankenhaus" integriert und mit anderen Prozeßkreisläufen rund um die Patientenversorgung verbunden. Die Strukturmerkmale eines Krankenhauses beeinflussen daher maßgeblich die internen Strukturen und die Organisation einer OP-Abteilung.

Im Arbeitsplatz "Operationssaal" arbeiten in der Regel vier große Arbeitsgruppen. Es handelt sich um das OP-Pflegepersonal einschließlich der Anästhesiepflege, die Operateure mit Assistenten und die Anästhesisten. Die vierte Gruppe bilden andere Assistenzberufe (Lagerungspfleger, Instrumentenaufbereitung und Reinigungspersonal) sowie Röntgenassistenten, Hygienefachkräfte und Betreuer der Medizinproduktehersteller, die regelmäßig an den Arbeitsabläufen im OP beteiligt sind. Das wichtigste Ziel dieses OP-Teams ist eine bestmögliche Behandlung des Patienten (Gossé 1998, S.18).

Die Einzeltätigkeiten werden dabei als "Hand-in-Hand-Arbeiten" durchgeführt. Daher besteht nicht nur ein Kooperationsgebot, sondern es existiert ein Kooperationszwang zwischen den Arbeitsgruppen einer Abteilung³³. Der Erfolg jeder einzelnen Arbeitsgruppe ist damit direkt von den anderen Gruppen abhängig, nur bei einer reibungslosen Zusammenarbeit kann das "Produkt" Operation mit dem besten Resultat hergestellt werden.

Die Funktion eines Operationssaales ist produktbedingt gleichzeitig sehr störanfällig. Unerwartete Ereignisse, die von den Betroffenen weder vorhersehbar noch beeinflussbar sind, lassen Streßsituationen entstehen (Gossé 1998, S. 19). Nicht planbare Ereignisse wie Notfallnachmeldungen, ein sich verschlechternder Patientenzustand, medizinische Komplikationen während dem Eingriff u.a. können den routinemäßigen Ablauf einer Operation empfindlich stören (Gossé 1998, S.18).

³³ Bestehend aus Operateur/Assistent, Instrumenteur/Springer, Anästhesiearzt, Anästhesiepflege, Zentralsterilisation, Reinigungskräfte sowie sonstigen Funktionsdiensten

Neben diesen kurzfristig auftretenden Störgrößen bestehen auch typische strukturbedingte Störfaktoren wie der Zeit- und Kostendruck, unter denen heute zunehmend gearbeitet werden muß. Hohe Anforderungen hinsichtlich spezieller Kenntnisse über neue Operationstechniken und Spezialinstrumente entwickeln sich zu Streßmomenten, da für Weiterbildungsmaßnahmen nicht immer genügend Arbeitszeit investiert werden kann. Diese Streßmomente haben durch die zahlreichen Subspezialisierungen im modernen Operationssaal in den vergangenen Jahren stetig zugenommen (Gossé 1998, S.18). Informationsgefälle, Kommunikationsprobleme, operative Komplikationen und persönliche Probleme innerhalb des Teams sind daher OP-typische Störgrößen, die Streß entstehen lassen (Gossé 1998, S. 19). Besonders im Operationssaal können jedoch viele dieser Spannungsursachen durch weitsichtige Planung und standardisierte Prozeduren im Vorfeld vermieden oder minimiert werden (Gossé 1998, S. 22) .

● **Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastung**

Der Gestaltung mitarbeiterorientierter Arbeitsbedingungen wird in der operativen medizinischen Versorgung ein hoher Stellenwert beigemessen. Die Qualität der Betreuung des Patienten ist eng mit der Motivation, der geistigen und körperlichen Leistungsbereitschaft und der Leistungsfähigkeit der behandelnden Ärzte und Pflegekräfte verknüpft (Westphal et al. 1981). „Die Einstellung der Pflegenden zu ihrer Arbeit und damit zum Patienten dürfte einen entscheidenden Einfluß auf den Heilungsprozeß haben“ (Westphal et al. 1981, S. 38).

In den letzten Jahren wurden die operativen Leistungen, bedingt durch die neuen Entwicklungen in der Chirurgie, ausgeweitet, ohne daß sich diese Leistungssteigerungen in den Personalzahlen niederschlugen. Bei freien Stellen kommt es oft zur späten Neubesetzung. Derartige Trends schlagen sich beispielsweise in den Vergütungsregelungen für den Bereitschaftsdienst nieder. Wo früher noch bezahlt wurde, ist vielerorts eine Vergütung durch Freizeitausgleich eingeführt worden. Die gestiegenen Operationszahlen provozieren bei knapper werdender Personalressourcen Überstunden und Leistungsverdichtungen. Dies birgt das Risiko von abnehmender Mitarbeiterzufriedenheit, hohen Ausfallzeiten, einer hohen Fluktuation und somit einer nicht optimalen Patientenbehandlung (Beck 1998, S.777).

Ärzte und Ärztinnen nennen als zentrale Berufsbelastungen zum einen die Beeinträchtigung des Privatlebens durch Schichtdienst, Überstunden, Wochenenddienste etc., und zum anderen wird die Diskrepanz zwischen den eigenen Berufsidealen und dem real erreichbaren, "das hochkonzentrierte Arbeiten unter Zeitdruck, die Bewältigung administrativer Aufgaben und der Umgang mit den emotionalen Belastungen" genannt (Badura et al. 1994, S.65).

Das arbeitsteilige Zusammenwirken der beiden Berufsgruppen Ärzte und Pflege stellt ein zusätzlicher Nährboden für Konflikte dar. Dabei sollten beide Berufsgruppen nicht mit ihrem Verantwortungsbewußtsein konkurrieren, sondern kooperieren. Hierzu bedarf es einer guten Einarbeitung der Pflege in das Instrumentieren, eine solide fachliche Bildung, das Vorhandensein der richtigen Einstellung sowie klar abgesteckten Kompetenzbereichen (Clermont 1997)³⁴.

Darüber hinaus sind beide Berufsgruppen von der Herausforderung der stetig zunehmenden Technisierung ihrer Arbeitsbereiche betroffen. Belastungen entstehen durch mangelhafte ergonomische Gestaltung der Geräte sowie der häufig unzureichenden Einarbeitung (Badura et al. 1994, S. 59-60).

Daneben treten physische Belastungen auf, die beispielsweise zu Haut-, Wirbelsäulen- und Atemwegserkrankungen³⁵ führen können. Besondere Belastungsfaktoren sind Desinfektionsmittel, manuelle Umbettische und Klimaanlage (bgw 1995, S. 25).

Um negativen Folgen für die Patientenbehandlung entgegenzuwirken, besteht die Aufgabe des Managements folglich darin, Rahmenbedingungen zu schaffen, innerhalb derer Konflikte und Belastungen reduziert. Dies begründet eine zentrale Berücksichtigung der Mitarbeiterkomponente innerhalb umfassender Qualitätsmanagementsysteme.

Der Spezialisierungsgrad einzelner Tätigkeiten orientiert sich an der Krankenhausgröße. Während in großen Kliniken funktionsorientierte Abläufe häufiger Anwendung finden, arbeiten kleine Häuser tendenziell mehr mit gruppenorientierten, generalistischen Verfahren. Aus diesen Arbeitskonzepten ergeben sich jeweils spezifische Mitarbeiteranforderungen in Bezug auf Qualifikation und Persönlichkeit.

³⁴ Beschrieben wird das Fallbeispiel der Universitätsklinik Würzburg

³⁵ Dies sind die drei am häufigsten gemeldeten Verdachtsfälle von Berufserkrankungen bei der bgw (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege); vgl. Katalog nach Berufskrankheitenverordnung (BeKV) vom 18.12.1992

Ein Beispiel für funktionsorientierte Arbeitsabläufe ist die sogenannte Funktionspflege, die tayloristisch geprägt ist. Es wird hierbei sowohl horizontal als auch vertikal eine hoch differenzierte Arbeitsteilung praktiziert. Dieses bedeutet für den einzelnen Mitarbeiter Monotonie, einseitige Beanspruchung sowie Dequalifikation und hat eine sinkende Motivation zur Konsequenz. Dem Patienten steht hierbei kein konkreter Ansprechpartner zur Verfügung. Um diesen negativen Auswirkungen entgegenzuwirken, wurde in den letzten Jahren zunehmend von der Funktionspflege Abstand genommen und ein Betriebs- bzw. Gruppensystem eingeführt, bei dem das medizinische Personal die ihnen zugewiesenen Patienten ganzheitlich betreut.

Das Verhalten der Berufsgruppen im Planungsprozeß weist ein Konfliktfeld zwischen Organisationsinteresse und Leistungsinteresse auf (Busse 1999, S. 29). Für ersteres steht die Anästhesie zusammen mit den Pflegekräften, die an einer verlässlichen Planung sowie an einer gleichmäßigen Kapazitätsauslastung interessiert sind. Dieses Bestreben sichert eine geordnete Arbeitsvorbereitung und kalkulierbare Arbeitszeiten. Dem entgegen steht das Leistungsinteresse von seiten der Operateure und der Verwaltung. Während die Operateure tendenziell danach streben, möglichst viel Kapazität für den eigenen Fachbereich zu verbuchen und innerhalb dieses Kontingents nach Möglichkeit alle vorbereiteten Patienten zu behandeln, strebt die Verwaltung eine möglichst hohe Kapazitätsauslastung bei möglichst geringem Ressourcenaufwand³⁶ an (Busse 1999, S. 29).

Der hohe Spezialisierungsgrad von Beschäftigten der Operationsabteilung bringt es mit sich, daß keine oder nur geringe Kenntnisse über Abläufe und Gegebenheiten in den anderen Disziplinen vorhanden sind. So kommt es zu einer Überlagerung von berufsorientierten und funktionalen Abläufen, die Probleme wie geringe Effizienz und Effektivität zur Folge haben können. Daneben birgt eine hohe Zentralisierung der einen bzw. eine Dezentralisierung der anderen Aufgabe die Gefahr der Autonomie bestimmter Bereiche oder Teilbereiche in sich³⁷. Dies erfordert eine angemessene Planungstiefe, Kompromisse, sinnvolle Kosten-/ Nutzenrelationen und folglich eine umfassende, berufsgruppenübergreifende Kommunikationskultur.

³⁶ hier in Form von Vollkräften, Überstunden und Materialverbrauch)

³⁷ so zum Beispiel schneidende Belegärzte oder – auch in deren Zusammenhang – dezentrale OP-Einheiten

● Fazit

Der Anästhesist ist gewohnt, interdisziplinär, rasch und flexibel zu handeln. Wegen seiner permanenten Präsenz im OP und aufgrund seiner Fähigkeit, organisatorische Anforderungen auch medizinisch beurteilen zu können, ist er prädestiniert, die Planung und Steuerung des OP-Ablaufes zu koordinieren (Busse 1999, S. 5).

Die Delegation dieser Verantwortung erweist sich oft als äußerst schwierig, da vielerorts verbindliche Regelungen über Aufbau, Organisationsstruktur und Abläufe für den OP-Bereich fehlen. Diese müssen erst in mühsamer Kleinarbeit erarbeitet und in die Praxis umgesetzt werden. Ohne diese Strukturen aber ist der Anästhesist - oder jede andere dafür bestimmte Person – als OP-Koordinator nicht handlungsfähig (Busse 1999, S.5).

Die moderne umfassende OP-Steuerung steckt noch in den Kinderschuhen. Diese Komponente bildet jedoch einen wesentlichen Teil der Zukunftssicherung eines Krankenhauses. Die Reformansätze beschränken sich derzeit in der Regel auf die Analyse von Mängeln und Defiziten. Für die Einleitung eines Verbesserungsprozesses wird dies auch bei Vorhandensein von Verbesserungsvorschlägen nicht ausreichend sein. Notwendig ist primär die Schaffung einer Kultur des Optimierungswillens unter allen Beteiligten. Dieses hohe und nur längerfristig zu erreichende Ziel erfordert die Einführung eines krankenhaumfassenden Qualitätsmanagements. Umfassend, da weder die Betrachtung der Arbeitsprozesse noch die Arbeitshaltung von Mitarbeitern auf einzelne Krankenseinheiten reduzierbar sind.

Dem - mit der Steuerungsfunktion betrauten - Arzt stellt sich die Frage, welche Ansätze zu einer rationellen OP-Organisation geeignet sind, eine reibungslose Durchführung der Patientenversorgung sicherzustellen. Bei einer genaueren Betrachtung stellt sich oft heraus, daß die kritiklose Übernahme von Begriffen und Organisationsmodalitäten aus der Industrie für den „Krankenhausbetrieb“ nur wenig hilfreich sind (Busse 1999, S. 5).

Von den administrativen Bereichen des Krankenhauses oft nicht ausreichend unterstützt, bleibt die Frage nach Verantwortlichkeiten, Steuerungsinstrumenten und Kommunikationsstrukturen der OP-Abteilung noch häufig unbeantwortet. Im folgenden soll geklärt werden, welche Strukturelemente ein „OP-Management“ ausmachen und wie die daraus resultierenden Aufgaben in die OP-Organisation kleinerer OP-Einheiten, ohne die Einrichtung einer zentralen OP-Steuerung, übertragen werden könnten.

2.5 OP-Management

Die Verwendung des Management Begriffes hat besonders dann Hochkonjunktur, wenn es der betreffenden Branche schlechter zu gehen droht. Es ist daher nicht verwunderlich, daß insbesondere seit 1993³⁸ dieser Begriff im Krankenhaus sehr häufig strapaziert wird (Pföhler 1997, S. 389). Wenn man im Management ein Allheilmittel gegen drohende Gefahren sieht, wird oft übersehen, daß es nicht damit getan ist, sich mit den Inhalten und Funktionen des Managements zu beschäftigen. "In der Praxis wird der Übergang von der Verwaltung eines Krankenhauses hin zum "Managen" eines Krankenhauses und die dabei herrschende Komplexität der Entscheidungs- und Wirkungsprozesse oft unterschätzt" (Meier 1994). Von erheblicher Bedeutung für die Wirksamkeit sind insbesondere auch die Verhaltensweisen, die sich in der personellen Kommunikation zeigen und beweisen müssen.

Da Qualitätsmanagement eine Querschnittsfunktion des Managements darstellt, soll die Klärung des Begriffes Management deutlich machen, auf welchen Gegenstand sich qualitätssichere Maßnahmen in einer Operationsabteilung beziehen. Im Anschluß an eine allgemeine Begriffsklärung soll hierfür der Begriff des „OP-Managements“ eingeführt und hinreichend beschrieben werden.

Folgende Definition hat sich für den Managementbegriff durchgesetzt: "To manage is to forecast and plan, to organize, to command, to co-ordinate and to control" (Storrs 1949). Aus dem englische übersetzt bedeutet „managen“ soviel wie verwalten, führen und leiten (Busse 1999, S.11). In der betriebswirtschaftlichen Theorie werden die Aufgaben des Managements wesentlich weiter gefaßt. Management wird hier gleichgesetzt mit Planen, Entscheiden, Organisieren, Beschaffen, Führen, Kontrollieren und Bewerten (Trill 1996, S. 13ff). Die kontinuierliche zielorientierte Abfolge dieser Handlungselemente bildet den Managementprozeß (Terry et al. 1982, S.38)³⁹. Wenn im folgenden von Management die Rede ist, so wird damit dieser Managementprozeß angesprochen⁴⁰.

Die vorangehend genannten Tätigkeiten werden besonders im OP-Bereich abverlangt. Manch eine OP-Leitung bewegt heute jährlich bereits ein größeres Umsatzvolumen als ein Manager eines mittelständischen Unternehmens und trägt dabei für eine Vielzahl von Mitarbeitern die Verantwortung (Busse 1999, S.11).

³⁸ Inkrafttreten der ersten Stufe einer Gesundheitsreform

³⁹ siehe auch Staehle (1994), Abb. 1.6

Ein qualifizierter Manager muß genau einschätzen können, wie er seine Mitarbeiter zu führen hat, d.h. welche Managementformen es überhaupt gibt, welche Managementformen sich für welche Aufgabenstellung eignen und welche Managementform dem vorhandenen Mitarbeiterpotential am besten gerecht wird. In der klassischen Managementlehre werden folgende Führungsformen unterschieden:

Management by Exeption: Management greift nur ein, wenn Zielvorgaben verletzt sind.

Management by Delegation: Spezielle Aufgaben werden delegiert, nahe Bindung an Sachaufgaben.

Management by Objectives: Management richtet Handeln an klar umrissenen Unternehmenszielen aus.

Management by doing-it: Management übernimmt, wenn erforderlich, selbst Aufgaben der anderen Hierarchien, um die Zielerreichung zu verbessern oder zu beschleunigen.

Wie lassen sich die aufgezeigten Dimensionen des Managementbegriffes auf eine komplexe Organisationsstruktur wie die einer OP-Abteilung übertragen? Um dieser Frage nachzugehen soll der Begriff „OP-Management“ eingeführt werden. Das OP-Management umfaßt alle Aufgaben, die die Leitung eines OP-Bereiches betreffen⁴¹. OP-Management ist damit wesentlich mehr als nur Verwaltung. Ziel des OP-Managements ist der optimale Einsatz von Ressourcen zum Erbringen einer bestmöglichen Produktivität in Verbindung mit Optimierung der Patientenakzeptanz” (Busse 1999, S.11). So oder so ähnlich könnte die Definition von OP-Management lauten, wenn man diese angelehnt an die klassische Definition des Begriffes “Management” formuliert. In der anglo-amerikanischen Literatur wird Management heute in zwei Bedeutungsvarianten verwendet (Stahle 1994, S. 69), nach denen im folgenden der Begriff OP-Management spezifiziert werden soll:

- Management im *funktionalen Sinn*, d.h. Beschreibung der Prozesse und Funktionen, die in arbeitsteiligen Organisationen notwendig werden, wie Planung, Organisation, Führung, Kontrolle (managerial functions approach).
- Management im *institutionalen Sinn*, d.h. Beschreibung der Tätigkeiten und Rolle von Personen(-gruppen), die Managementaufgaben wahrnehmen (managerial roles approach).

⁴⁰ vgl. hierzu auch die Konzeption des ”Handwörterbuch der Führung” in Kieser/Reber/Wunderer 1987

⁴¹ zu unterscheiden sind die Disziplinen Prozessmanagement, Informationsmanagement, Materialmanagement, Umweltmanagement, Erlösmanagement, Fallkostenmanagement, Kostenmanagement, und Qualitätsmanagement

● OP-Management im funktionalen Sinn

Bei der Zuordnung von Aufgaben des OP-Managements müssen dessen Ziele definiert werden, um daraus Aufgaben als Verbesserungsanliegen für die Zielerreichung zu formulieren. Folgende Komponenten könnten Teil des Zielsystems einer Operationsabteilung sein (Tauch 1997, S. 6) :

Rahmenziele der Abteilung: Patientenzufriedenheit; Mitarbeiterzufriedenheit; Kostenminimierung

Patientenbezogene Ziele: hohe Patientenzufriedenheit, hohe Qualität der Versorgung

Beachtung von medizinischen Standards

geringe Durchlaufzeit; geringe Wartezeiten

Mitarbeiterbezogene Ziele: hohe Produktivität; Interessenausgleichs; Beachtung von Standards

Betriebsmittelbezogene Ziele: hohe Auslastung; geringe Leerzeiten; optimale Rüstzeiten

Sachmittelbezogene Ziele: hohe Qualität; Beachtung von Standards

Das OP-Management hat demnach für die sinnvolle Integration des OP in den gesamten Leistungsprozeß eines Krankenhauses zu sorgen (Busse 1999, S.26). Zielgröße des Managements ist, neben der prozeßnahen taktischen Steuerung (sektorale Steuerung) auch die Gesamtsicht des Behandlungsprozesses eines Patienten innerhalb der Krankenhausorganisation (Funktionale Steuerung). Aus dem erstellten Zielsystem lassen sich folgende sektorale Managementaufgaben für die Operationsabteilung ableiten:

(1) *Organisationseckpfeiler* müssen gesetzt werden: Festlegung der Kapazitäten, Ausweisung zentraler oder dezentraler OP-Einheiten bzw. OP-Kapazitäten in der Ambulanz; Regelung der Arbeitszeiten; Verteilung von Zeitkontingenten für die OP-Belegung in Abhängigkeit arbeitszeitrechtlicher Regelungen und räumlicher Ausstattung auf die schneidenden Fachbereich. Zu berücksichtigen sind ferner der Zeitpunkt der Patientenaufnahme, die Prämedikation der Patienten nach Möglichkeit innerhalb von Regelarbeitszeiten der Anästhesie sowie die Vorhaltung ausreichender Notfallkontingente.

(2) *Kurzfrist-; Mittelfrist-; Langzeitplanung* implementieren: Führen eines OP-Buches, Zusammenführen der Daten mit denen schneidender Belegärzte, Aufstellung der Monats-, Wochen- und Tagespläne durch den Planungsverantwortlichen. Verbindliche Festlegung von Besprechungsterminen, Zeiten der Planfertigstellung sowie des Ortes für den Planaushang.

- (3) *Kommunikationsstrukturen, Koordinationsinstanzen*: Vereinbarungen über Teilnehmer, Zeiten und Örtlichkeiten von bereichsübergreifenden Sitzungen, der OP-Besprechung, des Qualitätszirkels „OP“; Bestimmung von Ansprechpartnern für Belange der schneidenden Bereiche sowie der Anästhesie; Bestimmung eines OP-Koordinators (für Kurzfristplanung, Notfallintegration, Konfliktschlichtung und Beschwerdemanagement).
- (4) *Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung*: Herausarbeitung der Konsequenzen des Leitbildes für die Operationsabteilung; Ableitung bereichsspezifischer Ziele; Analyse des Patientendurlaufes und angrenzender Prozesse; Ausarbeitung und Umsetzung von Verbesserungsmöglichkeiten unter Beteiligung aller Mitarbeiter.
- (5) *Beschwerdemanagement*: Erzeugung einer Beschwerdekultur durch Förderung von Vertrauen und Förderung eines „WIR“-Gefühls unter den Mitarbeitern; ständige Ermunterung zur konstruktiven Beschwerdeäußerung (mittels Patientenbefragung, Mitarbeitergespräche); Benennung eines Beschwerdeträgers („Sachbearbeiter“ der Beschwerde), Dokumentation, Weiterleitung an geeignete Verantwortungsträger und Analyse von Resultaten; Rückmeldung an den Beschwerdeäußerer⁴².
- (6) *OP-Reengineering*: Prozeßtransparenz (Organigramme, Funktionsflußdiagramme und Prozeßmodulation); Unterscheidung zwischen Zentralprozessen („mother-workflow“) und angegliederten Prozessen („child-workflow“); Hinterfragen aller Tätigkeiten nach dem Nutzen für den Zentralprozeß bzw. nach Erfordernis aufgrund rechtlicher Rahmenbedingungen; Unterlassung von traditionsgebundenen Verhaltensweisen.
- (7) *Dokumentationshandbuch*: Zusammenstellung aller Daten, die rechtlich verordnet sind, für das Controllingkonzept benötigt und abteilungsintern erwünscht werden, oder die von Relevanz für die Qualitätsmessung sind. Festlegung des Verantwortlichen, des Ortes, des Zeitpunktes sowie des Speichermediums der Dokumentation; Vermeidung von doppelter Datenerhebung, Rückmeldung von Datennutzern über den Erfüllungsgrad ihrer spezifischen Bedürfnisse, Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen.
- (8) Erstellung von *Arbeitsschutzkonzepten* für die OP-Einheit.

⁴² Durch eine positive Reaktion auf Beschwerden gegen das Krankenhaus können diese beim Patienten zu Begeisterungsfaktoren zugunsten des Krankenhaus werden.

Aus diesen Aufgaben leitet Busse (1998) eine Verteilung der Managementfunktionen einer Operationsabteilung ab, die für eine bereichsbezogene Zuordnung der Aufgaben herangezogen werden kann:

Tagesmanagement (OP-Planung, Durchführung, Bestellwesen, Qualitätsüberwachung)

Vorhaltungsmanagement (Materialverbrauch, Materialsortiment, Raumausstattung, Personal)

Administrationsmanagement (Dokumentation, Controlling, Einhaltung gesetzlicher Regelungen)

Strategisches Management (Langfristplanung, Qualitätssicherungsprojekte, OP-Reengineering)

● **OP-Management im institutionellen Sinn:**

Die Aufbauorganisation in der Operationsabteilung wird maßgeblich durch die krankenhauserne Hierarchiestruktur beeinflusst (siehe Kapitel 2.1.). Ein wesentlicher Grund hierfür ist, daß vielerorts verbindliche Vereinbarungen über Aufbau, Organisationsstruktur und Abläufe in diesem Bereich fehlen. Sie müssen erst in mühsamer Kleinarbeit erarbeitet und in die Praxis umgesetzt werden⁴³. Ohne diese Strukturen aber ist jedes Bereichsmanagement im wahrsten Sinne des Wortes machtlos (Busse 1999, S. 3).

Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung unterhalten in der Regel kein zentrales OP-Management. Die Leitung obliegt dem ärztlichen Direktor oder einem einbestellten OP-Koordinator. Er ist für die Erstellung der OP-Planung, die Vergabe der Zeitkontingente und die technische Ausstattung verantwortlich. Für die Abläufe der Operationen sind die betreffenden schneidenden Chefärzte verantwortlich. Aufgrund ihrer interdisziplinären Aufgabenstellung nimmt die Anästhesie in den Bereichen Koordination, Konfliktbewältigung und Qualitätssicherung eine Sonderrolle ein.

Die prozeßnahe strategische Steuerung erfolgt daher häufig durch eine allgemein anerkannte *OP-Steuerstelle* aus dem Bereich der Anästhesie, die die folgenden Kriterien erfüllen sollte: Definierte Aufgabenstellung, menschliche und fachliche Kompetenz, klare Kompetenzverteilung und Hierarchiezuordnung, gesicherte Informationshoheit, Belastbarkeit, diplomatische Fähigkeiten sowie die Kenntnis interner Machtstrukturen.

⁴³ Einschätzung durch Prof. Dr. Forst, Chefarzt Anästhesie und operative Intensivmedizin, Klinikum Augsburg

Aufgrund der spezifischen Strukturen der Operationsabteilung erscheint es sinnvoll, Planungsprozesse wie Bestellwesen, Ablaufplanung, Arbeitszeiten- und Urlaubsregelungen abteilungsintern⁴⁴ zu regeln. Hierbei nimmt die Leitende OP-Pflege eine zentrale Rolle ein. Konflikte können bei solchen dezentralen Regelungen entstehen, wenn Verantwortlichkeiten über diese Planungsprozesse nicht jeweils einer Person zuzuordnen sind. Für einen funktionierenden Behandlungsablauf des Patienten werden diese Einzelverantwortlichkeiten Idealerweise von einer Kultur der Gesamtverantwortlichkeit aller Mitarbeiter getragen.

Für die Sicherung von Transparenz in Bezug auf alle verbindlichen Regeln im Tagesgeschäft einer Operationsabteilung ist das Erstellen einer *OP-Satzung* sinnvoll (siehe Anhang II) . Bei deren Erstellung sind alle Mitarbeiter zu beteiligen. Die allgemeine Verbindlichkeit der vereinbarten Regeln sollte dabei im Konsens aller Beteiligten beschlossen werden. Auch eine OP-Satzung ist einer kontinuierlichen Qualitätssicherung und Prozeßanpassung unterworfen. Daher ist es notwendig, einen zeitlicher Rahmen für eine Überarbeitung festzulegen.

● **Fazit**

Wenngleich mit dem Begriff Manager noch immer ausschließlich das Top-Management gemeint ist, so ist er als Funktionsbeschreibung gerade für den OP-Bereich doch zutreffend.

Ein gutes Management steht und fällt mit der fachlichen und sozialen Qualität desjenigen, der die Managementaufgaben übertragen bekommen hat. Ein noch so qualifiziertes Management ist machtlos, wenn ihm nicht Instrumentarien an die Hand gegeben werden, die sein Handeln unterstützen. Tatsächliche Gestaltungsmöglichkeiten und Umsetzungskompetenzen müssen in dem Maße sichergestellt werden, wie es die Aufgabenstellung des Managements erfordert.

Daß ein effizientes OP-Management im Krankenhaus benötigt wird, ist unbestritten. Daß die Qualität eines solchen OP-Managements aber auf Dauer nicht nur Auswirkungen auf das originäre OP-Geschehen sondern auch auf den gesamten Leistungsprozeß eines großen Teils der Krankenhausleistung hat, wird erst in dem Maße deutlich, in dem der Kosten- und Qualitätsdruck auf die Krankenhäuser steigt.

⁴⁴ unter hinreichender Beteiligung von Personalrat, Pflegedienstleitung sowie Bereichsleitung

3 Total Quality in der Operationsabteilung

3.1 Der Qualitätsbegriff im Krankenhaus

3.1.1 Begriffsbestimmung

Geht man von dem lateinischen Wortstamm „qualitas“ aus, so bedeutet Qualität soviel wie „Beschaffenheit“, „Eigenart“. Der Begriff „Qualität“ beinhaltet im modernen Sprachgebrauch verschiedene Dimensionen, die von der Güter- oder Dienstleistungsbeschaffenheit bis hin zum Wert eines Objektes reichen. Die Bedeutung des Begriffes „Qualität“ hängt von dem jeweiligen Benutzern des Gutes oder dem Empfänger der Dienstleistung ab. Der Qualitätsbegriff ist somit stets subjektiver Natur (BÄK 1997, S. 5). Im deutschen Sprachraum wird Qualität mit vortrefflichen Produkteigenschaften gleichgesetzt (Hahne 1999, S. 4). In der Literatur sind vielfältige Versuche einer Qualitätsdefinition unternommen worden. Exemplarisch werden hier folgende Vorschläge genannt:

Allgemein definiert ist Qualität die Beschaffenheit einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, die Qualitätsforderung zu erfüllen. Dabei umfaßt die Beschaffenheit einer Einheit die Gesamtheit ihrer Merkmale und Merkmalswerte und die Qualitätsforderung die Gesamtheit der Einzelforderungen an die Beschaffenheit einer Einheit in der betrachteten Konkretisierungsstufe der Einzelforderungen. (Deutsche Gesellschaft für Qualität DGQ 1987)

Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit (der Begriff „Einheit“ umfaßt sowohl materielle als auch immaterielle Produkte, also auch Dienstleistungen aller Art) bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen (DIN EN ISO 8402).

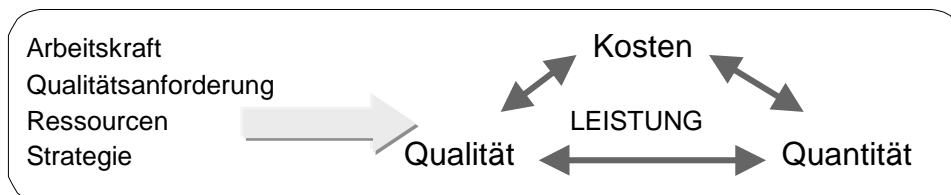
Unter Qualität wird eine effektive und effiziente Leistungserstellung verstanden, die kundenorientiert in kürzerer Zeit zu tendenziell sinkenden Kosten erbracht wird (Adam et al. 1999, S. 97).

Die Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen aller kundenorientierter Prozesse, Strukturen und Einstellungen hinsichtlich der Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse im humanistischen, ökonomischen und ökologischen Sinne zu erfüllen (Hahne 1999 S. 37).

Als Qualität bezeichnet man die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes, eines Prozesses oder einer Dienstleistung, die sich zur Erfüllung vorgegebener Erfordernisse eignen. Gute Qualität bedeutet: Das erreichbare Ziel wird erreicht, unnötiges Risiko vermieden und unnötiger Aufwand unterlassen (Vorschlag des Verfassers).

Dabei zeigt sich, daß, bezogen auf das ärztliche Handeln und die medizinische Versorgung im Krankenhaus, eine eindeutige Begriffsbestimmung schwerfällt. Eine brauchbare Beschreibung von Qualität benötigt zum einen ein Objekt, anhand dessen die Qualität beschrieben werden kann, und zum anderen, für die Bewertung der Qualität, ein irgendwie geartetes Maß der Übereinstimmung dessen, was möglich ist (Selbmann 1988). Qualitätsüberlegungen im Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung beinhalten also Aussagen über die Differenz zwischen dem, was bei der Patientenversorgung erreicht werden kann bzw. soll und dem, was tatsächlich erreicht worden ist (Deutsches Krankenhausinstitut DKI, 1989). Von daher gesehen wird offensichtlich, daß es keine Qualität ärztlicher und pflegerischer Handlungen an sich gibt, sondern immer nur im Hinblick auf Ziele, die im einzelnen erreicht werden sollen (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3 Beispiel eines Zielsystems:



Erst konkrete Zielvorstellungen oder Erwartungen ermöglichen die Messung von Qualität. Somit ist Qualität der Grad der Erfüllung von im vorhinein festgelegten Zielen. Zielvorstellungen stehen dabei in Abhängigkeit von einschränkenden Rahmenbedingungen. Mit den vorhandenen Ressourcen wird durch eine optimale Abstimmung von Kosten, Nutzen, Umfang, Aufwand etc. die höchste erreichbare Qualität einer Leistung angestrebt. Die erbrachte Leistung soll unter Qualitätsgesichtspunkten nicht so gut wie möglich, sondern so gut wie nötig erbracht werden.

Die Resultate können:

- den Zielen entsprechen = Qualität
- die Ziele unterschreiten = Qualitätsdefizit
- die Ziele überschreiten = Ressourcenverschwendung

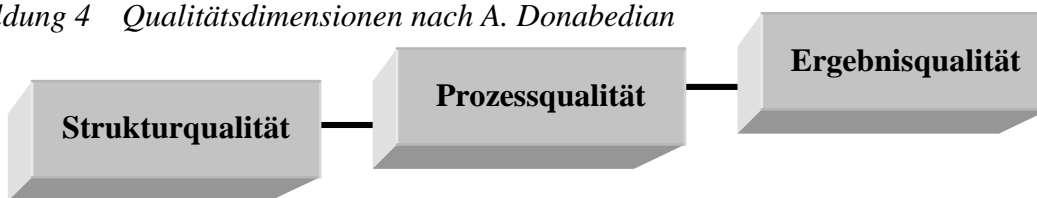
Qualität bedeutet die optimale Anpassung an vorhandene Kapazitäten. Das Verhältnis von eingesetzten Ressourcen und erbrachter Leistung kann dabei nach dem Minimalprinzip (gleiche Leistung bei geringerem Ressourcenverbrauch) oder auch nach dem Maximalprinzip (bessere Leistung bei gleichem Ressourceneinsatz) bestimmt werden (Busse 1999, S. 18ff).

• Die Qualitätsbegriffe im Krankenhaus

A. Donabedian

Auf Donabedian geht die allgemein anerkannte Dimensionierung des Begriffes Qualität in Strukturqualität, Prozeßqualität und Ergebnisqualität zurück (Donabedian, 1966; siehe Abbildung 4). Die Strukturdimension beinhaltet die technische und personelle Ausstattung eines Betriebes (exogene Faktoren); zur Prozeßdimension zählt die Art und Weise, wie Arbeitsabläufe erbracht werden (endogene Faktoren); die Ergebnisqualität betrachtet die Resultate der erbrachten Leistung. Bei dieser dreidimensionalen Einteilung wird eine kausale Abhängigkeit antizipiert, wonach eine Verbesserung der Strukturqualität zu einer verbesserten Prozeßqualität und diese zu einem qualitativ besseren Ergebnis führt (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4 Qualitätsdimensionen nach A. Donabedian



Die *Strukturqualität* gehört der technischen Qualität an, zu der wiederum alle personellen Voraussetzungen nach Anzahl und Qualifikation, räumliche Voraussetzungen, medizinisch-technische Ausstattungen sowie organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen gehören. Die Struktur ist allerdings ein relativ stumpfes sowie auch ein relativ schwerfälliges Steuerungsinstrument (Niemann 1995, S. 25).

Die *Prozeßqualität* bildet eine Funktion aus Technischer Qualität, Mitarbeiterqualifikation, Qualitätskultur und der Wechselwirkung zwischen diesen prozeßbestimmenden Größen. Sie bezieht sich auf ärztliche Aktivitäten der diagnostischen und therapeutischen Versorgung. Die Qualität der Leistung ergibt sich auch hier aus dem Vergleich mit Leistungen in vergleichbaren Krankenhausabteilungen, gemessen an statistischen Größen (Niemann 1995, S. 24).

Die *Ergebnisqualität* ist die aussagefähigste Form der Qualitätsmessung bei der Beurteilung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Die Ergebnisqualität gehört zu der schwierigsten Form der Qualitätssicherung, weil das Behandlungsergebnis erst mittel- oder langfristig beurteilt werden kann. Eine Kompromißlösung bietet sich mit der Beurteilung prozeßnaher Ergebnisqualität (beispielsweise in Form von intra- und postoperativen Komplikationen).

In seinem Aufsatz von 1982 trifft Donabedian die neue Unterscheidung von Qualität in die drei Dimensionen „absolutistische Qualität“ als das objektiv machbare aus Sicht des Praktikers, „individualisierte Qualität“ als die Erwartungen der Patienten und Mitarbeiter und „soziale Qualität“, die neben Kosten auch Modalitäten der Versorgung und gesellschaftliche Verantwortung in sich aufnimmt (Donabedian et al. 1982).

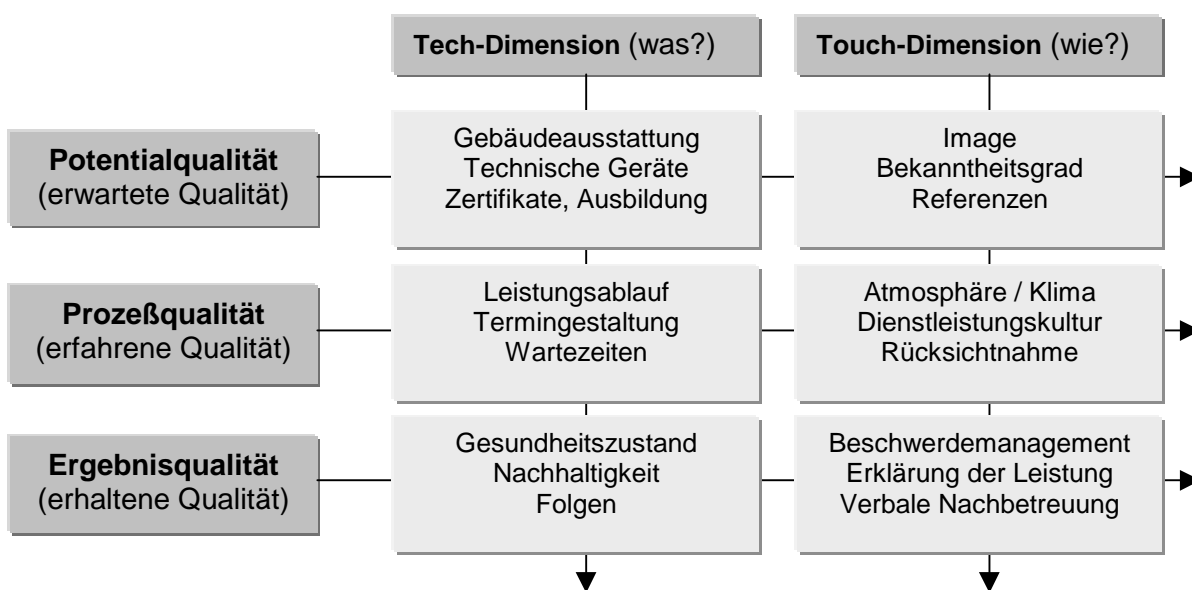
R. Hildebrand

Hildebrand unterscheidet, ähnlich wie Lynne Gunningham, zwischen den drei Ausprägungen Klinische Qualität, Qualität aus Patientensicht und Preis-Leistungs-Qualität (Hildebrand 1995, S. 32). Dabei entspricht die klinische Qualität der Definition nach §137 SGB V. Die Qualität aus Patientensicht fokussiert all diejenigen Leistungen, welche die Patientenzufriedenheit erhöhen. Die Preis-Leistungs-Qualität betrachtet die wirtschaftliche Seite der Krankenhausversorgung sowie die Vergütung erbrachter Leistungen durch die Krankenkassen. Hildebrand unterstützt die klassische Einteilung von Qualität nach Donabedian, in dem er die Verbesserung der Prozeßqualität als Ursache für verbesserte Ergebnisse hervorhebt (Hildebrand 1994, S. 188).

J. Schlüchtermann

Schlüchtermann kombiniert die auf Donabedian basierende Einteilung mit der von Grönroos. Somit ergeben sich für ihn neun Dimensionen der Qualität (Schlüchtermann 1990, S. 252-253):

Abbildung 5 Qualitätsbegriff nach Schlüchtermann



● Interpretation

Eine wesentliche Schwierigkeit der Qualitätsbeurteilung im Krankenhauswesen besteht darin, daß sich weder das Ziel "Verbesserung des Patientenzustandes" (physische Mobilität, psychische Ausgeglichenheit) noch der IST-Zustand als Ausdruck für den Zielerreichungsgrad exakt definieren und in eindeutig meßbaren Größen ausdrücken lassen (BÄK 1997, S. 36).

Unter Berücksichtigung dieser Schwierigkeiten orientieren sich in der Praxis Qualitätsüberlegungen im Bereich der Medizin daher nicht nur am Behandlungsergebnis, sondern parallel sowohl am Ablauf des Behandlungsprozesses mit seinen eingesetzten Ressourcen als auch an den Strukturen. Den Informationen über die eingesetzten Ressourcen wird ergänzende Bedeutung beigemessen. Diese werden üblicherweise fallweise erhoben, und zwar als Begründung für negative Abweichungen im Bereich der Ergebnis- und Prozeßqualität. (BÄK 1997, S. 37).

Den wichtigsten Qualitätsaspekt bildet jedoch die medizinische Indikation. "Die Qualität der Indikationsstellung ist die wichtigste Komponente in der Qualitätsbeurteilung einer medizinischen Intervention, denn es gibt keinen schlechteren Eingriff als einen überflüssigen" (Straub 1996).

Medizinische Leistungen im Krankenhaus erfordern Infrastrukturleistungen wie Planung, Organisation, Logistik, Informationssystem etc. durch den Wirtschafts-, Verwaltungs- und technischen Dienst. Dabei können Mängel in der Infrastruktur oft auch Mängel in der medizinischen Versorgung auslösen. Daher müssen gerade die Leistungen, die sich auf die Handlungen am Patienten auswirken (z.B. Bereitstellung von Betriebsmitteln, Patientenlogistik, Informationsflüsse) bestimmten Qualitätsansprüchen entsprechen. Nur die hohe Qualität der medizinischen und nichtmedizinischen Leistungen in ihrem Zusammenwirken gewährleistet eine hohe Qualität der Patientenversorgung (BÄK 1997, S. 39).

Die Qualität einer OP-Abteilung bildet demnach eine Funktion aus Gesamtqualität eines Krankenhauses⁴⁵ sowie den Qualitäten aller Einzelleistungen. Die herangezogenen Teilqualitäten müssen hierfür meßbar oder zumindest beobachtbar sein. Beispiele für solche Teilqualitäten einer OP-Abteilung sind in Tabelle 5 dargestellt:

⁴⁵ Diese Gesamtqualität kann heute praktisch noch nicht gemessen werden.

Tabelle 5 Teilqualitäten der operativen Medizin nach Qualitätskategorien Donabedians

Kategorie	Gesamt- qualität	Teilqualitäten					
	KH	Führung	Pflege	AN	CH	GYN	HNO
Struktur							
Personal							
Finanzen							
Sachmittel							
Räumlichkeit							
Organisation							
usw.							
Prozeß							
Abläufe							
Angemessenheit							
Information							
Überwachung							
usw.							
Ergebnis							
Zufriedenheit							
Infektionen							
Rückfälle							
Gesamtzustand							
usw.							

In dieser Arbeit soll auch die Hypothese Donabedians unterstützt werden: qualitativ geeignetes und quantitativ ausreichendes Personal sowie eine hochwertige und leistungsfähige technische Ausstattung (Strukturqualität) in Verbindung mit einer guten Organisation haben ein qualitativ hochwertiges Leistungsgeschehen (Prozeßqualität), und damit auch ein hochwertiges Behandlungsergebnis (Ergebnisqualität), zur Folge (Donabedian 1966). Nach Kaltenbach (1991) liegt hierbei jedoch das Hauptproblem in der Verbindung zwischen Prozeß und Ergebnis einer medizinischen Behandlung. Nur wenn diese besteht, kann auch von einer Validität der Prozeßkriterien in Bezug auf die eigentliche Qualität gesprochen werden.

Für das medizinische Fachpersonal und auch für die Mitarbeiter im nichtmedizinischen Bereich, die sich mit der Durchführung der Qualitätssicherung auseinandersetzen, wird die Qualität zu einer menschlichen Haltung, die dem Sinn ihrer ethischen Verpflichtung entspricht (BÄK 1997, S. 37). Die Qualitätssicherung soll diese menschliche Haltung im Umgang mit Patienten, Angehörigen sowie den Mitarbeitern des Krankenhauses weiter ausbauen helfen.

3.1.2 Qualitätskriterien und Standards

Die Qualität von Krankenhausleistungen wird primär durch die Wahrnehmung des Patienten bestimmt. Das Erhalten von Information über die Wahrnehmung des Patienten bildet die wichtigste Grundlage für die Erstellung von Qualitätskriterien. Qualitätsbewertung erfolgt somit nach subjektiven Kriterien, da jeder Patient für sich selbst ein individuelles Qualitätsniveau nachfragt, d.h. ein bestimmtes Erwartungs- bzw. Anspruchsniveau hat. Für eine Bewertung werden jedoch zusätzlich objektive, meßbare Kriterien, Indikatoren, Standards und Richtlinien benötigt, nach denen zwischen guter und schlechter Qualität unterschieden werden kann. Da deren Begriffsabgrenzungen in der Literatur häufig eine gewisse Unschärfe erkennen lassen (BÄK 1997, S. 50-55), soll hier zunächst eine Begriffsspezifizierung vorgenommen werden:

<i>Kriterium</i>	Ein Kriterium ist das etabliertes Merkmal / die Eigenschaft der Struktur, des Prozesses oder des Behandlungsergebnisses, deren Ausprägung gute von schlechter Qualität unterscheidet.
<i>Norm</i>	Normen sind allgemeine Regeln, die das bezeichnen, was von einer bestimmten Gruppe von Menschen als gut angesehen wird. Eine Norm ist die übliche Ausprägung eines Kriteriums.
<i>Standard</i>	Ein Standard ist das Ausprägungsmerkmal eines Kriteriums. Er gibt an, welches Ziel man für erreichbar hält und erreichen will, d.h. welches Ziel vorgegeben wird.
<i>Richtlinie/ Leitlinie</i>	Richtlinien und Leitlinien sind Standards, zu denen zusätzlich eine Aussage über deren Verbindlichkeit getroffen wird. Richtlinien sind verbindlicher als Standards.
<i>Indikator</i>	Indikatoren sind im Unterschied zu Richtlinien Hinweise über die Qualität, wenn auf eine vollständige Erfassung der Qualitätsmerkmale mit Kriterien und Standards verzichtet wird.

Insbesondere die Abgrenzung zwischen Kriterium und Standard ist für die vorliegende Arbeit von Bedeutung. Mit dem Kriterium wird nicht mehr und nicht weniger als ein qualitätsdeterminierendes Merkmal festgelegt. Erst mit der Festlegung des Standards wird der Wert oder der Wertebereich des Kriteriums bestimmt, der für gute Qualität bürgt (Niemann 1995, S. 25). Es bedarf daher sowohl Kriterien als auch Standards, um eine medizinische Versorgung beurteilen zu können. Dabei muß weiter bedacht werden, daß Kriterien immer nur Ausschnitte eines komplexen Entscheidungsprozesses darstellen können und daher implizite Peer Reviews von vielen als der genauere Weg der Qualitätssicherung angesehen wird. Durch die mangelnde Reproduzierbarkeit der darin eingeschlossenen Vorgehensweise ist jedoch eine Anwendung differenzierter Kriterien zur Abschätzung der Versorgungsqualität unabdingbar (Niemann 1995, S. 28).

Die Messung von Qualität erfolgt durch die Bestimmung der Ausprägungen von den Merkmalen - vorwiegend der Ergebnisse - welche die gewünschte Qualität ausmachen. Qualität setzt sich so aus einem Merkmalbündel zusammen, das je nach Anwendungsbereich und je nach Personengruppe abweichen kann (BÄK 1997, S. 36). Die Ausprägungen dieser qualitätsrelevanten Kriterien werden über sogenannte Kennzahlen dargestellt (z.B. Zeitdauer eines Prozesses, prozentuale Zielerreichungsgrad, Quantität einer Leistung in Bezug auf einen festgelegten Zeitraum oder einem bestimmten Ressourceneinsatz). Der Vergleich dieser Kennzahlen mit ihren entsprechenden Standards bildet die Grundlage für die Qualitätsmessung. Qualität kann so beispielsweise daran gemessen werden, ob es unnötige Wartezeiten gibt, oder ob die Arbeitsabläufe reibungslos funktionieren. (Gille 1998, S. 172) .

Anhand der Analyseergebnisse wird eine Verbesserung der Versorgung geplant und realisiert. Durch einen abschließenden Vergleich wird festgestellt, ob die gesetzten Ziele durch die Verbesserung erreicht werden konnten. Ist dies nicht der Fall, muß der Regelkreis so lange wiederholt werden, bis eine akzeptable Verbesserung eingetreten ist oder feststeht, daß ein weiterer Verbesserungsversuch in keinem Verhältnis zum erforderlichen Aufwand steht.

● Herleitung von Kriterien

Jedes Kriterium ist nach Vuori (1982) ein Instrument, das dazu bestimmt ist, einen gewissen Aspekt der Versorgungsqualität zu messen. Die Effektivität eines Qualitätssicherungsprogrammes hängt maßgeblich von der Herleitung bzw. Auswahl dieser qualitätsrelevanten Merkmalen ab. Diese wird maßgeblich bestimmt durch die Konsensfähigkeit, Gültigkeit (Validität) innerhalb bestimmter Prozeßabschnitte und zumindest zeitlich begrenzte Stabilität (Niemann 1995, S.27). Für die Auswahl der Kriterien hat sich die sogenannte RUMBA-Regel bewährt, wonach Kriterien folgende Eigenschaften erfüllen müssen (CBO 1989) :

<input checked="" type="checkbox"/>	Relevant	Relevanz für den Analysebereich bzw. das Analyseziel
<input checked="" type="checkbox"/>	Understandable	Klarheit und Verständlichkeit auch für Drittpersonen
<input checked="" type="checkbox"/>	Measurable	Meßbarkeit, Quantifizierbarkeit, Handhabbarkeit
<input checked="" type="checkbox"/>	Behavioural	Veränderbarkeit, Verhaltensbedingtheit
<input checked="" type="checkbox"/>	Attainable	Erreichbarkeit, Machbarkeit, Realität der Ziele

Um sich als Meßinstrument bezeichnen zu lassen, müssen Kriterien darüber hinaus nach Vuori (1982) folgende Eigenschaften besitzen⁴⁶:

Validität: Sie besagt, daß Meßinstrumente das messen, was sie messen sollen, also ob Kriterien Aussagen über die Qualität enthalten⁴⁷.

Reliabilität: Sie faßt alle Elemente zusammen, welche die Zuverlässigkeit einer Messung bestimmen. Die Zuverlässigkeit kann dabei die Elemente Beobachter, Meßinstrument, Beobachtungsobjekt, Situation und Interaktion dieser Elemente beim Meßvorgang betreffen. In der Qualitätssicherung sind primär die zeitliche Stabilität sowie die Subjektivität zu überwachen.

Sensitivität: Sie bedeutet die Fähigkeit, Unterschiede in der zu untersuchenden Variablen auch tatsächlich zu entdecken, d.h. ob sich Änderungen der Qualität auch in den Meßkriterien niederschlagen. Dabei beeinflußt sowohl die Validität als auch die Reliabilität die Sensitivität.

Spezifität: Je mehr Kriterien berücksichtigt werden, desto größer ist die Sensitivität. Die Zunahme der Sensitivität geht dabei auf Kosten der Spezifität.

Für die Qualitätssicherung bedeutet dies auf den ersten Blick, soviel Kriterien wie möglich zur Beurteilung der Versorgungsqualität heranzuziehen. Dies kann jedoch insbesondere dann zu zeitintensiven und damit teuren Meßinstrumenten führen, wenn keine EDV-gestützten Erhebungsinstrumente zum Einsatz kommen. Für eine sinnvolle Auswahl von Kriterien stehen eine Reihe von statistischen Verfahren zur Verfügung, wie sie beispielsweise in Niemann (1995), S. 37 ff, vorgestellt werden. Sie haben eine angemessene Kosten-Nutzen-Relation als Ziel.

● Herleitung von Standards

Bei Standards handelt es sich in der Medizin nicht um Konstanten, sondern um Variablen. Diese sind vom Konsensus zwischen Leistungserbringern und Leistungseinforderern abhängig und in einem kontinuierlichen Prozeß abzugleichen. (Viethen 1997, S. 381). Zur Herleitung von Standards stehen im wesentlichen die nominale Gruppentechnik (Delbeck-Methode), die Delphi-Methode und die Konsensuskonferenz als Verfahren zur Verfügung. Der Vorteil der nominalen *Gruppentechnik* liegt in der sofortigen Erläuterung der Standards. Demgegenüber zeichnet sich die *Delphi-Methode* durch die Einbeziehung einer zahlenmäßig großen Expertengruppe aus, in der Extremmeinungen ausgeschaltet werden können. Mit der *Konsensuskonferenz* werden Standards auf breiter Basis unter Nennung von Extremmeinungen aufgestellt.

⁴⁶ Eine ausführliche Diskussion führt hierzu auch Niemann 1995, S. 34ff

⁴⁷ In theoretisch orientierten Studien gewinnt die konzeptionelle Validität an Bedeutung. Die „vorhersagende“ Validität – oder auch Kriteriumsvalidität - eines Meßinstrumentes läßt sich durch den Vergleich der Ergebnisse mit einem auf andere, objektivere Weise erfaßbaren (Außen-) Kriterium feststellen.

Gemäß Definition müssen Standards prinzipiell den gleichen Anforderungen wie Kriterien genügen. Auch für sie sollten die mit RUMBA-Regel hinterlegten Eigenschaften gelten. Grundsätzlich ist zwischen expliziten und impliziten Standards zu unterscheiden (Abbildung 6). Explizite Standards wiederum lassen sich in unbedingte Standards, einfach bedingte Standards, total hierarchische Entscheidungsbäume oder Entscheidungsabläufe einteilen:

Abbildung 6 Explizite und implizite Standards

Ausprägung	Entscheidungsgrundlage
Explizit (ausformuliert)	Unbedingte Standards
	Einfach bedingte Standards
	Total hierarchische Entscheidungsbäume
	Entscheidungsabläufe
Implizit (situationsbedingt)	Krankenblattreview
	Zweitmeinung

Quelle: Niemann 1995, S. 30

Für das Verlassen der Standards sind verbindliche Regeln einzuführen. Neue Beobachtungsmethoden, neue Technologien, die Entwicklungen in der Defensivmedizin sowie außerärztliche Einflüsse wie Patientenwünsche führen zu einer Dynamik von Standards und postulieren ein regelmäßiges Fortschreiben. Ihre Indikation sollte stets begründbar sein.

Die Qualität der Leistungen muß durch aussagekräftige Qualitätsindikatoren (Kriterien und Standards) gemessen werden, um sie planen, steuern und kontrollieren zu können. Dabei kann die Information jedoch auch eine Prozeßblähung bewirken (Niemann 1995, S. 37 ff). Dies geschieht dann, wenn durch eine übermäßige Informationsflut die wichtigen Größen außer Sichtweite geraten. Diese wichtigen Größen müssen daher bekannt sein, um aus ihnen die wesentlichen Indikatoren abzuleiten. Weiter ist der „schönste“ Standard zu nichts nütze, wenn aus einem objektivierten Fehlverhalten oder nachgewiesenen suboptimalen Prozessen keine Lehre gezogen wird und Schlußfolgerungen ausbleiben (Viethen 1997, S. 381)

Vor allem für den Bereich der Prozeßqualität, existieren gegenwärtig nur wenige Standards. Man kann lediglich feststellen, ob das Krankenhaus ein Qualitätsmanagementsystem erfolgreich aufgebaut hat und anwendet oder nicht. Technisch betrachtet ist die exakte Zieldefinition und die Problemerkennung als wesentliche Voraussetzung für ein am Standard ausgerichtetes Qualitätsmanagementverfahren anzusehen.

● Konkretisierung

Als Fazit der vorangegangenen Beschreibung von Kriterien und Standards wird ersichtlich, daß im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen der Entwicklung und Festlegung von Kriterien, im Sinne von Qualitätsindikatoren, mehr Bedeutung beizumessen ist, als der Festlegung derjenigen Werte für die Kriterien, die gute Qualität bestimmen, also den Standards. Dabei gewinnen insbesondere auch vor dem Hintergrund eines Routine-Monitoring allgemeingültige Kriterien an Bedeutung, d.h. Kriterien ohne Beziehung zu einer spezifischen Diagnose oder Behandlung (Niemann 1995, S. 32). Für die Messung der Behandlungsqualität einer OP-Abteilung können nach obigen Überlegungen folgende allgemeingültige Kriterien herangezogen werden:

Tabelle 6 Kriterien des Routine-Monitoring im OP nach Jessee (1982)

☒	Ungeplante Absetzung
☒	Ungeplante Wiederholungsbehandlung im Operationssaal
☒	Rückruf in die Klinik binnen zwei Wochen
☒	Ungeplante Überführung in die Intensivstation
☒	Verlegung in ein anderes Akutkrankenhaus
☒	Neurologische Störungen nach der Operation (nicht vorhanden bei der Einweisung)
☒	Beschädigung oder Perforation von Organen oder Gefäßen bei invasiver Diagnostik
☒	Todesfall
☒	...

Für die Dokumentation als Auswertungsgrundlage sind dabei für jeden einzelnen Eingriff die folgende Parameter mit einzubeziehen (siehe Muster in Anhang V und VI):

- ☒ Definiertes OP-Begriff (OPS 301, ICPM)
- ☒ OP-Einordnung (geplant, Notfall, Rezidiv)
- ☒ Patienteneinordnung (Alter, Morbidität, ASA)
- ☒ Prozeßdaten (Zeiterfassung, Ressourcenbindung)
- ☒ Riskmanagement (Verzögerungen, Fehler, Mißverständnisse)
- ☒ Eigene Parameter der Berufsgruppen (Operateur, Anästhesie, Pflege)

Exemplarisch wird im folgenden für die OP-relevanten Krankenhausfunktionen Führung, Verwaltung, Medizin und Anästhesie/OP ein umfassender Kriterienkatalog erstellt. Die Darstellung folgt dem Qualitätsbegriff nach Donabedian (siehe Kapitel 3.1.1) in Anlehnung an den „Leitfaden Qualitätsmanagement im Krankenhaus“ der Bundesärztekammer (BÄK 1997, S.16-23):

Kriterien der Krankenhausführung

Struktur

- Qualitätsmanagementsystem
- Versorgungsauftrag, Leistungsauftrag
- Leitlinien, Betriebssatzung, Dienstordnung des Krankenhauses
- Führungskultur, Aufbauorganisation, Anzahl der Mitarbeiter
- Qualifikation der Führungskräfte, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Kommunikations- und Informationssysteme
- Geräteausstattung, bauliche Strukturen
- Ruf in der Öffentlichkeit

Prozeß

- Qualität der Information (Inhalt, Art, Vollkommenheit, Rechtzeitigkeit)
- Ablauforganisation (Koordination des Informationsflusses, Patientenmanagement)
- Kommunikation und Kooperation (Kunden, Führung, Krankenhausträger, Berufsgruppen)

Ergebnis

- finanzielles Ergebnis, Auslastung des Krankenhauses
 - Betriebsklima, Personalfluktuation, Mitarbeiterzufriedenheit
 - Patientenzufriedenheit
-

Kriterien der Verwaltung

Struktur

- Leitlinien, Dienstordnung, Organigramm, Zuständigkeiten
- Qualitätsmanagementsystem
- Kostenrechnung, Budgetierungssystem
- Datenmanagement, Erfassen, Auswerten, Bestellsystem
- Patienteninformation, Patientenbegleitung (Sozialdienste), Patientenservice (Bücherei)
- Ambiente, räumliche Ausstattung
- Personalvertretung

Prozeß

- Interne Kundenorientierung, Mitarbeiterbefragung (über eigenen Tätigkeitsbereich)
- Personalentwicklung, Einhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen
- Kommunikation mit Pflege und Medizin, Zuverlässigkeit der Kommunikationssysteme
- Ausstattung, Sauberkeit und Hygiene
- Risikoprävention (Brandfall u.a., interne Sicherheit)
- Logistik

Ergebnis

- Abrechnung (Einfachheit, Übersichtlichkeit, Pünktlichkeit), Entlassung (administrativ)
- Erfassung der Patientenmeinung (gemeinsam mit ärztlicher und pflegerischer Leitung)
- Kosten-Nutzen-Analyse
- Jahresbericht (Übersichtlichkeit, Relevanz, Wahrheitsgrad)
- Öffentlichkeitsarbeit

Kriterien der Medizin

Struktur

- Versorgungsauftrag, Leitlinien, Dienstordnung
- Systematisches Qualitätsmanagement (Verfahrensregeln)
- fachliche Kompetenz der Ärzte, Spezialisierungsgrad, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Informations- und Kommunikationssystem
- Räumliche Ausstattung, apparative technische Ausstattung
- Kommissionen (Arzneimittel, Hygiene)

Prozeß

- Qualitätssicherungsprogramme
- Diagnostik und Therapie (Qualität, Adäquatheit, Abstimmung, Planung)
- Dokumentation (zeitgerecht, vollständig, nachvollziehbar)
- Aufklärung und Beteiligung des Patienten
- Riskmanagement (Meldung von Komplikationen, negativen Ergebnissen)
- Führung der Krankengeschichte (Verfügbarkeit, Abschluß, Vollständigkeit)
- Entlassungsgespräch, Arztbrief, Nachbehandlung

Ergebnis

- Diagnose und Behandlung (Richtigkeit), bestmögliche Behandlungsergebnisse
 - Untersuchungen (gezielte Indikation)
 - Informationsstand des Patienten, Patientenzufriedenheit
 - Mitarbeiterzufriedenheit
 - externe Ergebnisvergleiche, Klinikprofile, Abteilungsprofile
-

Kriterien der Anästhesie / des Operationssaales

Struktur

- Vorhandensein von Richtlinien und Standards
- räumliche und apparative Ausrüstung
- OP-Organisationsplan
- Kommunikationssystem, Transportwege, Alarmanlagen
- Stellenplan und Dienstplan (realistisch, angemessen, korrekt)
- perioperatives Betreuungskonzept (Ambulanz, postoperative Schmerzbehandlung)

Prozeß

- Überwachung der Einhaltung von Richtlinien / Leitlinien
- Überwachung zeitlicher Abläufe
- Koordination und Kommunikation (mit operativen Abteilungen)
- systematische präoperative Anästhesievisite (Zeitpunkt, Zweck, Dokumentation)
- Riskmanagement (Rückmeldung bei Mängeln, Zwischenfälle, Komplikationen)
- Erfassung und Analyse der Vorbereitung (Anästhesie, Blutkonserven u.a.)

Ergebnis

- Konformität von präoperativer Diagnose und Operationsablauf / Resultat
- Anästhesiekatamnese, anästhesiebedingte Komplikationen
- Anzahl der Infektionen chirurgischer Wunden
- Patientenzufriedenheit (postnarkose)

3.1.3 Qualitätsmessung (Monitoring)

Für Krankenhäuser ist das Drei-Ebenen-Konzept (Struktur-Prozeß-Ergebnis) von Donabedian vorwiegend dazu entwickelt worden, um die Qualitätsmessung zu operationalisieren (Donabedian 1980, S. 79 f.; Donabedian 1988, S. 1745 f):

Strukturqualität: Voraussetzung zur Leistungserstellung sind Potentialfaktoren (Gebäude, Einrichtung, Personal). Die Qualität dieser Faktoren wird durch die Leistungsbereitschaft und -fähigkeit gekennzeichnet. Die Messung der Strukturqualität erfolgt inputorientiert und ist ohne Quantifizierungsprobleme möglich.

Prozeßqualität: Die Krankenhausleistung wird weitgehend durch den Prozeß der Leistungserstellung am Patienten determiniert. Voraussetzung zur Messung der Prozeßqualität sind detaillierte Vorgaben für den Diagnose-, Therapie- und Pflegeprozeß in Form von Leistungsstandards. Meßprobleme ergeben sich nicht, da Prozesse über Zeit- und Mengeneinheiten erfaßbar sind.

Ergebnisqualität: Die Messung der Ergebnisqualität ist mit erheblichen Problemen verbunden, da es keinen eindimensionalen Maßstab für den Gesundheitszustand gibt (Adam 1999, S. 105). Dennoch sollte der Gegenstand einer Qualitätsmessung grundsätzlich die Ergebnisqualität sein.

Die Instrumente für Qualitätsmessung im Krankenhaus sind die Zertifizierung, die Akkreditierung und das Audit (Kapitel 3.4.1) . Als Grundkonzepte lassen sich dabei objektive von subjektiven Meßverfahren unterscheiden (Witte 1993, S. 75):

Objektive Meßbarkeit liegt vor, wenn das Niveau eines Qualitätsindikators in einer spezifizierten Dimension feststellbar und interpersonell nachprüfbar ist. Gemessen werden beobachtbare ("harte") Größen, die unabhängig von der Einschätzung der Betroffenen sind.

Subjektive Meßbarkeit liegt vor, wenn das Niveau von Qualitätsindikatoren durch eine beurteilende Person festgelegt wird. Gemessen wird die wahrgenommene Qualität, die an den subjektiven Bedürfnissen und Anforderungen des Beurteilenden orientiert ist.

Für ein umfassendes QM sind beide Messungsarten erforderlich. Traditionell neigen Krankenhäuser dazu, die Qualitätsmessung auf die medizinische Kernleistung zu konzentrieren und die Sichtweise ihrer Patienten nur unzureichend zu berücksichtigen. Neue Impulse für die Qualitätsmessung ergeben sich aber erst, wenn objektive Messungen zunehmend um subjektive Einschätzungen der Patienten erweitert werden. Geeignete Instrumente hierzu sind systematische Patientenbefragungen (Adam et al. 1999, S. 105).

Die Qualitätsmessung lebt von einer frühest möglichen dezentralen Dokumentation, d.h. prozeßbegleitend von einem direkt beteiligten Mitarbeiter. Um den Sinn der Tätigkeit und somit eine gewissenhafte Dokumentation zu gewährleisten, sollte allen Mitarbeiter die weitere Datenverarbeitung und -verwertung sowie ihr patientenbezogener Nutzen nachvollziehbar sein.

Datenfriedhöfe bedeuten keine Qualitätsverbesserung, im Gegenteil: sie kosten zusätzliche Zeit, beanspruchen Raum und verursachen eine Entfremdung der beteiligten Mitarbeiter mit ihrer Dokumentationsarbeit. Qualitätsmessung lebt daher auch von der Umsetzung der aus ihr gewonnenen Erkenntnisse. Das wichtigste Know-how eines Krankenhauses ist daher nicht die Fülle an qualitätsrelevanten Datenbeständen, sondern die Problemlösungsfähigkeit des Krankenhauses und der in ihm tätigen Mitarbeiter (Eiff 1997-1, S. 619). Dieses Know-how ist charakteristisch für jede Hochleistungsorganisationskultur.

3.1.4 Qualitätsbeurteilung (Assessment)

Die Qualitätsbeurteilung hat zum Ziel, eine Unternehmenskultur zu etablieren, in der die Suche nach innovativen Ideen und deren schnelle kundenwirksame Umsetzung zur arbeitstäglichen Realität gehört. Vielfach beruht die Bewertung der im Krankenhaus und auch der im OP erbrachten Leistungen zu sehr auf persönlicher Meinung und Autorität. Dies führt zur "Neuerungsfeindlichkeit" und Blockierung neuer Ideen. Wissenschaftliche oder medizinische Begründungen geraten in derartigen Strukturen leicht in den Hintergrund (Gille 1998, S. 172). Die Messung und Bewertung objektiver Qualitätskriterien ermöglicht die Überwindung dieser "Betriebsblindheit". Praktischen Nutzen entfalten die Ergebnisse jedoch erst in Verbindung mit Benchmarking und Zielvorgaben (Harr⁴⁸ 2000).

Die kennzahlenorientierte, resultatsbezogene Sicht der Qualitätsbeurteilung führt aber auch leicht zu einer Kultur der Betriebsegoisten. Wer beispielsweise an der Einhaltung von Budgetvorgaben gemessen wird, wird immer bestrebt sein, bei Budgetverhandlungen überhöhte Werte genehmigt zu bekommen (Eiff 1997-1, S. 619). Anhand des Zielsystems eines Krankenhauses ist daher sorgfältig zu prüfen, welche Kennzahlen von Relevanz sind und welche Kennzahlenvergleiche durch Übereinstimmung mit geteilten Wertvorstellungen und Organisationszielen eine gemeinschaftsfördernde, motivierende Wirkung auf die Mitarbeiter ausüben.

⁴⁸ Dr. R. Harr (Zahnarzt) ist diesjähriger gewinner des Swiss Quality Award ESPRIX 2000

Durch Aggregation der Informationstatbestände kann es methodisch zu nicht unerheblichen Unschärfen in der Aussagekraft kommen. Kennzahlen fallen zudem ex post an und deklarieren einen Zustand nur aus Ergebnissicht als wünschenswert oder verbesserungsbedürftig. Sie geben keinen direkten Hinweis auf die Struktur-, Entscheidungs- oder Verhaltensfehler (Prozesse), die zu dem Kennzahlenresultat führen (Eiff 1997, S. 616). Bei einer externen Bewertung ist hier größte Vorsicht vor Fehlinterpretationen und falschen Konsequenzen geboten. Kennzahlen entfalten vor allem durch die Interpretation der direkt mit dem Bewertungsobjekt in Verbindung stehenden Mitarbeiter ihren Nutzen für ein qualitätsorientiertes Management. Jedem einzelnen Mitarbeiter fällt dabei eine wichtige Rolle zu, denn Meßergebnisse können konträr aus unterschiedlichen Sichten beurteilt werden (Borst⁴⁹ 2000).

So kann das Ergebnis, daß eine Fachabteilung in einer Leistungsperiode bei gesunkenem Mittelaufwand die gleiche Anzahl an Therapien einer Fallpauschale geleistet hat, als ökonomischer Erfolg interpretiert werden (Minimalprinzip - geringerer Mitteleinsatz für gleiche Leistung), oder es kann das hierdurch entstandene Qualitätsdefizit der Behandlung als Rückschritt angemahnt werden (Maximalprinzip - mit gleichem Mitteleinsatz soll besseres geleistet werden).

Unterschiede in der Zusammensetzung des Patientengutes aber auch Unterschiede in den Versorgungsmöglichkeiten einzelner Kliniken können bei Qualitätssicherungsmaßnahmen selbst bei validen und reliablen Meßinstrumenten zu verzerrten Ergebnissen führen. Eine Möglichkeit diesem Dilemma zu entgehen, besteht in der Bildung vergleichbarer, homogener Untergruppen. Zur Beurteilung der Strukturqualität ist es beispielsweise notwendig, die Zusammensetzung des Patientengutes nach der Häufigkeit sozialer, anamnesischer und aktueller Risiken zu kennen, da die Klinik in aller Regel nicht für die Risiken verantwortlich ist. Die Berücksichtigung von Patientencharakteristika ist Gegenstand der sogenannten Case-Mix-Verfahren⁵⁰ (Paccaud 1990). Das bekannteste Schemata zur Patientenklassifikation, die Diagnosis Related Groups (DRG), wurde in den 80er Jahren in den USA entwickelt.

⁴⁹ U. Borst ist Qualitätsbeauftragte des Psychiatrischen Kantonsspital in Münsterlingen, CH

⁵⁰ Diese Methoden zielen darauf ab, Patienten hinsichtlich bestimmter Aspekte wie Ressourcenverbrauch medizinischer Leistungen, Mortalitätsrisiko, Risiko einer Verweildauerverlängerung oder anderen medizinischen Merkmalen in homogene Untergruppen einzuteilen.

3.1.5 Qualitätssicherung (Improvement)

Die einfachste Form der medizinischen Qualitätssicherung findet ihren Ausdruck in der Visite, in den Besprechungen von Ärzten über risikobehaftete Fälle und über Indikationen (BÄK 1997, S. 31). An diesen Beispielen wird deutlich, daß Qualitätssicherung - unter anderen Bezeichnungen und mit wenig Systematik - im Krankenhaus schon immer stattgefunden hat. Die Entwicklung der Qualitätssicherung in deutschen Krankenhäusern verläuft - ähnlich wie in der Industrie - in vier Phasen (Adam 1997):

❶ Qualität durch Kontrolle

Im medizinischen Bereich existieren eine Reihe von traditionellen, internen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die einseitig auf die Kontrolle der Behandlungsqualität gerichtet sind und so dem klassischen Qualitätsbegriff im Krankenhaus entspringen. Hinter dieser Qualitätssicht steht die Auffassung, daß Qualität durch Stichproben und Ringversuche erprüft werden kann. Die breite Masse der Krankenhäuser beschränkt sich auch heute noch auf die vorgeschriebenen externen Maßnahmen zur Qualitätssicherung (BMG 1994, S.II 14.). Sie befinden sich damit auf der untersten Entwicklungsstufe des QM: Sicherung der Qualität durch Kontrolle (Adam et al. 1999, S. 95-109).

❷ Statistische Qualitätssicherung

Durch statistische Methoden wird Qualitätskontrolle in der Medizin erweitert. Seit den siebziger Jahren existieren externe Qualitätsstatistiken (Perinatalogie & Chirurgie). Von den Krankenhäusern sind dazu ausgewählte Indikatoren (wie z.B. Komplikationen, Mortalitätsrate) laufend zu dokumentieren (Schlüchtermann 1996, S. 254 ff.). Die Krankenhäuser werden periodisch und anonym über die Ergebnisse informiert. Hier schließt sich auch die Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten an (siehe Kapitel 3.3.2). Hierbei läßt sich die Qualität der medizinischen Behandlung jedoch nur verbessern, wenn die Ergebnisse in den Krankenhäusern analysiert und diskutiert werden.

❸ Mitarbeiterorientierte Maßnahmen

Die dritte Phase ist durch ein verändertes Verständnis von Qualität gekennzeichnet. Erste Ansätze von Fehlervermeidung werden deutlich. Die Qualität ist zu produzieren und nicht zu erprüfen. Die Potentiale motivierter und erfahrener Mitarbeiter werden für die Qualitätsverbesserung genutzt. Die ersten Qualitätszirkel (QZ) dieses Ansatzes beschäftigen sich mit Pflegestandards und Fragen der Arbeitsorganisation (Funktions- oder Bereichspflege). Diese QZ-Projekte werden durch Patienten- und Mitarbeiterbefragungen nach qualitätsrelevanten Kriterien ergänzt. QZ stellen einen ersten Schritt in Richtung TQM dar. In vielen Krankenhäusern existieren heute derartige Qualitätsprojekte (BMG 1994). Allerdings werden sie noch nicht auf der Basis des umfassenden TQM-Konzeptes gebündelt.

④ Der Total Quality Ansatz (TQM)

TQM ist ein integriertes Managementkonzept mit dem Ziel, die Qualität von Produkten und Dienstleistungen durch die Mitwirkung aller Mitarbeiter auf die Kundenanforderungen abzustimmen (Kaltenbach 1991). Im Krankenhaus hat TQM zur Konsequenz, den Patienten mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt des Interesses zu stellen⁵¹. Damit Kundenanforderungen erfolgsbringend für den Kunden aber auch für das eigene Unternehmen erfüllt werden, muß eine Qualitätskultur entwickelt werden (siehe Absatz 3.2.4). Die Implementierung eines kulturorientierten Ansatzes muß sich im Krankenhaus auf die Schaffung der strategischen Rahmenbedingungen konzentrieren. In dieser Hinsicht bestehen noch erhebliche Defizite im QM von Krankenhäusern (DKG 1994). TQM ist die derzeit höchste Entwicklungsstufe des QM (siehe Kapitel 3.2.1.).

Qualitätssicherung umfaßt nach heutiger Auffassung die Gesamtheit der Tätigkeiten des Qualitätsmanagement, der Qualitätsplanung, der Qualitätslenkung und der Qualitätsprüfung (DGQ 1987). Sie ist die Gesamtheit der organisatorischen, technischen, normativen und motivierenden Maßnahmen, die geeignet sind, die Qualität in bezug auf die Versorgung des Patienten zu sichern, zu verbessern und der Weiterentwicklung des medizinischen, pflegerischen, organisatorischen Wissens anzupassen (Seelos 1987, S. 831-833). Qualitätssicherung ist das Bemühen, einen prinzipiell erzielbaren Nutzen auch tatsächlich zu erzielen. Dies muß in einem vernünftigen Verhältnis zu den Kosten und Nebeneffekten stehen (vgl. auch „Das Handwörterbuch des Gesundheitswesens“, Medizinisch-Pharmazeutische Studiengemeinschaft, 1989). Um effektiv zu sein, muß jedes System der Qualitätssicherung drei voneinander unabhängige Hauptkomponenten enthalten:

- | | |
|------------------------------|-----------------|
| ① Beobachtung (Monitoring) | vgl. Kap. 4.1.3 |
| ② Abschätzung (Assessment) | vgl. Kap. 4.1.4 |
| ③ Verbesserung (Improvement) | vgl. Kap. 4.1.5 |

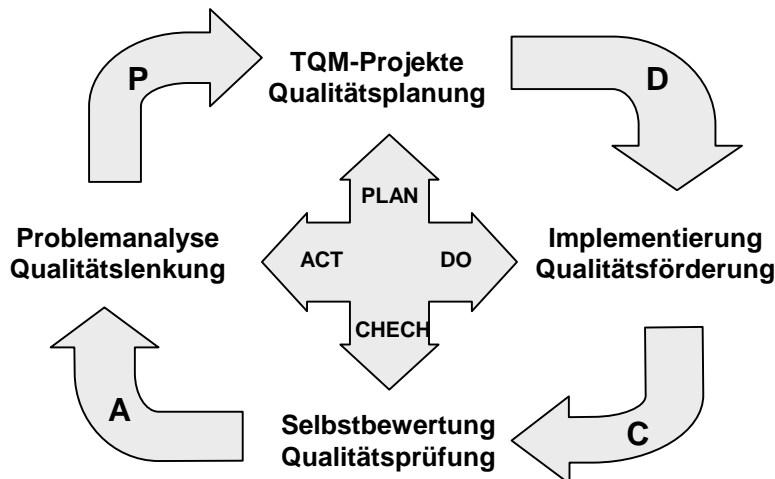
Nur wenn alle drei Komponenten angemessen funktionieren, schaffen sie ein wirkungsvolles System für Verbesserungen innerhalb der medizinischen Profession. Jegliche Vernachlässigung einer der drei Komponenten führt zu einer deutlichen Reduktion der Effektivität des Ganzen. Eines der Hauptprobleme der meisten Qualitätssicherungsprogramme ist die Vernachlässigung der Monitoring- und Verbesserungsaspekte des Systems (Niemann 1995, S. 15).

⁵¹ Das Modellvorhaben "Vertrauen durch Qualität" der fünf städtischen Krankenhäuser Münchens 1990 (Piwernetz/Selbmann/Vermeij 1991) ist das erste Beispiel für den Versuch einer Implementierung von TQM

„Lernen ist wie das Rudern gegen den Strom, sobald man aufhört, treibt man zurück“ (chinesische Weisheit)

Qualitätssicherung heißt: Zyklische Suche nach Schwachstellen und Risiken sowie das Einleiten von Maßnahmen zu deren Behebung (siehe *Abbildung 7*). Qualitätsmanagement spricht von "wandelbaren Einrichtungen": Nichts ist gut, weil es schon immer so war. Man benötigt in jedem OP ein aktives Eingreifen in die Organisation der täglichen Arbeit. Dies steht im Interesse der Patienten und ihrer Versorgungsqualität (Gille 1998).

Abbildung 7 Schrittweise, kontinuierlicher Lernprozeß nach W. Edwards Deming



Quelle: Deming 1986, S. 88

PRÄMISSEN

- Jede Aktivität kann als ein Prozeß aufgefaßt und entsprechend verbessert werden.
- Problemlösungen allein genügen nicht, fundamentale Veränderungen sind erforderlich.
- Die Veränderungen konzentrieren sich auf die Organisation.
- Die oberste Unternehmensleitung muß handeln.

Qualitätsplanung: Das Festlegen der Qualitätsmerkmale (Was ist Qualität im konkreten Fall?), der daraus resultierenden Qualitätsziele sowie die Vorbereitung der Anwendung des Qualitätssystems (Ablauf-, Ausführungs- und Zeitplanung), Methodenauswahl der Qualitätsprüfung.

Qualitätsförderung: Aktives Eingreifen in das Tagesgeschäft, Umsetzung von Qualitätsmaßnahmen in Anlehnung an die von der Unternehmensleitung getragene Qualitätskultur.

Qualitätsprüfung⁵²: Das planmäßige Messen der Ergebnisse, der Prozesse und Strukturen zum (statistischen) Erfassen eventueller Abweichungen von den festgelegten Standards (BÄK 1997, S. 8).

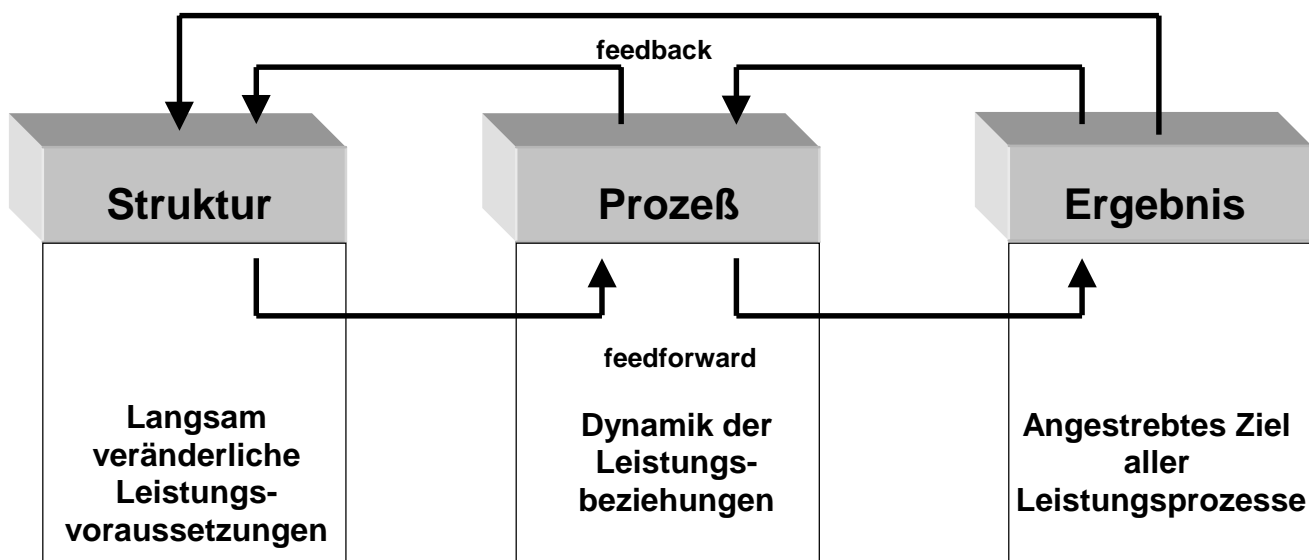
Qualitätslenkung⁵³: Qualitätslenkung umfasst neben dem Erkennen von Qualitätsmängeln auch die Überprüfung, ob das erkannte Qualitätsproblem durch geeignete Maßnahmen beseitigt wurde. Die operative Qualitätssteuerung zielt darauf ab, bestimmte Ergebnisse sicherzustellen, indem vorgesehene Revisionen eingehalten werden. Ihr Prinzip der sukzessiven Beseitigung einzelner Versorgungsprobleme führt dabei zu einer ständigen Verbesserung der Qualität (Niemann 1995, S. 11). Kann als parallel zum Behandlungsprozeß einhergehender Informationsfluß verstanden werden.

⁵² Dies wird auch als "Qualitätskontrolle" bezeichnet. Hier soll das Wort "Kontrolle" bewußt ausgeklammert werden, weil es Assoziationen weckt, die den Absichten dieser Arbeit nicht entsprechen

⁵³ häufigere Anwendung findet der englischen Begriff quality control

Wie schon in Kapitel 3.1.1 erwähnt, wird üblicherweise bei der Untersuchung der Qualität im Krankenhaus mit einem dreidimensionalen, auf Donabedian zurückgehenden Qualitätsbegriff gearbeitet (Donabedian 1980): Potential- oder Strukturqualität, Prozeßqualität und Ergebnisqualität. Hinter dieser Einteilung steht die Annahme einer kausalen Beziehung. Um deren Zusammenhänge nutzbar zu machen, müssen Planungsinstrumente entwickelt werden, die mit Feed-Forward-Schleifen zur proaktiven Gestaltung von Strukturen und Prozessen beitragen. Für diese Planung benötigt man Modelle, mit denen Prozesse simuliert und Ergebnisse prognostiziert werden können. Dieser Controllingansatz des Qualitätsmanagements läßt sich im Donabedianschen Qualitätsmodell darstellen (Seyfahrt et al. 1999, S. 848):

Abbildung 8 Qualitätskategorien nach Donabedian und Qualitätsregelkreise



Quelle: Seyfahrt et al. 1999, S. 849

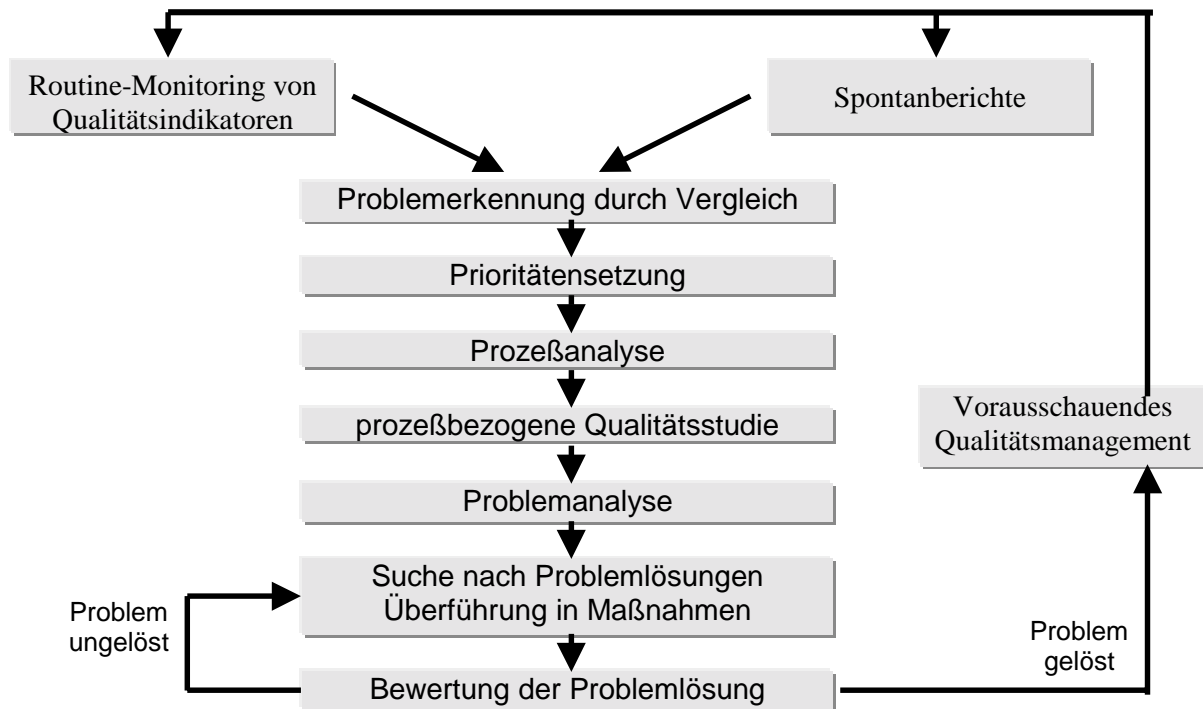
Ein wesentliches Element, das aus der Analogie zwischen Industrie und Gesundheitsversorgung gewonnen werden kann, ist das Feedback-Prinzip. Hierbei ist zwischen den Begriffen

- ⇒ *quality assessment* (Qualitätsabschätzung) und
- ⇐ *quality assurance* (Qualitätssicherung)

zu unterscheiden. *Quality assessment* bezieht sich auf die Bestimmung des aktuellen Qualitätsniveaus eines Systems oder einer Dienstleistung und stellt ein methodisches Konzept dar. *Quality assurance* schließt die Meßinstrumente und Maßnahmen zur Modifizierung der Behandlungsprozesse mit ein. Quality Assurance hat somit immer ein politisches Ziel: die Verbesserung der Qualität.

Das Neue an der modernen Sichtweise der Qualitätssicherung ist – wie bereits ausgeführt wurde, die systematische und zielorientierte Beurteilung der strukturellen Voraussetzungen, des Prozesses der Leistungserbringung sowie der Ergebnisse. Für die Einführung von qualitätsorientierten Prozessen eignet sich das verbreitete Paradigma "Problemerkennung - Prozeßanalyse - Problemanalyse" gemäß der Tübinger Variante nach Selbmann:

Abbildung 9 Qualitätsmanagement nach Selbmann



Für die Problemerkennung sieht Selbmann (1990) zwei Wege vor (siehe Abbildung 9): Der erste Weg erfordert eine geeignete Auswahl von qualitätsrelevanten Indikatoren. Er ist dokumentationsaufwendig, kann aber von computergestützten Krankenhausinformationssystemen unterstützt werden. Dieser Weg ermöglicht Zeit-Vergleiche. Bei einer Erhebung von gleichen Indikatoren in verschiedenen Krankenhäusern sind auch Vergleiche zwischen den Krankenhäusern möglich (siehe Kapitel 3.3) .

Der zweite Weg greift - häufig auf subjektive Interessen basierende - Anregungen des Personals, der Patienten oder der Krankenhaus- und der Kostenträger auf, die durch eine regelmäßige, standardisierte Beobachtung von Qualitätsindikatoren naturgemäß nicht erfaßt werden. Bei diesem Weg fällt der Dokumentationsaufwand erst nach dem auffällig werden an und ist auf definierte Problembereiche begrenzt (siehe Abbildung 9).

Nach Selbmann (1991) soll Qualitätssicherung in der Medizin dafür sorgen, daß im Versorgungsalltag die erreichbare Qualität auch tatsächlich erreicht wird. Durch die Erfahrung und Forschung ist definiert, was unter gegebenen Umständen erreichbar erscheint. Das Ziel der medizinischen Wissenschaft ist die Verschiebung der optimalen Qualität in Richtung maximaler Qualität (siehe Abbildung 10). Dabei schaffen Erfahrung und Forschung die Voraussetzungen für eine Qualitätssicherung, sie sind jedoch nicht mit dieser gleichzusetzen. Nur dort, wo sich die medizinische Versorgung auf dem sicheren Boden der Erkenntnis befindet, kann Qualitätssicherung betrieben werden.

Das Gesundheitsstrukturgesetzes 2000 stellt zudem klar heraus, wo die Krankenhäuser neue Schwerpunkte in der Qualitätssicherung setzen müssen, um mittel- bis langfristig ihre Marktstellung halten bzw. ausweiten zu können. Ein Krankenhaus muß seine eigenen Qualitäten und Kosten kennen, damit Budgets und Konditionen nicht nur top-down verordnet werden. Ein umfassendes Qualitätsmanagement kann dazu beitragen, die Qualitäts- und Kostenstruktur zugunsten einer günstigeren Verhandlungsposition in den Budgetverhandlungen der Kostenträger zu verbessern. In diesem Zusammenhang hat die betriebswirtschaftliche und verwaltungswissenschaftliche Forschung die Aufgabe - ähnlich wie die medizinische Forschung - den Horizont der optimalen Qualität in Richtung maximale Qualität zu verschieben (siehe Abbildung 10).

Abbildung 10 Zusammenhang zwischen Qualitätssicherung und Forschung

Schlecht		Optimal		Maximal
erreichbar		nicht erreichbar		
Qualitätssicherung		Forschung		
medizinisch		Medizin / Medizintechnik		
ökonomisch		Verwaltungswissenschaft		
sozial		Betriebswirtschaft / Informatik		
nicht erreicht	erreicht	angestrebt		
Qualitäts- verbesserung	Qualitäts- beobachtung	Veränderungen der Strukturqualität		

Modifiziertes Konzept nach Williamson (1978)

Aus dieser Systematik wird ersichtlich, daß ein kontinuierlicher Wissenstransfer zwischen Forschung (Hochschulen) und Praxis (Krankenhaus) geboten ist. Dieser kann eine Dynamik bewirken, um die Grenze des Erreichbaren in Richtung einer Business Excellence im Krankenhaus verschiebt. Voraussetzung hierfür ist ein krankenhausinternes Streben nach transparenten Leistungsprozessen, Offenlegung von Defizitbereichen, Generierung neuer Lösungsansätze sowie deren Implementierung und Bewertung (siehe Abbildung 9).

Alle Qualitätsmaßnahmen haben als Basis gewachsene Unternehmenskulturen. Qualitätssicherung hat stets eine eigene Geschichte im Krankenhaus. Ein erfolgversprechendes Qualitätsmanagement greift daher die bestehenden Errungenschaften auf (Jäger⁵⁴ 2000).

Die Krankenhausleitung ist für das Qualitätsmanagement verantwortlich. Um dies top-down anzustoßen, ist die Einrichtung einer Stabsstelle Qualitätsmanagement seitens der Krankenhausleitung ein bewährtes Instrument. Die Abteilungen, Stationsleitungen und Belegabteilungen sind jeweils für die Qualität ihres Bereiches zuständig. Die Qualitätssicherung bzw. Qualitätsförderung ist jedoch auch die Aufgabe jedes einzelnen Mitarbeiters und jeder Mitarbeiterin.

Tabelle 7 *Institutionelle Gliederung des Qualitätsmanagements*

Organ	Funktion	Beteiligte / Kandidaten	Zyklus ⁵⁵
Direktorium	Zielvorgaben Konfliktvermittlung Letzte Entscheidungsinstanz	Krankenhausträger Pflegedienstdirektor ärztlicher Direktor Verwaltungsdirektor	1 m
Steuerkreis/ Stabsstelle	Grundlegende Projektentscheidungen Projektauswahl, Prioritäten Koordination von Aktivitäten	Vertreter der Fachbereiche Vertreter der Berufsgruppen Betriebsratsvorsitzender Qualitätsbeauftragter Externe Beratung	1 m
TQM Beauftragte	Umsetzung der Projekte Berichterstattung Ansprechpartner Indizierung von Qualitätszirkeln	Vertreter der Einrichtungen Sprecher der Projektgruppen Vertreter von Qualitätszirkeln	14 t
Qualitätszirkel	Bottom-Up Beteiligung Prozeßanalyse Umsetzung und Überwachung	Bereichsmitarbeiter sachbetreffende Kunden / Lieferanten	1 m

t = täglich w = wöchentlich m = monatlich

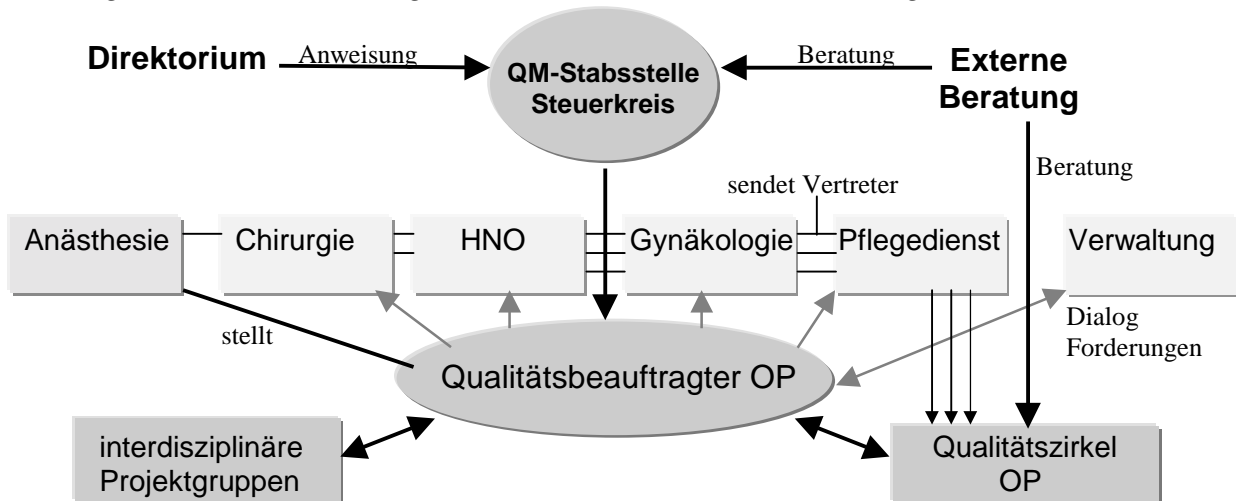
Quelle: modifiziert nach Merschbächer (1999), S. 22

Die bottom-up Komponente wird durch Qualitätszirkel⁵⁶ von 6 bis 10 Personen gebildet, die überall dort eingesetzt werden, wo Teilprojekte mit dem Ziel der Qualitätssteigerung einzelner Prozeßbausteine angestoßen werden sollen. Sie dienen als Vermittlungsstelle zwischen den einzelnen Mitarbeitern und der Krankenhausführung. Beide Gruppen sollten sich für das Erreichen der gesetzten Ziele verantwortlich zeigen und sich mit diesen identifizieren können. Hierzu ist eine genau geplante, top-down angestoßene und bottom-up mitgetragene Zielfindungsphase notwendig. Die methodische Unterstützung des Qualitätszirkels und die Moderation durch eine Stabsstelle Qualitätsmanagement oder durch externe Beratung kann wesentlich zum Erfolg der Projektarbeit beitragen.

⁵⁴ Hans Jäger: PhD, Rektor der Universität St. Gallen

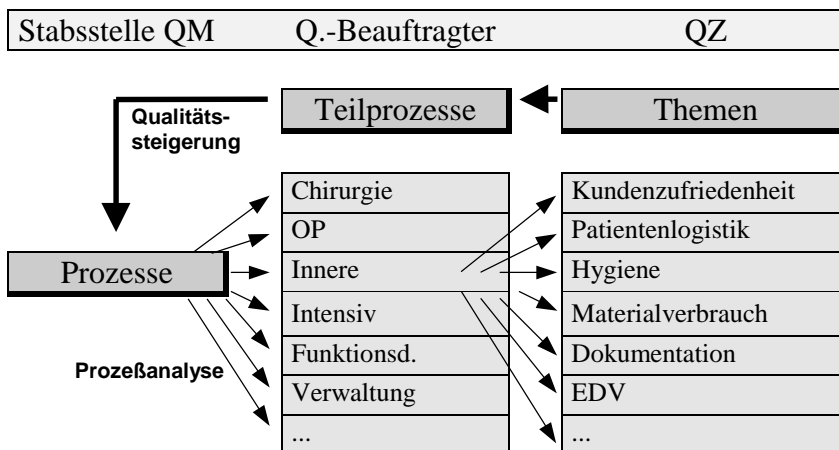
⁵⁵ dieser ist optional zu bestimmen

Abbildung 11 Herkömmliche Organisationsstruktur des Qualitätsmanagements



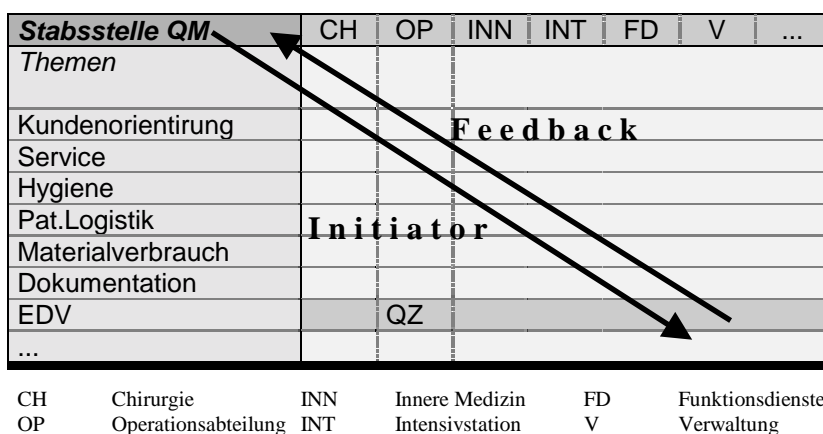
Dieses sektorale TQM-Modell birgt Akzeptanzprobleme in sich, da traditionelle Hierarchiestrukturen in Frage gestellt werden. Die sektorale Ausrichtung behindert dabei eine schnittstellen-orientierte Betrachtung (siehe Abbildung 12). Eine Alternative bietet die funktionale, abteilungsübergreifende Betrachtung des TQM (Abbildung 13):

Abbildung 12 Herkömmliche QM-Konzeption



QM wird sektoral umgesetzt. Das herkömmliche QM-Konzept wirkt top-down in die Fachabteilungen hinein. Das QM gliedert sich in drei Hierarchieebenen. Durch die Themenbindung an einzelne Abteilungen bleiben Synergieeffekte an den Schnittstellen aus. Das QM hat Fremdkörpercharakter.

Abbildung 13 QM als Matrixorganisation, Modell des Kantons Hospital St. Gallen (KSSG)



QM wird funktional aufgebaut. Für jedes Thema bilden sich in den betroffenen Abteilungen Qualitätszirkel (QZ). Herkömmliche Hierarchiestrukturen bleiben bestehen. Die Lösungsfindung findet dezentral in den Fachabteilungen statt. Eine Stabsstelle "QM" koordiniert die Aktivitäten und legt Themen fest.

⁵⁶ Wege einer erfolgreichen Einführung werden in Klötzl et al. (1999) sowie Mühlbauer et al. (1997) beschrieben.

Durch eine Fokussierung auf Teilprozesse steht der Qualitätssicherung dabei die Anwendung von Methoden des *Projektmanagements* offen. Diese ermöglicht die Reduktion von Komplexität, die Konzentration auf das Wesentliche sowie einen moderaten Ressourceneinsatz. Zudem ist eine positive Wirkung auf die Mitarbeitermotivation durch den Erfolg in kleinen Schritten zu erwarten.

Ein klassisches Instrument des Prozeßmanagement ist die *Statistische Prozeßregelung* (SPC), die darauf ausgerichtet ist, festgelegte Qualitätsparameter kontinuierlich zu überwachen und zu regulieren (Adam et al. 1999, S. 106). Dazu werden in festgelegten Intervallen die Qualitätsparameter einer Stichprobe gemessen und mit den Qualitätszielwerten verglichen. Das Prinzip von SPC wird im Krankenhaus in Form von Fieberkurven eingesetzt. SPC ist keine Methode, bei der lediglich kleinere Abweichungen angesteuert werden. Qualitätsverbesserung ist daher nur zu erreichen, wenn auf der Basis systematischer Abweichungsanalysen die grundlegenden Prozeßparameter in der Qualitätsplanung gezielt verändert werden.

Ein bewährtes Instrument der Prozeßoptimierung stellt auch die *Prozeßstandardisierung* dar. Sie hat zum Ziel, Prozesse auf das Wesentliche zu konzentrieren, Ressourceneinsparungen zu erreichen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern sowie neue Behandlungsmethoden zu integrieren. Sie bildet hiermit einen Teilaspekt des Qualitätsmanagements. Das Instrument dient der Unterstützung der OP-Planung, der Prozeßsteuerung sowie der Koordination am OP-Tisch (Busse 1999, S. 141). Für eine Prozeßstandardisierung operativer Eingriffe, wie sie im Rahmen der Externen Qualitätssicherung (siehe Kapitel 3.3) heute schon häufig Anwendung findet, sollten die Kriterien Häufigkeit und ökonomische Bedeutung des Eingriffs, zu erwartende Variabilität der Indikationsstellung sowie Datenverfügbarkeit Berücksichtigung finden.

Neben der Prozeßstandardisierung werden nach Busse (1999) die Standardisierungsformen Kostenstandardisierung und Organisationsstandardisierung unterschieden (Busse 1999, S. 144ff). Beispielsweise stehen folgende Instrumente der Erstellung von Standardprozeduren für die Patientenlogistik zur Verfügung:

CPW	Clinical Pathway
PBL	Patienten Behandlungsrichtlinien
PMC	Patient Management Categories
PMP	Patient Management Path
StOP	Standard Operating Procedures

Fazit:

In Fachkreisen besteht Einigkeit darüber, daß kein Weg mehr an der Einführung von Qualitätsmanagement vorbei führt, wenn man die neuen Herausforderungen an die Krankenhäuser bewältigen will. Die Gegenargumentation beruft sich oft auf die fehlende Zeit, das knappe Geld und das fehlende Personal für Qualitätsmaßnahmen. Doch diese Gründe sprechen gerade dafür!

Zu berücksichtigen bleibt, daß Qualitätsmanagement große Wirkungen zeigt, aber kein Allheilmittel für die Bewältigung aller aufkommender Probleme im Krankenhaus darstellt. Die Möglichkeiten und Grenzen der am Qualitätsmanagementprozeß Beteiligten sind daher objektiv einzuschätzen. Viele Probleme sind durch die derzeitige Versorgungsstruktur bedingt, die nicht krankenhausesintern verändert werden kann. Eine Überforderung von Projektgruppen programmiert den Mißerfolg vor, wenn die Projektziele nicht realistisch gesetzt werden. Der wissenschaftliche Ansatz kann dazu beitragen, in der Vorbereitungsphase anspruchsvolle, jedoch auch realistische Eckpunkte eines Qualitätskonzeptes zu setzen. Vorrangiges Ziel ist und bleibt dabei, die Patientenversorgung im Krankenhausalltag besser zu gestalten.

Eine Verbesserung der qualitativen Versorgung führt letztendlich auch zu Kosteneinsparungen. Um eine effektive (wirkungsvolle) und effiziente (wirtschaftliche) Versorgung der Patienten zu gewährleisten, ist ein Zusammenspiel medizinischer, pflegerischer, aber auch infrastruktureller Maßnahmen in Bereichen wie Informationswesen, Planung und Organisation erforderlich. Dies verlangt ein kooperatives Management (BÄK 1997, S. 34).

Der bisher erreichte Entwicklungsstand von Qualitätsmanagement (QM) im Krankenhaus zeigt hier jedoch Defizite. Die Integration von Effektivität und Effizienz ist bislang unzureichend, da isoliert entweder die Effektivität oder die Effizienz von Leistungen betrachtet wird. Demzufolge wird die höchste Entwicklungsstufe des QM - Total Quality Management (TQM) - nur von wenigen Krankenhäusern aufgegriffen (DKG 1994). Ufgrund dessen soll im folgenden Kapitel dieser Ansatz näher erläutert werden.

Die Qualität und die Kosten lassen sich bei der Erstellung von Krankenhausleistungen nicht voneinander trennen. Das integrierte Effektivitäts- und Effizienzmanagement überwindet den Zielkonflikt zwischen Qualität, Kosten und Zeit auf der Basis eines neuen Qualitätsverständnisses. Qualität bewirkt eine effektive und effiziente Leistungserstellung, die kundenorientiert in kürzerer Zeit zu tendenziell sinkenden Kosten erbracht wird (Adam et al. 1999, S. 97) .

3.2 Total Quality Management (TQM)

3.2.1 Das TQM-Konzept

Das Total Quality Management hat zum Ziel, alle Prozesse einer Leistungserbringung beim ersten Anlauf fehlerfrei zu durchlaufen (Kamiske 1994). Konzepte für eine systematische und kontinuierliche Verbesserung der Leistungsqualität zusammen mit der Philosophie eines alle Bereiche umfassenden Qualitätsmanagements werden in der Fachliteratur durch die weltweit akzeptierten und manchmal alternativ gebrauchten Begriffe wie folgt bezeichnet:

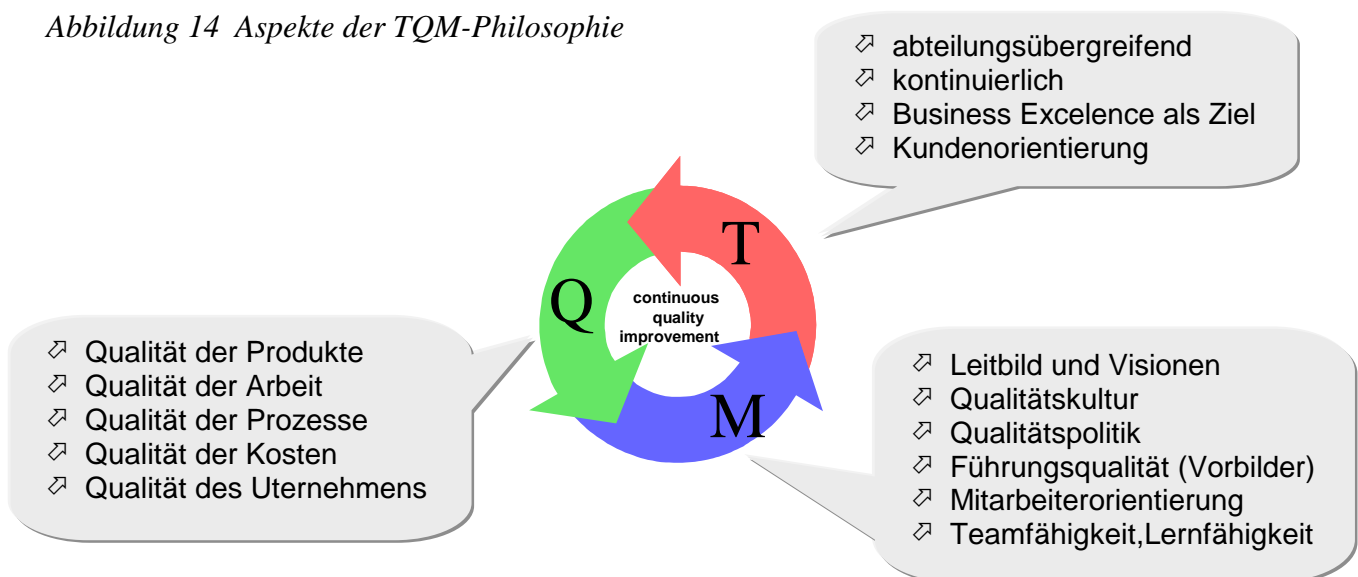
- Total Quality Management (TQM)
- Umfassendes Qualitätsmanagement (UQM)
- Continuous Quality Improvement (CQI)

Im deutschen Sprachraum hat sich bisher noch keiner der Begriffe durchgängig durchgesetzt. Alle drei Konzepte basieren auf ähnlichen theoretisch philosophischen Grundlagen, operationellen Prinzipien und Instrumenten. Sie umfassen nicht nur für den Krankenhaussektor die folgenden spezifischen Elemente:

- ① Doing things right first time
- ② Next in process is your customer
- ③ Continuous quality improvement

Eckpfeiler des Total Quality Management nach Becker 1998, S. 107

Abbildung 14 Aspekte der TQM-Philosophie



Quelle: Kamiske (1994), S. 10

Das Grundkonzept des integrierten TQM umfaßt drei aufeinander aufbauende Ebenen (Gorschlüter 1998): Die *kulturelle Ebene* basiert auf dem Leitbild des Krankenhauses und bildet die normative Grundlage für das TQM. Darauf aufbauend ist ein geeigneter organisatorischer und führungstechnischer Rahmen zu schaffen, der es ermöglicht, die Ziele Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichzeitig zu fördern (*strukturelle Ebene*). Erst wenn diese strategischen Rahmenbedingungen geschaffen sind, können auf der *technokratischen Ebene* spezielle Instrumente des TQM greifen. Alle Ebenen sind in das Konzept zu integrieren, wobei der kulturorientierten Ebene die zentrale Bedeutung zukommt. Ohne ein gemeinsames Grundverständnis von Qualität wird jede struktur- oder technokratieorientierte Maßnahme an den Zielkonflikten der Abteilungen und Berufsgruppen scheitern (Adam et al. 1999, S. 98)

TQM wird top-down gesteuert. Die Hauptverantwortung für die Qualität liegt bei der obersten Führungsebene die zur Leistungseffizienz und Qualitätsförderung verpflichtet wird. Die Krankenhausführung hat auf eine qualitätsorientierte *Unternehmenskultur* hinzuwirken sowie die Mitarbeiterschaft für das Thema Qualitätssicherung zu sensibilisieren. Qualitätsmanagement wird nach dem bottom-up Prinzip von unten nach oben aufgebaut. Die kollektive Verantwortung aller Mitarbeiter und die führende Rolle des Qualitätsmanagement ersetzt die führende Position von leitenden Fachleuten aus den medizinischen Berufen (flache Hierarchien). Es wird ein starker Akzent auf ein aktives Engagement aller Beteiligten für eine kontinuierliche Verbesserungen der Resultate gesetzt. Jede(r) MitarbeiterIn sollte veranlaßt werden, die Qualität der eigenen Leistung zu hinterfragen. .

Die Konzentration fällt auf den Kunden der Krankenhäuser (*Kundenorientierung*). Der Kundenbegriff wird dabei von dem Patienten als primären Kunden auf alle internen Mitarbeiter und Funktionsbereiche sowie alle externen Interaktionspartner (niedergelassene Ärzte, andere Krankenhäuser, Servicedienste u.a.) ausgeweitet. Die Kundenzufriedenheit wird regelmäßig nach objektiven Kriterien gemessen. Es wird eine ganzheitliche Betrachtung des Systems Krankenhaus vorgenommen.

Nicht die Sanktionierung begangener Fehler ist das Ziel von Qualitätsmanagement, sondern es geht darum, aus Fehlern zu lernen. Dieser *Lernprozeß* soll dazu führen, in Zukunft bessere Qualität zu erbringen oder auch gute Qualität aufrecht zu halten. Schuldzuweisungen an Personen oder Berufsgruppen werden vermieden.

Wie aus diesen stichwortartig dargestellten Merkmalen der TQM-Methodik ersichtlich ist benötigt sie eine sorgfältige Vorbereitung, Schulung und Bereitstellung von Instrumenten sowie eine systematische Einführung. Diese besteht nach Übereinstimmung gängiger TQM-Konzepte - in Anlehnung an Deming's PDCA-Zyklus (siehe Abbildung 7) - aus den folgenden Grundelementen:

- Identifizierung verbesserungsbedürftiger Prozesse
- Organisation eines fachkundigen Teams
- Überprüfung theoretischer und praktischer Kenntnisse
- Klärung der Ursachen von Abweichungen
- kontinuierliche Verbesserung des Prozesses

Nach der DIN EN ISO 8402 wird TQM wie folgt definiert: „Auf die Mitwirkung aller ihrer Mitglieder gestützte Managementmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt.

Dabei kann die Erkenntnis der Mitarbeiter, daß eine wirksame Kontrolle der geleisteten Qualität aufgebaut werden soll Widerstände provozieren. Dies wird durch die Erwartungen zusätzlicher Dokumentation von seiten der Mitarbeiter untermauert (Becker 1998 S. 110). Ein erfolgreicher TQM-Einstieg wird auch dann verhindert, wenn aufgedeckte Defizite anderer Tätigkeitsbereiche für Schuldzuweisungen und damit für die Rechtfertigung eigener Versäumnisse eingesetzt werden. Entscheidend für die Überzeugung der Mitarbeiter sind daher mittelfristig sichtbare Erfolge (Meilensteine), die alle Beteiligten motivieren und begeistern (Harr⁵⁷ 2000). Zudem müssen Einstiegskosten überwunden werden. Anzustreben ist der Konsens, daß der erwartete Nutzen den zusätzlichen Aufwand rechtfertigt (Gebhardt⁵⁸ 2000).

Ein guter Start für die TQM-Einführung ist das Auflisten bereits erfolgter Maßnahmen im Krankenhaus. Die meisten Kliniken haben in der Vergangenheit schon Projekte durchgeführt, welche die Struktur-, Prozeß-, und Ergebnisqualität verbessert haben. Erfolgreiche Projekte der Vergangenheit motivieren die Beteiligten. Qualitätsmanagement ist also in aller Regel nichts Neues. Es soll in Zukunft nur bewußter, planmäßiger und gezielter eingesetzt werden.

Ein TQM-System setzt sich aus mehreren Bausteinen zusammen. Einige, als besonders relevant erscheinende, Elemente werden im folgenden vorgestellt: Das Risk-Management, das Beschwerdemanagement, die Kulturentwicklung und die Schnittstellenanalyse.

⁵⁷ Sieger des diesjährigen Swiss National Quality Award ESPRIX 2000

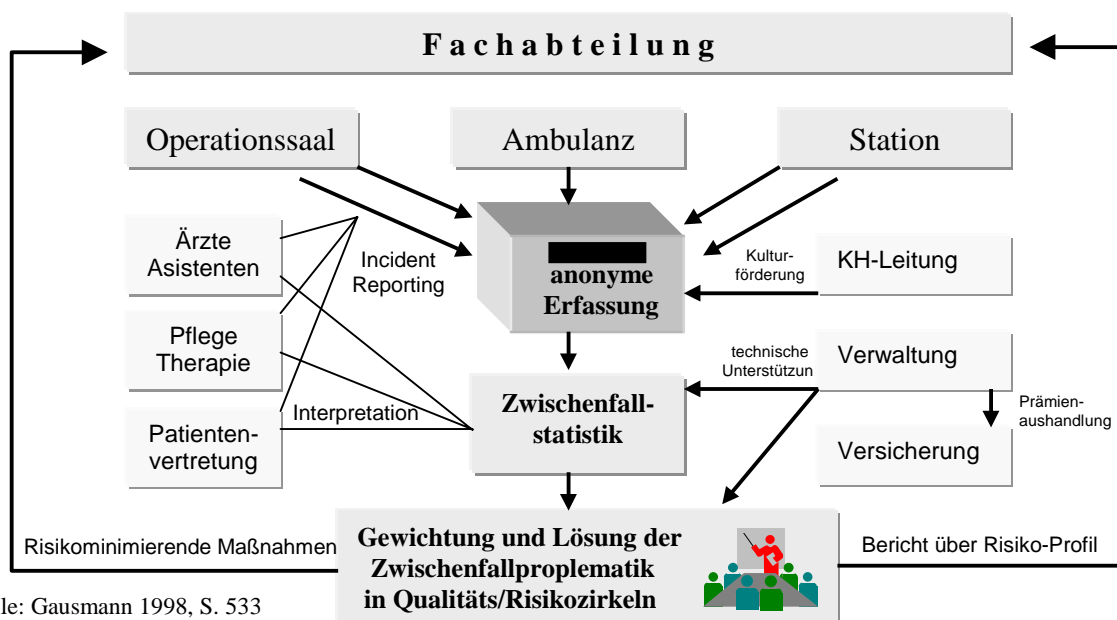
⁵⁸ Qualitätsbeauftragter, Sulzer AG, CH

3.2.2 Risk-Management

Gestiegenes Anspruchsdenken und eine verschärfte Rechtsprechung zur Arzthaftung führen zu mehr Schadensersatzklagen im Krankenhausbereich, zu höheren Zahlungen der Versicherungen und zu wesentlich erhöhten Haftpflichtprämien (Gausmann 1998)⁵⁹.

Risk-Management (RM) wurde in den sechziger Jahren als logische und notwendige Ergänzung des Total Quality Management (TQM) in den USA und Japan entwickelt. RM hat gegenüber dem TQM eine andere Zielsetzung und methodische Unterschiede. Während Qualitätssicherung unerwünschte Ergebnisse retrospektiv aufarbeitet, nutzt ein systematisches Risk-Management prospektiv statistische Profile aus schadensverursachenden Prozessen zur Prävention. (Gausmann 1998, S. 533). Somit ergänzt und vervollständigt es ein klinikübergreifendes QM-Modell.

Abbildung 15 Umsetzungsmodell der Zwischenfallerfassung




Quelle: Gausmann 1998, S. 533

Im Rahmen des Risk-Management ist als erster Schritt das Bewußtsein aller Beteiligten für Risiken zu schärfen und zu fördern. Schuldzuweisungen sind dabei nicht hilfreich. Es muß ein Lernprozeß angeregt werden, in dem Fehler ebenso wie Stärken transparent gemacht und ausgewertet werden. Erst der Risiko-Dialog, die institutionalisierte Kommunikation aus unterschiedlichen professionellen Blickwinkeln, und gemeinsame Vereinbarungen im berufsübergreifenden Konsens ermöglichen dauerhaft qualitätssichernde Strukturen und Prozesse als Voraussetzungen für den Erfolg (Gausmann 1997, S. 537). Durch Risk-Management entsteht so ein wichtiger Inputfaktor für die Qualitätssicherung. Es ist als wesentlicher Bestandteil eines funktionierenden Qualitätsmanagementsystems anzusehen (Gille 1998, S. 172).

⁵⁹ vgl. die Übersicht für die letzten 10 Jahre von Brinkmann bei Bergmann/Kienzle, a.a.O., Rdz. 549-589

Gravierende Beispiele für Schäden an Patienten sind Verwechslungen der Patienten oder der zu operierenden Seite, Stürze vom OP-Tisch, Verbrennungen durch falsche Bedienung der Tischheizung, Lagerungsschäden, Infektionen und Schäden durch die in der Wunde verbliebenen Materialien (Gille 1998, S. 172)⁶⁰. Im Rahmen des Riskmanagement sind diese Zwischenfälle für die Prioritätenabschätzung nach Kategorien zu modifizieren (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8 Exemplarische Modifikation von Zwischenfällen

 Modifikation der Zwischenfälle			
Zwischenfall-kategorie	Zwischenfall in der ärztlich-pflegerischen Patientenversorgung	Zwischenfall in der Ablauforganisation	Zwischenfall durch periphere Einflüsse
Sachverhalt			
Wiederholungswahrscheinlichkeit ⁶¹			
Handlungsbedarf			
Zuständigkeit			

Quelle: Gausmann 1998, S. 533

Besondere Bedeutung erhalten in diesem Zusammenhang sogenannte „Risikoadjustierte-Outcome-Maße. Praktikable Anwendungen wie den „riskadjusted mortality index“ (RAMI), den „riskadjusted complication index“ (RACI) und den „risk-adjusted readmission index“ (RARI) wurden von Rontal et al. (1991) entwickelt. Diese patientenbezogene Indizes erlauben Aggregationen auf der Ebene Krankenhaus, Abteilung oder Arzt. Durch bestehende Datenbasen wird hiermit eine leicht interpretierbare, kostengünstige Methode zur Evaluation der Performance bereitgestellt.

Für die Adjustierung dieser risikoadjustierten Indizes sind die patientenspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Diagnosis Related Group (DRG)-Cluster zu berücksichtigen. Eine effektive Risikominimierung läßt sich dabei jedoch nur in Verbindung mit einer gründlichen Ursachenforschung der Versäumnisse erreichen. Häufig entpuppen sich vermeintliche Fehlerquellen als Folgen anderer Versäumnisse in der Prozeßkette (Steuer 1998, S. 45). Die beschriebenen Effekte können dabei nur erzielt werden, wenn eine interne Kultur der Offenheit, des Vertrauensschutzes und der Vermeidung gegenseitiger Schuldzuweisungen vorhanden ist (Gausmann 1998, S. 533). Sollte dieses Konzept breitere Anwendung finden⁶², dann werden vielleicht zukünftig Buchtitel wie „Vorsicht Krankenhaus“ keine Bestseller mehr sein.

⁶⁰ vergleiche Verhältnisse in den USA (American Institute for Medizin 1999): 44000 Tote pro Jahr durch Fehler bei der Krankenhausbetreuung, davon 85% systembedingte Fehler, 8. Rang der Todesursache.

⁶¹ Ohne Interventionsmaßnahmen

⁶² Berücksichtigung findet das Konzept derzeit durch das Demonstrationsprojekt des BMG „Qualitätsmanagement im Krankenhaus“, das ein Risiko-Management-System als eine seiner Säulen beinhaltet.

3.2.3 Beschwerdemanagement

Beschwerden sind stets positiv. Sie sind keine Probleme, die es abzuwehren gilt, sondern eine Chance zur Verbesserung. Jede Beschwerde stellt eine kostenlose Beratung dar, die es umzusetzen gilt. Eines der Hauptziele des Beschwerdemanagements ist die Herabsetzung der Hemmschwelle für „Beschwerden“ und die Schaffung eines Klimas, in dem sich der Patient oder der Mitarbeiter eines Krankenhauses „traut“, seine Beschwerde offen und direkt vorzubringen. Einer wirksamen Umsetzung stehen oft folgende Fehleinschätzungen entgegen (Ament-Rambow 1999, S. 248):

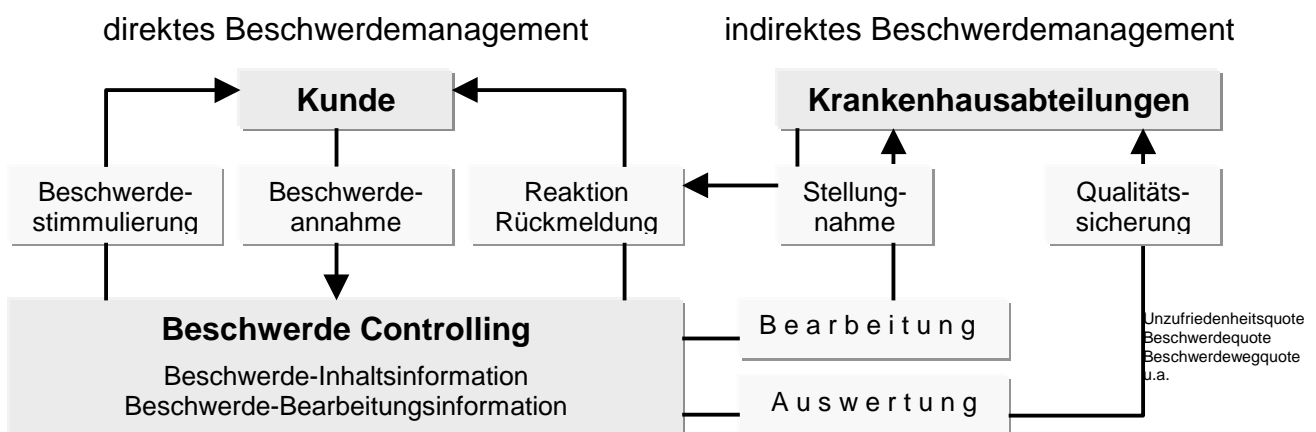
„Die Patienten und Mitarbeiter sind zufrieden. Die geringe Zahl von Beschwerden beweist das“. Niedrige Beschwerderaten können aber auch das Ergebnis hoher Beschwerdebarrieren oder von Resignation sein.

„Patienten oder Mitarbeiter (=Kunden), die sich beschweren, sind Gegner“. In der Realität sind die Beschwerdeführer Partner. Wer sich äußert, meint es gut und gibt seinem Gegenüber eine (zweite) Chance.

„Beschwerden und ihre Bearbeitung führen zu Kosten“. Dagegen geben die in den Beschwerden enthaltenen Informationen Hinweise auf kostensenkende Verbesserungsmaßnahmen.

Kunden wägen in aller Regel ab, ob sich eine Beschwerde für sie lohnt und welche Hindernisse es zu überwinden gilt, um die Beschwerde zu artikulieren. Erst die Erkenntnis über das positive einer Beschwerde kann eine Verhaltensänderung bewirken. Es reicht daher nicht aus, auf der letzten Seite der „Patientenbroschüre“ oder der Mitarbeiterzeitung einen Beschwerdebogen abzudrucken. Gefordert ist vielmehr ein aktives Auf-den-Kunden-Zugehen, beispielsweise durch persönliche Befragungen oder der persönlichen Übergabe des Fragebogens, mit der Bitte um Unterstützung. Ein wichtiger Grundsatz des Beschwerdemanagements ist es, nicht zu warten, bis sich jemand beschwert, sondern aktiv auf den unzufriedenen Kunden zuzugehen. Hinter diesem Grundsatz steht die Überzeugung, daß man den meisten Kunden ihre Unzufriedenheit ansieht.

Abbildung 16 Beschwerdemanagement-Prozeß



Quelle: Ament-Rambow 1999, S. 251 (ergänzt und modifiziert)

Um sicherzustellen, daß nach Annahme auch die Bearbeitung der Beschwerde erfolgreich verläuft, hat sich das Prinzip des „complaint ownership“ bewährt, d.h. des „Eigentums“ an der Beschwerde (Ament-Rambow 1999, S. 250). Diejenige Person, die von einem Patienten oder Mitarbeiter über ein Problem als erste informiert wird, bzw. als erste das Problem wahrnimmt, ist ab diesem Zeitpunkt dafür verantwortlich, daß dieses Problem als Beschwerde erfaßt und bearbeitet wird. Verantwortlich sein bedeutet, daß der „complaint owner“ entweder das Problem – wenn es in seine fachliche Kompetenz fällt – unmittelbar löst, oder fach- und entscheidungskompetente Mitarbeiter zur Problemlösung einschaltet (z.B. Qualitätsbeauftragter, wenn keine sofortige Lösung möglich ist). Es darf keine Nichtzuständigkeit mehr geben. Jeder Mitarbeiter ist für die Beschwerdeannahme und -abwicklung zuständig. Für immerwiederkehrende Beschwerdefälle sind klare Richtlinien und Abläufe (Standards) zu erstellen.

Wesentliche Ziele sind die schnelle Bearbeitung der Beanstandung, eine systematische Fehleranalyse und die Umsetzung von Verbesserungen. Dazu ist das Erfassen und Auswerten von Beschwerdeinformationen notwendig, die sinnvollerweise EDV-unterstützt verarbeitet werden (siehe Anhang IV). Die Reaktionszeit ist für die Zufriedenheit des Kunden maßgebend. Daher sind klare zeitliche Vorgaben zu setzen. Dies setzt voraus, daß der Ablauf der Beschwerdebearbeitung geregelt ist und zeitliche Standards für die einzelnen Schritte entwickelt werden. Nach Abschluß des direkten Beschwerdemanagement-Prozesses, der mit der Reaktion bzw. Rückmeldung an den Beschwerdeführer endet, wird der indirekte Beschwerdemanagement-Prozeß in Gang gesetzt. Im Mittelpunkt steht dabei die aktive Nutzung der erfaßten Beschwerdeinformationen für dauerhafte Verbesserungsmaßnahmen. Die Denkweise und Führungskonzeption sollte dabei auf Total Quality Management (TQM) gerichtet sein.

Durch die Anwendung einer „Frequenz-Relevanz-Analyse“ (FRAB) wird nicht nur die Häufigkeit der Beschwerden ermittelt, sondern auch die vom Kunden empfundene Relevanz des Problems in Beziehung gesetzt (Gewichtung). In der Beschwerdeauswertung wird das Problem aus Kundensicht selektiert und definiert. Alle denkbaren Ursachen werden nach einer Ursachen-Folgekette aufgelistet und ihre Beteiligung und Wirkung abgeprüft.

Voraussetzung für ein funktionierendes Beschwerdemanagement ist eine Kultur der Offenheit und des Vertrauens unter den Mitarbeitern sowie das Interesse an einer erfolgreichen Beschwerdebearbeitung. Ein gut funktionierendes Beschwerdemanagement ist eine nicht zu unterschätzende Chance zur Steigerung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Gelingt es dem Krankenhaus im Beschwerdefalle, den Kunden zufriedenzustellen, so kann dessen Zufriedenheit sogar über den Wert des beschwerdefreien Kunden liegen.

3.2.4 Kulturentwicklung

Eine Unternehmenskultur im allgemeinen bezeichnet das sichtbar gelebte Wertesystem einer Organisation (Mühlbauer 1999). Die Kultur zeigt sich in der Art des Miteinandergehens, der gepflegten Kommunikation und der Zusammenarbeit, im Umgang mit Fehlern, mit Initiative und Widerspruch. Die Unternehmenskultur wird gesteuert durch die impliziten „Spielregeln“, welche die Normen für das soziale Miteinander fixieren und Abweichungen ahnden. Es ist die Kultur des Unternehmens, die neue Konzepte begierig aufnimmt und engagiert umsetzt, oder Verbesserungsideen durch Diffamierung im Keim erstickt (Eiff 1997-1, S. 618). Sie ist der zentrale Erfolgsförderer für Innovationen und Qualitätsverbesserungen aller Art und damit auch Vergleichsgegenstand: „Welche Merkmale kennzeichnen eine Best-Practice-Kultur?“

Die Qualitätskultur ist demnach ein System aus Wertvorstellungen („shared values“), Denkweisen und Handlungsmustern, die bei allen Qualitätsfragestellungen das Verhalten prägen (Meffert 1989). Die Qualitätskultur im Krankenhaus stellt den Patienten in den Mittelpunkt des Leistungsgeschehens und schafft bei den Mitarbeitern Qualitätsbewußtsein und -verantwortung. Ohne die kulturellen und strukturellen Rahmenbedingungen bleiben Qualitätsinstrumente wirkungslos, da ihre Einsatzvoraussetzungen nicht gegeben sind (Adam et al. 1999, S. 104).

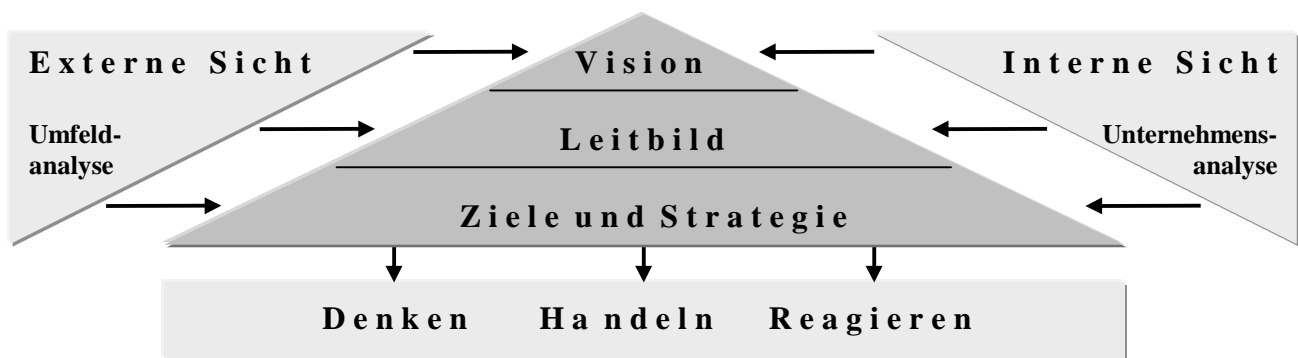
Das TQM erfordert eine umfassende Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen, Werten und Zielen der Anspruchsgruppen⁶³ um einen bestmöglichen Interessenausgleich zu erreichen. Diese Auseinandersetzung erfolgt im Rahmen der Leitbildentwicklung (siehe Abbildung 17). Der Sinn des Leitbildes ist es, alle an dem Krankenhaus beteiligten Gruppen auf eine gemeinsame Werteordnung, ein Zielsystem, eine Aufgabenstellung und allgemeine Organisations- und Führungsprinzipien hin auszurichten (Adam et al. 1999, S.99). Es bestimmt das Selbstverständnis, die Entwicklungsrichtung und den Rahmen für das Handeln einer Organisation nach innen (Mitarbeiter) und außen (Kunden und Umfeld). Das Leitbild gibt in thesenhafter Form Auskunft über Grundsätze, Ziele, Struktur- und Führungsprinzipien.

An dieser gemeinsamen Qualitätskultur fehlt es in den meisten Krankenhäusern (Mühlbauer 1999, S. 259). Partialinteressen dominieren, die Berufsgruppen sind nicht auf gemeinsame Ziele ausgerichtet. Aufgabe des Leitbildes ist es, die Partialinteressen zu harmonisieren (Adam et al. 1999, S. 98) . Es ist die kulturelle Grundlage zur Integration und Koordination der Anspruchsgruppen (Adam et al. 1999, S. 99).

⁶³ hier im Wesentlichen die Medizin, Pflege und Verwaltung

Dem Leitbild ist die Vision voranzustellen. Sie umschreibt ein erstrebenswertes und motivierendes Zukunftsbild des Krankenhauses, gibt die Richtung an und vermittelt die Sinngebung. Vision und Leitbild sind konsequent auf den umfassenden Qualitätsbegriff auszurichten. Das Leitbild steckt den Rahmen ab, aus dem sich Strategien entwickeln lassen (siehe Abbildung 17). Vision und Leitbild sind mit dem Umfeld und den eigenen Potentialen rückzukoppeln, um sicherzustellen, daß die Strategien erreichbar sind (Adam 1996, S. 142).

Abbildung 17 Struktur der Entwicklung einer Unternehmenskultur



Quelle: Adam 1996, S. 142

Die Entwicklung einer umfassenden Qualitätskultur vollzieht sich auf der Grundlage des Leitbildes. Dieses übernimmt bei TQM wichtige Funktionen (Adam et al. 1999, S. 100):

Tabelle 9 Funktionen des Leitbildes innerhalb einer Qualitätskultur

Funktionen des Leitbildes innerhalb einer Qualitätskultur	
Koordinationsfunktion	Ausrichtung auf ein einheitliches Qualitätsverständnis. Ablösung bürokratischer Steuerungsformen durch die Verhaltenskultur
Integrationsfunktion	Sorgt für einen Konsens in Grundsatzfragen. Schaffung eines Gefühls der Zusammengehörigkeit und der Solidarität
Identifikationsfunktion	Sinnstiftende Wirkung. Die Mitarbeiter identifizieren sich mit ihrer Arbeit. Förderung von Motivation und Arbeitszufriedenheit.
Motivationsfunktion	Mobilisierung der Mitarbeiterpotentiale. Intrinsische Motivation durch Identifikation mit Normen und Werten.

Vgl. Bellabarba, J. (1997): S. 100; Reiß, M. (1994), S. 233-343

Als erster Schritt einer Leitbildverwirklichung gilt es, dessen Inhalte unter Integration der Gesundheitsorientierung zu konkretisieren. Hieraus werden die Kernprozesse abgeleitet und beschrieben. Anhand von geeigneten Kennzahlen ist der Prozeßablauf zu dokumentieren und sukzessiv zu verbessern. Die Ergebnisse der Kernprozesse werden daraufhin dokumentiert. Hierbei gilt es, den Gesundheitsgewinn anhand geeigneter Kennzahlen zu operationalisieren. Dies ermöglicht eine Bezugserstellung zwischen Ergebnisqualität und Gesundheitsgewinn.

3.2.5 Die Schnittstellenanalyse

„Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“⁶⁴

Komplexe Systeme wie die OP-Abteilung enthalten das Risiko kontraproduktiver Strukturen an ihren Schnittstellen. Das sachlich-zeitliche Ineinandergreifen der Leistungen müssen einer Konstruktion nach Sinn und Logistik des Ganzen folgen. Die Devise lautet: zur richtigen Zeit, am jeweiligen Ort in angemessenem Umfang das aus dem Zusammenhang heraus Notwendige tun. Dies steht im Widerspruch zu der im Krankenhauswesen verbreiteten Ausprägung der Systemelemente in der Logik spezialisierter Professionsdomänen. Eine sachlich-zeitliche Systematik wird verdrängt durch situative Momente professioneller Machtstrukturen und ablaforientierter Prioritäten einzelner Funktionsbereiche. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist häufig noch ein Feld interdisziplinärer Konflikte (Feuerstein 1993, S. 47).

In dem System der operativen Versorgung lassen sich drei Ursachengebiete für Schnittstellen identifizieren (Feuerstein 1993, S. 43): Zwischen einzelnen Klinikbereichen, zwischen handelnden Personen und in der Abfolge von technischen Behandlungsverfahren. Die Ursachengebiete lassen sich weiter in drei Prozeßebenen einbetten: Die Makroebene (das Kooperationsgefüge funktional ausdifferenzierter Einrichtungen der Versorgungskette), die Mesoebene (das Zusammenwirken der Klinikbereiche), und die Mikroebene (das Zusammenspiel einzelner Funktionen in den Klinikbereichen). Diese bringen unerwünschte Effekte wie redundante Diagnostik, widersprüchliche Therapieansätze und Empfehlungen, unangemeldete Eingriffe, ungerechtfertigte OP-Notfall-Deklerationen sowie fragmentierte Behandlungsabläufe hervor.

Abbildung 18 Schnittstellenstruktur einer OP-Abteilung

Ebenen	Personelle Beziehungen	technische Verfahren	institutionelle Verflechtung	Akteure
Makroebene	Vertrauensbildung Austauschforen Feedback Gespräch Beratungsgespräch	OP-Belegung Zulieferung Gerätewartung Beratung	Netzwerke Servicevertrag Kooperationen Beratungsvertrag	Niedergelassene Zulieferdienst Service Provider Externe Beratung
Mesoebene	Absprachen Interdisziplinärer QZ WIR-Gefühl	Patientenvorbereitung Zeitplan Erstellung Patiententransport Datenübermittlung	Patientenlogistik Datenlogistik Personaleinsatz	Pflegestation Ambulanz, Steri Röntgen, CT Verwaltung, Lager
Mikroebene	Hierarchie Umgangston Abstimmung Anerkennung	Benachrichtigen Instrumentieren Operation Gerätewartung	Arbeitsteilung Dienstplangestaltung Teambildung	OP-Pflege Anästhesie schneidender Arzt Reinigungskräfte

Quelle: Feuerstein 1993, S. 43 (mit einigen Ergänzungen)

⁶⁴ Zitiert aus Feuerstein 1993, S. 41

Schnittstellenprobleme entstehen vor allem dort, wo die differenten Handlungscharakteristiken und Orientierungskomplexe in Verfolgung jeweils ihrer eigenen Logik strukturbildend geworden sind und im Behandlungsgeschehen konfliktär aufeinandertreffen (Feuerstein 1993, S.54). Funktionale Dominanzverhältnissen zwischen den schneidenden Fachdisziplinen können dabei ungerechtfertigt technische, organisatorische oder ökonomische Sachzwänge wie unbegründete Notfalldeklarationen und OP-Absetzungen provozieren. Die Herausforderung besteht nun in einer adäquaten Zielintegration aller Funktionsmodule zur Erreichung einer ganzheitlichen effizienten und auch humanen OP-Organisation.

Die Schnittstellenanalyse liefert dabei einen Beitrag zur Entschlüsselung und Gestaltung der komplexen Systemstrukturen. Das Interesse gilt dabei der dysfunktionalen Seite der alltäglichen Handlungspraxis. Ein patientenorientierter Ansatz erfordert die Integration von zwei Betrachtungsperspektiven: die Perspektive der systematischen Handlungsrationalität und die Perspektive aus Sicht des Patienten auf das Behandlungsgeschehen. Diese zweite Komponente bleibt in technisch-rationalen Abläufen, wie der einer Operation, häufig unberücksichtigt, wodurch bei analytischen Betrachtungen relevante Qualitätsdefizite leicht unerkannt bleiben. Entsprechend diesen Teilansichten - der Systemansicht und der Patientensicht - Teilt sich das hier vorgestellte Analyseverfahren in zwei Komponenten auf. Zum einen setzt sich die systembezogene Prozeßanalyse mit der Rekonstruktion von Arbeitsabläufen, den kooperativen Arrangements, den Aufgabenstrukturen, der arbeitsübergreifenden Steuerung des Personaleinsatzes, der technischen Integration des Behandlungsgeschehens sowie der formalen Struktur auseinander. Die patientenbezogene Prozeßanalyse beleuchtet das Informationsmanagement, die therapeutische Kontinuität, die Kontinuität pflegerischer Abläufe sowie das Erscheinungsbild der wechselnden Institutionen in der Behandlungskette (Feuerstein 1993, S. 52).

Abbildung 19 Definierte Schnittstellen-Analyse-Ebenen nach Feuerstein

OP-Abteilung	← →	Funktionsbereich
Institutionelle Einbettung	Ebene der institutionellen Zusammenarbeit	Institutionelle Einbettung
Konzeption	Ebene des Konzeptionellen Zusammenhangs	Konzeption
Personalwirtschaft	Ebene der personellen Zusammenarbeit	Personalwirtschaft
Materialeinsatz	Ebene der materiellen Zusammenarbeit	Materialeinsatz
Zeitpläne	Ebene des zeitlichen Zusammenhangs	Zeitpläne

Quelle: Feuerstein (1993), S. 50/51

Sowohl aus der Systemsicht als auch aus der Patientensicht bestehen in allen Ebenen die Gefahr von zeitlichen Brüchen, mangelnder inhaltlicher Abstimmung, defizitärer Informationsübertragung sowie konfliktären Strukturen als Streßursachen.

„Endlich weiß ich, was der Kollege eigentlich macht, ich habe viel darüber gelernt,
was davon abhängt, das ich einen guten job mache“.⁶⁵

Das Ziel ist die Rekonstruktion der Abfolge und des Ineinandergreifen einzelner Leistungen über eine gesamte Versorgungskette hinweg. Als Ergebnis steht eine umfassende prozessuale Stärken-Schwächenanalyse, aus der eine Prioritätensetzung für punktuelle Analysen von Schwachstellen zur Neugestaltung von Schnittstellen abgeleitet werden kann. Diese punktuelle Analyse bezieht sich somit auf Schnittstellenprobleme ausgewählter, besonders problematischer Konfigurationen. Schnittstellengestaltung bedeutet die Kompatibilisierung heterogener Systemelemente. Sie ist Voraussetzung für die Berechenbarkeit und die Bewegungsfähigkeit eines Systems. Es gilt, das Spannungsfeld von technisch dominierten Abläufen mit ihrem Flexibilitätsdefizit dem Primat der ganzheitlichen Zielorientierung zu unterwerfen (Schneider 1991).

Feuerstein leitet hieraus drei Strategien der Systementwicklung ab: Die *Schnittstellen Gestaltung* als Strategie versucht eine Anpassung des medizinischen Handelns an den Umweltkontext. Eine umfassende Integration des medizinischen Handelns von der Makro- bis hinunter in die Mikroebene erfolgt durch informationstechnische Vernetzung. Das *Schnittstellenmanagement* als Strategie leistet eine institutionelle Vermittlungsleistung. Schnittstellen werden durch soziale Handhabung bzw. gezielter Personalintervention beeinflusst. Noch weiter reicht die Zielsetzung der Strategie *Schnittstellen Vermeidung*. Hier wird der Versuch unternommen, Versorgungseinheiten zu Verzahnen und durch organisatorische Neuformierung der Versorgungsstruktur eine neue Einheit zu erreichen. Eine Variante der Umsetzung stellt das Konzept von Gesundheitszentren dar, in denen ambulante und stationäre Behandlungsformen verzahnt werden. Auf der Makroebene wird die Vermeidungsstrategie durch eine Konzentration des Leistungsangebotes in Kooperation mit anderen OP-Kapazitäten in der Region verkörpert.

Schnelle Lösungen im Bereich von Schnittstellenproblemen sind dabei nicht zu erwarten. Die Ursachen liegen oft in juristischen, ökonomischen, administrativen Bereichen und professionskulturellen Voraussetzungen, die sich nur im kontinuierlichen Prozeß verändern lassen. (Feuerstein 1993, S. 62). Durch seine Relevanz sollte das Schnittstellenmanagement jedoch Bestandteil eines jeden Konzeptes der Qualitätssicherung sein. Jede OP-Abteilung bedarf dabei eines eigenen, maßgeschneiderten Konzepts. Ein standardisiertes Verfahren, das die Qualität der Systemintegration komplexer Versorgungsstrukturen transparent und sanktionierbar macht, ist gegenwärtig nicht absehbar (Feuerstein 1993, S. 63).

⁶⁵ Erfahrungen einer EFQM-Anwendung im Deutschen Herzzentrum München 1997

3.2.6 Projektverlauf des TQM

Das folgende Schema stellt die wesentlichen Schritte zur Einführung eines TQM-Systems zusammen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß viele krankenhausspezifische Faktoren diesen Ablauf bestimmen, so daß kein allgemeingültiges Schema abgeleitet werden kann. Diese Faktoren können beispielsweise der Aufbau auf bereits eingeführte Qualitätsstrukturen, die Heranziehung externer Beratung, Hierarchiestrukturen sowie die Führungs- und Mitarbeiterkompetenz sein.

Tabelle 10 Projektplan einer TQM-Einführung

Projektverlauf bei Einführung von TQM-Systemen		
1. Vorbereitung	1.1.	Motivationsschub durch Information und Integration
	1.2.	Auswahl des QM-Systems bzw. der Methodik
	1.3.	Erstellung von Informationspapieren (ehrliche Information!)
	1.4.	Suche nach Verbündeten und Multiplikatoren (Kompromißbereitschaft)
	1.5.	Workshop für Bereichsvertreter, Schulung der Methoden
	1.6.	Abschätzung von Kosten und Zeitaufwand
	1.7.	Klärung von Verantwortlichkeiten
2. Einstieg	2.1.	Aufbau eines Kennzahlenkataloges
	2.2.	Ermittlung der Kernprozesse
	2.3.	Ableiten von Kriterien aus der Literatur
	2.4.	Verfeinerung der konsensualen Kriterien durch ein Expertenpanel
	2.5.	Ausschluß von Kriterien geringer Reliabilität ⁶⁶
	2.6.	Erarbeitung der Scoring-Methode
3. Selbstbewertung	3.1.	Fach-, hierarchie-, berufsübergreifende Beurteilung
	3.2.	Ausbildung der Assessoren, Definition von Mindestanforderungen
	3.3.	Evaluierung der Stärken, Verbesserungsbereiche, Q-Struktur, Ressourcen, Ziele
	3.4.	Valide, objektive Darstellung der Leistung ⁶⁷
	3.5.	Ursache-Wirkungs-Diagramm ⁶⁸ : Mensch, Material, Methodik, Koordination
4. Evaluation	4.1.	Vergleich mit eigener Planung, interner Abteilungsvergleich
	4.2.	Benchmarking und KH-Vergleich
	4.3.	Checkliste für Verbesserungspotentiale
5. Verbesserung	5.1.	Entwicklung eines Aktionsplanes
	5.2.	Berücksichtigung des betriebsinternen Vorschlagswesens
	5.3.	Definition: was(?), wer (?), mit wem (?), bis wann (?), erledigen soll
	5.4.	Transparenz durch regelmäßige Präsentationen der Steuerungsteams
	5.5.	korrigierende Maßnahmen für die Teilprojekte
	5.6.	Fortschritte in Meilensteinen (Motivationsschub)
6. Qualitätszyklus	6.1.	Implementierung eines „continuous quality control system“
	6.2.	Realisierung durch Bearbeitung in Projektmodulen
	6.3.	Regelung der Prioritätenbildung, Konzentration auf Schlüsselprozesse
	6.4.	Zeit- und Ablaufplan erstellen, schrittweise Verbesserung
	6.5.	Dokumentation und Evaluation des Verbesserungsprozesses
	6.6.	Jahresbericht, evtl. zweite Selbstbewertung
7. Externe Prüfung	7.1.	Externe Prüfungskommission
	7.2.	feed-back Report der Assessoren
	7.3.	Allgemeine Zustandsbeschreibung
8. Zertifizierung, Akkreditierung	8.	Zertifizierung (mit Wiederholung für zeitlichen Qualitätsvergleich)
	8.1.	Auswahl der Zertifizierungsmethode (DIN EN ISO 9001; KTQ; EFQM ...)
	8.2.	Simulierte Bewerbung um den europäischen Qualitätspreis (EFQM)

Quelle: Merschbächer 1999, S. 24 (durch den Autor erweitert)

⁶⁶ zur Begriffsbestimmung siehe Kapitel 3.1.2 S. 50

⁶⁷ eine ausführliche Diskussion hierzu findet sich in Pinter 1999, S. 12

⁶⁸ vorgestellt in Göldenboog 1999, S. 618

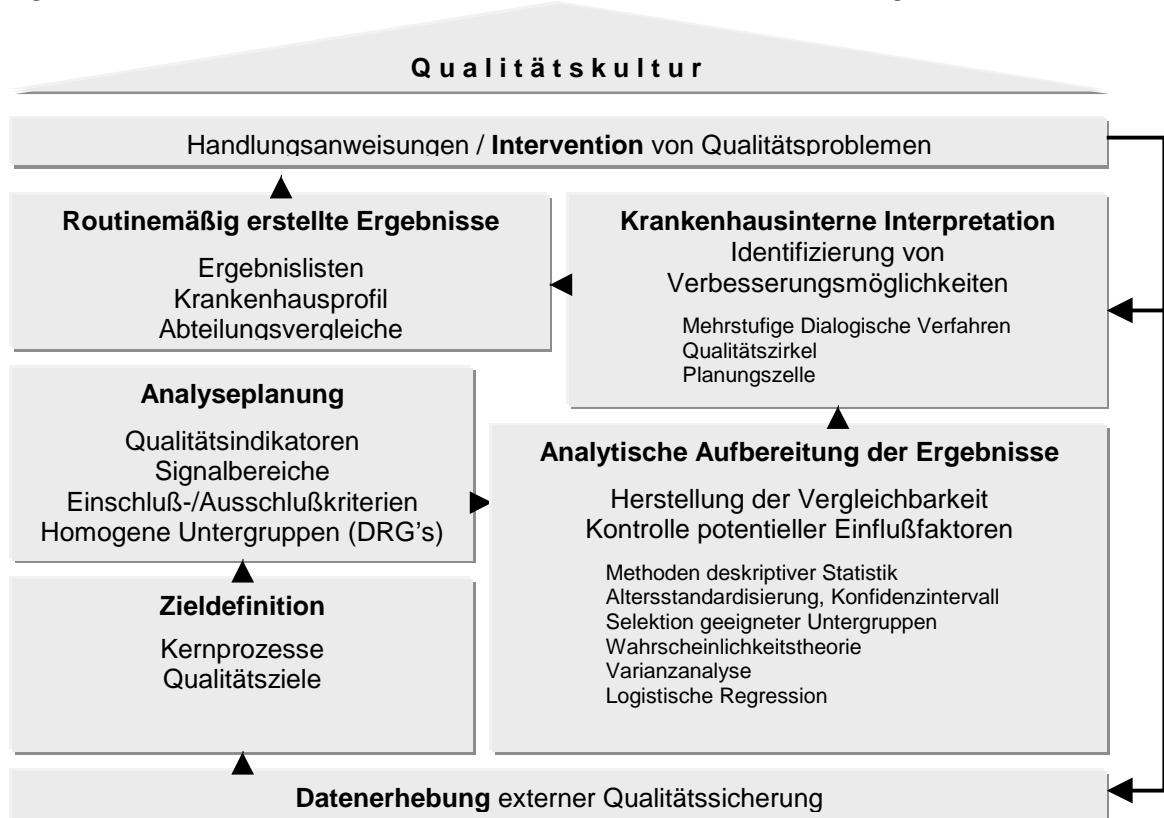
3.3 Externe Qualitätssicherung

3.3.1 Begriffsbestimmung

Der Begriff der Externen Qualitätssicherung ist im wissenschaftlichen Diskurs noch nicht eindeutig definiert (Eiff 1997-1). Nach §135a Abs. 2 SGB V fallen unter diesen Begriff „verpflichtende einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, die Ergebnisqualität zu verbessern“. Dagegen bedeutet Externe Qualitätssicherung nach Hildebrand 1999, S. 471 den Nachweis von Qualität - im Sinne von Beachtung extern vorgegebener Regeln - nach außen, wobei eine tatsächliche Qualitätsverbesserung für das Krankenhaus in Frage steht. In der vorliegenden Arbeit soll Externe Qualitätssicherung als die zeitnahe, kontinuierliche und entscheidungsorientierte externe Bereitstellung von Informationen über das Versorgungsgeschehen im Krankenhaus und deren Verwendung für einen kontinuierlich zu optimierenden Behandlungs- und Pflegeprozeß - auch unter ökonomischen Gesichtspunkten verstanden werden.

Qualitätssicherung ist primär eine krankenhauserne Aufgabe. In den Krankenhäusern sollen jedoch durch zeitnahe Rückkopplung krankenhausergreifender Vergleichsdaten Konsequenzen für das eigene Behandlungsmanagement gezogen werden (Niemann 1995):

Abbildung 20 Krankenhausinterne Dimensionen externer Qualitätssicherung



Versuch einer Zusammenfassung von Niemann 1995, S. 1-6

Aus Abbildung 20 wird deutlich, daß der Schlüssel zum Erfolg dabei die Auswertungskonzeption als ein umfassendes, flexibles Analysesystem darstellt. Bei den beteiligten Krankenhäusern müssen entsprechende strukturelle Voraussetzungen für ein kontinuierliches Qualitätsmanagement geschaffen werden müssen.

Externe Qualitätssicherung dient als Inputfaktor interner Qualitätssicherung. Um dieser Intension gerecht zu werden soll in dieser Arbeit statt „Externe Qualitätssicherung“ im folgenden von „Krankenhausvergleich“ die Rede sein (Niemann et al.1996). Weiter soll gelten, daß es nicht „den“ Krankenhausvergleich gibt. Orientiert an den verschiedenen Zwecken und berechtigten Interessenlagen von Krankenhäusern, Kostenträgern und Krankenhauskunden sind mindestens drei Schwerpunkte beim Krankenhausvergleich voneinander zu unterscheiden (siehe Tabelle 11):

Tabelle 11 Schwerpunkte im externen Krankenhausvergleich

Krankenhausvergleich (KV)	KV-Verständnis	Intension
Medizinischer Leistungsvergleich	Betriebsvergleich als Vergleichsmaßstab (Standard) für medizinische Ergebnisqualität.	Qualitätsbarometer für die medizinische Profession. Werbegrundlage
Krankenhausbetriebsvergleich	Betriebsvergleich als Instrument zur systematischen Preissenkung für Krankenhausleistungen. Realisierungszwang der „best practice“	Mittel der Krankenkassen zur Sanktionierung kostenintensiver Angebotsbereiche in der Gesundheitsversorgung
Benchmarking	Krankenhausvergleich als Best-Practice-Börse, Anregung zur Verbesserung von Kundenorientierung, med. Qualität und Wirtschaftlichkeit. Krankenhausintern initiiertes Vergleich.	Managementinstrument der Krankenhausleitung für die Beurteilung eigener Qualitäten. Entscheidungsgrundlage für gezielten Einsatz des QM

Die vom Gesetzgeber vorgegebene, gewissermaßen sogar präjudizierte Verpflichtung zur Qualitätssicherung (vgl. §135a Abs. 1 i.V.m. § 137 Abs. 1 SGB V) wird seitens der Kostenträger häufig auf eine Verpflichtung zum Krankenhausbetriebsvergleich eingeschränkt (§135a Abs. 2 SGB V). Entscheidend für eine qualitätsverbessernde Wirkung ist jedoch, ob sich die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung primär am Interesse und am Nutzen beteiligter Krankenhäuser orientieren, oder die Ergebnisse extern bewertet und sanktioniert werden sollen (Niemann 1995). Denn die Qualität der Datensätze dürfte durch das Eigeninteresse der am Projekt beteiligten Krankenhäuser bestimmt werden. Sollten vollständige, valide Datensätze übermittelt werden, so können die Auswertungen neben deskriptiven auch interferenzstatistischen und epidemiologischen Gesichtspunkten genügen, und somit die Qualitätssicherung im Krankenhaus unterstützen.

Die Instrumente für den Krankenhausvergleich sollten bestimmte Aspekte von der Datenaufbereitung bis hin zur Ergebnisdarstellung erfüllen können, damit die Ergebnisse für alle engagierten Beteiligten den Aufwand rechtfertigen (Niemann et al. 1996):

- (4) Schwellenwerte (*Benchmarks*) sind methodisch zu definieren, um eine Bewertung identifizierter Problembereiche durchführen zu können. Geeignete statistische Methoden und Verfahren sind festzulegen
- (1) Vorhandensein einer verbindlichen *Zielvereinbarung* über die zu erreichende Qualität, die Festlegung von Meilensteinen zur Evaluierung der Implementierungsschritte (Outputmessung).
- (2) Die *Vergleichbarkeit* zwischen den Krankenhäusern muß zur Vermeidung von Fehlinterpretationen und falschen Konsequenzen gewährleistet sein (in Bezug auf regionale Differenzen und dem Case-Mix).
- (3) Für die kontinuierliche und zeitnahe Abschätzung der Versorgung im Sinne einer Problemidentifikation sind geeignete *Monitoring-Indikatoren* auszuwählen.
- (6) Der Konsens über die Festlegung geeigneter Darstellungsformen ist herbeizuführen, über die eine *Ergebnisrückkoppelung* an alle Beteiligte möglich wird.

Hieraus leiten sich erfolgshemmenden Faktoren ab, die in Tabelle 12 zusammenstellt sind:

Tabelle 12 *Erfolgshemmende Faktoren externer Qualitätssicherung*⁶⁹

- ☞ Zusätzlicher Dokumentationsaufwand, Parallelität von Qualitätsdokumentation
- ☞ Mangelnde Akzeptanz der Qualitätssicherungsphilosophie
- ☞ Nicht ausgereifte Erhebungs- und Statistikverfahren
- ☞ Keine zeitnahen Auswertungsergebnisse
- ☞ Falsche Einschätzung anhand regional aggregierter Qualitätsdaten
- ☞ Effektivität der Qualitätssicherungsmaßnahme nicht nachgewiesen

Quelle: Niemann 1995, S. 3

Dem ist entgegenzusetzen, daß ohne externe Vergleichsdaten im Rahmen der Qualitätssicherung nur zeitliche Kennzahlenvergleiche möglich sind. Deren Aussage ist als relativ zu bezeichnen, da sie lediglich Aussagen über Abweichungstrends ermöglichen, nicht jedoch eine Bestimmung des Qualitätsniveaus. Qualitätssicherung ohne externen Vergleich ist dabei wie der Temperaturmesser ohne Eichskala. Da der externe Vergleich die Qualitätsmessung somit erst ermöglicht, eröffnet dieser dem Krankenhaus ganz neue Perspektiven auf dem Weg zur Business Excellence (Langenegger⁷⁰ 2000). Im folgenden sollen daher die Methoden des Krankenhausvergleiches nach heutigem Stand ausführlich behandelt werden.

⁶⁹ Erfahrungen aus flächendeckenden Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Chirurgie in Nordrhein-Westfalen und Baden- Württemberg

⁷⁰ Federal Office of Social Insurance Switzerland (BSV)

3.3.2 Medizinischer Leistungsvergleich

Die Voraussetzung jeder Qualitätsbeurteilung und somit für Qualitätssicherung ist die Verfügbarkeit von Vergleichsmöglichkeiten (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1989) . Ärzte benötigen hierfür Mechanismen, die ihnen dabei helfen, ihre Leistungen zu überwachen und die Qualität zu gewährleisten (WHO 1993) . Bei dem medizinischen Leistungsvergleich werden der einzelne Arzt bzw. die einzelne Abteilung in ein Vergleichssystem mit einbezogen. Dadurch sieht der verantwortliche Arzt – wie in Form eines Spiegels - wo er u.a. mit seinen Leistungen, Ergebnissen, Komplikationen und Infektionsraten steht (96. Deutschen Ärztetages in Dresden 1993). Im Mittelpunkt des Verfahrens stehen einerseits die Herstellung der Vergleichbarkeit durch Selektion nach geeigneten Untergruppen oder durch Kontrolle potentieller Einflußfaktoren und andererseits Algorithmen zur krankenhausesinternen Interpretation der Ergebnisse und somit zur Beurteilung der Qualität ärztlichen Handelns. Insbesondere für Krankenhäuser ohne Möglichkeiten zur wissenschaftlichen Analyse ihrer Behandlungsergebnisse, bildet diese externe Qualitätssicherung eine wesentliche Grundlage ihrer Qualitätssicherung (Quentmeier 1999, S.5)⁷¹.

Der medizinische Leistungsvergleich umfaßt neben soziodemographischen Variablen vor allen Dingen Informationen zu Risikofaktoren und Begleiterkrankungen zur Diagnostik, zum therapeutischen Management, zur Operation und zum Verlauf. Es wird der case-mix und somit die Schwere der Erkrankung zusammen mit dem Prozeß der Diagnosestellung statistisch erfaßt. Daneben werden zahlreiche Einflußgrößen, wie Alter, Geschlecht, Komorbidität und ASA-Index erhoben. Dies erlaubt eine hinreichende Berücksichtigung der sogenannten "patient-related-factors" und somit der Risikoadjustierung (BMG 2000, S. 157).

Die Auswahl der Diagnosen für flächendeckende externe Qualitätssicherung wird als Leitdiagnosen (im englischen auch Tracer-Diagnosen) bezeichnet. Bei ihrer Auswahl der Krankheitsbilder münden die Kriterien der Meßbarkeit der Qualität und Möglichkeit der Einflußnahme bei Mängeln in die Entscheidung mit ein (Niemann 1995, S. 20) .

Leistungsvergleiche werden in verschiedenen Bundesländern zu Eingriffen wie Appendektomie, Colectektomie, Operation bei Schenkelhalsfraktur, Leistenhernie, Rektumkarzinom, Waden- und Schienbeinbruch sowie Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür durchgeführt (Scheibe 1998).

⁷¹ Erfahrungen der Chirurgischen Abteilung, St.Josefs-Krankenhauses Heidelberg

Umfangreiche und flächendeckende Dokumentationen existieren beispielsweise in NRW für Cholelithiasis/-zystitis, der Leistenherni und die Oberschenkelhalsfraktur. Seit 1987 wird in Baden-Württemberg flächendeckend eine externe Qualitätssicherung für die Tracer-Diagnosen Leistenhernie, Cholelithiasis, Rektumkarzinom, Appendizitis, mediale Schenkelhalsfraktur und persubtrochantäre Oberschenkelhalsfraktur angeboten. Seit 1989 ist die Teilnahme in Baden Württemberg gesetzlich verordnet.

Greifbare Ergebnisse liegen zum heutigen Stand vor allem im Bereich der Herzchirurgie vor. So konnten beispielsweise mit Hilfe ergänzender Analysen Erfahrungen unter anderem zur "Fibrinolytischen Therapie des Herzinfarktes" im Rahmen der externen Qualitätssicherung in Krankenhäusern Schleswig-Holsteins genutzt werden (Niemann 1995).

Bei den Qualitätssicherungsstellen der Ärztekammern werden die Daten zu Tracerdiagnosen und Eingriffen zentral erfaßt (siehe Tab. 6). Neben den oben genannten Tracerdiagnosen verfügen die Ärztekammern auch über Qualitätssicherungsdaten aus anderen Bereichen, wie z.B. Herz- und Neurochirurgie, Diabetologie und Gynäkologie.

Tabelle 13 Beispiele Verfügbare Datensätze medizinischer Vergleichsdaten

Ärztammer	Zeitraum	Eingriff
Baden-Württemberg	1994-1996	Appendektomie (mit Risikofaktoren)
Westfalen-Lippe	1993-1997	Cholecystektomie, Schenkelhalsfraktur, Leistenherni (mit R.)
Nordrhein	1993-1997	Schenkelhalsfraktur, Leistenherni, Cholecystektomie
Sachsen	1993-1997	Schenkelhalsfraktur, Leistenherni, Cholecystektomie (mit R.)

Quelle: BMG (2000), S. 49

Bei der Einbeziehung externer Daten wird die Vergleichbarkeit neben Unterschieden in der Erhebung auch durch Unterschiede in der Zusammensetzung der Patienten („patient-related-factors“) entscheidend beeinflusst. Darüber hinaus hängen die Ergebnisse auch von den unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten⁷² in den einzelnen Krankenhäusern ab (Niemann 1995, S. 5). Durch unterschiedliche Ansätze bei der Datenerfassung ist es derzeit noch nicht möglich, die Datensätze länderübergreifend zusammenzuführen (BMG 2000, S. 150).

⁷² Hier dürfte vor allem die Krankenhausgröße von entscheidender Bedeutung sein

3.3.3 Krankenhaus Betriebsvergleich

Der Betriebsvergleich definiert sich als ein brancheninterner Wettbewerb von Unternehmen oder Unternehmensteilen mit dem Ziel, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu beurteilen. Beurteilungsgrundlage bilden aggregierte Vergleichsgrößen mit Kennzahlencharakter, die charakteristisch für die Geschäftstätigkeit sowie für den Erfolg sind. Dabei stehen Kriterien im Blickpunkt, die geeignet sind, die Effektivität und Effizienz der Prozesse zu bewerten. Im Krankenhaus sind diese: Die Verweildauer, der Belegungsgrad, der Anteil ambulanter Operationen, die Schnitt-Naht-Zeiten, Fallkosten etc. (Eiff 1997-1, S. 615).

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie Krankenhausträgerverbände haben sich im Rahmen der Reform des Gesundheitswesens nach §5 BPflV verpflichtet, ab dem Jahr 1998 einen Krankenhausvergleiche einzuführen. Absicht des Gesetzgebers ist die zukünftige Ausrichtung der Pflegesatzverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen an den Merkmalen einer medizinisch bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und qualitätsorientierten Betriebsführung (Eiff 1997-1, S. 613). Durch Kosten- und Leistungstransparenz der Krankenhäuser soll die Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungsprozesse sicher beurteilbar werden. Ziel ist die Ermittlung von beispielgebenden Versorgungs- und Kostenstrukturen zur Generierung von Standards im Sinne eines Vergleichsmaßstabs. Damit werden die Managementinstrumente des Betriebsvergleiches, des Benchmarking und des Best-Practice-Management zur gesetzlich verordneten „Pflichtübung“ für die Krankenhäuser. Leitgedanke dieser Entwicklung ist das „Lernen durch Vergleich“.

- a) Wie steuert das Krankenhaus den Übergang des Patienten von einer Versorgungsphase in die nächste ?
- b) Wird eine ganzheitliche Betreuung im Sinne eines Gesundheitsnetzwerkes unterstützt ?
- c) Welche Organisations- und Kooperationsformen verzahnen den ambulanten mit dem stationären Sektor ?
- d) Werden die gesundheitspolitischen Ziele der Landesregierung unterstützt ?

Die zentrale Datengrundlage bildet hierbei die Leistungs- und Kalkulations-Aufstellung (LKA). Die Betriebsvergleichsdiskussion stellt jedoch fest, daß diejenigen Einzelparagrafen, die auf Qualitäts-, Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsvergleiche Bezug nehmen (unter anderem §26 BPflV, §§17, 109, 112, 137, 301 SGBV) weit über das hinausgehen, was durch Daten der Leistungs- und Kalkulations-Aufstellung (LKA) abbildbar ist (Eiff 1997-1, S. 613).

Der Krankenhaus Betriebsvergleich versorgt das Krankenhaus zeitnah mit entscheidungsrelevanten Führungsinformationen. Er fungiert als Frühwarnsystem für Eingriffsnotwendigkeiten in den Bereichen Prozeß, Personal, Qualität und Kosten. Der Vergleich fundiert die Leistungsposition des Krankenhauses gegenüber Kostenträgern und kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere im Fall einer geplanten Veränderung des Versorgungsauftrages.

Die aktuelle Diskussion über den Betriebsvergleich von Krankenhäusern konfrontiert im wesentlichen die Sichtweisen der Hauptbetroffenen, der Krankenhäuser und der Kassen, und kristallisiert zwei zentrale Bedenken heraus: 1. Auf welche Art und Weise münden die Betriebsvergleichsdaten in die Entscheidungsfindung der Kostenträger ein, und mit welcher Verbindlichkeit werden die Kostenträger in Budgetverhandlungen von den Best-Practice-Erkenntnisse Gebrauch machen? 2. Unter welchen Bedingungen sind die Krankenhäuser bereit, auch sensible Informationen wie strategische Absichten oder besondere „Kniffe“ in einem Vergleichsdatenpool bereitzustellen? Zwischen diesen Aspekten besteht eine enge Korrelation. Grundsätzlich gilt für zukünftige Diskussionen, daß der Wandel von der Verwaltung zum Management nur vollzogen werden kann, wenn unternehmerisches Verhalten belohnt wird. Es kommt also darauf an, mit welcher juristischen Verbindlichkeit der Krankenhausvergleich eingeführt wird und wie die Beteiligten (insbesondere die Kassen) mit der gewonnenen Transparenz umgehen werden.

Tabelle 14 Beurteilung von Datenquellen des Krankenhausvergleiches (Stand: Juni 1999)

Vergleichsdaten in Deutschland									
Nr.	Datenquelle	Quelle	Verfügbarkeit	Rationalisierbarkeit	Vergleichbarkeit	Verknüpfbarkeit ⁷³	Individuelle Datensätze	Repräsentativität	Zeitliche Nähe
1	Medizinischer Leistungsvergleich	SCF	+	0	-	0	+	0	0
2	Diagnose- und Therapieindex (DTI)	IT	+	-	+	+	+	+	+
3	Ambulante Leistungsdaten §295, SGB V	IT / BFV	-	+	-	0	0	+	+
4	Amb. Qual.sicherungsdaten §115b SGB V	IT	-	0	+	0	+	+	0
5	Stationäre Leistungsdaten §301, SGB V	SCF / BFV	-	+	+	0	+	+	+
6	Leistungsdaten Privatpatienten	BFV	-	-	-	-	?	-	?
7	Diagnosestatistik, KH-Statistikverordnung	BFV	+	+	+	0	+	+	-
8	Qualitätssicherung SE / FP ⁷⁴ §§137, 112 SGB V	SCF	-	-	-	0	+	-	0
9	Gesundheitssurveys	IT							
10	Literaturstudien	SCF							

SCF: Sektion Chirurgische Forschung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie
 BFV: Bayerischer Forschungsverbund Public Health
 IT: I + G Gesundheitsforschung

+ = vorhanden
 0 = teilweise vorhanden
 - = nicht vorhanden
 ? = unklar

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2000)⁷⁵

⁷³ Verknüpfbarkeit wegen fehlender einheitlicher Patientenummer eingeschränkt

⁷⁴ Zum Zeitpunkt der Beurteilung noch nicht flächendeckend eingeführt

⁷⁵ dieser Bericht enthält ausführliche Informationen über Umfang, Inhalt und Qualität der Datensätze

3.3.4 Benchmarking

Das „Benchmarking“ läßt sich als die Suche nach der besten Praxis definieren. Es umfaßt die innovative Weiterentwicklung sowie die qualitäts- und kostenwirksame Umsetzung der „Besten Praxis“ in die eigene Organisation. Im Blickpunkt stehen hierbei vorrangig der prozeßorientierte Vergleich sowie die organisationskulturellen Voraussetzungen (Eiff 1997-1, S. 616).

Ohne tiefgreifende Analyse der Prozeßstruktur, der Prozeßpraktiken und der Zielstruktur sind reine Kennzahlenvergleiche für ein entscheidungsorientiertes Management nahezu ohne Informationswert. Der Vergleich von Resultaten macht daher nach der Benchmarking-Philosophie erst im Vergleich mit den Prozeßstrukturen Sinn (Eiff 1997-1, S. 617). Methodisch greift Benchmarking u.a. auf eine Reihe von Prüfhypothesen zurück:

- *Die Minimum-These* erhebt das absolute Zeitlimit für einen bestimmten Prozeßtyp zur Vergleichsnorm.
- *Die Maximum-These* stellt einem konstanten Ressourceneinsatz erweiterte Zielvereinbarungen bzw. höhere Leistungsvorgaben gegenüber, die auch tatsächlich erreichbar sind.
- *Die Eisberg-These* unterstellt, daß die Ursache eines Problems in einem anderen Verantwortungsbereich bzw. in einem vorgelagerten Prozeßabschnitt zu suchen ist.
- *Die Ziele-Disharmonie-These* geht von der Vereinbarkeit gegensätzlicher Ziele aus. Beispiel: Mehr Behandlungen in kürzerer Zeit mit weniger Personal und geringerem Ressourcenaufwand⁷⁶

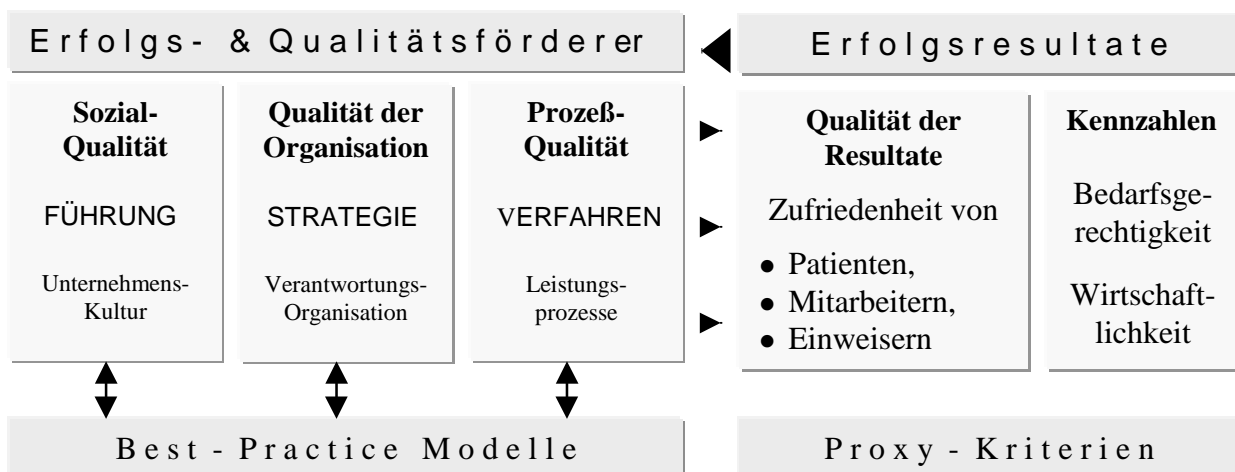
Benchmarking steht vor dem Grundsatz, daß die bloße Erkenntnis über eigene Defizitbereiche im Hinblick auf Qualität und Kundenorientierung noch keine Wertschöpfung darstellt, denn es ändert sich nichts an der Situation in bezug auf Problemlösungskompetenz. Wichtiger ist daher die Generierung von Wissen, was andere Wettbewerber für ihren Erfolg tun. Durch Vergleich mit „best-in-Class“-Krankenhäusern können Trends bei den Versorgungsstrukturen, bei der innovativen Medizintechnik, bei Modellen der Ablauforganisation sowie der Gesetzgebung mit ihren Konsequenzen und Reaktionsmöglichkeiten erkannt werden. Nach der Philosophie des Benchmarking sind Ist-Resultate in Form von Kennzahlen als Grundlage entscheidungsrelevanter Managementinformationen von geringem Nutzen. Sie dienen bestenfalls als Hilfestellung bei der Prioritätensetzung auf der Suche nach der Best-Practice (Eiff 1997-1, S.617).

⁷⁶ vgl. Zielsystem des Toyota-Ansatzes: Doppelte Produktion in kürzerer Zeit auf einem Drittel der Fläche

3.3.5 Gesamtkonzept

Ein aussagefähiges Gesamtkonzept für den Krankenhausvergleiches sollte nach obigen Ausführungen folgendes leisten: Erstens die Ermittlung von Benchmarks als Sollwerte der Erfolgsresultate, um Defizitbereiche zu ermitteln. Zweitens die Ermittlung von Erfolgs- bzw. Qualitätsförderern zur Beseitigung der Defizite. Im Mittelpunkt der Vergleichsbetrachtung stehen ausgewählte Leistungsprozesse des Kerngeschäfts, die kontinuierlich auf Effizienz und bessere Resultate hin analysiert werden. Unternehmenskultur und Verantwortungsorganisation stellen für den Vergleich die wichtigsten Erfolgsförderbereiche dar (Eiff 1997-1, S. 619).

Abbildung 21 Gesamtkonzept eines Krankenhausvergleiches



Quelle: Zentrum für Krankenhausmanagement, Universität Münster (Eiff 1997-1, S. 619)

Erfolgs- und Qualitätsförderer: Durch Benchmarking-Methoden wird eine Best-Practice Börse erschlossen. Sie gibt den Krankenhäusern Anregungen zur Verbesserung der Kundenorientierung sowie für Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitssteigerungen. Verglichen wird, was mit welchen Praktiken unter welchen kulturellen Bedingungen zum Erfolg führt.

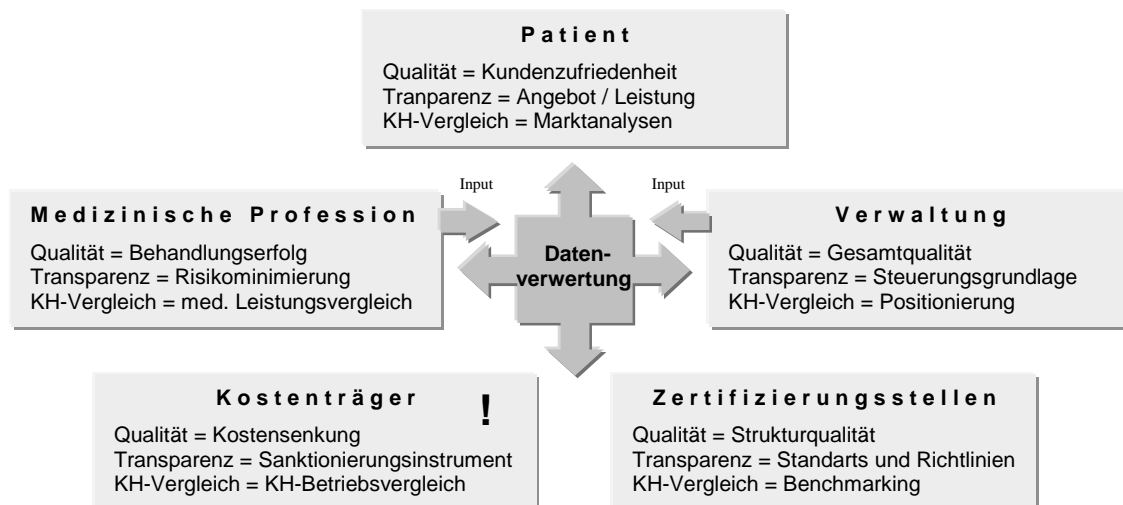
Erfolgsresultate: Vergleiche der Proxy-Kriterien dienen der systematischen Effizienzsteigerung. Über den Krankenhausbetriebsvergleich wird angestrebt, über die nachgewiesene Beste Praxis einen Realisierungsanstoß für andere Krankenhäuser zu geben um sich damit schrittweise an realistische Maßstäbe von Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit heranzutasten.

Ohne die Berücksichtigung kultureller Rahmenbedingungen sind Best-Practices nicht einführbar und ein Lernen durch Vergleich nicht realisierbar. Ein Krankenhausvergleich muß – entsprechend dem modularen Aufbau einer Total Quality – die Komponenten Kulturvergleich, Organisationsvergleich und Prozeßvergleich als methodische Grundlagen in sich vereinen.

Zukünftiges Ziel der Externen Qualitätssicherung sollte es sein, den Schwerpunkt der Aktivitäten von der Situationsanalyse zur Situationsverbesserung im Sinne einer „Best-Practices-Kultur“ zu verschieben. Der Sinn des Benchmarking ist die Suche nach innovativen Ideen und ihre schnelle, kundenwirksame Umsetzung. Hierzu gehört ein hohes Maß an Problemlösungsfähigkeit des Krankenhauses und seiner Mitarbeiter (Forum Krankenhaus – Diskussionsveranstaltung der Bertelsmann Stiftung in Gütersloh, August 1997) . Fest steht, daß selbstkritische Reflexion und Evaluation für die zukünftige Ausgestaltung des Gesundheitswesens von entscheidender Bedeutung sein werden. Mehr denn je - unter den aktuellen Rahmenbedingungen - gilt für das deutsche Krankenhaus, den eigenen Standort mit den Methoden des Benchmarking einzuschätzen und gegenüber künftigen Herausforderungen durch Best-In-Practice-Innovationen zu sichern.

Derzeit bleibt es noch offen, ob die akquirierten Daten tatsächlich in Best-Practice-Innovationen münden werden, oder ob dieser Vorstoß durch die Sanktionierung von Seiten der Kostenträger aufgrund der Vergleichsdaten gelähmt werden wird. Um hier einen Interessenausgleich herbeizuführen bedarf es der verbindlichen Festlegung von Regeln über die Datenverwertung.

Abbildung 22 Datennachfrage im Krankenhausvergleich



Den Kostenträgern sei in Bezug auf die Gefahr einer einseitigen Betrachtung des Krankenhausbetriebsvergleiches als Mittel der Kostenreduktion folgendes gesagt: „Geht man auf die Kosten los, dann sinkt die Qualität, geht man auf die Qualität los, dann sinken die Kosten“ (Seyfarth-Metzger 1995, S.10).

Exemplarisch für ein umfassendes Umsetzungsmodell findet sich in Niemann und Beske (1992) eine ausführliche Darstellung der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen in Krankenhäusern Schleswig-Holsteins (KGSH-Manager).

3.4 Zertifizierung und Akkreditierung

3.4.1 Zertifizierungsverfahren im Krankenhauswesen

Wozu eigentlich Zertifizierung? Eine vollständige Beantwortung dieser Frage geht deutlich über das hinaus, was üblicherweise von den Krankenhäusern als Begründung angeführt wird: Nämlich die äußere Erwartungshaltung sowie Marketing Aspekte.

Mittels der Zertifizierung werden Anstöße gegeben, neue Elemente des QM auf der Grundlage einer Analyse und Weiterentwicklung bestehender Strukturen und Arbeitsabläufe zu implementieren (Motivationsschub). Das Ziel ist eine bestmögliche Patientenversorgung unter optimalen Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter hinsichtlich der Abläufe und Ergebnisse. Die Zertifizierung weist durch eine Bestandsaufnahme der momentanen Verhältnisse den Weg

Aus Sicht des Qualitätsmanagements wird der einzelne Mitarbeiter als die wichtigste Ressource des Unternehmenserfolges gesehen (Mitarbeiterorientierung). Die Evaluation der Leistungsfähigkeit und Mitarbeiterzufriedenheit ermöglichen eine Gesamtschau über die Qualität der Führung und die Vitalität der Gesamtorganisation. Zu diesem Zweck arbeiten im Rahmen der Zertifizierung alle im Krankenhaus vertretenen Berufsgruppen interprofessionell, kollegial und über die Arbeitsgrenzen hinaus als Team zusammen. Durch eine verbesserte Koordination der Leistungserbringung hat dies auch Impulse für die Steigerung der Ergebnisqualität zur Folge.

Die Zertifizierung fördert die geforderte Transparenz hinsichtlich der Leistung, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements eines Krankenhauses. Für die Patienten bedeutet dies eine Entscheidungshilfe, an welches Haus sie sich wenden können⁷⁷. Für den niedergelassenen Arzt bietet diese Transparenz eine fundierte Orientierung für die Einweisung und Weiterbetreuung des Patienten.

Dabei dürfte der Nutzen einer Zertifizierung maßgeblich davon abhängen, in wieweit sie geeignet ist, den ständigen Verbesserungsprozeß der Leistungserbringung im Krankenhaus zugunsten des Patienten nachvollziehbar zu fördern. Die auf die Außendarstellung des Krankenhauses gerichtete Zertifizierung sollte daher von einer Reihe an Selbstbewertungen begleitet werden, die auf den gleichen Verfahren beruhen, jedoch von den krankenhauseigenen Mitarbeitern durchgeführt werden und – durch zeitliche Vergleiche – einen kontinuierlichen Lernprozeß anstoßen sollen.

⁷⁷ Dies entspricht der politischen Forderung, daß Patienten in verständlicher Form Informationen über die Qualität medizinischer und pflegerischer Versorgung erhalten sollen.

Im Rahmen der Bewertungsdebatte stehen die Begriffe der Selbstbewertung, der Zertifizierung, der Akkreditierung sowie des Audits. Innerhalb der Bewertung des Qualitätssicherungssystems bestätigt die Selbstbewertung den IST-Zustand bei Strukturen, Verfahren und Ergebnissen aus Organisationssicht, die Akkreditierung die Aufgabenkompetenzen der Bewertung, das Audit die Ordnungsmäßigkeit von Verfahren und die Zertifizierung die Konformität von Prozessen und Ergebnissen nach Qualitätsstandards. Damit im folgenden eine präzise Begriffsabgrenzung möglich wird, werden zunächst die gebräuchlichen Definitionen vorgestellt:

Selbstbewertung ist das Resultat einer Prüfung durch krankenhauseigenes Personal, das den Erreichungsgrad einer Konformität der Prozesse und Resultate mit anerkannten Standards und Normen für einen bestimmten Zeitpunkt nachvollziehbar (objektiv) darstellt (Vorschlag des Autors).

Zertifizierung ist das Resultat einer Prüfung durch einen unparteiischen Dritten, das die Konformität sowohl des Prozesses (Arbeitsabläufe) als auch der Resultate mit den Kriterien der Güte, mit anerkannten Standards und Normen, für eine bestimmte Zeitperiode bestätigt (BÄK 1997, S. 62).

Akkreditierung bedeutet die formelle Anerkennung der Kompetenz einer Stelle für genau definierte Aufgaben (BÄK 1997, S. 62) . Sie ist das Resultat eines externen Audits zur Bestätigung, daß hinreichende Standards für eine qualitätsorientierte Leistungserbringung vorhanden sind und diese in den Prozessen der Leistungserbringung auch umgesetzt werden.

*Audit, oder das Qualitätsaudit*⁷⁸, ist eine Qualitätsprüfung von Verfahren zur Feststellung, ob die festgelegten Verfahrensprozesse ordnungsgemäß durchgeführt und dokumentiert werden (BÄK 1997, S. 55) . Je nach Personenkreis der Auditoren unterscheidet man interne von externen Audits. Das Audit basiert auf den Grundlagen "Revision der Dokumente", „Fragebogen“, "Gespräche, Konferenzen, Kolloquien" und "allgemeine Bestrebung nach Transparenz".

Auf dem Weg zu einer Zertifizierung müssen im Krankenhaus die hierfür erforderlichen Voraussetzungen geschaffen werden. Es bedarf Managementinstrumente, die geeignet sind, Strukturen, Prozesse und Leistungsergebnisse über Kennzahlen transparent werden zu lassen und es bedarf Managementmethoden zur Erreichung bzw. zum übertreffen der zugrunde gelegten Standards oder Benchmarks. Derartige Instrumente und Methoden werden in sogenannten Qualitätsmodellen zusammengefaßt. Dabei definieren sich Modelle als "Entwurf" oder auch als "Vorbild"⁷⁹. Qualitätsmodelle beantworten die Frage, was gute von schlechter Qualität unterscheidet und nach welchen Kriterien diese Qualität gemessen werden kann. Sie dienen der Orientierung durch SOLL-IST-Vergleich und geben die Richtung auf dem Weg zur Excellence vor. Die Kriterien orientieren sich an Eigenschaften, welche nach dem jeweiligen Qualitätsmodell eine exzellente Organisation auszeichnen.

⁷⁸ Ein vorbildliches Verbundprojekt der Städte München, Hamburg, Bremen beschreiben Hanel/ Thoma (1999)

⁷⁹ In Deutscher Rechtschreib-Duden

Neben dem Managementmodell, daß den Beurteilungsmaßstab einer Zertifizierung fixiert, werden Verfahren benötigt, die den Zeitpunkt, die Methode sowie die durchführende Institution einer Bewertung festlegen. Aus den zahlreichen Verfahren, welche für den Krankenhaussektor entwickelt oder auf diesen zugeschnitten wurden, sollen hier exemplarisch drei bereits bewährte Konzepte vorgestellt werden:

- DIN/EN/ISO Normenkatalog der International Standardisation Organisation
- KTQ-Konzept der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
- EFQM-Modell der European Foundation for Quality Management

Die Maßnahmen der Zertifizierung bauen auf ein implementiertes Qualitätsmanagementsystem auf und dürfen daher nur ergänzenden Charakter für die Qualitätspolitik des Krankenhauses haben. Während das Qualitätsmanagement der innerbetrieblichen und mitarbeiterintegrierenden Weiterentwicklung der Qualität dient, hat die Zertifizierung deren Dokumentation nach außen zum Ziel (Trill 1996, S. 248). Bei Vernachlässigung der innerbetrieblichen Intension besteht die Gefahr einer Selbsttäuschung durch inhaltsleere „Strukturhülsen“ der Qualitätssicherung.

Modelle wie die der EFQM oder der KTQ sind geeignet, Strukturen für die Einführung und Weiterentwicklung von Qualitätsmanagementsystemen zu schaffen. Meßinstrumente wie Akkreditierung, Zertifizierung (z.B. DIN-EN-ISO) oder Audits ermöglichen die Messung von Qualitätsergebnissen, machen aber über die Strukturen, die Qualität beeinflussen, keine Aussage. Aus beiden Konzepten läßt sich somit eine integrative Beziehung aufbauen: Qualitätsmanagementmodelle schaffen ein günstiges Umfeld zum Erzielen einer hohen Qualität. Durch Meßverfahren wird diese gemessen und beurteilt. Mit Hilfe der Qualitätsmanagementmodelle wird wiederum die Verbesserung dieser Ergebnisse geplant (Rose⁸⁰ 2000).

In den kommenden Jahren stehen den deutschen Krankenhäusern eine Zertifizierungswelle ins Haus. Von Seiten der DKG und GKV sind Zertifikate der Stufe A und B geplant, die geeignet sein werden, die Qualität der Krankenhausversorgung flächendeckend vergleichbar darzustellen. Zur Zeit besteht erst der Entwurf eines Kriterienkataloges, doch muß bereits jetzt Skepsis angebracht werden, da die Qualität von außen in das Krankenhaus quasi hineingeprüft werden soll und die flächendeckende Einführung einer Verfahrensauswahl nach der „Besten Praxis“ im Wege steht. Exemplarisch für eine Verfahrensauswahl werden die oben erwähnten Modelle in ihren Grundzügen vorgestellt und im Anschluß einer vergleichenden Bewertung unterzogen.

⁸⁰ Qualitätskoordinator des Kantonsspital St. Gallen (KGGS)

3.4.2 Die DIN EN ISO Normenreihe



In den 80er Jahren wurde eine Festlegung der Forderungen an ein Qualitätsmanagementsystem durch eine Expertengruppe der Internationalen Organisation für Normung (ISO) erarbeitet. Seit seiner Verabschiedung im Jahr 1987 wurde es in bereits über 80 Staaten übernommen⁸¹. Es wird kontinuierlich an neue Anforderungen und Einschätzungen angepaßt⁸².

Die Normen wurden mit dem Akronym ISO gekennzeichnet und erhielten eine Numerierung der 9000er Folge (ISO 9000-9004). Die Übernahme dieser Normen durch die Staaten der im Europäischen Komitee für Normung zusammengeschlossenen nationalen Normungsinstitute wird durch die Abkürzung EN angezeigt. Die Verbindlichkeit dieser Normen in Deutschland wiederum ergibt sich aus der Kennzeichnung DIN. Dementsprechend sind solche Normen mit dem Terminus DIN EN ISO gekennzeichnet.

Die Erfahrungen im Industrie- und Produktionsbereich bei der Einführung von Qualitätssicherungssystemen führten zu den DIN-EN-ISO-Normen 9000-9004. Hierbei geht es um den Versuch, die gesamte Lebensgeschichte eines Produktes von der ersten Funktions- und Konstruktionsidee über Erprobung, Prototypentwicklung, Fertigung, Endkontrolle, Versand und Betrieb bis hin zur Ausmusterung Qualitätssicherungsüberlegungen zu unterwerfen und die wichtigsten Anforderungen für jeden Schritt in einem Qualitätshandbuch („Audit“) zusammenzufassen (Niemann 1995, S. 7).

Die Normen haben auch für den Krankenhaussektor Gültigkeit (siehe Tabelle 15). In der Bundesrepublik wurden bereits mehrere Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere Krankenhäuser, insgesamt oder in Teilbereichen nach dieser DIN-EN-ISO 9001 zertifiziert. Die Zertifizierung bezieht sich primär auf strukturelle und instrumentelle Bereiche des Krankenhauses (Befähiger Kriterien) in Bezug auf das angewandte Qualitätsmanagementsystem. Es wird postuliert, daß ein hinreichendes Qualitätsmanagementsystem auch eine gute Ergebnisqualität mit sich bringt. Somit wird die Güte des Verhaltens, der Kundenaspekte oder der Ergebnisse nicht unmittelbar mit in die Bewertung einbezogen⁸³.

⁸¹ Umfangreiche Informationen sind (auch in PDF-Format) unter der Internetadresse <http://www.iso.ch> abrufbar.

⁸² Die neusten Informationen sind unter der Internetadresse <http://www.iso-9000-2000.com> erhältlich.

⁸³ Man beachte, daß bislang kein direkter Zusammenhang zwischen Struktur- und Ergebnisqualität nachgewiesen werden konnte, so z.B. Langenegger in: FMiG 2000.

Tabelle 15 Übertragung der DIN EN ISO 9001 auf die Krankenhausorganisation

Bausteine Nach DIN EN ISO 9001 ⁸⁴		Übertragung auf das Krankenhaus ⁸⁵	Anwendbarkeit ⁸⁶
4.01	Verantwortung der Leitung	Verantwortlichkeit für Qualitätspolitik, Organisation, QM-Bewertung	erfolgsentscheidend
4.02	Qualitätsmanagementsystem	QM-System, QM-Handbuch, QM-Verfahrenseinweisung, Qualitätsplanung	Selbstzweck Gefahr
4.03	Vetragsprüfung	Prüfungen im Vertragswesen, Steuerungsinstrumente bei Outsourcing	bedingt anwendbar
4.04	Designlenkung	Verfahren zur Feststellung und Änderung einer Leistung, Kompetenzregelung	vermehrt anwendbar
4.05	Lenkung der Dokumente, Daten	Verfahren zur Genehmigung und Herausgabe sowie der Änderung von Dokumenten und Daten	bedingt anwendbar
4.06	Beschaffung	Verfahren in der Beschaffung (Einkauf und Outsourcing)	anwendbar
4.07	Lenkung beigestellter Produkte des Kunden	Umgang mit Patienteneigentum, Eingehen auf Kundenwünsche	bedingt anwendbar
4.08	Kennzeichnung, Rückverfolgbarkeit von Produkten	Prozeßplanung ärztliche und pflegerische Dokumentation	bedingt anwendbar
4.09	Prozeßlenkung	Verfahrensweisungen für Abläufe, welche die Qualität der Leistungserbringung beeinflussen	vermehrt anwendbar ⁸⁷
4.10	Prüfungen	Eingangs- Zwischen- Endprüfung der Leistung; Aufzeichnungen in Diagnose und Therapie	bedingt anzuraten ⁸⁸
4.11	Prüfmittelüberwachung	Prüfmittelüberwachung (Meßmethoden, Meßgeräte und Prüfsoftware)	siehe 10
4.12	Prüfstatus	Patientenakte, Zweitmeinungen, externe Qualitätssicherung	siehe 10
4.13	Lenkung fehlerhafter Produkte	Verfahren bei Fehlern in der Leistungserbringung, Inzident Reporting	bedingt anwendbar
4.14	Korrektur und Vorbeugemaßnahmen	Risk-Management, Risiko-Profile, Zwischenfallanalyse, Arbeitsschutzregelungen	gut anwendbar
4.15	Handhabung, Lagerung, Verpackung, Versand	Verfahren der Einbestellung und Patientenentlassung, Hotelservice	bedingt anwendbar
4.16	Lenkung von Qualitätsaufzeichnungen	Verfahrensweisungen zur Dokumentation und Archivierung von Qualitätsaufzeichnungen	bedingt anwendbar
4.17	Interne Qualitätsaudits	verbindliche, konsensuale Regelungen, Bekanntmachung, Zugänglichkeit	sehr bedingt anwendbar
4.18	Schulung	Freistellung, Schulungsplan, Motivierung, Multiplikatorenausbildung (Schneeballprinzip)	anwendbar
4.19	Wartung	Gerätewartung, fester Wartungszyklus, externer Wartungsdienst	anwendbar
4.20	Statistische Methoden	fachliche Kompetenz, externe Beratung, Software, Methodenauswahl	vermehrt anwendbar

Quelle: Hildebrand (1999) i.V.m. Precht et al. (2000) und eigenen Ergänzungen

Die Darstellung macht deutlich, daß der Kriterienkatalog prinzipiell für den Krankenhausesektor geeignet ist. Die Übertragung auf das Krankenhaus erfordert jedoch einige „Verrenkungen“ in Bezug auf Gewichtung und Interpretation (siehe dunkle Hervorhebungen).

⁸⁴ Nach der DIN EN ISO 9001-1994 Revision.

⁸⁵ In Anlehnung an Precht, Claus et al. (2000), S. 220; es wurden zahlreiche Ergänzungen vorgenommen

⁸⁶ In Anlehnung an Hildebrand (1999) S. 112; helle Hervorhebungen signalisieren eine gute Anwendbarkeit

⁸⁷ hier insbesondere im Rahmen der Prozeßstandardisierung (siehe S. 58)

⁸⁸ diese sollte nur in Form einer Selbstkontrolle Anwendung finden

Die hier dargestellte ursprüngliche Fassung nach DIN EN ISO 9001:1994 geht dabei ausschließlich auf die Erfüllung dieser zwanzig Einzelforderungen ein. Diese erscheinen recht willkürlich und bedürfen in Anwendung auf den Krankenhaussektor einer starken Anpassung und Auslegung. Zudem sorgen 27 Standards der 9000:1994er Reihe für erhebliche Verwirrung bei den Anwendern. Diese Defizite wurden von der neu eingeführten Revision DIN EN ISO 9004:2000 berücksichtigt (ISO 2000). Diese stellt die Prinzipien Prozeßorientierung, Kundenzufriedenheit und der kontinuierlichen Verbesserung in den Vordergrund. Die Einzelforderungen werden in der neuen Revision DIN EN ISO 9001:2000 in folgende Hauptgruppen eingeteilt:

Prozeß- und Kundenorientierung:

Den Rahmen des Qualitätsprozesses bildet der Kunde. Die Zufriedenheit der Leistung kann nur an Hand vordefinierter Kundenforderungen gemessen werden, was das Grundprinzip des QM-Modells ausmacht.

Verantwortung der Leitung (5.):

Die oberste Leistung wird in die Pflicht genommen, alle nach innen und außen gerichteten Qualitätsforderungen zu erfüllen und kontinuierlich für eine Verbesserung zu sorgen.

Management der Mittel (6.):

Berücksichtigung personeller Ressourcen und Mittel für die Informationsweiterleitung, der Bereitstellung und Aufrechterhaltung der Infrastruktur sowie der Arbeitsumgebung.

Produkt Realisierung (7.):

Der gesamte Prozeß der Leistungserbringung wird durch einen Informations- und Kommunikationszyklus entlang des Prozeßgeschehens der Organisation betrachtet.

Messung, Analyse und Verbesserung (8.):

Hierzu gehören die Überwachung der Wirksamkeit des QM-Systems, die Erstellung von Kennzahlen, Auswertungen und Maßnahmen zur Überwachung der Kundenzufriedenheit sowie die Behandlung von Fehlern und Korrekturmaßnahmen.

Der flexiblen Anwendung wird in der neuen Fassung durch eine optionale Ausklammerung wenig relevanter oder anwendbarer Bestandteile Rechnung getragen (Tailoring). Die 27 Standards der 9000er Normenfamilie wurden in vier Grundnormen zusammengefaßt⁸⁹.

- ☰ *DIN EN ISO 9000* Quality management systems - Fundamentals and Vokabulary
- ☰ *DIN EN ISO 9001* Quality management systems - Requirements
- ☰ *DIN EN ISO 9004* Quality management systems - Guidance for Performance
- ☰ *DIN EN ISO 90011* Guidelines on Quality and Environmental Auditing

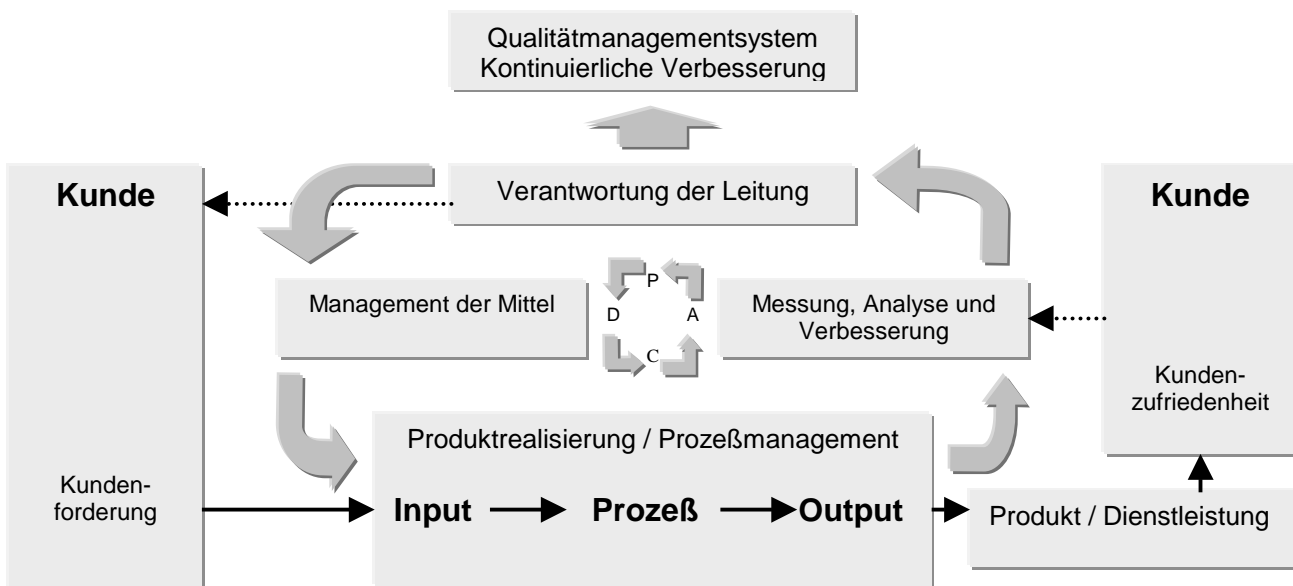
⁸⁹ die Normen 9001 und 9004 bilden ein konsistentes Normenpaar. Sie sind eigenständig, jedoch durch Synergien miteinander verbunden.

Dem Managementmodell der Normen liegen acht sogenannte Management Prinzipien zugrunde:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ❶ Customer focused organization, | ❺ Leadership |
| ❷ Involvement of people | ❻ Process approach |
| ❸ System approach to management | ❼ Continual improvement |
| ❹ Factual approach to decision making | ❽ Mutually beneficial supplier relationship |

Die Prüfkriterien der DIN EN ISO Normenfamilie orientieren sich an einem bestimmten QM-Modell, das die Strukturelemente „Führung“ und „Kunden“ in den Prozeß der Leistungserstellung einbettet und eine Bezugnahme auf den PDCA-Zyklus (siehe *Abbildung 7*) versucht.

Abbildung 23 Das QM-Modell der Norm DIN EN ISO 9001:2000



Nach ISO/CD2 9001:2000

Unbestreitbarer Mangel bleibt auch in der neuen Revision, daß Qualitätsmanagementsysteme nach DIN-EN-ISO sich auf formale Aspekte der Strukturalität stützen. Es kommt bei DIN EN ISO darauf an, den gesamten Prozeßablauf im Managementhandbuch zu dokumentieren. Checklisten und Verfahrensanweisungen für faktisch alle Bereiche stehen dabei gegen erfolgsrelevante Fähigkeiten wie Flexibilität, Kreativität und Entwicklungsdynamik im Sinne eines Lean Management (Stratmeyer 1997, S. 260).

Ein direkter Bezug zu den Ergebnissen der Leistungserbringung, wie sie den Kunden erreichen, kann nicht festgestellt werden. Letztlich liegt es also im Belieben der Betroffenen, in welcher Organisationsstufe ärztliche Leitlinien, Verfahrensregeln der Pflege oder sonstige Anforderungen in eine patientengerechte Versorgung münden. Das ISO-Zertifizierungsverfahren trifft somit keine unmittelbare Aussage zur Qualität der Leistungserbringung des Krankenhauses oder der einzelnen Teilbereiche. Stratmeyer (1997) bemerkt hierzu treffend: „Man kann sich auch die Betonschwimmweste zertifizieren lassen“. Vuori (1982) traf hierzu die Feststellung: „Quality cannot be inspected into a product – it has to be build in“.

3.4.3 Das KTQ-Verfahren



1997 vereinbarte die Bundesärztekammer (BÄK) zusammen mit dem Verband deutscher Angestellten-Krankenkassen / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband VdAK/AEV einen Rahmenvertrag über die Entwicklung eines krankenhausspezifischen Verfahrens zur Beurteilung und Zertifizierung. Als Vorarbeiten haben die Bundesärztekammer einen „Leitfaden zum Qualitätsmanagement im Krankenhaus“ (BÄK 1997) und der VDAK/AEV das „Zertifikat A: Verfahren zur Erstellung von Qualitätssicherungsberichten von Krankenhäusern“ 1996 erstellt und veröffentlicht. Im Juni 1997 beschlossen die Bundesärztekammer und der VDAK/AEV unter Beobachtung internationaler Vorbilder ein Verfahren zur Zertifizierung von Krankenhäusern zu entwickeln. Seit Anfang des Jahres 1999 beteilige sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft an den Arbeiten der KTQ⁹⁰. Im Rahmen der Entwicklungsarbeiten sollen auch die Erkenntnisse aus dem parallel laufenden Demonstrationsprojekt „Qualitätsmanagement im Krankenhaus (Demo pro QM)“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) Berücksichtigung finden.

Um zu einem breit akzeptierten Verfahren zu gelangen, wird die Mitwirkung aller Partner aus dem Gesundheitswesen angestrebt. Der Deutsche Pflegerat⁹¹ und Vertreter eines Zusammenschlusses konfessioneller Krankenhäuser beteiligen sich an den Beratungen der KTQ. Anderen Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung werden zukünftig mitarbeiten.

Vor diesem Hintergrund wurde die „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ (KTQ) initiiert und hierfür eine Geschäftsstelle gegründet. Sie wird für die Auswahl, Schulung, Akkreditierung und Begleitung der Visitoren, die Auswahl der Zertifizierungsstellen, die abschließende Erteilung des Zertifikats auf Empfehlung der Zertifizierungsstellen sowie die Organisation des Umganges mit unvorhersehbaren Ereignissen zuständig sein.

Das KTQ-Verfahren orientiert sich an internationalen Verfahren wie u.a. dem der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (USA), des Canadian Council on Health Services Accreditation (Kanada) sowie des Australian Council on Healthcare Standards (Australien). Aus deren Erfahrungen wurde ein Kriterienkatalog entwickelt, wie er in Tabelle 16 vorgestellt wird:

⁹⁰ Seit September 1999 ist die DKG gleichberechtigter dritter Partner

⁹¹ Spitzenorganisation der Pflegeverbände

Tabelle 16 KTQ Kriterienkatalog Version 3.0 für den Einsatz in der Pilotphase

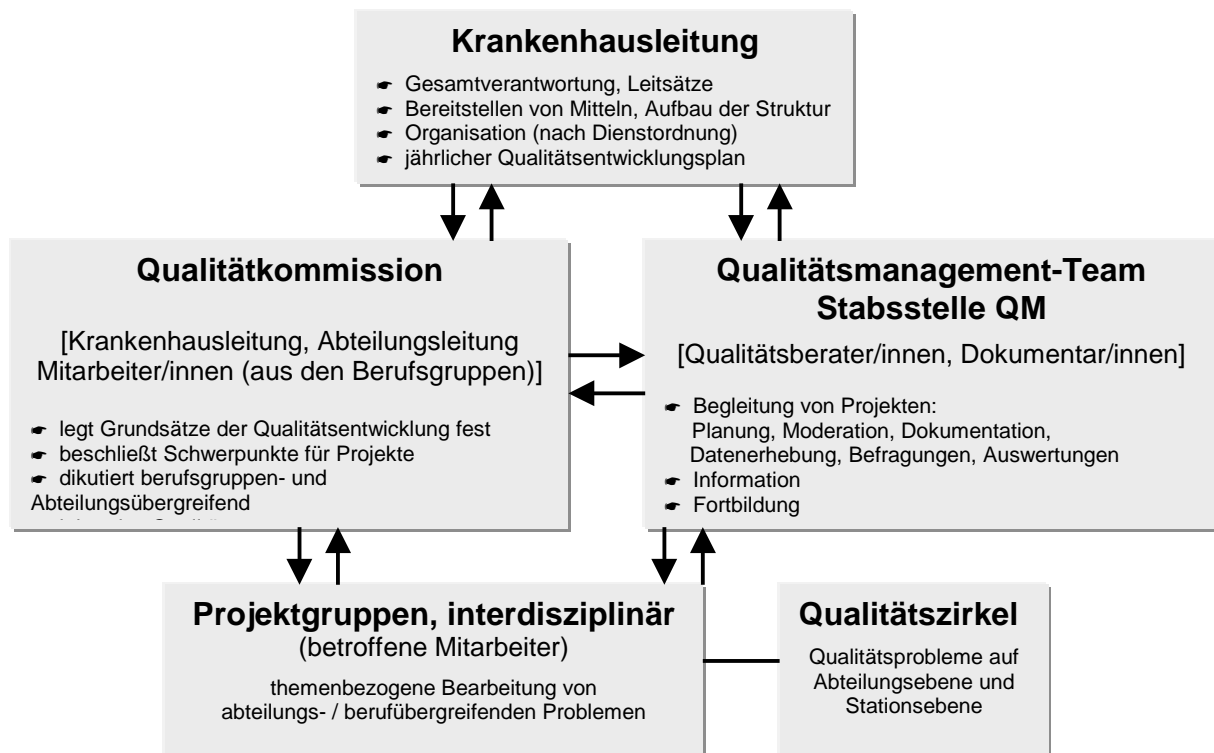
Kategorie	Standard ⁹²	Kriterium
Patientenorientierung in der Krankenhausversorgung	1.1. Aufnahme	1.1.1. Erreichbarkeit des Krankenhauses
		1.1.2. Orientierung im Krankenhaus
		1.1.3. Integration von Patienten während der Aufnahme
		1.1.4. Koordinierung der Patientenaufnahme
	1.2. Ersteinschätzung	1.2.1. Erhebung des Patientenstatus
		1.2.2. Nutzung bisheriger Patienteninformationen
	1.3. Planung der Behandlung	1.3.1. Festlegung des Behandlungsprozesses
		1.3.2. Integration von Patienten in die Behandlungsplanung
	1.4. Durchführung der Behandlung	1.4.1. Kooperation mit allen Beteiligten der Patientversorgung
		1.4.2. Integration von Patienten in die Behandlung
		1.4.3. Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung
		1.4.4. Anwendung von Leitlinien und Pflegestandards
		1.4.5. Durchführung einer evidenz-basierten Medizin
		1.4.6. Koordinierung der Behandlung
	1.5. Entlassung	1.5.1. Bereitstellung kompletter Informationen (Entlassungszeitpunkt)
		1.5.2. Integration des Patienten in die Entlassung
		1.5.3. Sicherung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung
		1.5.4. Koordinierung der Entlassung
1.6. Überprüfung der Patientenorientierung	1.6.1. Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden	
	1.6.2. Nutzung von Patientenbefragungen	
Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	2.1. Planung des Personals	2.1.1. Planung des Personalbedarfes
		2.1.2. Personalentwicklung
	2.2. Sicherstellung der Qualifikation	2.2.1. Festlegung der Qualifikation
		2.2.2. Einarbeitung von Mitarbeitern
		2.2.3. Planung der Fort- und Weiterbildung
		2.2.4. Finanzierung der Fort- und Weiterbildung
		2.2.5. Durchführung von Vorbildungsmaßnahmen
		2.2.6. Verfügbarkeit von Fortbildungsmedien
	2.2.7. Sicherstellung des Lernerfolges in angeglied. Ausbildungsstätten	
	2.3. Sicherstellung der Integration der MA	2.3.1. Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstils
2.3.2. Einbeziehung von Mitarbeitern in strategische Planungen		
2.3.3. Einhaltung geplanter Dienstzeiten		
2.3.4. Umgang mit Mitarbeiterideen, -wünschen und -beschwerden		
2.3.5. Nutzung von Mitarbeiterbefragungen		
Sicherheit im Krankenhaus	3.1. Gewährleistung sicherer Umgebung	3.1.1. Verfahren zum Arbeitsschutz
		3.1.2. Verfahren zum Brandschutz
		3.1.3. Verfahren / Regelung bei Notfallsituationen, Katastrophenschutz
	3.2. Hygiene	3.2.1. Organisation der Hygiene
		3.2.2. Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten
		3.2.3. Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen
		3.2.4. Einhaltung von Hygienerichtlinien
		3.3.1. Verfahren zur Bereitstellung v. Arzneimitteln / Medizinprodukten
3.3.2. Regelung des Umweltschutzes		
Informationswesen	4.1. Umgang mit Patientendaten	4.1.1. Richtlinien zur Führung und Dokumentation von Patientendaten
		4.1.2. Dokumentation von Patientendaten
		4.1.3. Verfügbarkeit von Patientendaten
	4.2. Informationsweiterleitung	4.2.1. Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen
		4.2.2. Informationsweitergabe an zentrale Auskunftstellen
		4.2.3. Information der Öffentlichkeit
		4.2.4. Berücksichtigung des Datenschutzes
4.3. Nutzung der Informationstechnologie	4.3.1. Aufbau einer Informationstechnologie	
	4.3.2. Nutzung der Informationstechnologie	
Krankenhausführung	5.1. Entwicklung eines Leitbildes	5.1.1. Entwicklung eines Leitbildes
	5.2. Zielplanung	5.2.1. Entwicklung einer Zielplanung
		5.2.2. Festlegung einer Organisationsstruktur
		5.2.3. Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes
	5.3. Effektive und Effiziente KH-Führung	5.3.1. Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise in Leitungsgremien
		5.3.2. Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise in Kommissionen
		5.3.3. Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise in der KH-Führung
		5.3.4. Information der Krankenhausführung
		5.3.5. Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen
	5.4. Erfüllung Ethischer Aufgaben	5.4.1. Schutz von Patientenbedürfnissen
5.4.2. Berücksichtigung ethischer Problemstellung		
Qualitätsmanagement	6.1. Umfassendes Qualitätsmanagement	6.1.1. Einbindung aller Krankenhausbereiche in das QM
		6.1.2. Verfahren z. Entwicklung, Vermittlung, Evaluation von Q.-Zielen
	6.2. Qualitätsmanagementsystem	6.2.1. Organisation des Qualitätsmanagements
		6.2.2. Durchführung interner qualitätssichernder Maßnahmen
		6.2.3. Entwicklung von Leitlinien und Pflegestandards
	6.3. Sammlung, Analyse d. Qualitätsdaten	6.3.1. Sammlung qualitätsrelevanter Daten
6.3.2. Analyse und Nutzung qualitätsrelevanter Daten		

Quelle: VDAK/BÄK/DKG (1999), S. 83 ff

⁹² der Begriffsgebrauch der KTQ entspricht hier nicht der wissenschaftlichen Definition nach Kapitel 3.1.2

Der Bewertungskatalog wurde neben der KTQ als projektsteuernde Gruppe durch zwei Arbeitsgruppen "Krankenhausdirektorium" und "Patientenbefragung" zusammen mit fachspezifischen Arbeitskreisen Chirurgie, Gynäkologie, Urologie, Orthopädie, Anästhesie, Intensivmedizin, Innere Medizin sowie Pflege unter Berücksichtigung von Ergebnissen der Externen Qualitätssicherung erarbeitet. Die Bearbeitung wird durch die Zuordnungsmatrix (VDAK/BÄK/DKG 2000, S. 25) den Bereichen „Fachabteilung“, „Verwaltung“, „KH-Leitung“ und „zusätzliche Bereiche“ zugeordnet. Im Mittelpunkt der Kriterien stehen vordergründig die Patientenorientierung sowie die Mitarbeiterorientierung (siehe Tabelle 16). Das Management-Modell (siehe Abbildung 24) gibt Hinweise auf die institutionelle Einbettung eines Qualitätsmanagements nach KTQ in die Krankenhausorganisation (BÄK 1997, S. 75).

Abbildung 24 Qualitätsmanagement-Modell nach KTQ-Methodik



Wie die Darstellung deutlich macht, ist sowohl eine sektorale Betrachtung durch die Qualitätszirkel der Abteilungen als auch eine funktionale Querschnittsbetrachtung durch die interdisziplinären Projektgruppen vorgesehen. Die Parallelität von Qualitätskommission und Projektgruppen läßt auf die gleichzeitige Bearbeitung mehrerer Querschnittsthemen schließen. Hierbei sollte berücksichtigt werden, daß in kleinen Krankenhäusern der Grundversorgung eine Überforderung, und somit eine Ermüdung der Organisation zu befürchten ist. Durch eine geeignete berufsgruppenübergreifende Besetzung könnte in Krankenhäusern dieser Kategorie über eine Zusammenlegung der Projektgruppe und der Qualitätskommission nachgedacht werden.

Ausgehend von dem Ansatz eines internen Qualitätsmanagements wird der Zertifizierung eine strukturelle Selbstbewertung des Krankenhauses vorangestellt, die bei der Suche nach Schwachstellen und deren Beseitigung helfen soll (VDAK/BÄK/DKG 1999, S.22). Grundlage dieser Selbstbewertung ist der Selbstbewertungskatalog (Strukturerhebung und Kriterienprüfung). Eine Selbstbewertung ist dabei nicht an eine nachfolgende Zertifizierung gebunden. Wenn sich das Krankenhaus jedoch zu einer Teilnahme an der Zertifizierung entschließt, werden die Ergebnisse der Selbstbewertung an die Visitoren weitergeleitet und zur Vorbereitung der Begehung verwendet. Die Teilnahme am geplanten Zertifizierungsverfahren ist für die Krankenhäuser freiwillig⁹³. Entschließt sich ein Krankenhaus zur Zertifizierung wird allerdings erwartet, daß alle Bereiche des Krankenhauses sich an dem Verfahren beteiligen, d.h. es ist keine Zertifizierung von Teilbereichen vorgesehen. Neben internen Bewertungsdaten werden auch externe Leistungsvergleiche (Benchmarking) sowie Kriterien, Standards und Indikatoren aus den Verfahren der externen Qualitätssicherung in der Bewertung berücksichtigt (ganzheitlicher Ansatz). Durch einen standardisierten Zertifizierungsbericht wird dem Krankenhaus die Möglichkeit einer validen Außendarstellung gegeben. Die Gültigkeitsdauer des Zertifikates beträgt 3 Jahre.

Nach einem ersten Pre-Test im Sommer 1999 wurde das Verfahren von ca. 25 Krankenhäusern in einer ca. einjährigen Pilotphase auf seinen Routinebetrieb hin geprüft⁹⁴. Auf die Ausschreibung zur Teilnahme hatten sich mehr als 300 Krankenhäuser beworben; nahezu 400 Krankenhausmitarbeiter waren an einer Schulung zum KTQ-Visitor für die Pilotphase interessiert⁹⁵ (VDAK/BÄK/DKG 1999). Das Zertifizierungsverfahren soll im Praxistest bis zum 31.08.2001 geprüft werden. Nach einer Auswertung der Pilotphase wird über die Überführung des Zertifizierungsverfahren in den Routinebetrieb entschieden werden.

Das KTQ-Verfahren ist ein sehr junges Konzept, zu dessen flächendeckender Anwendbarkeit noch viel Klärungsbedarf besteht. Wegen seiner spezifischen Ausrichtung auf das Krankenhauswesen, der umfassenden Konzeption sowie der Teilnahme zentraler Akteure des Krankenhauswesens, ist mit einer zunehmende Bedeutung des Verfahrens in der Zukunft zu rechnen. In der Krankenhauspraxis bleibt jedoch die Frage nach der Akzeptanz, Praktikabilität sowie dem Umfang einer KTQ-Einführung noch weitgehend offen.

⁹³ in Anbetracht der Planung einer flächendeckenden Einführung ist dies in Zukunft nicht gewährleistet

⁹⁴ wissenschaftlich begleitet durch das Institut für medizinische Informationsverarbeitung (IMI) in Tübingen sowie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

⁹⁵ Dies darf als Indikator für einen starken Bedeutungszuwachs der Zertifizierung im Krankenhauswesen innerhalb der letzten Jahre gewertet werden.

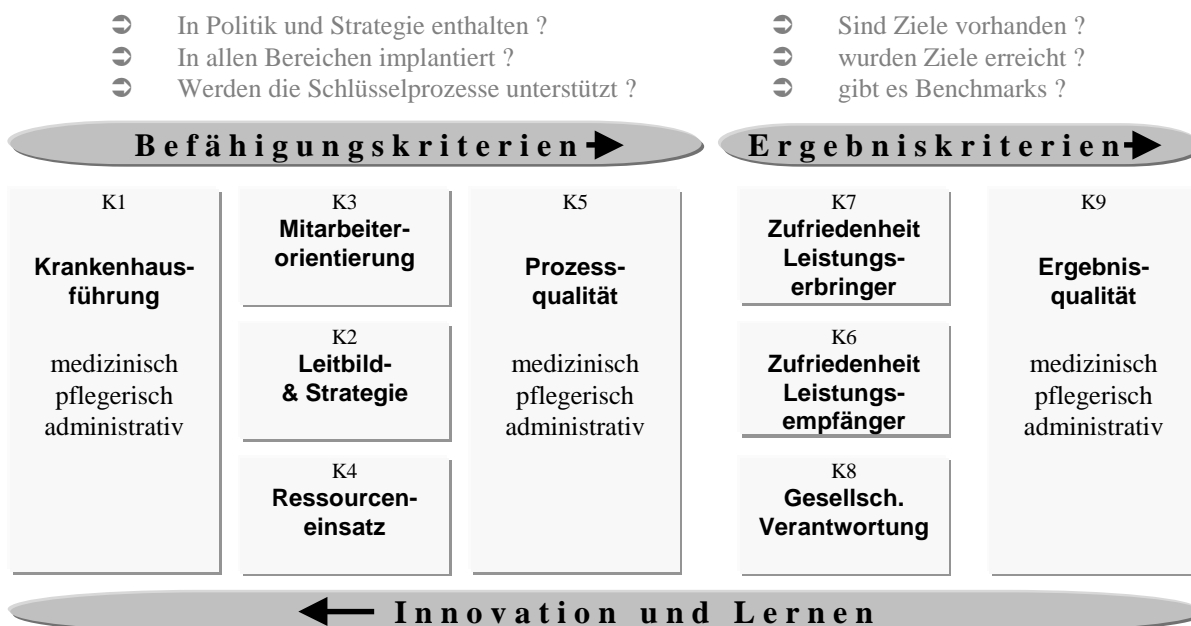
3.4.4 Das EFQM-Modell



Die European Foundation for Quality Management (E.F.Q.M.) ist eine gemeinnützige Organisation auf Mitgliederbasis, welche 1988 von vierzehn europäischen Unternehmen gegründet wurde⁹⁶. Sie versteht es als ihre Mission, die treibende Kraft für nachhaltige Excellence in Europa zu sein und sieht als Vision eine Welt, in der europäische Organisationen eine überragende Stellung einnehmen. Als Eigentümer des EFQM-Modells für Excellence (EFQM-Modell) organisiert die EFQM den Europäischen Qualitätspreis (European Quality Award EQA). Bis Januar 2000 sind über 800 Organisationen aus den meisten Europäischen Ländern und den meisten Tätigkeitsbereichen Mitglieder geworden. Durch deren Beteiligung an der Modellentwicklung wird sichergestellt, daß das Modell (siehe Abbildung 25) dem aktuellen Managementwissen entspricht und einen dynamischen Charakter behält.

Die Pfeile (Abbildung 25) betonen die wirkungsbezogene Dynamik des Modells. Sie zeigen, daß transparente Ergebnisse Defizite erkennbar machen, und daß diese Erkenntnis Lernprozesse in Gang setzt, wodurch Innovation und Lernen die Befähiger verbessern. Dies wiederum führt zu verbesserten Ergebnissen. Das Modell zeigt hierdurch eine Anlehnung an den P-D-C-A Zyklus nach Deming (siehe Abbildung 7).

Abbildung 25 Das EFQM-Modell für Excellence



Quelle: EFQM (1999), ergänzt durch Kriterienhinterfragung nach Gebhardt⁹⁷ (2000)

⁹⁶ Der Ansprechpartner der EFQM für das deutsche Gesundheitswesen ist die Arbeitsgruppe "EFQM im Gesundheitswesen": Deutsche EFQM-Gruppe Gesundheitswesen, Prof. D. Med. Dr. h.c. H.G. Sonntag, Hygiene-Institut des Klinikums der Universität Heidelberg.

⁹⁷ Qualitätsbeauftragter der Sulzer Management AG, Wintertur.

Das Excellence-Modell der EFQM besteht aus neun Kriterien. Fünf davon sind "Befähiger"-Kriterien. Sie behandeln, was eine Organisation tut. Vier davon sind "Ergebnis"-Kriterien. Sie behandeln, welche Leistungen die Organisation erzielt. Dabei sind die "Ergebnisse" auf die "Befähiger" zurückzuführen (Wagner/Meier 1999, S. 27).

Tabelle 17 Der EFQM-Kriterienkatalog „öffentlicher Dienst und soziale Einrichtungen“

EQA-Kriterium		Teilkriterien		Max. 1000
Befähiger				500
1	Führung(sverhalten) <i>Bin ich ein guter Vorgesetzter?</i>	1a	Führungskräfte erarbeiten die Visionen, die Mission und die Werte und agieren als Vorbilder für eine Kultur der Excellence.	100
		1b	Führungskräfte sorgen durch persönliches Mitwirken für die Entwicklung, Überwachung, und Verbesserung des MS der Org.	
		1c	Führungskräfte bemühen sich um Kunden, Partner, Vertreter und Gesellschaft.	
		1d	Führungskräfte motivieren und unterstützen die Mitarbeiter der Organisation und erkennen ihre Leistungen an.	
2	Politik und Strategie <i>Wohin entwickeln sich die Dinge?</i>	2a	Politik und Strategie beruhen auf den gegenwärtigen.	80
		2b	Politik und Strategie beruhen auf Informationen aus Leistungsmessung, Marktforschung sowie Lernen / Kreativität.	
		2c	Politik und Strategie werden entwickelt, überprüft und aktualisiert.	
		2d	Politik und Strategie werden durch ein Netzwerk von Schlüsselprozessen umgesetzt.	
		2e	Politik und Strategie werden kommuniziert und eingeführt.	
3	Mitarbeiterorientierung <i>Wohin entwickeln sich die Dinge?</i>	3a	Mitarbeiterressourcen werden geplant, gemanagt und verbessert.	90
		3b	Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeiter werden ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten.	
		3c	Mitarbeiter werden beteiligt / zu selbständigem Handeln ermächtigt	
		3d	Die Mitarbeiter und die Organisation führen einen Dialog.	
		3e	Mitarbeiter werden belohnt, anerkannt und betreut.	
4	Ressourcen(einsatz) <i>Ist verfügbar, was wir brauchen?</i> <i>Machen wir davon zielführend Gebrauch?</i>	4a	Externe Partnerschaften werden gemanagt.	90
		4b	Finanzen werden gemanagt.	
		4c	Gebäude, Einrichtungen und Material werden gemanagt	
		4d	Technologie wird gemanagt.	
		4e	Informationen und Wissen wird gemanagt.	
5	Prozesse <i>Wie erfüllen wir unsere Aufgaben?</i>	5a	Prozesse werden systematisch gestaltet und gemanagt.	140
		5b	Prozesse werden verbessert, wobei Innovation genutzt wird, um Wertschöpfung für Kunden / Interessengruppen zu steigern.	
		5c	Produkte und Dienstleistungen werden aufgrund der Bedürfnisse und Erwartungen der Kunden entworfen und entwickelt.	
		5d	Produkte und Dienstleistungen werden hergestellt, geliefert und betreut.	
		5e	Kundenbeziehungen werden gepflegt und vertieft.	
Ergebnisse				500
6	Kundenzufriedenheit <i>Sind unsere Kunden (mehr als) zufrieden?</i>	6a	Meßergebnisse aus Kundensicht.	200
		6b	Leistungsindikatoren.	
7	Mitarbeiterzufriedenheit <i>Arbeiten die Mitarbeiter hier gern?</i>	7a	Meßergebnisse aus Mitarbeitersicht.	90
		7b	Leistungsindikatoren.	
8	Gesellschaftliche Verantwortung <i>Wie wirken wir auf die Umwelt?</i>	8a	Meßergebnisse aus Sicht der Gesellschaft.	60
		8b	Leistungsindikatoren.	
9	Geschäftsergebnisse <i>Erreichen wir so viel, wie wir können?</i>	9a	Ergebnisse der Schlüsselleistungen.	150
		9b	Schlüsselleistungsindikatoren.	

Quelle: EFQM (2000), vereinfachte Darstellung, mit Anmerkungen (kursiv) aus Hildebrand/Gerhardt (1998)

Das Konzept stellt hiermit eine Weiterentwicklung der Trias nach Donabedian dar, welche die Gesamtqualität in die drei Teile Strukturqualität (Kriterium 1-4), Prozeßqualität (Kriterium 5) und Ergebnisqualität (Kriterium 6-9) untergliedert. Die neun Hauptkriterien werden durch eine Definition charakterisiert, welche die Kriteriumsbedeutung näher beschreibt (siehe Kapitel 4.3 und 4.4). Dabei liegen den Kriterien folgende „Grundkonzepte“⁹⁸ zu grunde:

- *Ergebnisorientierung* ausgewogenes Verhältnis relevanter Interessen
- *Kundenorientierung* Über Qualität entscheidet schlußendlich der Kunde
- *Führung und Zielkonsequenz* Schaffung eines qualitätsorientierten Umfeldes
- *Prozeßmanagement* Verstehen und Managen verknüpfter Aktivitäten
- *Mitarbeiterbeteiligung* Kultur des Vertrauens, Delegation und Beteiligung
- *Lernende Organisation* Innovation durch Austausch und Management von Wissen
- *Partnerschaften* Synergieeffekt durch Vertrauen, Integration, Wissenstransfer
- *Öffentliche Verantwortung* ethisches korrektes Vorgehen, Übertreffen von Erwartungen

Im Rahmen von EFQM gilt die Prämisse: Exzellente Ergebnisse im Hinblick auf Leistung, Kunden, Mitarbeiter und Gesellschaft werden durch eine Führung erzielt, welche Politik und Strategie, Mitarbeiter, Partnerschaften und Ressourcen sowie Prozesse auf ein hohes Niveau vorantreibt (EFQM 2000, S. 8). Dabei existieren viele Vorgehensweisen, um nachhaltige Excellence in allen Leistungsaspekten der Unternehmen zu erreichen. Die offen gehaltene Struktur des EFQM-Modells trägt dieser Tatsache Rechnung.

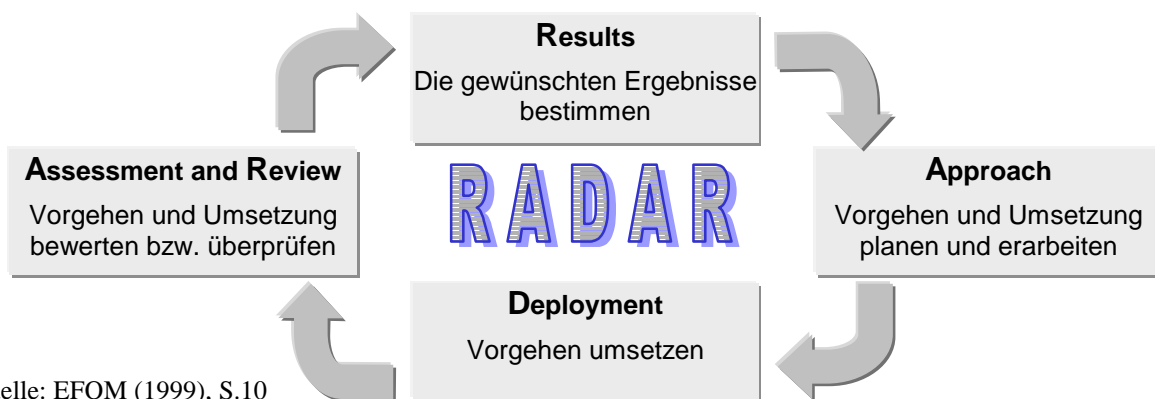
Bei den verschiedenen Alternativen, die von der EFQM für die Selbstbewertung in Krankenhäusern empfohlen werden, entscheiden sich viele Anwender für eine Simulation der Bewerbung um den Europäischen Qualitätspreis (EQA). Neben dieser systematischen Bewertungsmethode haben sich auch einfachere Bewertungsverfahren bewährt, die durch die Verwendung von Fragebögen, Matrixdiagrammen oder durch Anwendung der Workshopmethode einen überschaubaren Arbeitsaufwand verursachen (Swertz/Möller 1999). In Verbindung mit einer verbindlichen Bewertungsmethodik eignet sich eine Bewertung nach EFQM für Benchmarking oder einer Bewerbung um den Europäischen Qualitätspreis EQA.

Das EFQM-Konzept gilt für das gesamte Krankenhaus und beruht auf der Annahme, daß die Selbstbewertung im Laufe der Zeit in sämtlichen Abteilungen durchgeführt wird. Im Gegensatz zu KTQ können Projekte aber auch in einzelnen Bereichen gestartet werden. Insgesamt kann festgestellt werden, daß die bisherigen Erfahrungen mit dem EFQM-Modell besonders rasch zu nachweislichen Qualitätssteigerungen in Krankenhäusern geführt haben (Swertz/Möller 1999).

⁹⁸ Die Reihenfolge ist hier nicht von Bedeutung,

Der durch das EFQM-Modell angeregte kontinuierliche Verbesserungsprozeß auf dem Wege zur Excellence wird durch das RADAR-Konzept konkretisiert. Dieses Konzept besteht aus vier Elementen: den Ergebnissen (Results), dem Vorgehen (Approach), der Umsetzung (Deployment) sowie der Bewertung und Überprüfung (Assessment and Review). Bei einer Anwendung, zum Beispiel im Rahmen einer Selbstbewertung einer Organisation, sollten die Elemente „Vorgehen“, „Umsetzung“, „Bewertung“ und „Überprüfung“ für jedes Befähiger-Teilkriterium und das Element „Ergebnisse“ für jedes Ergebnis-Teilkriterium behandelt werden (siehe Abbildung 26):

Abbildung 26 Die RADAR-Logik der Selbstbewertung nach EFQM



Quelle: EFQM (1999), S.10

Die Beurteilungsmethode des RADAR-Konzeptes richtet sich nach der Punktebewertung für den Europäischen Qualitätspreis. Der erste Schritt der Bewertung besteht darin, mit Hilfe einer Matrix (EFQM 1999, S. 35-36) jedem Teilkriterium eine prozentuale Bewertung entlang den RADAR-Elementen zuzuordnen (Angabe in %). Anschließend werden die Zwischenergebnisse in einem Formblatt „Zusammenfassung der Bewertung“ (EFQM 1999, S. 38) zusammengestellt und dort nach Tabelle 18 gewichtet, um eine Punktzahl auf der Skala von 0-1000 Punkten zu erhalten.

Tabelle 18 Kriteriengewichtung nach der Formvorlage „Zusammenfassung der Bewertung“

Hauptkriterium	Nr.	Gewichtung	Nr.	Gewichtung	Nr.	Gewichtung	Nr.	Gewichtung	Nr.	Gewichtung
	1	x1,0	2	x0,8	3	x0,9	4	x0,9	5	x1,4
Teilkriterien	1a	,25	2a	,20	3a	,20	4a	,20	5a	,20
	1b	,25	2b	,20	3b	,20	4b	,20	5b	,20
	1c	,25	2c	,20	3c	,20	4c	,20	5c	,20
	1d	,25	2d	,20	3d	,20	4d	,20	5d	,20
				2e	,20	3e	,20	4e	,20	5e
Hauptkriterium	6	x2,0	7	x0,9	8	x0,6	9	x1,5		
Teilkriterien	6a	,75	7a	,75	8a	,25	9a	,50		
	6b	,25	7b	,25	8b	,75	9b	,50		

Quelle: Formblatt „Zusammenfassung der Bewertung“ in EFQM (1999), S. 38

Die RADAR Gewichtungen wurden bereits 1991 als Ergebnis einer europaweiten Abstimmung unter breiter Beteiligung festgelegt. Sie sind auf breiter Front akzeptiert und werden regelmäßig von der EFQM überprüft⁹⁹. Durch diese einheitliche Bewertungsgrundlage ist die Vergleichbarkeit unter den Anwenderorganisationen für Benchmarkingverfahren gegeben.

Die Wegweiser-Karte (siehe Tabelle 19) ist ein Werkzeug für eine Selbstbewertung einer Krankenhausorganisation und dient als Hilfe für die Erstellung von Verbesserungsplänen, d.h. deren Inhalte, Vorgehensweisen und Rangfolgen. Die Karte besteht aus einer Reihe von Fragen, die im wesentlichen die RADAR-Logik wiedergeben und im Laufe einer Selbstbewertung schnell beantwortet werden können. Die Antworten bilden so die Leitlinie, welche Schritte auf dem Weg zur Excellence in einem Krankenhaus zu berücksichtigen sind. Sie unterstützt damit die Fokussierung von Aktivitäten auf das wesentliche.

Tabelle 19 Struktur der Wegweiser-Karte des EFQM-Modells

Ergebnisse	
Werden für die <u>Ergebnisse</u> ...	<input checked="" type="checkbox"/> Ziele definiert ? Die Ziele erreicht ? positive Trends erkannt ? <input checked="" type="checkbox"/> alle Relevante Faktoren gemessen ? alle Interessen berücksichtigt ? <input checked="" type="checkbox"/> vergleiche angestellt ? gute Vergleichsresultate erzielt ? <input checked="" type="checkbox"/> ...
Befähiger	
Ist das <u>Vorgehen</u> ...	<input checked="" type="checkbox"/> fundiert, meßbar, verknüpft ? <input checked="" type="checkbox"/> auf die Interessengruppen zugeschnitten ? <input checked="" type="checkbox"/> innovativ, flexibel, nachhaltig ? <input checked="" type="checkbox"/> ...
Ist die <u>Umsetzung</u> ...	<input checked="" type="checkbox"/> umfassend in allen relevanten Bereichen ? <input checked="" type="checkbox"/> an einen geplanten Nutzen ausgerichtet ? Systematisch ? <input checked="" type="checkbox"/> Verständlich und wird diese akzeptiert ? <input checked="" type="checkbox"/> ...
Ist die <u>Bewertung</u> ...	<input checked="" type="checkbox"/> regelmäßig und effektiv ? <input checked="" type="checkbox"/> geeignet um Lernprozesse anzuregen ? Grundlage für Verbesserung ? <input checked="" type="checkbox"/> Grundlage für Benchmarking ? <input checked="" type="checkbox"/> ...

Quelle: EFQM (1999), S. 33 (vereinfachte Darstellung)

Jedes Qualitätssicherungsmodell lebt auch von seiner Kritik, denn nur durch eine rege konstruktive Anwenderkritik kann veränderten Rahmenbedingungen oder erweiterten Anwendungsbereichen Rechnung getragen werden. So werden von EFQM-Anwendern die Überschneidungen (overlaps) zwischen den Kriterien angesprochen. Die relativ aufwendige Verfahrensweise der Punktebewertung stellt einen weiteren Kritikpunkt dar. Kritisch für Einsteiger stellt sich die Kosten-Nutzen-Relation dar, was jedoch nur für eine kurzfristige Betrachtung als plausibel erachtet werden kann.

⁹⁹ Eine Umfrage des Bundesministeriums für Gesundheit 1998 (BMG 1998) bei der 44 Krankenhäuser über deren Gewichtungen der EFQM-Kriterien befragt wurden (Die Antwortrate betrug 40%, unter denen kleinere Krankenhäuser sehr unterrepräsentiert waren) ergab eine große Übereinstimmung.

In der durch die European Foundation for Quality Management (EFQM) gebildeten europäischen Netzwerkplattform ist das Gesundheitswesen eine rasch wachsende Säule. In Deutschland sind aktuell vier Krankenhäuser / Krankenhausgruppen Vollmitglieder der EFQM¹⁰⁰. Schätzungen der aktuell laufenden bzw. in Vorbereitung befindlichen Selbstbewertungen mit EFQM in deutschen Krankenhäusern schwanken je nach Quelle stark, liegen jedoch definitiv weit über 100. Damit hat dieses Modell und seine korrespondierende Methodik bereits jetzt die mit weitem Abstand größte Verbreitung aller im deutschen Krankensektor angewandten QM-Modelle und Methoden gefunden.

3.4.5 Health Promoting Hospitals HPH

Das HPH-Konzept (Health Promoting Hospitals) stellt eine offene Entwicklungsvision für Krankenhäuser dar, die mit unterschiedlichen Reformbedürfnissen verbunden werden kann. Die Grundlage für die Visionen bilden dabei die Strategiepapiere der WHO zur Gesundheitsförderung. Diese sind die Ottawa-Charta 1986 & Jarkarta-Deklaration 1997, die Konkretisierung für Krankenhäuser in der Budapest-Deklaration 1991, die Wiener Empfehlungen zu gesundheitsfördernden Krankenhäusern 1997 sowie die während der Gründungsversammlung des DNGfK in Prien verabschiedete Chiemsee-Erklärung 1996 (Schmidt/Brandt 1999, S.48-49).

Die Erweiterung des EFQM-Modells durch das HPH-Konzept wurde auf der 7. Internationalen Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser in Swansea/Wales (April 99) vorgeschlagen. Die Fusion beider Modelle gründet sich auf die Übereinstimmung in den wesentlichen Modellprämissen (Schmidt/Brandt 1999, S. 50):

- Selbstbewertung steht im Vordergrund
- Orientierung auf Ergebnisqualität
- offene Struktur, Anschlußfähigkeit an laufende Projekte
- Innovation, Lernende Organisation, Ergebnisqualität
- Adaptivität, Benchmarking, KH-Vergleich
- Europäische Dimension und konzeptionelle Aufbereitung

Definition eines HPH: "Ein gesundheitsförderndes Krankenhaus leistet nicht nur eine qualitativ hochwertige umfassende medizinische und pflegerische Versorgung, sondern schafft auch eine die Ziele der Gesundheitsförderung verinnerlichende organisatorische Identität, baut eine gesundheitsfördernde Organisationsstruktur und -kultur auf, wozu auch die aktive, partizipatorische Rolle von Patienten und allen Mitarbeitern gehört, entwickelt sich zu einem gesundheitsförderlichen natürlichen Umfeld und arbeitet aktiv mit der Bevölkerung eines Einzugsgebietes zusammen" (WHO 1998).

¹⁰⁰ branchenübergreifend Europaweit ca. 700 Mitglieder (Stand: Juni 2000)

Tabelle 20 Qualitätsziele der Health Promoting Hospitals (HPH)

Allgemeine Qualitätsziele Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (Strukturvorschlag)	
I.	Höchstmöglicher Gesundheitsgewinn für Patienten bezüglich
A.	klinischem Ergebnis
B.	gesundheitsbezogener Lebensqualität
C.	Individual Empowerment
D.	Patientenzufriedenheit
II.	Patientenorientierung
A.	Menschenwürde und menschenwürdige Zuwendung
B.	holistisches Behandlungskonzept
C.	Beachtung der Patientenperspektive
D.	Patientenrechte, Patientenschutz
III.	Mitarbeiterorientierung
A.	Information
B.	Befähigung und Ermächtigung (peoples empowerment)
C.	Kommunikation, Kooperation
D.	Gesundheitsfürsorge, Gesundheitsgewinn für Mitarbeiter
IV.	Partnerschaften und Gemeindeorientierung
A.	Partnerschaften für Gesundheit
B.	Community Empowerment
C.	Anwalt für eine gesunde Region, Gesundheitsgewinn für die Bevölkerung
D.	Umweltfreundliches Krankenhaus
V.	Wirtschaftlichkeit
A.	Effiziente und kosteneffektive Nutzung der Ressourcen
B.	Angemessenheit und Nützlichkeit
C.	Optimierung der Verzahnung ambulant/stationär
D.	finanzielle Ergebnisse

Quelle: Schmidt/Brandt 1999, S.49 Abb. 1

Die Verbindung von Kriterien der HPH's (siehe Tabelle 20) mit den neun EFQM-Kriterien (siehe Tabelle 17) kann durch folgende Matrixverknüpfung praktiziert werden:

Abbildung 27 Kriterienmatrix aus den Modellen der HPH und der EFQM

HPH und EFQM-Kriterien (improved EFQM-Model 1999)										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
EFQM-Kriterien		Führung	Politik & Strategie	Mitarbeiter	Partnerschaft & Ressourcen	Prozesse	Kunden-Ergebnisse	Mitarbeiter Ergebnisse	Gesellschafts Ergebnisse	Leistungs-Ergebnisse
Subkriterien		abcd	abcde	abcde	abcde	abcde	ab	ab	ab	ab
HPH Qualitätsziele		➔								
I.	Gesundheitsgewinn A B C D									
II.	Patientenorientierung A B C D									
III.	Mitarbeiterorientierung A B C D									
IV.	Partner / Gemeindeorient. A B C D									
V.	Wirtschaftlichkeit A B C D									

Quelle: Schmidt/Brandt (1999), S. 49 Abb. 2

Es bleibt dabei den anwendenden Krankenhäusern überlassen, ob derartige Verknüpfungsansätze dem Prinzip eines umfassenden Qualitätsmanagements besser gerecht werden, oder ob sie durch ihren hohen Grad an Komplexität einer flexiblen, maßgeschneiderten EFQM-Anwendung im Wege stehen, was insbesondere bei Krankenhäusern der Grundversorgung zu erwarten ist.

3.4.6 Diskussion

Was zählt im Krankenhaus letztlich als Qualität? - Dessen Ergebnisse, und zwar im mehrjährigen Vergleich, verglichen mit denjenigen anderer Krankenhäuser und mit der eigenen Planung. Gute Ergebnisse sind die Folgen eines engagierten Einsatzes vieler Mitarbeiter, vor allem der Ärzte und Pflegekräfte, die gerne im Haus arbeiten und dies auf Befragen deutlich äußern (Hildebrand/Gerhardt 1998, S. 450). Der Bürger im Einzugsbereich erwartet von seinem Krankenhaus, wenn er dessen Dienste einmal beanspruchen muß, Gesamtqualität. Diese wird weniger an Mindestanforderungen („Standards“) als an Höchstleistungen („Best Practice“) festgemacht (Hildebrand/Gerhardt 1998, S. 450). Dies verdeutlicht das Gleichnis von einem Fußballspiel, bei dem eine Mannschaft sowohl durch eine defensive¹⁰¹ als auch durch eine offensive¹⁰² Strategie zum Erfolg gelangen kann. Die Chance auf einen hohen Gewinn wird jedoch tendenziell mehr von der Offensivstrategie getragen (Harr 2000).

Im globalen Wettbewerb reicht das Einhalten von Standards schon lange nicht mehr aus. Denn Standards sind „wie russische Lastwagen“¹⁰³ (früher). Vielmehr ist das ständige Übertreffen des erreichten Standards nach der Besten Praxis geboten. Das Ziel für den Erfolg im Wettbewerb pflegt man heute als Business Excellence zu bezeichnen. Der Maßstab für Qualität wird im Krankenhausesektor Europas mehr und mehr durch diese Business Excellence gesetzt.

Daß sich Qualität nicht herbeiprüfen läßt, ist eine lange gesicherte Erkenntnis. Im Gegenteil: Bessere Ergebnisse sind eher die Folge des Abbaus von Kontrollen (Hildebrand/Gerhardt 1998, S. 450). Das informelle, unbürokratische System der Organisation Krankenhaus ist demnach nicht nur als ein Problem für die mangelnde Steuerbarkeit und für die Intransparenz zu betrachten, sondern gewährleistet auch einen Vorzug zur Bewältigung faktisch nicht vorhersehbarer Situationsanforderungen. Zu einem wesentlichen Teil handelt es sich um nicht aufschiebbare Anforderungssituationen, die keine oder nur geringe Planungsvorsprünge erlauben. Daß hier schnell und unbürokratisch ein Repertoire von spezifischen Verhaltensweisen verfügbar ist, macht eine ganz wesentliche Dienstleistungsqualität aus. Dies macht eben den nicht zu unterschätzenden Unterschied zur Industrie und anderen Dienstleistungsbetrieben aus (Stratmeyer 1997, S. 261).

Eine Qualitätssicherung allein durch die Messung von der Einhaltung von Richtlinien und Standards (Strukturqualität) erscheint daher in der Praxis alltäglicher Arbeit im Krankenhaus

¹⁰¹ assoziativ tendenziell einer DIN-EN-ISO-Strategie zuzuschreiben

¹⁰² assoziativ tendenziell eine EFQM-Strategie (in Ansätzen auch die KTQ-Strategie)

¹⁰³ nach Ken Olsen, Gründer und langjähriger Leiter von Digital Equipment (Datenverarbeitungs-Hersteller)

wenig praktikabel. Dies ergibt sich allein schon durch die Quantität der vorhandenen Standards (Harr 2000). Die Einführung und Überprüfung von Standards (WIE) ist ein bewährtes Instrument der Qualitätskontrolle, nicht jedoch an sich schon eine, die für den Patienten (Kunden) spürbar, Qualitätsverbesserung wäre. Eine direkte Beziehung von Struktur- und Outputqualität läßt sich bis heute nicht nachweisen (Langenegger¹⁰⁴ 2000). Der Basisansatz von QM sollte sich daher auf eine Outputorientierung (WAS) konzentrieren.

Ausgabenwirksame Maßnahmen zur Steigerung der Qualität und der Wettbewerbsfähigkeit müssen sich am erzielbaren Nutzen orientieren. Die Abschätzung und Quantifizierung des Nutzens ist aber ein multifaktorielles Problem, das ohne Gewichtung der Kriterien nicht lösbar ist. Dazu sind Kennzahlen erforderlich, die unter anderem aus internen und externen Vergleichen der wirklich wichtigen und die Zufriedenheit mit der Qualität eines Krankenhauses prägenden Kriterien ermittelt werden müssen (Borges/Schnabel 1998).

Harr¹⁰⁵ (2000) vergleicht dazu die Prozesse des Krankenhausmanagements mit einem Schlechtwetterflug einer Flugzeugbesatzung, die über eine Menge an Anzeigen und Indikatoren verfügt, sich jedoch nur auf einige wenige konzentriert, um den Flug sicher und kontrolliert fortzusetzen zu können - primär diejenigen Anzeigen die Auskunft darüber geben, ob der Kurs, die Höhe und die Geschwindigkeit eingehalten werden (Ergebnisse). Die weniger wichtigen Anzeigen reagieren bei Bedarf durch automatische Warnsignale - primär diejenigen Instrumente, die Aussagen über den Zustand der Systeme liefern (Struktur). Für das Krankenhaus stellt sich daher die Frage, was dort die wesentlichen Indikatoren für Qualitätsstörungen sind, was gemessen werden muß, um das Ziel einer besseren Qualität in Bezug auf Effektivität und Effizienz der Patientenbehandlung zu erzielen. Nach dieser Anschauung sollte ein Qualitätsmodell über Instrumente verfügen, um valide Aussagen über die Ergebnisqualität (Output) herzuleiten.

Es bedarf daher einer genauen Analyse der Prozeßabläufe, um der Frage nachzugehen, für welche Verrichtungen Standardregelungen sinnvoll sind, und für welche nicht. Patientennahe Arbeiten lassen sich nur zu einem kleinen Teil formalisieren. Dies gilt nicht nur für Notfallsituationen. Die besondere Qualität der Leistungen, die in der zwischenmenschlichen Begegnung von Subjekten erbracht werden, bedarf einer ständig neuen Definition (Stratmeyer 1997, S. 261).

¹⁰⁴ Langenegger, Manfred: Mitarbeiter der Bundeszentrale schweizerischer Sozialversicherungen

¹⁰⁵ Harr, Roger: Sieger des schweizerischen Qualitätspreises ESPRIX 2000 (Swiss Quality Award)

Auf der anderen Seite kann und darf diese Besonderheit des Betriebes Krankenhaus nicht als Argument mißbraucht werden, die Gesamtorganisation nicht rationaler Steuerung zu unterziehen. Die Durchforstung von Betriebsprozessen und Schnittstellen¹⁰⁶ ermöglicht das Aufdecken so mancher betrieblicher Irrationalität (Stratmeyer 1997, S. 262). Die Definition von Schnittstellen in Verfahrensanweisungen hilft, die immer wieder aufs neue entstehenden betrieblichen Ärgernisse, und damit sicherlich auch den Betrieb als Gesamtidentität, verstehen zu lernen¹⁰⁷.

Aus dieser Diskussion soll im folgenden ein Anforderungsprofil für erfolgversprechende Zertifizierungsverfahren im Krankenhauswesen erstellt werden (Tabelle 21). Eine Konfrontation der beschriebenen drei Ansätze mit diesem Anforderungsprofil soll eine Modellauswahl für die Operationsabteilung ermöglichen.

Tabelle 21 Anforderungsprofil an Zertifizierungsverfahren im Krankenhauswesen

Anforderungen	DIN EN ISO	KTQ	EFQM
1. Handhabung			
1.1. Adaptivität auf das Krankenhaus	-	++	+
1.2. Einfachheit des Modells, Lean Management	-	+	++
2. Qualitätsverbessernde Wirkung			
2.1. Selbstbewertung im Vordergrund	-	++	++
2.2. Integration des PDCA-Zyklus (Innovation)	- *	- *	+
3.3. Integration von Risk Management	-	-	-
3. Umfassender Qualitätsbegriff			
3.1. Inhaltliche Kriterientiefe	++	+	+
3.2. Berücksichtigung von Ergebnisqualität	-	- *	+
3.3. Offene Struktur	-	?	+
4. Prozeßnähe			
4.1. Mitarbeiterbeteiligung	-	+	+
4.2. Gewichtung von Kriterien	-	+	+
4.3. Abteilungsspezifische Bewertung möglich	-	-	+
5. Benchmarking Dimension			
5.1. Verbreitung, Vergleichbarkeit	++	?	+
5.2. Integration externer Qualitätssicherung	-	+	-
5.3. Europäische Dimension	+	-	+
6. Modellentwicklung			
6.1. Verknüpfbarkeit	+	+	+
6.2. Entwicklungsdynamik	-	?	+
6.3. Unterstützung, Institutionen	+	++	+
7. Besonderheiten			
	Verbreitung	krankenhausorientiert	European Quality Award
2.1.1. Instrumente der Selbstbewertung:			
	-	Zuordnungsmatrix	RADAR-Bewertungsmatrix
		Path Finder (Ansatz)	Path Finder Karte
		Gewichtungsschema	Bewertungsschema
		Strukturerhebungsbogen	

++ = besonderer Vorzug

+ = Vorzug

? = noch nicht absehbar

- = Defizit

-- = nicht berücksichtigt

* = verbal zugesprochen, jedoch ohne Konsequenz

¹⁰⁶ hier insbesondere im patientenfernen Leistungsbereich

¹⁰⁷ unter diesen Aspekt fällt auch das innerbetriebliche Kundenverständnis nach Kapitel 2.3

Es muß berücksichtigt werden, daß die dargestellte Bewertung keine Aussage darüber zuläßt, ob ein Qualitätsmodell schlecht oder gut ist bzw. ob ein Modell im Vergleich mit einem anderen besser ist oder schlechter. Jedes der drei Konzept basiert auf vielfältigen Erfahrungen und unterliegt der kontinuierlichen Weiterentwicklung entlang den artikulierten Anforderungen aus den Anwenderbereichen. Die Herkunft, der institutionelle Rahmen sowie das QM-Verständnis weisen jedoch erhebliche Unterschiede auf, die den drei Ansätzen eine jeweils eigene Note in Bezug auf Schwerpunktbildung und Zielsetzungen verleihen. Diese spezifische „Note“ läßt eine Aussage darüber zu, welches Modell tendenziell geeigneter erscheint, den neuen Herausforderungen an ein Qualitätsmanagement im Krankenhaus gerecht zu werden.

So haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und auch die Bundesärztekammer öffentlich gegen ein Zertifizierungsverfahren nach DIN EN ISO Stellung bezogen (BÄK 1997, S 61). Nach deren Stellungnahme folgt das Konzept nicht den Grundsätzen des Lean Management bzw. Deregulierungsansätzen, wie sie eine effiziente und effektive Betriebsführung gebietet. Geregelt werden Details über die Handhabung des QMS, deren Nutzen für die Ergebnisqualität bei der Erstellung von Industrieprodukten gewährleistet sein mag. Für die Kernleistungen eines Krankenhauses (Patientenversorgung) ist dieser Nutzen jedoch nicht nachgewiesen, und - in Bezug auf den Aufwand des Verfahrens – sehr in Frage zu stellen. Die Befürworter eines Verfahrens nach DIN EN ISO 9001 vertreten die Auffassung, daß im Rahmen eines etablierten und realisierten Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO in jedem Fall die Wahrscheinlichkeit einer geordneten Leistungserbringung höher sei. Gesucht sind jedoch nicht Konzepte für eine geordnete als vielmehr für eine bessere Leistungserbringung. Für die Qualitätssicherung gilt hier: „Diagnosen kann jeder stellen, wo bleibt die Therapie?“¹⁰⁸

Für das KTQ-Konzept muß angenommen werden, daß die Macht die hinter dem Projekt steht, durch ihre Zusammensetzung zum Ausdruck kommt. Konzeptionell zeigt das Modell (noch) erhebliche Defizite. Entgegen der Intension von KTQ liegt der Schwerpunkt auf der Strukturqualität¹⁰⁹. Dies widerspricht der ergebnisorientierten und damit kundenorientierten Betriebsführung. Hinzu kommt die unvollständige Umsetzung des PDCA-Zyklus (nach *Abbildung 7*). Der Vorzug liegt hauptsächlich auf der krankenhauserorientierten Konzipierung, wodurch wesentliche Qualitätsanforderungen (Inhalte der Subkriterien) vorgegeben werden und nicht erst erarbeitet werden müssen, was einer direkten Vergleichbarkeit von Benchmarkingprojekten zugute kommt (Baumgarten 2000).

¹⁰⁸ Wolfgang Scheuble 1993, deutscher Politiker (CDU/CSU), ehem. Fraktionsvorsitzender im Bundestag

¹⁰⁹ als Beispiel werden Gremien nach Häufigkeit der Sitzungen und Einhaltung der Tagesordnung beurteilt.

Das EFQM-Modell weist viele Parallelen zu der KTQ-Konzeption auf. Die wichtigsten sind dabei die Mitarbeiterorientierung, eine zentrale Bedeutung der Selbstbewertung sowie das Bewertungsschema. In den neusten Entwicklungen fällt dem Beobachter auf, das die Behebung wesentlicher Defizite des KTQ-Ansatzes dessen weitere Annäherung an das EFQM-Modell erwarten läßt (so beispielsweise seine mangelnde Umsetzung der Ergebnisorientierung sowie die unvollständige Integration des PDCA-Zyklus). Dabei ist nicht zu erwarten, daß der KTQ-Ansatz die Einfachheit des EFQM-Modells erreichen wird. Es ist jedoch gerade die Einfachheit eines Qualitätsmodells, welche über die Akzeptanz unter den Mitarbeitern mitentscheidet und welche am direktesten eine ernstgemeinte Mitarbeiterorientierung zum Ausdruck bringt.

Das EFQM-Modell trägt am ehesten der Intension Rechnung, für Transparenz innerhalb der Leistungsprozesse im Krankenhaus zu sorgen - weniger um den IST-Zustand zu kennen als vielmehr für eine kontinuierliche Suche nach Verbesserungsbereichen und für die Prüfung der Maßnahmen zu deren Behebung auf Erfolg zur Annäherung an den SOLL-Zustand. Im Mittelpunkt einer Bewertung nach EFQM steht daher nicht der erreichte Punktestand – dessen Anwendung als Vergleichsgrundlage ohnehin in Frage gestellt werden muß, da mit steigender Ernsthaftigkeit und Selbstkritik das Ergebnis tendenziell schlechter ausfallen würde – sondern der erreichte Verbesserungsgrad im Vergleich mit vorangegangenen Bewertungen. So dürfte eine hohe Verbesserungsrate der Bewertung ein stichhaltigeres Indiz für gute Qualität der Ergebnisse sein, als der formale Nachweis eines umfassenden strukturierten Qualitätsmanagementsystems.

Gerade in einer Operationsabteilung ist eine sorgfältige Abwägung nötig zwischen den Prozessen, bei denen festgeschriebene Standards der Qualitätssicherung dienlich sind, und denjenigen Prozeduren, bei denen die Unterstützung von flexiblen, an die jeweilige Situation angepaßte Handlungsweisen besser geeignet ist, die Qualität zu sichern. Die offene Struktur des EFQM-Ansatzes unterstützt diesen Abwägungsprozeß bei der Kriterienkonkretisierung. Durch den hohen Leistungsdruck in der Operationsabteilung besteht auch eine sehr enge Bindung zwischen Mitarbeiterzufriedenheit und Qualität der erbrachten Leistung. Das EFQM-Modell wird dieser Tatsache durch die Berücksichtigung sowohl von Mitarbeitern als Qualitätsbefähiger als auch von mitarbeiterbezogenen Ergebnissen gerecht.

Das EFQM-Modell für Excellence scheint daher besonders geeignet zu sein, die Qualität von Leistungen innerhalb der Operationsabteilung zu beurteilen und zu verbessern. Exemplarisch wird daher in den folgenden Abschnitten die Anwendung auf die Operationsabteilung demonstriert.

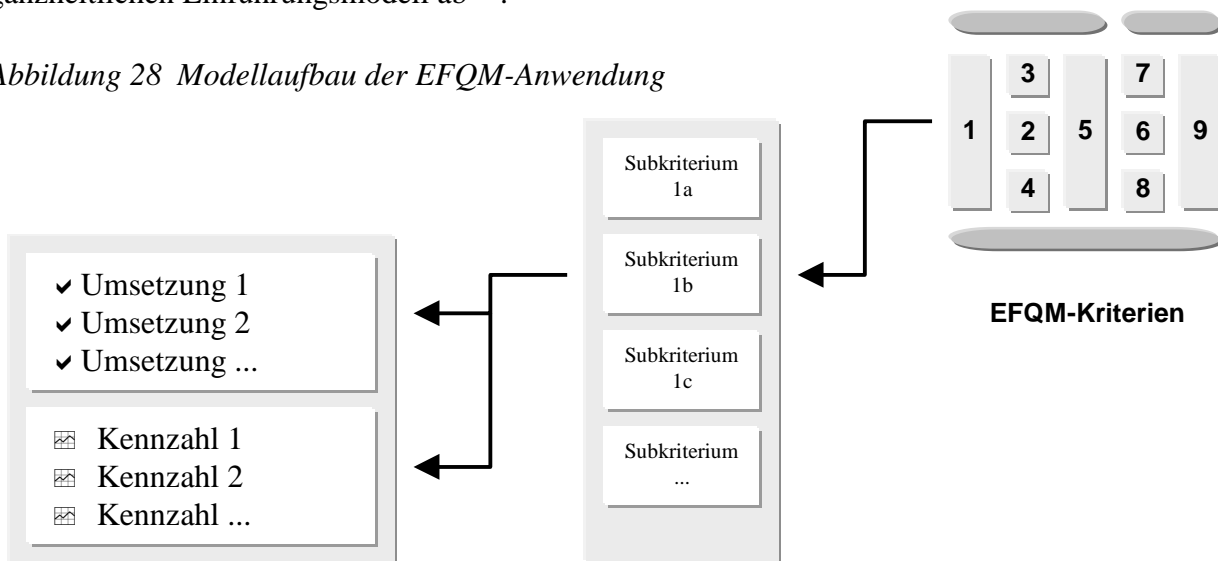
4 EFQM-Kriterienmodell einer OP-Abteilung

4.1 Aufbau des Modells

Da ein Qualitätsmodell zur Evaluierung nach EFQM-Kriterien stets in Zusammenhang mit den rasch veränderlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen gesehen werden muß, soll es so flexibel gehalten werden, daß es stets in der Lage ist, die individuellen Strukturen eines Krankenhauses auf seine Umgebung abzustimmen. Hierzu bedarf es eines Zielsystems mit kurz-, mittel- und langfristigen Zielsetzungen sowie eines konkreten, verbindlichen Maßnahmenkataloges, um diese Ziele zu erreichen. Das EFQM-Modell stellt hierzu mit seinen neun Kriterien einen Handlungsrahmen zur Verfügung.

Entsprechend dem EFQM-Ansatz erfolgt eine Differenzierung der Gliederung in „Befähiger“- und „Ergebnisse“. Jedem Kriterium sollen dabei seine Subkriterien (EFQM 2000) zugewiesen werden. Diese werden in Handlungsmustern spezifiziert, die in den konkreten Zusammenhang der OP-Abteilung gestellt werden. Die dazugehörigen Kennzahlen runden das Modell zu einem ganzheitlichen Einführungsmodell ab¹¹⁰.

Abbildung 28 Modellaufbau der EFQM-Anwendung



Bis auf die Stufe der Subkriterien werden die Inhalte von der EFQM vorgegeben. Für die Umsetzungsschritte werden in den Modell-Unterlagen (EFQM 2000) Vorschläge angeboten. Diese können von den Anwendern bearbeitet, je nach Relevanz beachtet und gegebenenfalls ergänzt werden. Zu den Kennzahlen werden keine Vorgaben angeboten. Sie sollten dazu geeignet sein, in Ihrer Quantität, Aussagekraft und Meßbarkeit den Erfüllungsgrad eines Subkriteriums (Angabe in Prozent) stichhaltig zu ermitteln.

¹¹⁰ Ein vollständiges Kriterienmodell nach EFQM für das gesamte Krankenhaus bearbeitet die Dissertation „Beitrag zur Entwicklung eines modularen TQM-Modells für das Krankenhauswesen“ von Bettina Hahne (Hahne 1999)

4.2 Das Fundament "Geisteshaltung"

Drei Bauarbeiter auf einer großen Baustelle in Ägypten sind bei der Arbeit. Ein Tourist kommt vorbei und fragt den Ersten: "Was machst Du da?" Er antwortete: "Ich baue Steine aufeinander." Der Tourist geht ein Stück weiter und fragt den zweiten Arbeiter: "Und was machst Du?" - "Ich baue eine Mauer", ist dessen Antwort. Nach einer Weile stellt der Tourist dem dritten Arbeiter die gleiche Frage. Dieser antwortet: "Ich baue eine Moschee."

Maßnahmen der Qualitätssicherung werden kaum zum Erfolg führen, wenn sie den betroffenen Mitarbeitern top-down verordnet oder gar durch Zwang auferlegt wurden. Vielmehr kommt es darauf an, eine gewisse Grundhaltung zu verinnerlichen, die ein qualitätsorientiertes Verhalten automatisch provoziert (vgl. dritter Bauarbeiter). Wenn der Pfleger beispielsweise den Patienten (sprich Kunden) als Menschen sieht, als Individuum mit Wünschen, Gefühlen und Bedürfnissen, wird es für ihn automatisch zum Anliegen werden, für ihn zu sorgen, korrekt zu arbeiten und für einen korrekten Ablauf im OP zu sorgen (Samson 1998, S. 403)¹¹¹.

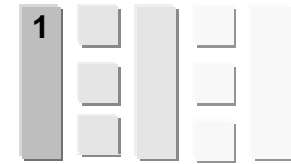
Von der Krankenhausleitung, den leitenden Ärzten der Fachbereiche sowie den leitenden Pflegekräften sollte hierzu folgendes Bewußtsein angeregt und auch gepflegt werden: die Wahrnehmung des Patienten als menschliches Individuum, Einfühlungsvermögen in die besondere Lage des Patienten sowie Verantwortungsübernahme über eigene Kompetenzgrenzen hinaus; Verinnerlichung eines erweiterten Kundenkreises ("next in process is your customer"); die persönliche Identifikation mit dem Krankenhaus mit einem ausgeprägten WIR-Gefühl unter dem Personal.

Unter dieser Geisteshaltung bedeutet Qualitätsmanagement für jeden Mitarbeiter beispielsweise, daß das OP-Programm rechtzeitig vorliegt; daß die OP-Planung den vorhandenen Ressourcen entspricht; daß eine quantitativ und qualitativ ausreichende Personaleinteilung besteht; daß nur Patienten eingetragen sind, die auch wirklich operationsfähig sind; daß keine unnötigen Wartezeiten für den Patienten (Kunden) entstehen; daß Hygienerichtlinien eingehalten werden; daß alle Instrumente auf dem Sieb vorhanden sind und daß es bestimmte Standards gibt, die akzeptiert und eingehalten werden (Samson 1998, S. 403).

Dabei ist es im OP-Bereich wichtig, daß die Beteiligten selbständig zu arbeiten verstehen (und ihnen hierfür auch der nötige Freiraum eingeräumt wird), daß sie ein gutes Selbstmanagement vorweisen und daß sie Interesse daran zeigen, zum Gelingen des Ganzen beizutragen (Samson 1998, S. 403). Diese Geisteshaltung bildet den Leitgedanken für die neun EFQM-Kriterien, die im folgenden, in bezug auf die OP-Abteilung, interpretiert werden sollen.

¹¹¹ Bericht über einen OP-Workshop des European- Surgical-Institute im April 1998 in Norderstedt

4.3 Kriterien der Befähiger



4.3.1 Kriterium "Führung"

Wie Führungskräfte die Mission und die Vision erarbeiten und deren Erreichen fördern. Wie sie die für den langfristigen Erfolg erforderlichen Werte erarbeiten und diese durch entsprechende Maßnahmen und Verhaltensweisen einführen. Wie sie durch die persönliche Mitwirkung sicherstellen, daß das Managementsystem der Organisation entwickelt und eingeführt wird.

Die Organisation der Krankenhausführung hat sich in der Bundesrepublik recht uneinheitlich entwickelt. Die Gründe hierfür liegen in erster Linie in der Trägerpluralität, in den landesrechtlichen Bestimmungen sowie in der Größe des jeweiligen Krankenhauses und seiner Rechtsform. Als Regelmuster der Führungs- und Entscheidungsstrukturen hat sich herausgebildet, daß der leitende Arzt, die leitende Pflegekraft und der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes, also die drei Säulen des Krankenhauses (siehe Abbildung 2), der Betriebsleitung angehören. Das Verhalten der Führungskräfte wirkt sich wesentlich auf das Verhalten und Engagement der Mitarbeiter aus (Adam 1999, S. 103). Ein OP-Team kann nur dann eine hochwertige Dienstleistung erbringen, wenn Führungskräfte (ärztliche Leitung, Oberarzt, Leitende OP-Pflege, Verwaltungsleitung, Pflegedienstleitung) es unterstützen und fördern (Hahne 1999, S. 53). Die besten Organisations-, Delegations- und Informationsschemata nützen nichts, wenn nicht alle maßgeblich Beteiligten, das heißt Krankenhausträger, Krankenhausleitung und Mitarbeiter bereit sind, an einem Umdenkungsprozeß teilzunehmen. Hierin steckt in Zukunft noch viel Arbeit, insbesondere konzeptioneller Art. Die Verantwortungsträger im Krankenhaus sind daher aufgerufen, sich dieser Daueraufgabe zu stellen. Im folgenden werden die Unterkriterien des EFQM Kriteriums „Führung“ vorgestellt:

1a Die Führungskräfte erarbeiten die Mission, die Vision und die Werte. Sie agieren als Vorbilder für eine Kultur der Excellence.

Es ist Aufgabe der Führungskräfte, das eingeführten Leitbild der Krankenhausorganisation für die OP-Abteilung zu konkretisieren und hieraus abteilungseigene Zielsetzungen abzuleiten. Diese Zielstellungen bzw. Teilziele, sollten sowohl meßbar als auch beeinflußbar sein. Sie sind von den Führungskräften zu definieren und den Mitarbeitern mitzuteilen bzw. mit diesen zu erarbeiten. Diese Ziele können folgende Inhalte haben: Richtwerte für die Anzahl der Eingriffe bzw. Narkosen innerhalb einer bestimmten Zeitperiode; die Auswahl von Behandlungen, für die in definiertem Zeitraum Standards erarbeitet werden sollen; Prozesse, die innerhalb einer Frist evaluiert, optimiert und eingeführt werden sollen; das Erreichen eines erwünschten Qualitätsstandards für Tracerdiagnosen der externen Qualitätssicherung; die Beseitigung von Schnittstellen; Einführung eines flexiblen Arbeitszeitmodells.

Eine Führungskraft bedarf Fähigkeiten (Fachkompetenz), Fertigkeiten (Sozialkompetenz) und Kenntnisse (Methodenkompetenz), um im Sinne der Operationsabteilung die gestellten Aufgaben zu lösen und gleichzeitig Mitarbeiter zu unterstützen und zu motivieren. Eigenschaften von Führungskräften wie Ehrlichkeit, Zuverlässigkeit und Offenheit (Ethik und Werte) sind einem positiven Arbeitsklima dienlich und unterstützen eine qualitätsorientierte Unternehmenskultur. Es ist hierbei essentiell, daß sich die verantwortlichen Führungskräfte und Mentoren ihrer Vorbildfunktion bewußt sind (management by example). Mit dieser Haltung werden Hierarchien überbrückt und der kooperative und teamorientierte Führungsstil gefördert (Hahne 1999, S. 54).

1b Die Führungskräfte stellen durch persönliche Mitwirkung sicher, daß das Managementsystem der Organisation entwickelt, eingeführt und kontinuierlich verbessert wird.

Die Führung stellt sicher, daß ein Prozeß für das Erarbeiten, Umsetzen und Aktualisieren von Politik und Strategie in bezug auf die Operationsabteilung eingeführt wird. Dies bedeutet beispielsweise die Entscheidung darüber, ob sich die Abteilung auf das Angebot ambulanter Operationen konzentrieren soll oder nicht, ob die externe Qualitätssicherung in das eigene QM-System integriert werden soll oder an welcher Stelle es einer gezielten Prozeßoptimierung bedarf. Die Führung hat sicherzustellen, daß ein Prozeß für die Messung, Überprüfung und Verbesserung von wichtigen Ergebnissen erarbeitet und eingeführt wird. Das TQM-Konzept erfordert dabei modernes Führungsverhalten und den Einsatz leistungsfähiger Führungsinstrumente. Wichtige Führungsinstrumente sind (Eiff 1997-2, S. 745 ff):

- Systemtechnik zur Identifikation von Problemen
- Moderationstechnik für eine erfolgreiche Gruppenarbeit
- Konfliktmanagement um Konflikte zu verhindern bzw. zu beseitigen
- Gesprächsführungstechnik zur effektiven Kommunikation
- Feed-Back Technik hinsichtlich der Wahrnehmung des Gesprächspartners
- Reflexionstechnik zur Selbstbeobachtung

Diese Eigenschaften hat die Führung zu erfüllen und beim Aufbau des Managementsystems für die Prozeßsteuerung auf die Verantwortungsträger zu übertragen. Die Führung übernimmt in der Abteilung die Koordinationsfunktion in bezug auf Schnittstellen und Kompetenzverteilung. Bei Konflikten innerhalb des abteilungseigenen Managementsystems ergreift die Führung selbst die Initiative (Management by doing it).

1c Führungskräfte bemühen sich um Kunden, Partner und Vertreter der Gesellschaft.

Das Bestreben nach einer umfassenden Qualitätskultur manifestiert sich in der Bereitschaft, die Wünsche und Bedürfnisse der Kunden zu erfüllen und das Leistungsangebot kontinuierlich zu verbessern. Ansatzpunkt ist hier die Implementierung eines Beschwerdemanagements aber auch die Schnelle und einfache Erreichbarkeit der Verantwortlichen während der Arbeitszeit, insbesondere bei

Konfliktsituationen. Der Aufbau von partnerschaftlichen Beziehungen zu den einweisenden Ärzten und den Belegärzten kann durch eine aktive Teilnahme der Stammärzteschaft an Austauschforen im Rahmen der Initiative „vernetzten Praxen“ erreicht werden (Sozialministerium BW, 1997).

Die Auswahl von Lieferanten und Dienstleistern wie Caterer, Betreiber der Zentralsterilisation, und Serviceanbieter der Medizintechnik nach Qualitätskriterien unterstreichen die Absicht, Vorbild bei der Umsetzung eines qualitätsorientierten Geisteshaltung zu sein. Als Auswahlkriterien der Lieferanten dienen die Zertifizierung, die Implementierung eines TQM-Systems sowie das Angebot qualitätsorientierter produktbegleitender Dienstleistungen¹¹². Daneben bieten regelmäßige Gespräche mit den externen Dienstleistern die Möglichkeit, auftretende Probleme schnell und qualitätsorientiert zu lösen.

Ein wesentlicher Faktor für den Lernprozeß der Führungskräfte ist die Mitwirkung in Berufsverbänden, Seminaren und Konferenzen, vorrangig denjenigen, welche den Excellence-Gedanken fördern und verbreiten. Neben der Ärzteschaft sind hier auch die Pflegeleitung, die Verwaltungsführung sowie alle Verantwortungsträger der OP-Abteilung angesprochen.

1d Führungskräfte motivieren und unterstützen die Mitarbeiter der Organisation und erkennen ihre Leistung an.

Es gilt, Möglichkeiten für die Umsetzung eines Anreizsystems für Mitarbeiter (Busse 1998, Ziff. 434) zu schaffen, so daß Leistungen honoriert werden und zu weiteren Verbesserungen Anreiz bieten. In Krankenhäusern, die dem öffentlichem Dienst angegliedert sind, sind einer Umsetzung dieser Motivatoren jedoch enge Schranken gesetzt¹¹³.

Für den OP-Bereich ist die interne Dienstleistungsfunktion der Führung von Bedeutung. Die Umsetzung der Maxime „die Führung ist interner Dienstleister“ spiegelt sich in der Wahl des Führungsstils wieder¹¹⁴. Die Entwicklung der dezentralen Verantwortlichkeit (Autonomie) bei allen an der Leistungserstellung des OP's beteiligten Mitarbeitern bildet die Grundlage einer internen Kunden-Lieferanten-Kette. Der Umfang der Unterstützung durch die Führungskraft wird von der existierenden Entscheidungsfreiheit und Aufgabenvielfalt von Ärzteschaft und Pflege(-leitung) in der OP-Abteilung bestimmt. Durch die besonderen Rahmenbedingungen der Abteilung in bezug auf Notfallintegration, Arbeitsvernetzung und Arbeitszeitregelung sollte der Autonomiegedanke als tragendes Prinzip der Abteilungssteuerung von der Führung anerkannt werden, sofern dies einer effektiven Steuerung nicht im Wege steht.

¹¹² so beispielsweise Qualitätssicherungssysteme für den Instrumentenkreislauf

¹¹³ hier ist insbesondere die starre BAT-Vergütung zu nennen, die eine leistungsgerechte Vergütung praktisch unmöglich macht.

¹¹⁴ siehe Managementformen S. 29

Die Eckpfeiler eines mitarbeiterorientierten Führungsverhalten sind die Führung über Zielvereinbarung, durch Kommunikation und Information sowie durch Fehlerkultur und Feedback (Bühner 1995, S. 45). Die Führung durch Zielvereinbarung kann als Rahmenkonzept des integrierten QM interpretiert werden (Adam 1999, S. 103). Dies erfordert eine strukturierte, konsequente Delegation. Beispielsweise regen Führungskräfte Lernprozesse durch die Initiierung von Qualitätszirkeln in der OP-Abteilung oder an deren Schnittstellen an, sofern deren Ergebnisse beachtet werden und in Verbesserungsmaßnahmen münden, die von der Führung mitgetragen und ausreichend mit Mitteln ausgestattet werden.

Die Grundlage hierfür ist eine aktive Gestaltung vertrauensvoller Zusammenarbeit zwischen Führung und Beschäftigten der OP-Abteilung. Begehungen der Abteilung zu Zeiten mit geringer Arbeitsintensität wie beispielsweise Montagnachmittag oder Freitagmittag signalisieren den Mitarbeitern, daß Führungskräfte sowohl in fachlicher wie auch in sozialer Hinsicht zur Unterstützung bereit sind (Hahne 1999, S. 55).

Kennzahlenkatalog „Führung“

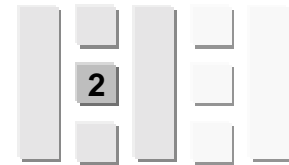
Kr.	Meßgegenstand	Darstellung	Quelle
1a	Abteilungsleitbild vorhanden ?	ja / nein	Krankenhausleitung
	Abteilungsleitbild bekannt ?	% (Ja-Antworten)	Mitarbeiterbefragung
	Ist die Führungsstrategie für Mitarbeiter erkenntlich ?	% (Ja-Antworten)	Mitarbeiterbefragung
	Sind die Ziele der Abteilung bekannt ?	% (Ja-Antworten)	Mitarbeiterbefragung
	Reflexionsinstrumente der Führung	ja / nein	Direktorium
	Wenn ja, Gesamtbewertung ¹¹⁵ der Führung	Punktesystem	Mitarbeiterbefragung
	Wieviel Geldmittel stehen für QM-Projekte zur Verfügung ?	Betrag	Verwaltungsleitung
1b	Organigramm vorhanden ?	ja / nein	Direktorium
	modulierte Prozeßabläufe vorhanden ?	ja / nein	Direktorium
	Verbesserungszyklus installiert	ja / nein	Direktorium
1c	Regelmäßiger Austausch mit Lieferanten	ja / nein	Verwaltungsleitung
	Anzahl der Kontakte pro Jahr	Anzahl	Verwaltungsleitung
	Besuchte Seminare / Konferenzen pro Jahr	Anzahl	Direktorium
	Kommunikationsforen mit einweisenden Ärzten	Anzahl	Ärztliche Leitung
	Kommunikationsforen mit den Krankenkassen	Anzahl	Verwaltungsleitung
	Kommunikationsforen der OP-Pflegeleitungen	Anzahl	OP-Pflegeleitung
	Kommunikationsforen mit der Krankenhausträgerschaft	Anzahl	Verwaltungsleitung
1d	Beurteilung der Mitarbeitermotivation durch die Führung	Punkte	Mitarbeiterbefragung
	Regelmäßige Mitarbeiterinformation praktiziert	ja / nein	Mitarbeiterbefragung
	Anzahl führungsbezogener Beschwerden	Anzahl	Beschwerdemanagement
	Anzahl der Abteilungsvisiten pro Monat (Verwaltungsleitung)	Anzahl	Verwaltungsleitung
	Regelmäßige Abteilungsvisiten ?	ja / nein	Verwaltungsleitung

Anmerkung: Es wird hier – ebenso wie für die nachfolgenden Kriterien – eine exemplarische Auswahl an Kennzahlen vorgestellt, die den Kriterien zu grunde gelegt werden könnten. Eine vollständige Ausarbeitung kann nur in bezug auf einen konkreten Krankenhausbereich in Zusammenarbeit mit dessen Mitarbeitern erfolgen.

¹¹⁵ In die Bewertung fließen u.a. Vorbildfunktion, kooperativer Führungsstil und Eigeninitiative mit ein

Kriterium "Politik und Strategie"

Wie die Organisation ihre Mission und Vision durch eine klare, auf die Interessengruppen abgestimmte Strategie einführt und diese durch entsprechende Politik, Pläne, Ziele, Teilziele und Prozesse unterstützt wird.



Die Politik und Strategie hat für das Krankenhaus, und insbesondere für den OP-Bereich, in der Vergangenheit eine untergeordnete Rolle gespielt. Ausnahmen bilden hier u.U. private Trägerschaften. Die Krankenhausplanung auf Länderebene reglementiert die vorzuhaltenden Fachdisziplinen und Abteilungsgrößen zur Absicherung der medizinischen Grundversorgung. Mit steigendem Wettbewerb bedarf es nun darüber hinaus einer verstärkten Positionierung inhaltlicher und gestalterischer Art, die in gleichem Maße nach innen wie nach außen kommuniziert werden muß. Wesentlich ist dabei die Identifikation der Mitarbeiter mit den Werten und Zielsetzungen der Abteilung, denn sie tragen entscheidend zu deren Verbreitung und Umsetzung bei. Die Politik und Strategie bewegt sich in dem Wertedreieck „medizinische optimale Versorgung“, „Marktwirtschaft“ und „Soziales Handeln“. Die Subkriterien, die ihr innerhalb des EFQM-Ansatzes zugrunde gelegt werden, zeigen die folgenden Absätze:

2a Politik und Strategie beruhen auf den gegenwärtigen und zukünftigen Bedürfnissen und Erwartungen der Interessengruppen.

In Bezug auf die Strategie des Krankenhauses spielt in der aktuellen Diskussion der Versorgungsauftrag eine zentrale Rolle. Er bestimmt das Sachziel der Abteilungen. An ihm läßt sich die mengen- und qualitätsmäßige Zielerreichung der Abteilungen, auch für externe, messen. Die einweisenden Ärzte in der Region bilden für das Krankenhaus der Grundversorgung eine wesentliche Interessengruppe¹¹⁶. Zur Etablierung einer marktwirtschaftlich orientierten Politik gilt es, das Leistungsspektrum der OP-Abteilung nach außen zu tragen, um sich von der Konkurrenz zu unterscheiden. Hierzu gehört die Darstellung von vorgehaltenen Fachdisziplinen mit Eingriffsschwerpunkten, der Schwerpunkte in der Forschung¹¹⁷ sowie des Ausbildungsspektrums¹¹⁸. Die Abstimmung mit den Interessen weiterer Partner wie Verwaltung, Kostenträgern oder regionalen Gesundheitsnetzwerken erfordern einen Abwägungsprozeß. In der jüngsten Entwicklung kommt dabei der Integration ambulanter Operationsformen große Bedeutung zu. Auf der Basis einer Stärken- / Schwächenanalyse sind Schwerpunkte der Versorgung unter Berücksichtigung der weiteren Marktentwicklung zu ermitteln.

¹¹⁶ als stellvertretende Nachfrager der Patienten

¹¹⁷ in Krankenhäusern der Grundversorgung entfällt dieser Marketingaspekt in der Regel.

¹¹⁸ dieses dürfte sich in Krankenhäusern der Grundversorgung auf den Pflegedienst außerhalb des OP-Bereiches beschränken und ist für die OP-Abteilung somit zweitrangig.

2b Politik und Strategie beruhen auf Informationen von Leistungsmessungen, Marktforschung, sowie den lernorientierten und kreativen Aktivitäten.

Im Rahmen des Managementprozesses erhält die Controlling-Funktion im Krankenhaus einen größeren Stellenwert als bisher. Das Steuern der Teileinheiten mittels Daten über das Leistungs- und Kostengeschehen wurde in der Vergangenheit oft vernachlässigt (Pfähler 1997, S. 391). In der durch das GSG eingeräumten Übergangsphase zeigt sich deutlich, daß die Krankenhäuser, die bereits frühzeitig über derartige, in der Betriebswirtschaft umstrittene, Steuerungsinstrumente nachgedacht haben, einen Schritt voraus sind (Pfähler 1997, S. 391).

Für die Identifizierung von Verbesserungsbereichen bietet sich der Benchmarkingansatz an (siehe Kapitel 3.3.4). Entscheidungsrelevant für die Ableitung einer Strategie sind dabei vorhandene Ressourcen wie Räumlichkeiten, Ausstattung, medizinisches Großgerät, die Personalkapazität sowie die Finanzmittel. In Zusammenhang mit den definierten Zielen können somit kurz-, mittel- und langfristige Konzepte und Strategien entwickelt werden.

Für den Erfolg einer Strategie ist das Verständnis kritischer Erfolgsfaktoren wie wirtschaftliche und demographische Indikatoren und Auswirkungen neuer Technologien essentiell. So dürften die minimalinvasive Medizin sowie die ferngesteuerte Robotertechnik das Erscheinungsbild der OP-Abteilung in den kommenden Jahren entscheidend verändern. Auf wirtschaftlicher Seite gilt es, die politischen Entwicklungen des Gesundheitswesens vorausschauend im Auge zu behalten und die zukünftige Politikfestlegung durch die Ausarbeitung von Alternativszenarios abzusichern.

Der Zwang zur Übernahme der besten Praxis aus den Krankenhaus-Betriebsvergleichen könnte gerade für Krankenhäuser mit geringer Größenstruktur neue Maßstäbe für die finanzielle Ausstattung bedeuten. Über die Betriebsführung der OP-Abteilung als Profit Center könnte eine vergleichsweise sparsame Betriebsführung transparent gemacht werden, womit existenzbedrohende Fehlentscheidungen in Bezug auf unbegründete Sparzwänge von der Abteilung besser abgewehrt werden könnten. Die Übertragung von Budgetverantwortung auf Abteilungen wie den OP steigert die Motivation der Mitarbeiter, selbständig im Sinne der Politik des Hauses zu handeln.

2c Politik und Strategie werden entwickelt, überprüft und aktualisiert.

Krankenhäuser, die planen, sind besser auf die Zukunft vorbereitet. Erforderlich ist eine mittel- und langfristige Planung (drei Jahre und mehr). Die Krankenhäuser müssen von der rein kurzfristigen Betrachtung und dem Denken in Jahresbudgets wegkommen, um eine kontinuierliche Entwicklung der Erfolgspotentiale zu erreichen. Die ständigen Gesetzesänderungen der letzten Jahre haben dies weitgehend verhindert (Pfähler 1997, S. 389). Die Problematik der Planung von Umsetzungsstrategien für die Krankenhauspolitik stellt der Zukunftsbezug dar. Im Krankenhaus bedarf es dem vermehrten Einsatz von Prognosemethoden, die den langfristigen Bestand und die Entwicklung von Erfolgspotentialen ermöglichen.

Die Mitgestaltung qualitätsorientierter Strukturen und Rahmenbedingungen ermöglicht den Berufsgruppen in der OP-Abteilung, Lösungen definierter Problemstellungen gemäß der Politik und Strategie des Hauses gemeinsam zu erarbeiten und umzusetzen. Ein wichtiger Bestandteil ist hierbei die Implementierung von Foren wie Qualitätszirkeln.

2d Politik und Strategie werden durch eine Struktur von Schlüsselprozessen umgesetzt.

Die Schlüsselprozesse zur Umsetzung der Politik und Strategie bilden all diejenigen Maßnahmen, die den Gedanken des Change Management verfolgen. Ein Umsetzungserfolg ist nur dann zu erwarten, wenn die Organisation der Abteilung in der Lage ist, seine Prozesse zielgerichtet zu verändern. Dies erfordert neben der Steuerung des Tagesgeschäfts eine zweite Steuerungsebene, die durch Methoden des Projektmanagements Teilprozesse des Tagesgeschäfts evaluiert, verbessert und den Optimierungserfolg bestimmt.

In Krankenhäusern der Grundversorgung stehen hierfür in aller Regel keine gesonderten Personalressourcen zur Verfügung. Eine Umsetzung erfolgt daher entweder durch die Projektarbeit von Qualitätszirkeln oder durch externe Beratung. Entscheidend ist das Vorhandensein von Instrumenten zur permanenten Effizienz- und Effektivitätsevaluation sowie die Bereitstellung von materiellen und personellen Ressourcen für die Behebung der festgestellten Defizitbereiche.

2e Politik und Strategie werden kommuniziert und eingeführt.

Die Politik und Strategie des Krankenhauses, die sich in seinem Leitbild widerspiegeln, müssen den Mitarbeitern mitgeteilt, von der Führung vorgelebt und bei sämtlichen Entscheidungen berücksichtigt werden. Für die Verbindlichkeit des Leitbildes als Entscheidungsgrundlage sollen Regeln erstellt und eingeübt werden. Dies erfordert einen umfassenden Bewußtseinswandel bezüglich der Politik und der Strategie. Hierzu ist das Leitbild für die wesentlichen Funktionsbereiche wie den OP zu interpretieren und durch verbindliche Zielsetzungen zu konkretisieren.

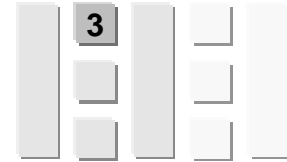
Gerade für die OP-Abteilung ist es empfehlenswert, berufsgruppenspezifische Leitbilder zu erarbeiten. Den Mitarbeitern wird es so möglich, ihre Handlungen und Motive innerhalb der Profession zu reflektieren und abzugleichen. Das Verständnis und die Anerkennung zwischen den Berufsgruppen wächst, und eine kooperative Zusammenarbeit im Sinne des Patienten wird möglich. Ein entstehender Konsens fördert die Identifikation des Einzelnen mit den Werten der Gruppe und unterstützt den beruflichen Selbstfindungsprozeß (Hahne 1999, S. 61). Die erstellten Pläne, Ziele und Teilziele bedürfen einer Priorisierung und einer abgestimmten Umsetzung.

Kennzahlenkatalog „Politik & Strategie“
--

Kr.	Meßgegenstand	Darstellung	Quelle
2a	Eigene Marktposition ist bekannt	Ja / nein	Verwaltungsleitung
	Strukturierte und aktuelle Darstellung der Interessen	Bericht	QZ
	Anzahl beteiligter Mitarbeiter bei der Leitbildentwicklung	%	Verwaltungsleitung
2b	Bewertung des Leistungsumfanges (niedergelassene Ärzte)	Bericht	Ärztliche Leitung
	Eingeführtes Benchmarkingsystem (Verbundmitglied)	Ja / nein	Verwaltungsleitung
	Regionale Demographieentwicklung bekannt	Ja / nein	Direktorium
	Technologiebeauftragter eingesetzt	Ja / nein	Direktorium
	Anzahl neuer Ideen durch externe Interessengruppen	Anzahl	Vorschlagswesen
	Controllingsystem für die OP-Abteilung vorhanden	Ja / nein	Controlling
2c	Leitbild ist vorhanden, und für den OP spezifiziert	Ja / nein	Verwaltungsleitung
	Identifizierte kritische Erfolgsfaktoren	Anzahl	Direktorium
	Überarbeitungsintervall der Strategie	Zeitraum	Direktorium
2d	Einsatz moderner Modellierungsverfahren	Ja / nein	Verwaltungsleitung
	Beschwerdemanagement für das OP-Personal	Ja / nein	Direktorium
	Risk-Management in der OP-Abteilung	Ja / nein	Ärztliche Leitung
	Innerbetriebliches Vorschlagswesen für die OP-Abteilung	Ja / nein	Direktorium
	Antworten bei Patienten- und Mitarbeiterbefragungen	Anzahl	Direktorium
2e	Existiert eine OP-Satzung	Ja / nein	Direktorium
	Das Leitbild hängt in der OP-Abteilung aus	Ja / nein	Ortsvisite
	Das Leitbild wird bei Neueinstellungen vermittelt	Ja / nein	PDL
	Das Leitbild ist den Mitarbeitern bekannt	%	Mitarbeiterbefragung

4.3.2 Kriterium "Mitarbeiterorientierung"

Wie die Organisation das Wissen und das gesamte Potential seiner Mitarbeiter auf individueller, teamorientierter und organisationsweiter Ebene managt, entwickelt und freisetzt und wie sie diese Aktivitäten plant, um ihre Politik und Strategie und das effektive Funktionieren ihrer Prozesse zu unterstützen.



Die hochgradige Arbeitsteilung sowie die hohen fachlichen Anforderungen machen den qualifizierten, motivierten Mitarbeiter zum "Herzstück" eines jeden OP-Betriebes. (Busse 1998). Qualitätssicherung bedeutet, den Blick auf die Mitarbeiter zu richten. Sie sind der wichtigste Faktor, die wertvollste Ressource für gute Qualität. Es "lohnt" sich sowohl aus Qualitäts- als auch aus Kostengründen, die Mitarbeiter aktiv in die Organisation einzubinden, ihnen Verantwortung zu übertragen, sie "gut zu pflegen". Dann treten weniger Fehler in den Arbeitsabläufen auf, es gibt weniger Krankmeldungen und eine längere Betriebszugehörigkeit. Gerade die Fluktuationsrate bestimmt maßgeblich die Zahl von Einarbeitungszeiten und "Anfängerfehlern", die finanziell erheblich zu Buche schlagen können (Gille 1998). Zufriedene Mitarbeiter bewirken einen größeren Informationsfluß, reibungslosere Prozesse, ein hochwertiges Produkt, besseren Service und somit mehr Kundenorientierung (Harr 2000).

3a Mitarbeiterressourcen werden geplant, gemanagt und verbessert.

Die Grundlage einer erfolgreichen Personalplanung bildet die Kenntnis über die auszuführenden Arbeitsaufgaben. Die Ermittlung einzelner Tätigkeiten erfolgt mittels Befragung und Beobachtung der Mitarbeiter. Die Analyse vorhandener Arbeitsanweisungen erscheint für den OP-Bereich wenig geeignet, da die geforderte Spontanität des Handelns erhebliche Abweichungen von formal festgelegten Arbeitsanweisungen erwarten läßt. Unterstützung bietet hierbei die Übertragung in Flußdiagramme, so daß die einzelnen Arbeitsschritte, die zu verwendenden Dokumente und die Verantwortungsbereiche eindeutig identifiziert und definiert werden können (Hahne 1999, S. 64). Von diesen Arbeitsaufgaben werden die an die Mitarbeiter gestellten Anforderungen abgeleitet.

Die Grundlage für erfolgreiches OP-Management bilden somit aufbauorganisatorische Maßnahmen. Unter dem Begriff OP-Aufbauorganisation sind all die Maßnahmen zu verstehen, die dem OP-Bereich und seinen Mitarbeitern eine Struktur vorgeben, in dessen Rahmen alles Handeln erfolgt (Busse 1999). Hierzu zählt die Erstellung des OP-Organigrammes, um die Unterordnungs- bzw. Überordnungsbeziehungen der Mitarbeiter darzustellen. Innerhalb des Organigramms werden die Tätigkeitsmerkmale der Funktionsträger über Stellenbeschreibungen beschrieben. Auch die Definition und Ausgestaltung verschiedener Hierarchieebenen innerhalb und zwischen den am OP-Geschehen beteiligten Mitarbeitern bilden eine aufbauorganisatorische Maßnahme.

Im Hinblick auf ein wirtschaftlich geplantes Personalmanagement ist die Ermittlung des Arbeitszeitbedarfes ein wichtiger Baustein. Durch den breitgefächerten case mix¹¹⁹ sowie die personellen Überschneidungen der OP-Abteilungen mit anderen Funktionsbereichen (Zentralsterilisation, Ambulanz) sind hierbei analytisch-experimentelle Methoden den analytisch-rechnerischen Methoden vorzuziehen¹²⁰. Ausgehend von den Fallzahlen einer OP-Abteilung mit dem zugrunde liegenden Arbeitszeitbedarf läßt sich der Personalbedarf ermitteln.

Für die Personalbedarfsrechnung sollten sich der Sollwert allein nach den zu verrichtenden Aufgaben und den ermittelten Fallzahlen richten. Ein erhöhter Zeitbedarf durch organisatorische Mängel (Wartezeiten, später OP-Beginn, lange Wechselzeiten u.a.) darf nicht der Rechtfertigung für eine Aufstockung von Personalressourcen dienen, da hierdurch der Anreiz für Verbesserungen der Abläufe wegfallen würde.

3b Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeiter werden ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten.

Die Qualifikationen der Mitarbeiter bedürfen einer kontinuierlichen Aktualisierung und Anpassung an die sich stets verändernden Anforderungen in einem OP-Betrieb. Um dies zu gewährleisten, sind Methoden und Instrumente für eine strukturierte und am Markt orientierte Aus- und Fortbildung zu erarbeiten. Eine strukturierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter stellt sicher, daß alle relevanten Informationen übermittelt werden und schnell ein hohes Maß an Selbständigkeit erreicht wird. Standards ermöglichen ferner, die Eignung des neuen Mitarbeiters innerhalb der Probezeit effektiv und umfassend zu beurteilen. Dies erfolgt durch entsprechend geschulte Mentoren (in der Regel die OP-Pflegeleitung), welche die Einarbeitung begleiten.

¹¹⁹ Große Badbreite an gestellten Diagnosen bzw. an operativen Eingriffen

¹²⁰ Zu den analytisch-experimentellen Methoden gehören das Multimoment Häufigkeitsverfahren (MMH) oder das Multimoment Zeitverfahren.

Die Personalentwicklung basiert auf einer kontinuierlichen Analyse vorhandener Mitarbeiterressourcen. Ein Instrument ist die regelmäßige, einmal im Jahr anhand eines Beurteilungsbogens durchzuführende, Leistungsbeurteilung. Hierbei werden Kriterien wie Individualverhalten, fachliche Leistung und Ausführung von Leitungsaufgaben (falls relevant) beachtet und während eines sog. Mitarbeitergespräches zwischen Mitarbeiter und Führung besprochen. Dazu erhält die Führungskraft von dem Mitarbeiter eine Einschätzung seiner Leistung. Es wird möglich, gemeinsam Stärken und Verbesserungspotentiale herauszuarbeiten. Bei einer hinreichend fortgeschrittenen Qualitätskultur kann eine Ergänzung durch ein „Rundum-Feedback-Gespräch“ erfolgen, bei dem die Kollegen ihre Einschätzung über den Mitarbeiter mit einbringen. Die Berücksichtigung von Ergebnissen der letzten Beurteilung ermöglicht so einen gezielten, an der Politik und Strategie der Abteilung ausgerichteten Personaleinsatz.

Die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter dient dazu, die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter an die neuen Anforderungen anzupassen. Der Bedarf ist anhand der Beobachtung des Marktes bzw. eines Benchmarking mit anderen Krankenhäusern zu erfassen. Ausgehend von den Zielen und Schwerpunkten der Abteilung wird es möglich, einen kurz-, mittel- und langfristigen Entwicklungs- und Schulungsplan zu formulieren. Dies umfaßt insbesondere die Fortbildung auf speziellen Gebieten wie z.B. der Durchführung von Supervisoren, der Aneignung von EDV-Kenntnissen, dem Erlernen neuer OP-Techniken und der Bedienung neuer Großgeräte. Mitarbeiter sind gezielt zu motivieren, sich für Fort- und Weiterbildungen zu bewerben¹²¹.

3c Mitarbeiter sind beteiligt und zu selbständigem Handeln ermächtigt.

Die Fähigkeit des selbständigen Arbeitens hat innerhalb der OP-Abteilung eine existentielle Bedeutung. Einerseits gilt es, den zahlreichen nicht vorhersehbaren Ereignissen wie Notfälle, Komplikationen und Patientennachmeldungen Herr zu werden, andererseits erfordern die abteilungsspezifischen Arbeitszeiten und die Schwankungen der Auslastung eine dezentrale Steuerung der Dienstplanregelung, Arbeitsorganisation und des Bestellwesens.

¹²¹ Soweit möglich, sind organisatorische Arbeitsbedingungen zu schaffen, die deren Teilnahme erleichtern: beispielsweise mittels frühzeitiger Freistellung vom Dienstplan.

Es gilt daher, den Mitarbeitern von der Führungsseite her genügend Freiräume durch Delegation der Aufgaben zu gewähren und die Mitarbeiter für ihr erweitertes Aufgabenfeld zu schulen. Zuvor sind klare Regelungen in bezug auf Regelungstiefe und Zuständigkeiten zu vereinbaren. Die Kontrolle ist darauf zu beschränken, ob arbeitszeitrechtliche Regelungen verletzt werden oder ob Abweichungen von der Politik und Strategie des Krankenhauses bestehen.

Durch die Initiierung und Förderung abteilungsinterner Qualitätszirkel entwickeln die Mitarbeiter eine selbständigen Problemlösungskompetenz und bringen ihr Wissen und ihre Fähigkeiten in den Verbesserungsprozeß mit ein. Bei strategischen Entscheidungen der Führung bezüglich dem OP-Bereich werden die Mitarbeiter frühzeitig informiert, zu Feedback-Gesprächen angeregt und bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt.

3d Die Mitarbeiter und die Organisation führen einen Dialog.

Ein Krankenhaus stellt an seine Fachkräfte in der OP-Abteilung ebenso Anforderungen wie die Fachkräfte Forderungen an das Krankenhaus als ihr Arbeitgeber richten. Von einer OP-Abteilung als Arbeitsumgebung werden eigene Gestaltungsmöglichkeiten, eigene Umsetzungskompetenz sowie eine kompetente Führung erwartet während bei den Mitarbeitern ihre fachliche und soziale Kompetenz vorausgesetzt wird. Ein beständiger Dialog über diese Erwartungshaltungen und deren Erfüllung bzw. Nichterfüllung gibt allen Parteien die Möglichkeit, Lernprozesse in Gang zu setzen. Neben regelmäßigen Austauschformen wie Mitarbeiterbefragungen, Abteilungssitzungen mit Führungsbeteiligung oder Mitarbeitergesprächen tragen besonders die informellen Austauschformen wie Abteilungsbegehungen, „Korridorgespräche“, Abteilungsausflüge u.a. zu einem offenen Dialog bei. Als Grundvoraussetzung muß gewährleistet sein, daß sich der Mitarbeiter mit seiner Abteilung und dem Krankenhaus identifizieren kann und er als Individuum von Vorgesetzten und Kollegen als solches wahrgenommen und gefördert wird.

3e Mitarbeiter werden belohnt, anerkannt und man kümmert sich um sie.

Die Verfolgung einer TQM-Strategie erfordert neben der Sicherstellung der Hygienefaktoren nach Herzberg vor allem eine Fokussierung auf die Motivatoren. Diese sind der Mitarbeiterstatus, die Mitarbeiteranerkennung und die Mitarbeiterförderung. Maslow definiert die Motivatoren als obere Stufen seines Pyramidenmodells mit Zugehörigkeitsbedürfnis, Achtungsbedürfnis sowie Selbstverwirklichung.

Die Führung hat dafür Sorge zu tragen, daß gute Leistung honoriert und anerkannt wird. Die größte Wirkung dürfte dabei die immaterielle Anerkennung beispielsweise durch spontane mündliche Belobigung aufweisen. Dies vermittelt der Fachkraft, daß besonderes Engagement bemerkt wird und daß sie als Individuum wahrgenommen wird. Um den Anreiz für überdurchschnittliches Engagement zu erhöhen haben sich systematische Belohnungssysteme bewährt. Durch die Arbeitsteilung in der OP-Organisation sind hier gruppenorientierte Modelle vorzuziehen. Anlässe für eine Belohnung können überschrittene Zielvorgaben, das Gute Abschneiden bei Vergleichsverfahren, der erfolgreiche Abschluß einer Umstrukturierung oder das Ende einer Zeitperiode mit extremen Arbeitslasten (Überstunden) sein. Individuelle Belohnungen können beispielsweise auch bei langjähriger Betriebszugehörigkeit gewährt werden. Die Belohnung kann durch monetäre Vergütung, die Gewährung von Sonderurlaub oder Sachgeschenken erfolgen.

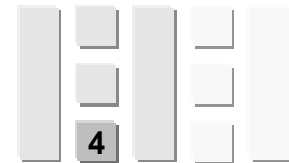
Die Beachtung der Mitarbeiter spiegelt sich auch in den Serviceangeboten wieder, die eine angenehme Arbeitsatmosphäre bewirken. Möglichkeiten einer besonderen Betreuung sind die Gewährleistung einer ortsnahen Parkgelegenheit, Möglichkeiten der Kinderbetreuung sowie freundlich gestaltete Pausen- und Umkleieräume.

Kennzahlenkatalog „Mitarbeiter“

Kr.	Meßgegenstand	Darstellung	Quelle
3a	Personalbedarfsrechnung (nach mehreren Methoden)	Anzahl	Personalabteilung
	Arbeitszeitbedarfsermittlung	Zeit	Personalabteilung
	Qualifikationsbedarf, Stellenbeschreibung vorhanden ?	Ja / nein	OP-Pflegeleitung
	Flexibles Arbeitszeitmodell	Ja / nein	PDL, Personalrat
3b	Durchschnittliche Anzahl an Zusatzqualifikationen	Anzahl	Personalakte
	Budget für Fortbildungsangebote	Betrag	Controlling
	Anzahl der Fortbildungsveranstaltungen	Anzahl	OP-Pflegeleitung
	Gleichverteilung der Fortbildungsmaßnahmen	Varianz	OP-Pflegeleitung
	Abonnierte Fachzeitschriften der Abteilung	Anzahl	OP-Pflegeleitung
	Benchmarking in Bezug auf Qualifikationen	Punkte	Direktorium
3c	Hierarchiestufen	Anzahl	Direktorium
	Arbeitsanweisungen	Anzahl	Direktorium
	Teambildung bei Dienstplangestaltung	Ja / nein	OP-Pflegeleitung
	Innerbetriebliches Vorschlagswesen	Ja / nein	OP-Koordinator
3d	Abteilungsvisiten durch Verwaltungsleitung	Ja / nein	Verwaltungsleitung
	Mitarbeiterzeitung	Ja / nein	Personalrat
	Kanalisierte e-mail Kontakte Direktorium - Mitarbeiter	Ja / nein	Direktorium
	OP-Versammlung, Zyklus	Dauer	OP-Koordinator
	Beschwerdemanagement (Anonyme Erfassung)	Ja / nein	Direktorium
3e	Anteil der umgesetzten Wünsche im Dienstplan	%	OP-Pflegeleitung
	Leistungsbezogene Vergütungsstruktur	Ja / nein	Personalabteilung
	Anzahl ausgegebener Sondervergütungen (Prämien)	Anzahl	Verwaltungsleitung
	Kinderbetreuung	Ja / nein	Verwaltungsleitung
	Parkplatzgarantie	Ja / nein	Verwaltungsleitung
	Budget für Ausflüge und Betriebsfeierlichkeiten	Betrag	Verwaltungsleitung

4.3.3 Kriterium "Ressourcen"

Wie die Organisation ihre externen Partnerschaften und internen Ressourcen plant und managt, um ihre Politik und Strategie und das effektive Funktionieren ihrer Prozesse zu unterstützen.



Das Vorhalten umfassender Ressourcen sichert den kunden- und qualitätsorientierten OP-Betrieb. Zu den Ressourcen zählen die personellen Ressourcen (Mitarbeiter, Dienstleister und Lieferanten), die materiellen Ressourcen (Finanzen, Sachgüter und Umwelt) und die immateriellen Ressourcen (Information und Technologie). Es ist die Aufgabe der Führung, die Verfügbarkeit dieser Ressourcen sicherzustellen, zu erweitern, zu verbessern und sie aufeinander abzustimmen.

4a Externe Partnerschaften werden gemanagt.

Die Schlüsselpartner und strategische Beziehungen der OP-Abteilung sind zu ermitteln und zu pflegen. Dies bedarf einer Strukturierung partnerschaftlicher Beziehungen, beispielsweise durch festgelegte Intervalle der Kontaktaufnahme.

Das Lieferantenmanagement bezieht sich dabei auf Lieferanten von Verbrauchsmaterial, den Wäscheservice, Hersteller und Service Providern med. Großgeräte, Serviceprovider chirurgischer Instrumente sowie den Wartungsservice der Gebäudetechnik. Dabei haben sich zwei Strategien in der OP-Abteilung bewährt: Durch das *Single Sourcing* werden wenige Lieferanten mit langjährigen Verträgen an das Krankenhaus gebunden, wodurch Partnerschaften entstehen. Das *just-in-time* Prinzip stellt sicher, daß Verbrauchsmaterialien direkt zum Gebrauch angeliefert werden, wodurch Lagerflächen abgebaut werden können. In Verbindung mit einem Schrankservice können eigene Arbeitskapazitäten zugunsten der Patientenversorgung freigesetzt werden.

Benchmarkingpartner können vergleichbare Abteilungen innerhalb eines Krankenhausverbundes oder innerhalb einer Region sein. Weitere Partner sind externe Berater wie die Leitung eines Krankenhausverbundes, private Beratungsfirmen oder die Hochschulforschung. Es gilt dabei, die Partnerschaften für die Politik und Strategie der Abteilung zu instrumentalisieren, Synergieeffekte zu nutzen, *best practice* Methoden zu erlernen und innovative Denkprozesse anzuregen.

4b Finanzen werden gemanagt.

Das zunehmend leistungsorientierte Entgeltsystem zwingt die Krankenhäuser, vorhandene Abläufe und Strukturen zu reflektieren und Einsparpotentiale zu identifizieren. Kosten müssen

ihren Entstehungsorten zuweisbar sein und den Abteilungen transparent gemacht werden. In der OP-Abteilung ist zwischen der Nutzleistung (Durchführung der OP), Stützleistung (Dokumentation, Gerätebereitstellung), Blindleistungen (fehlende Information, Wartezeiten, Leerzeiten im OP-Saal) sowie Fehlleistungen (med. Kunstfehler, falsche Diagnose, falsche Kostenabrechnung) zu unterscheiden.

Vor- und Nachkalkulation der OP's werden gegenübergestellt. Es werde die Ist-, Soll-, Optimal-, Minimal-, Plan- und Normalkosten ermittelt und verglichen. Die Kostenartenrechnung wird den Kostenstellen zugeordnet. Investitionen werden neben ihren materiellen Auswirkungen auch nach ihren immateriellen Auswirkungen bewertet. Bei Investitionen wird eine fundierte Risikoabschätzung vorgenommen. Es werden finanzielle Mechanismen für einen effizienten und effektiven Mitteleinsatz eingeführt. Hierzu zählen in der OP-Abteilung die Anwendung angepaßter Abschreibungsmechanismen, die Abwägung zwischen Kauf- oder Leasingverträgen sowie Retabilitätsberechnungen vor geplanten Investitionen. Die Dezentralisierung von Entscheidungskompetenz bei gleichzeitiger Übertragung von Budgetverantwortung motiviert die Mitarbeiter, Verbesserungen umzusetzen, insbesondere dann, wenn erwirtschaftete Gewinne in einem definiertem Umfang in die Abteilung zurückfließen.

Zwischen OP-Abteilung und Verwaltung sind Mechanismen zu installieren, die eine korrekte Verschlüsselung der durchgeführten Eingriffe sicherstellen. Dies gilt insbesondere bei Eingriffen, die von niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden. Für deren Leistungen sind umfassende vertragliche Regelungen unter Beteiligung der ärztlichen Leitung zu treffen.

4c Gebäude, Einrichtungen und Material werden gemanagt.

Die Grundlage einer aufgabenorientierten Ausstattung mit Sachgütern bildet eine logische Anordnung der Räumlichkeiten. Neben dem klassischen OP-Konzept sind bei Neu- oder Erweiterungsbauten innovative Konzepte wie das Berner Modell (OP-Cluster) oder der Großraum OP auf ihre Tauglichkeit hin zu prüfen. Die Ausstattung mit Medizintechnik ist unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages auf die Politik und Zielsetzung der Abteilung abzustimmen. Das Vorhalten von Großgeräten wird bei geringer Auslastung insbesondere in kleineren OP-Einheiten zu einem erheblichen Kostenfaktor. Alternativen wie die Nutzung durch niedergelassene Ärzte bzw. das Leihen von Geräten sind in die Planungen einzubeziehen.

Es ist sicherzustellen, daß Betriebsmaterial wie Medizintechnik, Informations- und Kommunikationstechnik verfügbar, funktionsbereit und ergonomisch gestaltet ist. Ein Ansatz

bietet das Konzept der Total Productive Maintenance (TPM), bei dem eine vorbeugende Ausfallsvermeidung und eine ständige Verbesserung der Verfügbarkeit angestrebt wird.

Eine flächendeckende Materialkatalogsstruktur zur Darstellung abrufbarer Materialien wird aufgebaut und gepflegt. Der Katalog wird von Doppelerfassungen, Komplementärprodukte oder nicht verwendete Produkte bereinigt. Neue Produkte werden testweise aufgenommen und erprobt. Es wird eine lückenlose Erfassung und eine wirksame Kontrolle der Kataloge umgesetzt.

Optimierungsansätze für die Lagerhaltung sind die Zusammenstellung eingriffsspezifischer Siebe - u.U. auch differenziert nach Operateur - , der Einsatz von Kompaktregalen sowie die Einführung von Sets für Gebrauch und Nachbestellung von Verbrauchsmaterialien. Lagerkapazitäten sind zu erfassen und den Materialien zuzuordnen. Zu einer Optimierung der Verbrauchsmaterialien gehört auch ein Entsorgungskonzept mit dem Ziel der Abfallreduktion. Eine Produkt-Klassifizierung ist vorzunehmen und entsorgungstechnische Aspekte sind in die Beschaffung zu integrieren. Die ordnungsgemäße Entsorgung ist zu dokumentieren und zu überwachen. Hierzu sind Mitarbeiterschulungen durchzuführen. Die Entsorgung ist nach Material und Klassifikation zu budgetieren.

4d Technologie wird gemanagt

Die Entwicklung neuer Technologien erfolgt für den medizinischen Bereich routinemäßig an Universitätskliniken und Instituten. Für das Krankenhaus der Grundversorgung gilt es, das Technologie-Portfolio nach seinen Zielen und Strategien zu managen. Dabei hat die leitende Ärzteschaft die Aufgabe, aufkommende Technologien zu identifizieren und auf ihren Nutzen für den eigenen OP-Bereich zu untersuchen. Der Einsatz innovativer Technologien hat einen entscheidenden Einfluß auf den Ruf der Abteilung. Veraltete Technologien müssen daher kontinuierlich identifiziert und ersetzt werden. Neben neuen Operationstechniken sind hier auch neue Erkenntnisse über eine zweckmäßige Reinigung bzw. Desinfektion umzusetzen.

4e Informationen und Wissen werden gemanagt.

Informationsmanagement bedeutet, handlungsrelevante Informationen zu sammeln und zielorientiert einzusetzen. Hierzu bedarf es einer abteilungsexternen und auch internen Informationsarbeit, um den Zugriff auf Information für die Mitarbeiter nach Erfordernissen ihrer Aufgabenstellung sicherzustellen. Das Krankenhausinformationssystem (KIS) muß in der Lage sein, für den OP-Bereich zeitnahe Informationen über Diagnosewerte, Laborbefunde, OP-Programm und Dienstplanung bereitzustellen. Dies kann durch die Bereitstellung aktueller Information im Intranet des Krankenhauses unterstützt werden.

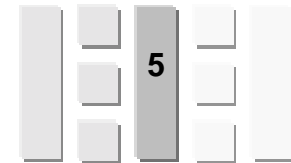
Auf der Basis definierter Aufgabenstellungen und Prozeßabläufe ist eine Anforderungsliste an das KIS zu erstellen. Dabei sind alle erforderlichen Informationen für ein Kosten-, Leistungs-, und Qualitäts-Controlling zu berücksichtigen. Für die Softwareauswahl sind neben dem Preis auch Aspekte wie Software-Ergonomie, Schulungsumfang für die Mitarbeiter, Service des Herstellers und Technologietrends zu berücksichtigen. Für eine zukunftsorientierte Implementierung gehört neben dem schnellen Erreichen kurzfristiger Ziele, insbesondere auch die Entwicklung mittel- und langfristiger Strategien und Konzepte. Lösungen sind derzeit für die Bereiche OP-Management, Rechnungswesen, Personalwesen, Patientenverwaltung und Arztbriefherstellung verfügbar.

OP-Berichte werden sofort innerhalb eines OP-EDV-Systems im Anschluß an die Operation geschrieben und dort abgelegt. Über die Mindestanforderungen des OP-Buches sind verbindliche interne Regelungen zu treffen. Folgende Zeiten der OP-Dokumentation werden als wichtig erachtet: Arzt Bruttozeit; Arztbindungszeit; Pflege Bruttozeit; Pflegebindungszeit; Schnitt-Naht-Zeit. Der Umfang und die Qualität des OP-Berichts liegt allein in der Verantwortung des Operators, kann und soll vom OP-Management also nicht beeinflußt werden. Den Kernanforderungen des §301 SGB V ist zu entsprechen.

Kennzahlenkatalog „Partnerschaften und Ressourcen“

Kr.	Meßgegenstand	Darstellung	Quelle
4a	Identifizierte Schlüsselpartner	Anzahl	Ärztliche Leitung
	Findet eine systematische Liferantenbeurteilung statt ?	Ja / nein	Materialwirtschaft
	Durchschnittliches Intervall der Kontaktaufnahme	Zeit	Materialwirtschaft
4b	Werden Zielkosten festgelegt ? (Teilkostenrechnung)	Ja / nein	Controlling
	Differenz von Nach- und Vorkalkulationen	Betrag	Controlling
	Existiert ein OP-Kostenstellenplan	Ja / nein	Controlling
	Nutzleistung, Stützleistung, Blindleistung, Fehlleistung	Betrag	Controlling
	Benchmarkingvergleiche	Punkte	Controlling
4c	Renovierungsintervall der Gebäude	Zeit	Technischer Dienst
	Wartungsintervall med. Großgeräte	Zeit	Technischer Dienst
	Alter der EDV / Software (letzte Überarbeitung)	Zeit	EDV
	Nicht umgesetzte Forderungen des EDV-Anforderungskatalog	Anzahl	EDV
	Sortiment der Materialbestandsführung	Anzahl	Leitende OP-Pflege
	Lagerfläche pro OP-Einheit	m ²	Technischer Dienst
	Eingeführte Material-Sets	Anzahl	Leitende OP-Pflege
	Entsorgungskosten	Betrag	Materialwirtschaft
	Abfallmenge	Gewicht	Materialwirtschaft
Besteht ein systematisches Entsorgungskonzept ?	Ja / nein	Materialwirtschaft	
4d	Teilnahmen der Ärzteschaft an Fortbildungsseminaren	Anzahl	Ärztliche Leitung
	Benchmarking nach Operationstechniken	Bericht	Ärztliche Leitung
	Kontakte zur medizinischen Hochschulforschung	Bericht	Ärztliche Leitung
4e	Budget für das Krankenhaus-Informationssystem (KIS)	Betrag	Controlling
	Implementierte Intranet-Technologie	%	EDV
	Zeitbedarf für Informationsbeschaffung pro Arbeitstag	Zeit	Stichprobe
	Zeitbedarf für OP-Dokumentation	Zeit	Stichprobe
	Fehlerrate der ICD-Verschlüsselung	%	Stichprobe
	Genügt die OP-Dokumentation der Deckungsbeitragermittlung	Ja / nein	Controlling
Erreichbarkeit der Organisation während Regelarbeitszeit	%	Stichprobe	

4.3.4 Kriterium "Prozesse"



Wie die Organisation ihre Prozesse gestaltet, managt und verbessert, um ihre Politik und Strategie zu unterstützen und ihre Kunden und andere Interessengruppen vollumfänglich zufriedenzustellen und die Wertschöpfung für diese zu steigern.

Prozeßqualität kann dann am rationellsten gesichert werden, wenn sie prospektiv und präventiv von Beginn an in den Versorgungsprozeß integriert wird (Kastenholz 2000). Eine gute Prozeßqualität im Krankenhaus verringert Reibungsverluste, die insbesondere an Nahtstellen zwischen Abteilungen (OP-Schleuse, OP-Dokumentation) und Professionen (Ärzte, OP-Pfleger, Funktionsdienste, Verwaltung und Reinigungspersonal) entstehen können. Beispielsweise führen Informationsdefizite bei den Mitarbeitern zu langen Wartezeiten für den Patienten. Für ihn ist jede OP mit Ängsten verbunden. Jede Verzögerung wirkt belastend, da der Patient den Grund für die Verzögerung in seinem Gesundheitszustand sucht (Becker 1998, S.107)¹²². Die Ursachen für Wartezeiten in der OP-Abteilung resultieren häufig aus vor- oder nachgelagerten Prozeßketten auf den Stationen (Samson 1998, S. 403). Die Prozesse des OP-Bereiches lassen sich daher nicht atomisieren, sondern müssen stets als Baustein eines übergeordneten Gesamtsystems "Krankenhaus" verstanden und interpretiert werden. Es bedarf somit einer besonderen Betrachtung dieser Übergänge, um „Schnittstellen“ in „Nahtstellen“ zu verwandeln.

5a Prozesse werden systematisch gestaltet und gemanagt.

Die Steuerung der Prozesse innerhalb einer OP-Einheit muß dort ansetzen, wo die Behandlungskette des Patienten eingeleitet wird. So ist die Patientenaufnahme in die OP-Planung zu integrieren, damit eine Planung nach OP-Kapazitäten und Dringlichkeit – und somit das Agieren statt Reagieren - möglich wird. Eine effektive abteilungsübergreifende Prozeßsteuerung zeigt sich in der OP-Abteilung durch den Abbau der Auslastungsschwankungen an den einzelnen Wochentagen. Eine verlässliche Planung ermöglicht zudem eine Optimierung der OP-Auslastung durch zusätzliche Kontingente für Belegärzte (Holzäpfel 1997, S. 34)¹²³.

Für eine Orientierung der OP-Abteilung am Kunden erscheint es sinnvoll, den Stationsaufenthalt als Primärprozeß (mother workflow) und den Operationsverlauf als sekundären Prozeß (child workflow) zu definieren. Bei dieser Sichtweise übernimmt die Station als Indikationssteller der Operation die Kundenfunktion in Stellvertretung für den Patienten. Dies ermöglicht die Betrachtung des Patientendurchlaufes als Schlüsselprozeß, da es nun möglich ist, die

¹²² Projekt zur Qualitätssicherung in der OP-Vorbereitung 1997, Klinikum Nord, Heidelberg

¹²³ Erfahrungen des Kreiskrankenhauses St. Ingbert (Saarland)

Kundenerwartung an die Operationsabteilung präzise zu definieren (Vermeidung von Wartezeiten vor der Patientenschleuse, angemessener Einbestellungszeitpunkt, flüssige Übergabeprozedur, stabiler postoperativer Patientenzustand, vollständige Information über die Art der Nachbehandlung, vollständiges OP-Protokoll).

An den Schlüsselprozeß der OP-Abteilung (Patientendurchlauf) schließen sich in einer dritten Prozeßebene der Instrumentenkreislauf (bestehend aus Sterilisation, Siebbesatz, Lagerung, Gebrauch), der Kreislauf des Verbrauchsmaterial (bestehend aus Bestellung, Lagerung, Gebrauch und Entsorgung) sowie der Kreislauf der Finanzmittel (OP / ICD-Verschlüsselung, Abrechnung Fallpauschale/Sonderentgelte, Finanzzuweisungen, Abteilungsbudget) an. Jeder dieser Prozesse ist erfolgsentscheidend für den Schlüsselprozeß.

Das Prozeßmanagement dient der Identifizierung und Umsetzung von Verbesserungspotentialen. Zu dessen grundlegenden Prinzipien gehören die eindeutige Prozeßverantwortung, die Visualisierung des Prozeßkreislaufs, die Prozeßbewertung durch Kennzahlen sowie ein internes Kunden-Lieferanten-Verhältnis. Eine nicht zu unterschätzende Disziplin des Prozeßmanagements ist das Schnittstellenmanagement. Diesem unterliegt die Annahme, daß Störungen abteilungseigener Prozeßabläufe häufig aus Störungen an den Berührungspunkten zu Prozessen benachbarter Funktionsbereiche resultieren. Das Prozeßmanagement setzt auf eine kontinuierliche Verbesserung, die anhand des PDCA-Zyklus durchgeführt wird. Es bestehen festgelegte Terminabsprachen für Tagesbesprechung, Wochen-OP-Konferenz und monatliche QZ, in denen die Prozesse evaluiert und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden. Für besondere Streßsituationen wie für die Notfallintegration und Rettungsprozeduren sind in der OP-Abteilung verbindliche Regeln zu vereinbaren.

5b Prozesse werden wenn nötig verbessert, wobei Innovation eingesetzt wird, um Kunden und andere Interessengruppen vollumfänglich zufriedenstellen und die Wertschöpfung für diese zu steigern.

Die Fähigkeit zur Veränderung hängt von der Stimulierung, der Kreativität und dem Innovationstalent der Mitarbeiter ab. Vor einer neuen Prozeßgestaltung sind Mitarbeiter zu unterrichten, zu beteiligen und zu schulen. Eine mitarbeiterorientierte Prozeßgestaltung berücksichtigt Faktoren wie Arbeitszeitgestaltung und Arbeitsumgebung. Die wichtigste Ressource sind dabei die Informationen, die für lernorientierte Aktivitäten für Prozeßentwicklungen eingesetzt werden können. Sie ermöglichen das Entdecken neuer Prozesse und Betriebsphilosophien sowie deren Implementierung in der eigenen Organisation. Zur

Risikominimierung und Zielkontrolle bedarf es einer sorgfältigen Ergebnisüberwachung neu eingeführter Prozesse. Bewährte Instrumente der Risikominimierung sind die Prozeßeinführung über Pilotversuche oder Testobjekte (z.B. Beschränkung auf eine OP-Einheit oder auf eine Fachdisziplin).

Die Hauptaufmerksamkeit in der OP-Abteilung liegt auf der Abschaffung oder Reduzierung von Wartezeiten im allgemeinen. Dies erfordert eine erhöhte Verbindlichkeit von der OP-Planung, den Absprachen und den Terminzusagen. Die Planung für den Elektivbereich (HNO, Gyn) ist langfristig auszulegen (Boeden 1998, S. 408)¹²⁴.

5c Produkte und Dienstleistungen werden anhand der Bedürfnisse und Erwartungen von Kunden entworfen und entwickelt.

Es sind Prozeduren einzuführen, welche die Kundenerwartungen kontinuierlich evaluieren und die der Abteilungsführung Informationen über notwendige Anpassung an diese Kundenbedürfnisse bereitstellen. Hierzu zählt das Feedback der einweisenden Ärzte auf die Krankenhausleistungen ebenso wie eine regional differenzierte Marktanalyse. Bei der Einführungen neuer Schwerpunkte der operativen Behandlung ist auch die Landespolitik sowie die Strategie der Kostenträger mit zu berücksichtigen. Anhand der Ergebnisse sind die Mitarbeiterkompetenzen zu gestalten und neue Schwerpunkttherapien zu entwerfen. Zur Erhöhung von Kreativität und Innovation werden Prozeßoptimierungen von Partnern (OP-Abteilungen eines Krankenhausverbundes; Berater) begleitet. Kooperationen mit regionalen Nachbarn eröffnet auch für Krankenhäuser der Grundversorgung die Möglichkeit der Zentrenbildung in der operativen Medizin. Neben Outsourcing und Kooperationen bieten sich Netzwerkstrukturen zum Abbau der Leistungstiefe an (Adam 1999, S. 101).

5d Produkte und Dienstleistungen werden hergestellt, geliefert und betreut.

Durch eine sorgfältige Dokumentation der OP sowie der Aushändigung vollständiger Anweisungen in bezug auf Medikation und Nahrungsplan durch den schneidenden Arzt wird eine qualitativ hochwertige und angemessene stationären Nachbetreuung des Patienten sichergestellt. Der schneidende Arzt vergewissert sich persönlich auf der Station von dem Behandlungserfolg des Patienten. Eine gestaffelte Nacherhebung des Patientenzustandes auch während der Nachbetreuung durch den Hausarzt verschafft dem schneidenden Arzt Transparenz über den medizinischen Leistungserfolg und ermöglicht einen Dialog zu den nachbetreuenden Personen.

Die von der Verwaltung für Abrechnungszwecke benötigte OP-Dokumentation wird unmittelbar nach dem Eingriff mit vollständiger ICD-Verschlüsselung an die Sachbearbeiter der Controlling-Abteilung und Verwaltung weitergeleitet. Für Rückfragen und Nachverschlüsselungen bestehen verbindliche terminliche Regelungen.

5e Kundenbeziehungen werden gemanagt und vertieft.

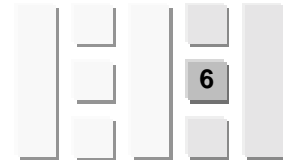
An den Nahtstellen der OP-Abteilung zu den (Intensiv-)Stationen, zu der Röntgenabteilung oder der Verwaltung bietet es sich an, in interdisziplinären Qualitätszirkeln die vorhandenen Prozesse zu analysieren und zu optimieren. Die involvierten Berufsgruppen formulieren dabei die Qualitätskriterien der überschneidenden Prozesse gemeinsam. Das Feedback aus dem Tagesgeschäft wird im Rahmen eines Beschwerdemanagements systematisch ausgewertet und den Führungskräften in komprimierter Form vorgelegt. Eine strukturierte Datenerhebung mittels regelmäßiger Kundenbefragung (Pflegestationen, Verwaltung, Patienten, niedergelassene Ärzte u.a.) ist einzuführen. Die Ergebnisse werden regelmäßig erfaßt, analysiert und zu komprimierter Führungsinformation verarbeitet. In Austauschforen wird mit den niedergelassenen Ärzten eine proaktive Zusammenarbeit gepflegt. Die telefonische Erreichbarkeit der zuständigen Organisatoren ist für alle Kundenbeziehungen sicherzustellen.

Kennzahlenkatalog „Prozesse“

Kr.	Meßgegenstand	Darstellung	Quelle
5a	Wurden OP-Abläufe modelliert ?	Ja / nein	Verwaltungsleitung
	Enthält OP-Plan Angaben über Diagnose / Lagerung / Narkose	Ja / nein	OP-Koordinator
	Gemittelter Zeitpunkt der Planfertigstellung des Folgetages	Uhrzeit	OP-Koordinator
	Wird die Notfallintegration systematisch gemanagt ?	Ja / nein	OP-Koordinator
	Anzahl sonstiger standardisierter Teilprozesse	Anzahl	OP-Pflegeleitung
	Anzahl ermittelter und gemanagter Schnittstellen ?	Anzahl	OP-Koordinator
	Eingeführte Prozeßkennzahlen (Zeiten, Kosten, Ressourcen)	Anzahl	Controlling
5b	Wird ein interner OP-Schlüssel eingesetzt ?	Ja / nein	Ärztliche Leitung
	Wurde ein PDCA-Zyklus eingeführt ?	Ja / nein	Verwaltungsleitung
	Wurde ein systematisches Risk-Management eingeführt ?	Ja / nein	Ärztliche Leitung
	Wieviele Verbesserungsprojekte wurden umgesetzt ?	Anzahl	QZ
	Welcher Anteil wurde durch Mitarbeiter initiiert ?	Anzahl	QZ
	Werden neu eingeführte Prozesse evaluiert ?	Ja / nein	QZ
5c	Ablaufbezogene Mitarbeiterschulungen	Anzahl	Mitarbeiterbefragung
	Anteil ambulanter Eingriffe	%	Controlling
5d	Durchlaufzeit, Wartezeiten	Zeit	Stichprobe
	Systematische Öffentlichkeitsarbeit	Ja / nein	Abteilung Öffentlichkeitsarbeit
	Durchschnittlicher Qualifikationsgrad des Operateurs	Titel, Lizenzen	OP-Plan
5e	Postoperative Evaluation der Ergebnisse	Ja / nein	Ärztliche Leitung
	Projekte proaktiver Zusammenarbeit mit Kunden	Anzahl	Direktorium
	Anzahl von Kundenbeteiligungen an Prozeßänderungen	%	QZ

4.4 Kriterien der Ergebnisse

4.4.1 Kriterium "Kundenzufriedenheit"



Was die Organisation im Hinblick auf ihre externen Kunden erreicht.

Der Krankenhausaufenthalt stellt für jeden Menschen einen tiefen Einschnitt in seine bisherige Lebensqualität dar. Er hat sich der Rolle des Kranken im Krankenhaus mit all ihren Konsequenzen zu unterwerfen. Zu diesen Konsequenzen gehört häufig die Einwilligung in eine Operation, die als lebensbedrohliches Ereignis empfunden wird (Samson 1998, S. 404). So ist die Bedeutung der Kommunikation mit dem Patienten in der präoperativen Phase für den Behandlungsverlauf in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen worden (Samson 1998 S. 404). Die Überlegung, daß ein zufriedener Patient das gleiche Krankenhaus wieder aufsuchen wird oder daß jeder entlassene Patient einen (kostenlosen) Beitrag für das Krankenhausmarketing leisten kann, scheint für das Krankenhausmanagement immer noch nicht tief genug in das Bewußtsein vorgedrungen zu sein. So ist die menschliche Zuneigung und das Vermeiden von Wartezeiten über den gesamten OP-Prozeß hinweg sicherzustellen.

Patientenorientierung in der Operativen Abteilung erfordert jedoch andere Schwerpunkte wie in anderen Krankenhausbereichen. Nicht die Zufriedenheit sondern die Sicherheit steht hier im Vordergrund: Sicherheit in den Arbeitsabläufen (wer wird wann, wo und von wem versorgt?); Sicherheit durch lückenlose fachliche Aufsicht und menschliche Betreuung; Sicherheit durch Maßnahmen der Hygiene und Sterilität; Sicherheit in der Funktion aller Geräte, Instrumente und Materialien. Für den OP empfiehlt es sich daher, den QM-Fokus auf Kundenzufriedenheit durch den Aspekt der Kundensicherheit zu ergänzen (Langenegger¹²⁵ 2000).

6a Meßergebnisse aus Sicht der Kunden

Ein Partnerschaftsmodell in der Arzt-Patienten-Beziehung durch die Beteiligung des Patienten am postoperativen Entscheidungsprozeß ermöglicht die Einbeziehung patientenseitig definierter Behandlungsziele des operativen Eingriffes bei der Leistungsbewertung.

¹²⁵ Vertreter der Vereinigten Krankenversicherungen der Schweiz (BSV)

Kundenzufriedenheit wird durch postoperative Patientenbefragungen, Befragungen sonstiger Kunden oder das Beschwerdemanagement reflektiert. Durch die Prämedikation der Patienten bereits vor Eintritt in den Prozeßkreislauf einer OP-Abteilung ist das Wahrnehmungsvermögen des Patienten – auch bei Ansprechbarkeit – sehr eingeschränkt. Das Instrument der Patientenbefragung als qualitätssichernde Maßnahme in der OP-Abteilung wird daher von zahlreichen Autoren in Frage gestellt. Als ergänzende Maßnahme sollte die postoperative Kundenbefragung dennoch Bestandteil eines umfassenden TQM-Konzeptes sein.

Eine Schlüsselrolle in der Patientenwahrnehmung nimmt der Empfang in der OP-Schleuse durch das Anästhesiepersonal ein. In den kurzen Minuten vor der Narkoseeinleitung werden die wesentlichen Maßstäbe für das Qualitätsempfinden aus Patientensicht gesetzt. Als Minimalanforderung wird erwartet, daß Patientinnen und Patienten mit ihrem Namen begrüßt werden und ihnen so das Gefühl von Sicherheit und des Erwartet-worden-seins vermittelt wird (Bühlmann 1997, S. 261)¹²⁶. Durch eine patientenorientierte Prozeßplanung ist im weiteren Verlauf sicherzustellen, daß der Patient lückenlos betreut wird, und ihm während seines wachen Zustandes permanent ein Ansprechpartner zur Seite steht.

Aus Ergebnissen der letzten Kundenbefragung sowie dem Leitbild für die Abteilung sind Leistungsindikatoren zu definieren, welche aus Sicht der Abteilung wesentlich die Zufriedenheit der Kunden bestimmen und mit denen die Abteilung ihre Leistungen überwachen, analysieren, planen und verbessern kann. Sie sollen die Vorhersage ermöglichen, daß der Patient mit seiner Betreuung durch das OP-Personal mehr als zufrieden ist. Als Indikatoren können ein freundlicher Empfang in der OP-Schleuse, die Art und der Umfang der Information des Patienten über die bevorstehende Prozedur, eine patientengerechte Raumgestaltung, sowie das Angebot optionaler Zusatzleistungen wie Wärmekissen oder Klangmedien herangezogen werden.

Weitere kundenbezogene Ergebnisse werden durch ein umfassendes Beschwerdemanagement von seiten der Fachbereiche, der Pflegestationen, der Verwaltung und der niedergelassenen Ärzte reflektiert. Eine fundamentale Voraussetzung für ein funktionierendes Beschwerdemanagement bildet eine durchgängige Erreichbarkeit der Führungskräfte sowie deren kundenfreundliches Kommunikationsverhalten.

¹²⁶ Qualitätsuntersuchung des Universitätsspitals Zürich zur OP-Vorbereitung

6b Leistungsindikatoren

Sie dienen der Reflexion des Images der operativen Leistungen eines Krankenhauses. So gibt die Erfragung der Gründe für die Krankenhauswahl des Patienten Aufschluß über die Loyalität der Patienten und der einweisenden Ärzte. Ein eingeführtes Beschwerdemanagement stellt sicher, daß diese Loyalität vertieft und ausgebaut werden kann. Ein gezieltes OP-orientiertes Marketing kann die Zufriedenheit über die operativen Leistungen steigern und somit die Patientenbindung fördern. Die Öffentlichkeitsarbeit ist ein wichtiges Kriterium der Qualitätssicherung. Dabei ist aber auch die Qualität von Information über Qualität stets zu wahren.

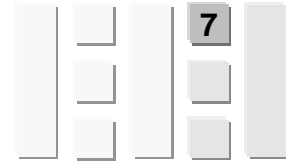
Allgemein betrachtet stellt das Image der operativen Leistungen eines Krankenhauses den grundlegendsten kundenbezogenen Leistungsindikator dar. Dabei nehmen die lokale Medien eine zentrale Rolle ein. Das Pflegen der Kontakte zu lokalen Radiostationen, Tageszeitungen oder Lokalblättern fördert nicht nur eine positive Außendarstellung sondern reflektiert auch das Image in den Medien zurück in die schneidenden Fachabteilungen des Krankenhauses. Kommunikationsforen können auch durch Aktivitäten wie Informationsveranstaltungen, einem „Tag der offenen Tür“, einer Präsentation im Internet sowie Präsentationen auf Kongressen, Tagungen oder in Fachzeitschriften geschaffen werden.

Kennzahlenkatalog „Kundenbezogene Ergebnisse“

Kr.	Meßgegenstand	Darstellung	Quelle
6a	Anteil der Patienten, die sich wiederholt behandeln lassen	Anzahl	Patientenstatistik
	Beschwerden, Anerkennungen durch Patienten	Anzahl	Patientenbefragung
	Prozesse, Klagen (Ursachen)	Anzahl	Ärztliche Leitung
	Beschwerden, Anerkennung durch einweisende Ärzte	Anzahl	Beschwerdemanagement
	Beschwerden, Anerkennung durch Nachsorgeeinrichtungen	Anzahl	Beschwerdemanagement
	Beschwerden, Anerkennung durch die Kostenträger	Anzahl	Beschwerdemanagement
	Beschwerden, Anerkennung durch Lieferanten	Anzahl	Beschwerdemanagement
6b	Beteiligung der Patienten an Umfragen	%	Patientenbefragung
	Nutzungen zusätzlicher Serviceangebote durch Patienten	Anzahl	OP-Dokumentation
	Inanspruchnahme des Patientenführsprechers	Anzahl	Patientenführsprecher
	Interesse der einweisenden Ärzte an Informationsmaterial	%	Abteilung Öffentlichkeitsarbeit
	Dauer der Übermittlung des Arztbriefes (vollständig)	Zeit	Befragungen
	Teilnahme einweisender Ärzte an Informationsveranstaltungen	Teilnehmerzahl	Ärztliche Leitung
	Anzahl und Art von Kontakten mit einweisenden Ärzten	Anzahl	Ärztliche Leitung
	Beteiligung einweisender Ärzte an Befragungen	%	Befragungen
	Durchschnittliche Dauer der Zusammenarbeit mit einweisenden Ärzten	Zeit	Befragungen
	Gesprächsforen mit Krankenkassen	Anzahl	Verwaltungsleitung
	Rückfragen der Krankenkassen (Gründe)	Anzahl	Ärztliche Leitung
	Teilnahme der Krankenkassen an Verbesserungsprojekten	Anzahl	Verwaltungsleitung
	Dauer der Lieferantenbeziehungen	Zeit	Materialwirtschaft
	Mahnungen der Lieferanten	Anzahl	Rechnungswesen
	Anzahl der Rückfragen (Gründe)	Anzahl	Materialwirtschaft

4.4.2 Kriterium "Mitarbeiterzufriedenheit"

Was die Organisation im Hinblick auf ihre Mitarbeiter erreicht



Durch die stark personenbezogene Art der Leistungsprozesse im OP sind die Mitarbeiter der entscheidende Einflußfaktor auf die Qualität sowie auf die Zufriedenheit der Patienten. Die Mitarbeiter rücken daher als Leistungsersteller in den Mittelpunkt von TQM-Projekten (Adam 1999, S. 97). Im laufenden Arbeitsalltag ergeben sich immer wieder Fragen wie: Ist das alles machbar? Wie lassen sich neue Standards umsetzen? Ist dafür ausreichend Personal vorhanden? Brauchen wir das alles eigentlich? Diese Fragen sind berechtigt, und nicht alle Vorstellungen und Wünsche lassen sich ohne weiteres umsetzen. (Hoffmeister 1998, S. 20). Bei TQM in der OP-Abteilung ist die Mitarbeiterführung auf Selbststeuerung und Selbstkoordination in dezentralen Strukturen auszurichten. Komplexität läßt sich dadurch reduzieren, daß Hierarchien abgeflacht und bürokratische Regeln abgebaut werden. Alle Mitarbeiter müssen involviert sein, um die Leistungen effektiv und effizient zu erbringen. Das stellt neue Anforderungen an Mitarbeiter und Führungskräfte.

Die neu zu definierende Führungsaufgabe besteht darin, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den Mitarbeitern ermöglichen, ihre Aufgabe selbständig und eigenverantwortlich zu erfüllen (Adam 1999, S. 103). Dies setzt auch ein Anreizsystem innerhalb des TQM voraus, das die Mitarbeiter gezielt zum qualitätsorientierten Verhalten motiviert. So sind beispielsweise neue Formen der Entlohnung, flexibler Arbeitszeitmodelle sowie der Karriere- und Laufbahnplanung zu entwickeln. In berufsgruppenübergreifenden Projektgruppen bedarf es hierzu abteilungsindividueller Lösungsvorschläge (Boeden 1998, S. 408)¹²⁷. Es gilt, die Erwartungen der Mitarbeiter zu identifizieren und sie unter Berücksichtigung der Politik der Abteilung und den Kundenanforderungen zu realisieren.

¹²⁷ Erfahrungen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder München

7a Meßergebnisse aus Sicht der Mitarbeiter

Die gemeinsame Entwicklung von Erhebungsinstrumenten der Mitarbeiterzufriedenheit durch eine Projektgruppe von Betroffenen gewährleistet eine problemorientierte Bestimmung der Schwachstellen (Boeden 1998, S. 408)¹²⁸. Das Erhebungsinstrument sollte es ermöglichen, den Mitarbeiter in die folgende Untergliederung der Arbeitszufriedenheit einzuordnen. (1) *Progressive Arbeitszufriedenheit*: hohe Übereinstimmung zwischen Erwartungen und Realität mit einer optimistischen Grundeinstellung. (2) *Resignative-stabilisierte Arbeitszufriedenheit*: allgemeine Zufriedenheit bei sehr geringen Erwartungen. Veränderungen (beispielsweise durch TQM) werden als Bedrohung dieses Gleichgewichts angesehen. (3) *Konstruktive Arbeitsunzufriedenheit*: Hohe Erwartungen an die Arbeitssituation gehen einher mit der Forderung nach Verbesserung. Mitarbeiter sind hoch motiviert, Änderungen herbeizurufen. (4) *Resignativ fixierte Arbeitsunzufriedenheit*: Diskrepanz zwischen Erwartungen und Realität ist trotz der Reduzierung von Erwartungen hoch. Die Umgebung wird als unveränderbar eingeschätzt.

Vorhergehende Befragungen geben dabei Hinweise, welche Fragen aufgrund ihrer Relevanz näher ausgeführt werden müssen. Die Ermittlung der Mitarbeiterzufriedenheit dient als Inputfaktor für ein zielgerichtetes Motivationsmanagement innerhalb des TQM-Systems. Neben formellen Erhebungsverfahren bedarf es einer kontinuierlichen Einschätzung der Mitarbeiterzufriedenheit bzw. ihrer Entwicklungsdynamik mittels informeller Kommunikation zwischen OP-Pflegekräften, Ärzten, Personalrat und Verwaltungsleitung.

7b Leistungsindikatoren

Durch die überdurchschnittlichen Arbeitsbelastungen in einer OP-Abteilung durch Notfallintegration, unvorhersehbare Nachmeldungen von Patienten, wechselnde Arbeitszeiten, unregelmäßige Pausen und Konfliktpotential zwischen den beteiligten Berufsgruppen hat das Monitoring der Leistungsindikatoren für die Mitarbeiterzufriedenheit hier eine besonders hohe Relevanz für die Sicherung der Qualität des Leistungsgeschehens.

¹²⁸ Erfahrungen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder München

Die wesentlichen Indikatoren ergeben sich aus den Anstellungsbedingungen, der Ausfallstatistik sowie den TQM-Bausteinen Beschwerdemanagement und innerbetriebliches Vorschlagswesen. Eine weitere Informationsquelle liefert die Teilnehmerstatistik qualitätsfördernder Austauschforen (QZ, Arbeitsgruppen u.a.) sowie die Nutzerstatistik der innerbetrieblichen Serviceeinrichtungen. Ein Spiegel der Mitarbeitermotivation bildet darüber hinaus die Teilnehmerzahl an inner- oder außerbetrieblichen Fortbildungsveranstaltungen. Neben der Quantität der Teilnehmer sind hierbei eine gerechte Verteilung sowie eine inhaltliche Ausrichtung an der Strategie der Abteilung qualitätsrelevante Kriterien.

Ein weiterer Indikator der Mitarbeitermotivation ist der Nutzungsgrad interner Erfahrungspotentiale bei der Planung von Veränderungsprozessen (Holzapfel 1997, S. 34). Nach Möglichkeit sind interne Lösungsstrategien der externen Beratung bzw. der hierarchischen Anordnung vorzuziehen. Die Messung erfolgt beispielsweise über die Anzahl von innovativen Veränderungen der Organisation, die auf Mitarbeitervorschläge zurückzuführen sind.

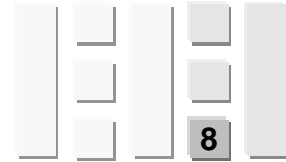
Der umfassende Meinungsaustausch zwischen Führung und Mitarbeitern erfordern eine systematische interne Öffentlichkeitsarbeit, in der Entscheidungen, Arbeitsergebnisse und anstehende Veränderungen den Mitarbeitern frühzeitig mitgeteilt und in der das Feedback kanalisiert an die Führung reflektiert wird. Bewährte Instrumente sind hierbei die Mitarbeiterzeitung, e-mail Kontakte sowie krankenhausinterne Austauschforen im Intranet.

Kennzahlenkatalog „Mitarbeiterbezogene Ergebnisse“

Kr.	Meßgegenstand	Darstellung	Quelle
7a	Absentismus (Häufigkeit, Berufsgruppe)	Anzahl	Personalstatistik
	Krankenstand (Häufigkeit, Dauer, Berufsgruppe)	Anzahl, Zeit	Personalstatistik
	Berufserkrankungen (Anzahl, Ursache, Berufsgruppe)	Bericht	Mitarbeiterumfrage
	Arbeitsunfälle (Anzahl, Ursache, Berufsgruppe)	Bericht	Personalabteilung
	Fluktuation (Berufsgruppe)	%	Ausfallstatistik
	Betriebszugehörigkeit	Zeit	Personalstatistik
	Versetzungsanträge	Anzahl	Personalabteilung
7b	Qualitätszirkel, Tagungshäufigkeit	Anzahl / Häufigk.	Qualitätsbeauftragter
	Verbesserungsvorschläge des Teams, Realisierungsquote	Anzahl, %	Innerbetr. Vorschlagswesen
	Beschwerden (Anzahl, Ursachen, Thematik)	Bericht	Beschwerdemanagement
	Fort- und Weiterbildung	Tage / MA	Ärztliche Leitung / Pflegeleitung
	Budget für Weiterbildungsmaßnahmen	Betrag	Verwaltungsleitung
	Freiwillige zusätzliche Tätigkeiten für die Abteilung	Häufigkeit	Mitarbeiterbefragung
	Beiträge für die Mitarbeiterzeitung	Anzahl	Redaktion
	Externe Beurteilung der Abteilung	Punkte	Patientenbefragung
Gemeinsame private Aktivitäten	Häufigkeit	Mitarbeiterbefragung	

4.4.3 Kriterium "Gesellschaftsbezogene Ergebnisse"

Was die Organisation in Bezug auf die lokale, nationale und internationale Gesellschaft, sofern angemessen, leistet.



Die gesellschaftliche Verantwortung der Fachbereiche einer OP-Abteilung manifestiert sich primär durch deren gesetzlich geregelten Versorgungsauftrag (Basis- und Leistungsanforderungen) zur Sicherung der Grundversorgung der Bevölkerung mit operativer Medizin. Werden darüber hinaus Begeisterungsanforderungen wie sehr gute medizinische Leistungen erfüllt, wirkt sich dies positiv auf das Image des Fachbereiches und somit seiner wirtschaftlichen Grundlage aus. In Universitätskliniken bildet zusätzlich die medizinische Forschung einen wesentlichen gesellschaftlichen Nutzen. Da das Krankenhaus der Grundversorgung in der Regel keinen eigenen Forschungsbeitrag leistet, soll hier die Erfüllung des öffentlichen Versorgungsauftrages im Vordergrund stehen. Das EFQM-Modell behandelt hierzu folgende Ansatzpunkte zur Gestaltung und Bewertung der gesellschaftlichen Verantwortung sowie des Images:

8a Meßergebnisse aus Sicht der Gesellschaft

Durch eine systematische Informationspolitik und systematisch praktizierte Medienkontakte lassen sich Indikatoren wie gesundheitspolitische Bedeutung des eigenen Standortes sowie die Auswirkungen der erbrachten Leistung auf die Gesundheitsstatistik ableiten. Neben der *gesundheitspolitischen Dimension* sind auch Ergebnisse zu der *sozialen Dimension* des eigenen Handelns zu erheben. Diese wird beispielsweise durch das Verhalten und die daraus abzuleitende Vorbildfunktion einer Organisation in bezug auf deren Umgang mit ethnischen Minderheiten, ausländischen Mitbürgern oder behinderten Menschen geprägt. Durch systematische Befragungen des gesellschaftlichen Umfeldes (Bürger, niedergelassene Ärzte, Lokalpolitiker, Sozialeinrichtungen) ist die gesellschaftliche Meinung über das Krankenhaus regelmäßig zu reflektieren und bei der Ausrichtung der Politik und Strategie zu berücksichtigen. Wie bei Kriterium 6a ist einzuschätzen, welche Rolle die OP-Abteilung für das Zustandekommen der Ergebnisse spielt..

Ein dritter Blickwinkel gesellschaftlicher Meßergebnisse beleuchtet die *regionalwirtschaftliche Dimension*. Durch die Pflege des Verhältnisses zu maßgeblichen lokalen Behörden können beispielsweise die Auswirkungen der eigenen Personalpolitik auf die lokale Wirtschaft quantifiziert werden. Hier erscheint jedoch die Beschränkung der Betrachtung auf nur eine Fachabteilung wie den OP-Bereich als wenig sinnvoll. Valide Aussagen dürften erst durch eine krankenhausbetonte Betrachtung möglich werden.

8b Leistungsindikatoren

Gesellschaftliche Verantwortung offenbart sich unter anderem durch freiwilligen Arbeitseinsatz und durch Wohltätigkeit. Eine OP-Abteilung kann dies durch das Engagement der Fachkräfte und Ärzteschaft in lokalen Initiativen der Informationsvermittlung an die Bürger zu den Themen „Früherkennung von Krankheitsbildern“, „Erste-Hilfe-Techniken“, „Fortbildung für Rettungsdienstpersonal“ und dergleichen praktizieren. Daneben kann durch die Vermietung von OP-Kapazitäten und medizinischen Großgeräte an niedergelassene Ärzte sowie deren Beteiligung beim ambulanten Operieren ein Beitrag für ein lokales Gesundheitsnetzwerk geleistet werden.

Die Auswirkungen auf die Standortgestaltung beispielsweise durch die Handhabung von Veränderungen in der Beschäftigtenzahl, Ausbildungsförderung sowie die Bedeutung der eigenen Organisation als Standortfaktor für die Industrie sind in diesem Zusammenhang zwar erwähnenswert, dürften aber erst in einer krankenhausweiten Betrachtung von größerer Relevanz sein. Ebenso verhält es sich mit dem ethnischen Verhalten der Organisation in bezug auf Einstellungspraxis und Kundenfreundlichkeit gegenüber ethnischen Minderheiten bzw. Mitbürgern ausländischer Herkunft.

In Hinblick auf den OP-Bereich hat auch dessen ökologisches Verhalten (Müllvermeidung, Transportwahl, Verbrauchs-/Versorgungseinrichtungen) Auswirkungen auf das gesellschaftliche Umfeld. Im Rahmen von TQM im Krankenhaus steht die OP-Abteilung aufgrund ihres hohen Materialumsatzes mit im Zentrum einer umfassenden Müllvermeidungs- und Müllentsorgungsstrategie.

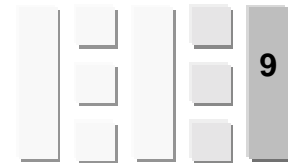
Die Durchführung eines Benchmarkings mit anderen Einrichtungen innerhalb und außerhalb der Branche können zahlreiche weitere Ideen und Verbesserungen liefern. Das Streben nach Auszeichnungen oder Preisen erleichtert in diesem Zusammenhang die Zielfindung und fördert das Streben nach Business Excellence.

Kennzahlenkatalog „Gesellschaftsbezogene Ergebnisse“

Kr.	Meßgegenstand	Darstellung	Quelle
8a	Image	Punkte	Regionale Bürgerbefragung
	Transparenz der Leistungen	%	Regionale Bürgerbefragung
8b	Berichterstattung der Presse (Themen, Art der Berichte)	Bericht	Pressearchiv
	Anzahl der Presseinformationen	Anzahl	Abteilung Öffentlichkeitsarbeit
	Zertifikate, Auszeichnungen, Preise	Anzahl, Art	objektive Feststellung
	Unterstützte Projekte (Anzahl, Zielstellung, Ressourcen)	Anzahl, Art	Direktorium
	Informationsveranstaltungen (Anzahl, Besucher, Thema)	Bericht	Direktorium
	Partnerschaften (Anzahl, Dauer, Zielsetzung)	Bericht	Direktorium
	Anzahl der Behördenkontakte	Anzahl	Verwaltungsleitung
Betriebsbedingte Entlassungen	Anzahl	Personalabteilung	

4.4.4 Kriterium "Geschäftsergebnisse"

Was die Organisation in bezug auf ihre geplanten Leistungen erreicht



Qualitätsmanagement dient nicht primär der Kostenbegrenzung. Aber Kostenbegrenzung ohne Qualitätsmanagement kann nur schaden. Wenn wirklich Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden sollen, muß sichergestellt werden, daß die Reserven zuerst da gesucht werden, wo sie mit verbesserungsfähiger – vorrangig medizinischer - Qualität einher gehen.

Die aufgrund der Einführung des GSG veränderten finanziellen Rahmenbedingungen im Krankenhauswesen und der Entwicklung des gedeckelten Budgets zur Leistungsvergütung bedeutet für Krankenhäuser, finanzielle Ressourcen zu planen, zu dokumentieren und zu kontrollieren (Hahne 1999, S. 115). Darüber hinaus bedarf es der Betrachtung weiterer nicht monetärer Kerngrößen, die die Aussagen über die Qualität der medizinischen Leistung und das Image der Abteilung beeinflussen. Die drei Zieldimensionen „optimale medizinische Versorgung“, „wirtschaftliches Handeln“ und „soziales Handeln“ erfordern die Suche nach einer zielorientierten bezahlbaren Kosten-Nutzen-Relation für die Geschäftsergebnisse (Busse 1999, S. 143).

9a Ergebnisse der Schlüsselleistungen

Das wesentliche Geschäftsergebnis der OP-Abteilung drückt sich aus in der Erfolgsrate der durchgeführten Operationen, gemessen an der zwischen Arzt und Patient getroffenen medizinischen Zielvereinbarung. In den meisten Fälle ist die Messung dieser Ergebnisse erst lange Zeit nach dem operativen Eingriff möglich. TQM in der OP-Abteilung erfordert daher ein Informationssystem, das eine Reflexion des erst mittelfristig feststellbaren medizinischen Erfolges ermöglicht.

Die zweite Dimension der Geschäftsergebnisse betreffen die Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Durch zunehmende Komplexität sind die Kosten- und Erlösstrukturen im Krankenhaus kaum mehr beherrschbar. Dies motiviert die Idee der Profit-Centern, die das Krankenhaus in überschaubare Teilbereiche gliedert, die eigenverantwortlich agieren und weitgehend über einen Marktmechanismus gesteuert werden. Krankenhäuser sind im Prinzip erst mit dem neuen Entgeltsystem für die Profit-Center-Konzeption geöffnet worden (Conrad 1997, S. 19). Dadurch können einzelne Abteilungen wie Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie, HNO als Profit-Center definiert werden. Abteilungen wie die OP-Abteilung, die nicht direkt externe Erlöse erzielen (ebenso wie Labor, Radiologie, Pathologie u.a.), sondern Dienstleistungen für die

bettenführenden Abteilungen erbringen, können als Cost-Center oder Dienstleistungszentrum organisiert werden. Das Outsourcing einzelner Leistungsbereiche, wie z.B. der OP-Abteilung stellt einen ersten Schritt dar, Center-Strukturen einzuführen (Adam 1999, S. 102).

Analytisch sind immaterielle von materiellen Geschäftsergebnissen zu unterscheiden. Die immateriellen Geschäftsergebnisse sind tendenziell schwerer zu ermitteln, da sie nur indirekt über Kennzahlen herleitbar sind. Im Rahmen der Qualitätssicherung ist ihre Bedeutung jedoch höher zu bewerten als die der materiellen Ergebnisse. Zu ihnen gehören die medizinische Erfolgsrate der OP's, die Ergebnisse von Inspektionen, der Marktanteil, die Gesetzestreue der Leistungserbringung sowie der Restrukturierungszyklus der Organisation. Zu den materiellen Ergebnissen zählen der Überschuß und Gewinn, die Budgeteinhaltung, die Eigenkapital- und Gesamtkapitalrendite, die Bonitätsbewertungen, die Amortisierung, die Mittelfluß- und Bilanzpositionen, Abschreibungen, Wartungskosten u.a.

9b Schlüsselleistungsindikatoren

Die Indikatoren der Schlüsselleistungen orientieren sich im wesentlichen an der Untergliederung des Kriteriums 4 (Partnerschaften und Ressourcen). Hier gilt die Fragestellung, wie die Prozesse, externe Ressourcen und Partnerschaften, Gebäude und Einrichtungen, Technologie und Information einschließlich des Wissens zu Bewerten sind. Anhand operationeller Meßergebnisse werden die erwarteten Leistungsergebnisse der Abteilung überwacht, analysiert und verbessert.

Kennzahlenkatalog „Geschäftsergebnisse“

Kr.	Meßgegenstand	Darstellung	Quelle
9a	Kunstfehlerrate	%	OP-Dokumentation
	Kunstfehlerstatistik vorhanden	ja / nein	Objektive Feststellung
	Mortalitätsrate, Komplikationsrate, Infektionsrate	%	Patientenakte
	Ergebnisse der Tracer Diagnosen	(Jahres-)Bericht	Externe Qualitätssicherung
	Übereinstimmung von prä- und postoperativem Befund	%	OP-Dokumentation
	Überschuß / Gewinn, Amortisation	Betrag	Controlling
	Budgeteinhaltung	ja / nein	Controlling
	Rechnungsprüfung	Bericht	Behörden
	Ergebnis gesetzlich vorgeschriebener Prüfungen	Bericht	Behörden
Regionaler Marktanteil	%	Krankenhausbetriebsvergleich	
9b	Patientendurchlaufzeit	Minuten	Stichprobe
	Wartezeiten (Schleuse, Einleitung, Aufwachraum)	Minuten	Stichprobe
	Auslastung (Wochentage, Monate)	%	OP-Dokumentation
	Information (Verfügbarkeit, Integrität, Relevanz)	Bericht	Mitarbeiterbefragung
	Gebäude (Auslastung, Störfälle, Versorgungsleistung)	%, Anz., Betrag	Technischer Dienst
	Umgesetzte Innovationen	Anzahl	QZ-Protokolle
	Anzahl der Partner (Niedergelassene, OP-Abteilungen)	Anzahl	Ärztliche Leitung
	Wartungskosten	Betrag	Rechnungen
	Preise (Verbrauchsmaterial, Wäscheservice, Reinigung)	Betrag	Rechnungen
Abschreibung, Eigen-, Gesamtkapitalrendite	Betrag, %	Finanzabteilung	

4.5 Fazit der EFQM-Anwendung

In Kapitel 3.4.6 wurden die spezifischen Vorzüge des EFQM-Modells im Vergleich mit der Normengruppe DIN-EN-ISO und dem Verfahren der KTQ dargestellt. Die Anwendung des EFQM-Kriterienkataloges zeigt jedoch, daß auch eine Bewertung nach EFQM sowohl modellstrukturbedingte als auch anwendungsobjektbezogene Schwächen aufweist:

Strukturbedingt fallen einige Überschneidungen in der Intension einiger Subkriterien auf. So zielen die Kriterien 2d, 5a und 5d jeweils auf die Ausrichtung der Schlüsselprozesse auf Politik und Strategie. Bei den Kriterien 2a, 5c und 6b lassen sich die Teilbezüge auf die Kundenorientierung unzureichend voneinander unterscheiden. Die Mitarbeiterorientierung wird in Kriterium 1d und 3e in vergleichbarer Weise aufgegriffen. Bei den Schlüsselergebnisse erscheint die Trennung der Kriterien 9a und 9b artifiziell, da Kriterium 9b die Inhalte des Kriteriums 9a in sich beinhaltet und zusätzlich Überschneidungen mit Kriterium 4 bestehen. Zur Bewältigung der Überschneidungsproblematik bei der Kriterienbearbeitung schlägt Hahne (1999) die Zusammenfassung der Subkriterien zu sogenannten Bearbeitungsmodulen vor. Dies ermöglicht eine flexiblere objektbezogene Zuordnung der Subkriterien und eine besser strukturierte Antwort auf die Frage: „Was ist zu tun?“.

Die Abwendung der EFQM-Kriterien in einer OP-Abteilung macht deutlich, daß theoretisch jede Art von Organisation eines eigenen Kriterienkataloges bedürfe. Die Anwendung umfassender und sektorweit einsetzbarer Ansätze bringt einige „Verkrampfungen“ bei der Interpretation und Anwendung einzelner Subkriterien in bezug auf ein spezifisches Untersuchungsobjekt mit sich. So ist für den OP-Bereich als Untersuchungsgegenstand festzustellen, daß die Dienstleistung nicht überwiegend nach Kundenwunsch entworfen werden kann (Subkriterium 5c) sondern von der medizinischen Notwendigkeit und dem medizinischen Forschungsstand entscheidend abhängig ist. Die Tatsache, daß eine operativ-medizinische Leistung quasi in den Kunden implantiert anstatt an diesen ausgeliefert wird, erschwert die Interpretation von Subkriterium 5d. Einige Kriterien greifen auch Aspekte des TQM auf, die nur sehr bedingt auf eine Einzelabteilung eines Krankenhauses anwendbar sind. Dies trifft insbesondere auf das Kriterium 4a (externe Partnerschaften) und Kriterium 8 (Gesellschaftliche Ergebnisse) zu. Aber auch zu Kriterium 1 ist anzumerken, daß sich die Führungsstrukturen der OP-Abteilung, der schneidenden Fachbereiche sowie der Krankenhausleitung nicht, oder für eine abteilungsspezifische Betrachtung des OP nur unzureichend voneinander trennen lassen.

So wird jedoch bei der Interpretation des Kriteriums 8 auch deutlich, daß bei vordergründig als weniger relevant erscheinenden Qualitätskriterien deren phantasievolle Umsetzung ganz neue Horizonte auf dem Weg zur Business Excellence eröffnen können. Einige Beispiele wurden bei der Interpretation des Kriteriums 8 für die OP-Abteilung auf Seite 136 dargelegt. Dies stützt die These, daß eine Anwendung umfassender, bewährter Kriterienkataloge - wie etwa der EFQM-Ansatz - eine erfolgsversprechende Maßnahme für das Streben nach Excellence darstellt.

Die EFQM-Anwendung hat gezeigt, daß diverse schon vorhandene Aktivitäten in den Berufsgruppen Bausteine eines umfassenden Qualitätsmanagements sind und es daher gilt, diese disziplinär und interdisziplinär auszubauen. Zu nennen sind beispielsweise die Qualitätssicherungsmaßnahmen der medizinischen Fachgesellschaften. Viele Bausteine befinden sich jedoch noch im Aufbaustadium, denn aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen bestand bisher kein oder nur geringer Handlungsbedarf. Eine konsequente Umsetzung des EFQM-Ansatzes erfordert einen weiteren Ausbau des Controlling, den Ausbau der Informationstechnologie¹²⁹ sowie die vermehrte Übernahme von Managementaufgaben durch die Ärzteschaft.

Um den neuen Herausforderungen entgegenzutreten und im steigenden Wettbewerb bestehen zu können, bedarf es der Bereitstellung entsprechender Ressourcen. Neben den Einstiegskosten ist eine langfristige Ressourcenplanung für die Qualitätssicherung erfolgsentscheidend. Eine weitere essentielle Voraussetzung, die erarbeitet und gepflegt werden muß, ist die Existenz einer einheitlichen, dem Qualitätsgedanken verschriebene Geisteshaltung aller Mitarbeiter – unabhängig von der Hierarchiestufe und der Profession. Nur so kann langfristig der Erfolg und das Bestehen einer Krankenhausabteilung gesichert werden.

Es steht noch die Frage im Raum, wie die ersten Umsetzungsschritte eines TQM-Systems in einer OP-Abteilung gesetzt werden können, und mit welchen Schwierigkeiten oder Widerständen dabei zu rechnen ist. Hierzu wird exemplarisch eine Bestandsaufnahme für die OP-Abteilung eines Beispielkrankenhauses durchgeführt. Anschließend soll versucht werden, aus den Erkenntnissen eine Strategie für eine umfassende TQM-Umsetzung abzuleiten. Da eine vollständige Berücksichtigung aller EFQM-Kriterien den Rahmen dieser Arbeit deutlich überschreiten würde, beschränkt sich die Darstellung auf die Prozeßkriterien 5a und 5b.

¹²⁹ hier sei insbesondere Tabelle 2 des Aufsatzes „Webtechnologie als Werkzeug qualitätsorientierten Klinikmanagements“ (Luthy/Heuser 1998, S.504) hervorgehoben (strukturiert nach EFQM-Kriterien).

5 Das Modul „Prozeßqualität“ in der Praxis

5.1 *Begründung einer Einzelfallanalyse*

Neue Narkosemethoden sowie der steigende Anteil minimalinvasiver Operationstechniken haben das medizinische Umfeld besonders in der operativen Medizin erheblich verändert. Deshalb sollte man erwarten, daß diese Veränderungen auch Auswirkungen auf die bauliche Gestaltung der OP-Einheiten haben, denn „Bauen ist in Stein gehauene Organisation“ (Sander 1997, S. 591). Es wird jedoch an bestehenden Regelwerken, Vorgaben, Standards und Gesetzen festgehalten, die durch das Bundesgesundheitsamtes (BGA) vorgegeben sind und von den Berufsgenossenschaften unterstützt werden. Da der Staat gemäß KHG verpflichtet ist, die Krankenhäuser nach besagten Standards zu finanzieren, ist noch kein Anreiz zu neuen Innovationen bei Grundrißlösungen und somit zur Einführung neuer Ablaufformen im OP-Betrieb gegeben. Beschränkte Fördermittel und Bürokratismus gegen Neuerungen unterstützen nicht den Mut und die Phantasie der Planungsverantwortlichen (Steinbüchel 1999, S.590)¹³⁰. Der Mangel an Fördermittel könnte ein Indikator für echte Innovationen sein (Thiede 1998, S. 353)¹³¹. Die Grundrißlösungen, wie sie in Deutschland üblich sind und sich sicherlich auch bewährt haben, führen zu einer sehr homogenen Struktur der OP-Abteilungen, und somit auch zu einer breiten Vergleichbarkeit ihrer Abläufe. Dies läßt auf einen – für die Zielsetzung dieser Arbeit – befriedigenden Aussagegehalt einer Einzelfallanalyse schließen.

Es bleibt zu hoffen, daß die wissenschaftliche Diskussion neuer Organisationsformen der OP-Einheit in Zukunft an Bedeutung gewinnen wird. Vielversprechende Konzepte werden von Guthknecht (1999), Von Steinbüchel (1999) und Thiede (1998) bereits beschrieben. Eine interessante vergleichende Studie würde auch die Beschreibung der Wirkung von innovativen Informationstechniken auf die Qualität der Leistungserbringung einer OP-Abteilungen ergeben. Dieser empirische Vorstoß würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen und es bleibt daher zu hoffen, daß sich zukünftige Arbeiten um diesen Forschungsgegenstand bemühen werden.

Das Ziel der folgenden empirischen Untersuchung ist die deduktive Suche nach wesentlichen Widerständen einer TQM-Einführung in der OP-Abteilung sowie, im Umkehrschluß, die Ableitung von erfolgssichernden Maßnahmen.

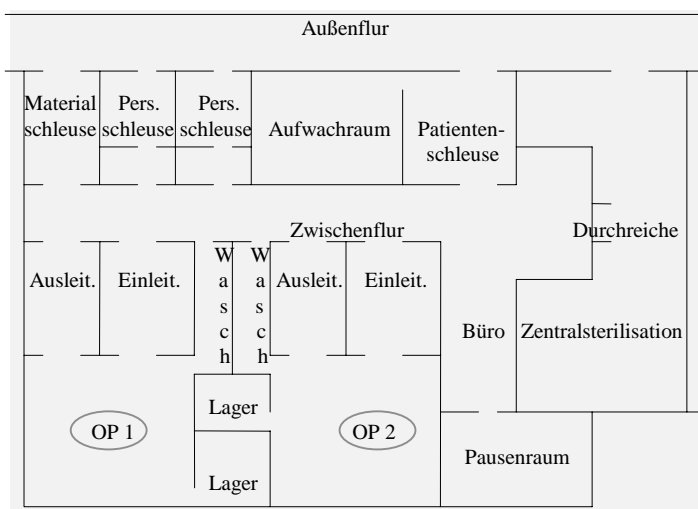
¹³⁰ Erfahrungsbericht der Hopitalgruppe München

¹³¹ Erfahrungsbericht aus dem Großraum-OP Ratingen

5.2 Einführung in das Fallbeispiel

Für die empirische Untersuchung wurde das Akutkrankenhaus der Grundversorgung in Radolfzell (Landkreis Konstanz) ausgewählt. Durch seine exponierte Lage auf der Bodenseehalbinsel Mettnau zeichnet sich dieses besonders durch günstige Standortbedingungen aus. In einem Radius von 20 km hat es sich gegen die Krankenhäuser Singen und Konstanz, beides Häuser der Regelversorgung, sowie dem Krankenhaus Stockach, ein kleineres Haus der Grundversorgung, zu behaupten. Das Auswahlkriterium bildete ein - im Verhältnis zu der Bettenzahl - relativ breites Spektrum von Eingriffen in der zentralen OP-Einheit.

Das Krankenhaus umfaßt derzeit 165 Betten und 273 Beschäftigte¹³². Folgende Bereiche werden durch das Leistungsspektrum abgedeckt: Abteilung für Innere Medizin (80 Betten); chirurgische Abteilung mit Gefäßchirurgie (59 Betten) Belegarztabteilung Gynäkologie (17 Betten); Belegarztabteilung HNO (9 Betten). Die Abteilung für Anästhesie betreut zwei chirurgische OP-Einheiten, eine OP-Einheit für HNO und eine kleinere OP-Einheit der Ambulanz. Die ambulante Versorgung wurde durch einen im September 2000 in Betrieb genommenen Neubau sowie eine Personalaufstockung von $1/2$ auf $1\frac{1}{2}$ Vollkräfte gefördert. Aufgrund fehlender ärztlicher Kapazitäten¹³³ wurde das ambulante Operieren noch nicht systematisch eingeführt. Im Jahr 1999 wurden in dem zentralen OP-Bereich laut Anästhesiestatistik 2799 operative Eingriffe durchgeführt. Davon entfallen 70% auf den Fachbereich Chirurgie, 21% auf die Gynäkologie und 9% auf die HNO. Der 1995 in Betrieb genommene Zentral-OP zeigt eine für deutsche Krankenhäuser klassische Grundrißlösung:



In Radolfzell ist der Grundriß der Operationsabteilung durch drei Bereiche gekennzeichnet: Operationsraumzone (OP einschließlich Materiallager); OP-Vorzone (Ein- und Ausleitungsraum, Waschräume) und Schleusenbereiche (Patienten-, Personal- und Materialschleuse sowie sonstige Nebenräume). Die OP-Vorzone ist den Operationsräumen räumlich unmittelbar zugeordnet; der Schleusenbereich wird durch einen inneren Betriebsflur von der Vorzone getrennt und kann durch entsprechende Schleusen erreicht werden.

¹³² Nach Vollkräften

¹³³ Für Aufklärungsgespräche zwischen Patienten und schneidendem Ärzte sowie Informationsgespräche des Anästhesearztes ist genügend Zeit und somit gesondertes Personal erforderlich.

5.3 Vorgehen

Der Projektverlauf ist in Kapitel 1.4 bereits ausführlich dargestellt worden. Ebenso werden dort die herangezogenen Datenquellen benannt und ihre Auswahl begründet. Im Zentrum des Projekts steht dabei das Arbeitspaket der empirischen Erhebung. Sie erfolgte vom 05.-13. Juni 2000 durch eine Acht-Tage-Analyse der Arbeitsabläufe vor Ort, in deren Verlauf neunundvierzig operative Eingriffe begleitet wurden. Die Untersuchung folgte einem epidemiologischen Grundmuster, d.h. die Häufigkeit des Vorkommens definierter Variablen wurden gemessen. Anschließend wurden Bezüge zwischen einigen Variablen festgestellt, ohne das kausale Zusammenhänge hergestellt werden konnten. Das strukturierte Forschungsdesign wurde durch halbstrukturierte Vorgehensweisen wie Beobachtung ergänzt. So wurden als relevant erachtete Prozeßdaten mittels direkter Beobachtung von dem Verfasser erhoben. Mit einer Auswahl der betroffenen Ärzte und Pfleger wurden begleitend halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Folgende Kategorien wurden dabei - in Bezug zu den EFQM-Kriterien 5a und 5b - berücksichtigt:

- Vergleich von vorhandenem OP-Plan mit tatsächlichem OP-Programm
- Wartezeiten des Patienten im Schleusenbereich
- Wartezeiten des Patienten im Einleitungsbereich
- Unbeaufsichtigte Zeitintervalle des Patienten
- Wartezeiten auf den schneidenden Arzt
- Sonstige Prozeßstörgrößen, Kommunikationsprobleme und Gewohnheitseffekte

Vor Beginn der Datensammlung wurden Vorgesetzte und Pflegende der beteiligten Operationsabteilung über Sinn, Zweck und Inhalt der Studie informiert. Die Beobachtungstage, nicht aber die Beobachtungszeiten wurden im voraus festgelegt und waren den Verantwortlichen der Operationsabteilung bekannt. Ziel der Beobachtungen war die Generierung valider Aussagen über die Sicherheit des Patienten, Prozeßkontinuität, Planungssicherheit, Kommunikation sowie Verhaltensrituale wie die Einhaltung von Regeln und Schuldzuweisung.

Nach dem Vorliegen der Resultate wurden diese durch Pflegepersonen aus dem untersuchten Operationsbereich interpretiert, bzw. die Interpretation des Verfassers wurde durch Fachkräfte der Abteilung validiert.

Danksagung:

An dieser Stelle sei allen Mitarbeitern der OP-Abteilung des Krankenhauses Radolfzell herzlich gedankt. Insbesondere Herrn Hülsebusch (Verwaltungsleitung) und Herrn CA Dr. Bornholdt (Chirurgie) für ihre Einwilligung und Unterstützung, Frau Hafner (PDL) und Herrn OA Dr. Teufel (Chirurgie) für ihre tatkräftige Hilfe sowie allen Mitarbeitern der Abteilung für ihre Kooperation und ihre bereitwilligen Auskünfte.

5.4 Resultate

Es wurde ein reines Zwei-Team-Modell (Holzäpfel 1997, S. 36) vorgefunden, das eine volle OP-Auslastung in zwei Sälen von 8:00 Uhr bis 14:00 Uhr (sechs OP-Stunden) bei einer Regelarbeitszeit von 7:30 bis 16:00 Uhr (acht Stunden) vorsieht. An allen fünf Wochentagen sind zwei komplette OP-Teams in zwei Sälen im Einsatz. Dabei basiert die Verteilung der Kontingente auf mündlichen Vereinbarungen zwischen den Chefärzten der schneidenden Fachabteilungen Chirurgie, Gynäkologie und HNO.

Abbildung 29 Kontingent-Verteilung des OP-Bereiches

		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	
Montag	OP1	Chirurgie									
	OP2										
	HNO			HNO							
Dienstag	OP1	Chirurgie									
	OP2	Chirurgie									
	HNO										
Mittwoch	OP1	Chirurgie									
	OP2	Gynäkologie									
	HNO										
Donnerstag	OP1	Chirurgie									
	OP2				Chirurgie						
	HNO	HNO									
Freitag	OP1	Gynäkologie			Chirurgie						
	OP2				Chirurgie						
	HNO	HNO									

Quelle: OP-Koordinator, Krankenhaus Radolfzell

Die Kontingentverteilung zeigt, in welchen Zeiträumen bei den OP-Wechselzeiten aufgrund einer wechselnden Fachbereichsbelegung mit Verzögerungen zu rechnen ist. Für das Beispielkrankenhaus ist hierbei die Zeit gegen 11:00 Uhr an Donnerstagen und Freitagen einer genaueren Betrachtung zu unterziehen. Es ergibt sich die Frage, wie genau vereinbarte Zeitkontingente durch die Belegabteilungen Gynäkologie und HNO eingehalten werden. Für die Beantwortung wurde die Anästhesiestatistik im Zeitraum Januar bis Juni 2000 daraufhin analysiert, welchen Anteil Arbeitstage der Belegabteilungen HNO (Donnerstage und Freitage) und Gynäkologie (nur an Freitagen) einnehmen, an denen das Zeitkontingent überschritten wurde. Es stellt sich heraus, daß die Überschreitungsquote für die Gynäkologie 5,3 und für die HNO 16,1 Prozent betrug (siehe Anhang XII „Einhaltung des Zeitbudgets“). Die Arbeitstage, an denen das Zeitbudget nicht eingehalten wurde, bedeutete für Patienten der Chirurgie, die pünktlich zur Vorbereitung an die OP-Schleuse einbestellt wurden, unnötige Wartezeiten, für das Personal ergeben sich vermeidbare Überstunden und die Folgen sind - durch verständlichen Unmut aller Beteiligten über zusätzlichen Zeitdruck - zahlreiche begleitende Störgrößen im weiteren Programmverlauf.

Die Verteilung der Zeitkontingente ist auch dafür ausschlaggebend, wie sich die Arbeitslast einer OP-Einheit auf die Wochentage verteilt. Für die Steuerung dieser Verteilung sind zwei Zielsysteme zu berücksichtigen: Erstens, die Präferenzen der Patienten, die in der Regel eine Einbestellung an Montagen bevorzugen, und zweitens, das Interesse der Mitarbeiter an einer geregelten und gleichverteilten Arbeitszeit. Die Darstellung in Anhang XII „Wochenverteilung der Arbeitslast“ ergibt eine tendenziell patientenorientierte Verteilung der OP-Zeiten (Angabe in Stunden). Dagegen ergab die Arbeitsauslastung während des empirischen Erhebungszeitraum ein sehr verändertes Bild (siehe Anhang XII „Wochenverteilung (empirisch erhoben)“). Das OP-Aufkommen an den einzelnen Werktagen zeigte hier immense Schwankungen - von vier bis vierzehn Stunden pro Tag. Es muß daher angenommen werden, daß die Arbeitsbelastung bestimmter Wochentage großen Schwankungen unterworfen ist. Als Steuerungsinstrument wurde daher seit September 2000 eine interdisziplinäre Kurzliegerstation eröffnet. Mit dieser wird das Ziel verfolgt, dem Patienten einen besseren Service zu bieten. Bei seiner Ankunft sind alle Vorbereitungsschritte bereits eingeleitet bzw. fertig geplant. Die organisatorischen Verbesserungen erlauben in Zukunft eine effektivere Steuerung der Tagesprogramme.

Die Betrachtung der Wochenverteilung in Anhang XII wirft die Frage auf, in wie weit die Arbeitslast durch Leerzeiten innerhalb der Fachbereichskontingente von der tatsächlichen Arbeitszeit abweicht. Leerzeiten sind ein Indiz für schlecht geplante Arbeitsabläufe und haben vermehrte Überstunden und eine kostenintensive Verschwendung der Kapazitäten zur Folge. Es wurden daher die kumulierten Betriebsstunden um diejenigen OP-Zwischenzeiten bereinigt, die eine Dauer von einer Stunde überschritten haben. Hieraus ergibt sich die Aussage, während wievielen Betriebsstunden zwischen der ersten Schnitt- und der letzten Nahtzeit der Arbeitsprozeß einer OP-Einheit unterbrochen ist. Als Datenquelle wurde die OP-Belegungsstatistik für den Zeitraum Januar bis Juni 2000 herangezogen. Die Grafische Darstellung in Anhang XII „Programmunterbrechungen“ ergibt bis auf das HNO Kontingent an Montagen keine nennenswerten Programmlücken. Für die HNO ergibt sich eine durchschnittliche Leerzeit von 36 Minuten pro Arbeitstag. Das Ergebnis zeigt, daß die Programmabläufe an allen Wochenarbeitstagen als sehr kompakt zu bewerten sind. An Montagen ist jedoch in der OP-Einheit der HNO gesondert auf die Vermeidung unnötiger Wartezeiten für die Patienten sowie die Leistung unnötiger Überstunden durch das Anästhesie- und OP-Pflegepersonal zu achten.

Für einen flüssigen Patientendurchlauf, als der wesentliche Kernprozeß der OP-Abteilung, bedarf es eines strukturierten Übergangs von der Naht einer Operation bis zu dem Schnitt des

darauffolgenden Eingriffes. Die Komplexität eines OP-Wechsels wird deutlich, wenn - wie in Tabelle 22 dargestellt - der Versuch unternommen wird, den Tätigkeitskatalog aller beteiligten Berufsgruppen darzustellen. Die Tabelle hat hier nur exemplarische Bedeutung und soll daher nicht näher ausgeführt werden. Eine umfassendere Darstellung ist in Peil (1998), S. 36 nachzuschlagen, wo im Rahmen einer detaillierten Personalbedarfsrechnung die hier nur stichwortartig präsentierten Tätigkeiten genauer definiert sind.

Tabelle 22 Tätigkeitskatalog zwischen den Schnitt-Naht-Zeiten

Patient A	OP		Ausleitung	Aufwachraum			
Patient B	Station	Schleuse	Einleitung	OP			
Schneidender Arzt	Naht	Nachreinigung	OP-Bericht	Zwischen-Tätigkeiten	Vorreinigung	Schnitt	
Ärztlicher Assistent	Assistenz	Nachreinigung	Zwischentätigkeiten		Vorreinigung	Assistenz	
Anästhesie Arzt ¹³⁴	Aufwachraum Prämedikation	Narkose ausleiten	Patientenübergabe	Narkose Einleitung	Aufwachraum Prämedikation		
Anästhesie Pflege	Nachricht Station B	Narkose Steuerung	Patientenübergabe	Patient lagern	Transport Einleitung	Patientenübernahme	Narkose-Steuerung
Instrumenteur	Instrumentieren	Materialentsorgung	Transport Z.-Steri	Saalreinigung	Siebe öffnen	Sterilkleidung	Instrumentieren
Springer	Springer	Patient abrüsten	Geräte abrüsten	Geräte aufrüsten	Nachricht Operateur	Patient aufrüsten	Springer

Quelle: Beobachtungsstudie

Als Grundlage einer Einschätzung der Organisation von Wechselprozeduren wurde eine Häufigkeitsverteilung der Wechselzeiten nach der Anästhesiestatistik für das erste Halbjahr 2000 erstellt, wobei nach den operierenden Fachbereichen differenziert wurde. Hieraus ergeben sich die Verteilungskurven aus Anhang XII „Wechselzeiten“. Dabei definiert sich eine Wechselzeit als die Zeit zwischen der letzten Naht-Zeit und der darauffolgenden Schnitt-Zeit. Die Feststellung, daß die HNO-Abteilung gefolgt von der Gynäkologie im Vergleich mit der chirurgischen Abteilung¹³⁵ eine deutlich günstigere Verteilung aufweist, stellt keine Überraschung dar. Dies ist mit der vergleichsweise geringen Komplexität der Eingriffe sowie der Narkoseformen zu erklären. Für die Qualitätsüberlegungen dieser Arbeit ist hier jedoch festzustellen, daß die Chirurgieergebnisse ca. sieben Minuten über dem aus der Literatur¹³⁶ gewonnenen Sollwert von 25 Minuten liegen. In der empirischen Studie wurde daher den Wechselzeiten besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Um eine differenziertere Betrachtung zu ermöglichen, wurde die Wechselzeit definiert als die Zeit zwischen der Ausfuhr des Patienten aus dem OP-Saal bis zu der Beendigung aller Vorbereitungsmaßnahmen an dem nächsten Patienten im OP-Saal. Das Ergebnis in Anhang XII „Wechselzeiten (empirisch ermittelt)“ ergibt ein überraschend positives Ergebnis.

¹³⁴ Für zwei OP-Einheiten zuständig

Es ergibt sich für die Chirurgie ein Mittelwert von 17 Minuten, d.h. acht Minuten unter der Soll-Erwartung. Zur Verifizierung der Folgerung, daß Verzögerungen auf Seite der Ärzteschaft die ermittelten Sollüberschreitungen verursachen, wurden die Zeiten erhoben, in denen das Pflege- und Anästhesiepersonal nach Beendigung aller Vorbereitungen auf den Schnitt des Operators warten. Es ergibt sich eine gemittelte Wartezeit von ca. zwölf Minuten pro Eingriff (Anhang XII „Verspätungen der schneidenden Ärzte“).

Die Frage nach den Ursachen förderte ein komplexes Ursachenbündel zu Tage. Zum einen ist die Frage entscheidend, wer zu welchem Zeitpunkt in der OP-Einheit den schneidenden Arzt zu benachrichtigen hat. Hierzu wurde im Krankenhaus Radolfzell bereits im April 2000 ein Qualitätszirkel abgehalten, der in Konsens eine feste Regelung beschlossen hat. Danach benachrichtigt der Springer zu dem Zeitpunkt den Operateur bzw. dessen Assistenten, zu dem die Instrumentierschwester ihre Sterilkleidung angelegt hat. Weitere Ursachen sind strukturbedingt, da in kleineren Krankenhäusern die operierenden Ärzte zwischen den operativen Eingriffen einer Vielzahl von Aufgaben auf Station nachzugehen haben. Hinzu kommen zahlreiche externe Störfaktoren wie Besprechungstermine oder ICD-Nachverschlüsselungen für die Verwaltung. Im Rahmen des Qualitätsmanagements gilt es, diese Störgrößen per Stichprobe zu ermitteln und systematisch auszuschalten.

Eine weitere Schlüsselprozedur bildet die rechtzeitige Einbestellung des Patienten auf der Pflegestation. Die Einbestellung durch das Anästhesiepersonal (siehe Tabelle 22) erfolgte im Krankenhaus Radolfzell punktgenau und ergab vernachlässigbar geringe Wartezeiten des Patienten in der OP-Schleuse. Hier bewährt sich „das Haus der kurzen Wege“, in dem auf dem Weg zur OP-Abteilung geringe Wegstrecken und höchstens eine Aufzugseinheit überwunden werden müssen.

Ein häufig anzutreffendes Argument gegen eine strukturierte Prozeßoptimierung in der OP-Abteilung ist der Hinweis auf die häufig auftretenden unvorhersehbaren Ereignisse wie Notfälle oder dringend vorzuziehende Operationen. Um dieses Argument stichhaltig zu gewichten, wurden zwei Fragestellungen verfolgt. Zum einen wurde ermittelt, welchen Anteil die als „dringend“ (binnen sechs Stunden), „Notfall“ (binnen zwei Stunden) bzw. „nicht dringend“ deklarierten Operationen am Gesamtaufkommen für das Jahr 1999 laut Anästhesiostatistik aufwiesen. Zum anderen wurde über die OP-Belegungsstatistik der Anteil der Belegungszeit ermittelt, die außerhalb der Regelarbeitszeit lag, da für diesen Anteil angenommen werden muß,

¹³⁵ die Differenzierung in Chirurgie eins und zwei bezieht sich lediglich auf die OP-Saal Bezeichnung.

daß er durch Notfalloperationen verursacht wurde. Der erste Ansatz hat ergeben, daß 7,3% der Eingriffe als dringend, 5,3% als Notfall und folglich 87,4% als nicht dringend deklariert waren. Der zweite Ansatz ergab einen Anteil von 15,9 % Sonderzeiten (siehe Anhang XII „Sonderzeiten“). Echte Notfälle machten weniger als 6 Prozent des Operationsaufkommens aus, hatten also hinsichtlich der Terminverschiebung eine geringere Bedeutung als angenommen.

Die ermittelte Planungssicherheit von 84,1 bzw. 87,4% erscheint ausreichend, um die Einführung strukturierter Planungsprozeduren zu rechtfertigen und eine hinreichende Planeinhaltungsquote einzufordern. Die OP-Planung wird durch einen der drei Oberärzte des Fachbereiches Chirurgie wahrgenommen. Von seiten der Belegabteilungen, deren OP-Programm in aller Regel hochgradig elektiv ist, liegt diesem rechtzeitig das Wochen- bzw. Tagesprogramm vor. Das Wochenprogramm der Chirurgie wird überstundenbedingt häufig erst am späten Freitagnachmittag erstellt. Die Quelldaten der Wochenplanung entstammen den Einbestellbüchern der Belegabteilungen sowie dem OP-Buch im Sekretariat der chirurgischen Ambulanz. In die Planung sind in chronologischer Reihenfolge zuerst die Kapazitäten, dann die Zuteilung der Ärzte auf bestimmte OP-Einheiten (z.B. HNO), weiter die Hygiene (bei Erfordernis der Benutzung des septischen OP) und schließlich die Siebe (deren Anzahl ist z.B. für Operationen an der Hand beschränkt) zu berücksichtigen.

Von der Wochenplanung wurden während der empirischen Studie ca. 60% plangetreu umgesetzt. Hierfür waren mehrere Ursachen ausschlaggebend. Wie schon erwähnt sind ca. 13% dringende Eingriffe in den OP-Ablauf zu integrieren. Die Beobachtungen ergaben aber auch, das die Nichtberücksichtigung der Siebe zu Programmänderungen und somit zu Verzögerungen, Streßsituationen und Unmut bei den Mitarbeitern geführt hat. Das gravierendste Defizit der Planung ergab sich durch nicht angemeldete Operationen durch niedergelassene Belegärzte während der Regelarbeitszeit. Dies hatte die Absetzung nachfolgender Operationen oder die Leistung erheblicher Überstunden durch die Mitarbeiter zur Folge. Hier sollte in Zukunft daran gearbeitet werden, daß sich alle schneidenden Ärzten den Regeln des Hauses verpflichtet fühlen und keine Prozesse außerhalb der Reichweite einer effektiven Abteilungssteuerung ablaufen. Eine Schlüsselrolle fällt hierbei sicherlich dem Planverantwortlichen sowie dem OP-Koordinator zu, dessen Rolle in Radolfzell durch einen der drei Anästhesie-Chefärzte wahrgenommen wird. In die Pflicht gerufen sind hier jedoch auch die Verwaltungsleitung sowie der ärztliche Direktor, die an der Vertragsgestaltung mit niedergelassenen Belegärzten beteiligt sind.

Die Tagesplanung ist jeweils ab ca. 16.00 Uhr des Vortages per Aushang verfügbar. Erwünscht wäre von seiten der Anästhesie eine Verfügbarkeit ab 14-15.00 Uhr. Eine Vorberechnung findet jeweils gegen 13.00 Uhr in der OP-Einheit statt. Diese Regelungen sind das Ergebnis eines hierfür eingesetzten Qualitätszirkels. Die Umsetzung sowohl der Aushangszeiten als auch der Vorberechnung gestaltet sich auf grund der häufigen Überstunden als schwierig, aber dennoch durchführbar. Als Nachteil für eine rasche Handhabung von Planänderung erwies sich das Fehlen einer zentralen, elektronischen Planerfassung und das Bestehen von drei getrennten Aushangorten: Die Patientenschleuse, der Bürotisch im OP sowie die Einleitungsräume der zwei Zentral-OP's. Gerade für eine OP-Planung erscheint es unerlässlich, von unflexiblen Informationswegen über Papierformulare Abstand zu nehmen, um statt dessen ausschließlich über computergestützte Informationssysteme einen aktuellen Datenstand auch kurzfristig zu gewährleisten.

Unkoordinierte Planänderungen können weitreichende Konsequenzen für den Leistungsprozeß der OP-Einheit bedeuten. So wurde festgestellt, daß Zeiten, in denen der Patient in der Narkosevorbereitung ohne Ansprechpartner alleingelassen wurde, überwiegend auf kurzfristige Unstimmigkeiten des Personals über den weiteren Planverlauf zurückzuführen waren. Bei einer Stichprobe von 45 Eingriffen wurden fünf Ereignissen Beobachtung, die zu unbetreuten Momenten für den Patienten von mindestens fünf Minuten geführt haben.

Eine vieldiskutierte Maßnahme der Qualitätssicherung in der OP-Abteilung bildet die sogenannte Prozeßstandardisierung. Sie geht davon aus, daß eine Qualitätssteigerung erreicht werden kann, wenn für vergleichbare und häufig wiederkehrende Prozesse Standards formuliert und überwacht werden. Dieses Konzept wird beispielsweise – oft unbewußt – in der Materialwirtschaft einer OP-Abteilung angewendet, in dem für häufig durchgeführte Eingriffe spezielle Siebe zusammengestellt werden oder indem für häufig auftretende Kombinationen von Verbrauchsgütern Sets für die Bestellung, Lagerung und Anreicherung der Materialien zusammengestellt werden. Ein solches Set-System war in dem Fallbeispiel bereits erfolgreich eingeführt worden.

Eine weitere Anwendung der Prozeßstandardisierung bildet die Externe Qualitätssicherung für medizinische Leistungen. Durch die Bildung von Behandlungsstandards gemäß der Besten Praxis kann sowohl die Ergebnis- als auch die Prozeßqualität der Leistungserbringung entscheidend verbessert werden. Für die Filterung der relevanten Eingriffe wurden jeweils die zehn häufigsten Diagnoseschlüssel nach ICD9 sowie die zehn häufigsten Eingriffsformen nach ICPM ermittelt (siehe Anhang XIII „Fallzahlen“). Eine Konfrontation der Ergebnisse mit der Ärzteschaft der Chirurgie hat jedoch ergeben, daß die derzeitige Verschlüsselungspraxis nicht ausreichend ist,

um das Leistungsspektrum repräsentativ zu reflektieren. Die Fallzahlen erlauben die Aussage, daß in kleineren OP-einheiten durch das Instrument der Prozeßstandardisierung, aufgrund der großen Bandbreite an Eingriffen, eine geringere Wirkung auf die Qualität zu erwarten ist, als in Großabteilungen mit spezialisierten Fachgruppen. So wurden durch die zehn häufigsten Diagnosen im Jahr 1999 lediglich 37% und durch die zehn häufigsten Eingriffe 33 % des Gesamtaufkommens aller Operationen abgedeckt. Eine große qualitätssichernde Wirkung läßt dagegen die Standardisierung bei der Durchführung von Narkosen erwarten. Für 90% der Eingriffe wurden lediglich sechs verschiedene Narkosetechniken angewandt. Hier erscheint es sinnvoll, nach externen Vergleichsdaten bzw. Standards zu suchen und diese bald möglichst umzusetzen.

Abschließend sollte untersucht werden, ob das Arbeitsaufkommen im Jahresverlauf die Beibehaltung einer fixen Arbeitszeitregelung als sinnvoll erscheinen läßt. Hierzu wurden die Daten der Anästhesiestatistik für die Monate Januar bis Juni herangezogen. Die Werte für die Monate Juli bis Dezember wurden in Bezugnahme auf die Auslastungsentwicklung des Vorjahres für das laufende Jahr prognostiziert. Das in Anhang XII „Auslastung“ dargestellte Profil weist in den Monaten August und September einen auffälligen Einschnitt auf. Die Monate Februar und November bilden dagegen die Arbeitsspitzen der OP-Abteilung. Gemittelt ergibt sich hieraus eine Auslastung von 77,5 %¹³⁷. Nach dem dargestellten Auslastungsprofil erscheint die Beibehaltung von fixen Arbeitszeiten aufgrund mangelnder Flexibilität und hoher Kosten durch Überstundenzuschläge als wenig sinnvoll. Zu empfehlen wäre eine flexible Arbeitszeitregelung mit Überstunden- bzw. Minusstundenkonto über einen Zeitraum von zwei mal sechs Monaten. Eine annähernde Gleichverteilung ergäbe eine Teilung zwischen den Monaten August und September. Sollte sich ein Minusstundenkonto nicht umsetzen lassen, so würde eine Teilung zwischen den Monaten September und Oktober zu empfehlen sein.

Weitere relevante Schlüsselprozesse konnten aus Zeitgründen im Rahmen dieser Untersuchung nicht aufgegriffen werden. Zu nennen wäre hier der Instrumentenkreislauf. Fehlende oder schadhafte Instrumente in den angereicherten Sieben sind ein häufig auftretender Störfaktor, der auch im Verlauf dieser Studie beobachtet wurde. Weiter ist die rasche Wiederverfügbarkeit gebrauchter Instrumente maßgebend für eine flexible Programmplanung. Eine innovative Lösung ist die computerunterstützte Prozeßsteuerung über BarCodes, die unvollständige Siebe, das Packen fehlerhafte Instrumente, und das Überschreiten von Wartungsintervallen ausschließen.

¹³⁷ Berechnungsgrundlage ist die Regel-OP-Zeit von 6h pro Tag als 100% sowie die Zeit zwischen dem ersten Schnitt und der letzten Naht eines Arbeitstages abzüglich Unterbrechungszeiträume größer als eine Stunde.

Nachdem die Resultate der empirischen Studie ausgearbeitet waren, wurden diese mit Vertretern der Ärzteschaft und der Pflege des OP-Bereiches interpretiert. Neben der Zufriedenheit über die als überwiegend gut zu bewertende Leistung geben verschiedene Punkte Anlaß zur Diskussion. Allgemein wurde darauf hingewiesen, daß sich bei den vielen Details der Qualitätssicherungsmaßnahmen, die es oft in wenigen Minuten der Entscheidungsfindung und in der allgemeinen Hektik zu beachten gilt, sich leicht menschliche Unzulänglichkeiten einschleichen können. Weitere Ursachen von Qualitätseinbußen liegen teils an der mangelnden Autonomie der OP-Organisation, teils an der knappen Materialausstattung (Siebe, Spezialtische, Informationstechnik). Mit besonderer Aufmerksamkeit wurde das Thema "Kommunikation" diskutiert. Positiv war bei all dem, daß auch kritische Beobachtungspunkte neutral besprochen werden konnten. Abschließend sollen die Ergebnisse der Untersuchung in einem Fragebogen über die erreichte Qualität der Ablauforganisation in der OP-Abteilung des Krankenhauses Radolfzell zusammengefaßt werden. Die Fragen stehen in Bezug auf die EFQM-Kriterien 5a und 5b:

Tabelle 23 Fragebogen über die OP-Ablauforganisation (Pre Check)

Fragebogen: OP-Ablauforganisation (Pre Check)	ja	nein
Gibt es eine einheitliche OP-Führung?		X
Ist die Koordination der schneidenden Fächer / der Anästhesie zufriedenstellend?		X
Sind die Wechselzeiten kurz genug? (<15 bis 25 Minuten je nach Fach)	X	
Ist die OP-Planung spätestens um 14.00 Uhr des Vortages abgestimmt?		X
Beinhaltet der OP-Plan auch Angaben zur Lagerung, Narkoseart, OP-Zeiten ?	X	
Werden bei der Planung auch die Kapazitäten der Intensivstation berücksichtigt ?		X
Werden die OP-Säle innerhalb der Normalzeit zu mehr als 75% genutzt ?	X	
Sind die Wartezeiten an den Schleusen kurz genug ? (<5 Minuten)?	X	
Ist das OP-Programm im typischen Fall nach dem OP-Ende abgeschlossen ?		X
Werden außerhalb der Normalzeit nur echte Notoperationen durchgeführt ?	X	
Sind die Operateure bei fertig vorbereitetem Patient normalerweise im Saal ?		X
Ist die Personalkapazität der OP-Pflegekräfte ausreichend ?		X
Liegen die Krankheits- und Ausfallraten bei max. 20%?	X	
Sind die Dokumentationen bzw. Dokumentationsmöglichkeiten ausreichend ?	X	
Ist der Ablauf zwischen Pflege- und OP-Bereich zufriedenstellend ?	X	
Existiert ein Qualitätsmanagement im OP ?		X
Werden die Sachkosten (Materialverbrauch) im OP als angemessen erachtet ?	X	
Sind die Sachkosten je OP-Minute bekannt ? Werden diese abgerechnet ?		X
Sind die Kosten je Narkoseminute bekannt? Werden diese abgerechnet ?		X

Datenblatt nach Dräger 1997 S. 3

9 9

Der Pre-Check dient der Orientierung, bei welchen Aktivitäten ein Monitoring für die Qualitätssicherung ausreichend ist, und bei welchen Prozeduren ein aktives Eingreifen in die Leistungsprozesse anzuraten ist.

5.5 *Schlußfolgerung (empirischer Teil)*

Wie die Ergebnisse der empirischen Studie gezeigt haben, bilden die Arbeitsabläufe einer OP-Abteilung ein komplexes Ursache-Wirkungssystem. Die zentrale qualitätssichernde Maßnahme besteht daher in der Identifizierung und Erarbeitung des Netzwerkes von Schlüsselprozessen, die benötigt werden, um eine störungsfreie Wahrnehmung der Aufgaben rund um den operativen Eingriff zu gewährleisten (vgl. EFQM-Kriterium 2d).

So haben die Untersuchungen ergeben, daß die hochgradige Verzahnung der hintereinander ablaufenden operativen Eingriffe einer verlässlichen Vorplanung bedürfen, damit das Tagesprogramm nicht durch Planungsunstimmigkeiten unnötig außer Kontrolle gerät. Die Planungsprozedur bedarf daher standardisierter Vorgaben, die aber so flexibel handhabbar sein müssen, daß eine Beachtung auch bei Tagen hoher Auslastung möglich ist. Die Umsetzungsrate der Planinhalte dürfte ein wesentlicher Qualitätsindikator einer OP-Abteilung sein.

Als weiterer Schlüsselprozeß wurde der Übergang von einer Operation zu der folgenden - die OP-Wechsel-Zeit - identifiziert. Für diesen Zeitabschnitt wurden bestimmte Prozeduren erkannt, die für einen reibungslosen Übergang zwischen den Operationen maßgeblich sind: Das Einbestellen des Patienten auf der Station sowie die Benachrichtigung des Operateurs mit dessen Assistenten nach Beendigung der OP-Vorbereitungen. Eine kurze Wechselzeit darf als Indikator für funktionierende Planung, ausreichende Arbeitsressourcen, qualifiziertes Personal sowie leistungsfähige Kommunikationssysteme betrachtet werden.

Die OP-Planung und die Handhabung der Wechselzeit bilden somit die wesentlichen Zielsysteme für eine Prozeßgestaltung im OP. Es gilt anhand dieser Zielsysteme die wesentlichen Schlüsselindikatoren für die Qualitätsbestimmung abzuleiten (vgl. EFQM-Kriterium 9b).

Gleichzeitig geben die Schlüsselindikatoren aber auch den Hinweis, bei welchen Teilprozessen kein akuter Handlungsbedarf im Rahmen der Qualitätssicherung besteht. Die Mitarbeitergespräche haben ein großes Interesse an qualitätsverbessernden Maßnahmen ergeben, solange echte „Brennpunkte“ der täglichen Arbeit davon betroffen sind. Bei Maßnahmen der Qualitätsüberwachung war hingegen ein eher verhaltenes Interesse zu beobachten. Auf Skepsis und Reserviertheit stießen insbesondere in der Ärzteschaft Projekte außerhalb der med.-ärztlichen Qualitätssicherung.

Es bleibt daher festzuhalten, daß die medizinische Profession so weit als möglich von der Aufgabenlast der Qualitätsüberwachung entbunden werden sollte. Dies erfordert eine effiziente Informationstechnik sowie ein professionelles Controlling-Konzept. Die Generierung qualitätsrelevanter Daten sollte durch eine Dienstleistungsfunktion wahrgenommen werden, die im Auftrag der med. Fachkräfte die von ihnen als „Brennpunkte“ entlarvten Prozeßabschnitte evaluiert und die Ergebnisse für die Lösungsfindung in Diskussionsforen wie Qualitätszirkel mit einbringt. Daneben sind diejenigen Prozesse zu bestimmen, die auf grund ihrer qualitätsbezogenen Relevanz einer ständiger Beobachtung unterstehen, die aber nur bei Überschreiten von „Alarmwerten“ Verbesserungsmaßnahmen erfordern. Insbesondere in Krankenhäusern der Grundversorgung können hierdurch die beschränkten Ressourcen zielgerichtet kanalisiert werden. An dieser Stelle sollte dem Leser das Gleichnis von der Flugzeugbesatzung (siehe Seite 102) in den Sinn kommen, das in den Umsetzungskonzepten des TQM bedauerlicherweise noch zu wenig Beachtung findet.

Sollte es im Rahmen des TQM gelingen, die Arbeitsressourcen der medizinischen Fachkräfte auf die Qualitätsverbesserung und weniger auf die Qualitätsmessung zu konzentrieren, so könnten hiermit große Motivationspotentiale bei Krankenhausbeschäftigten freigesetzt und gleichzeitig Frustrationseffekte vermieden werden. Das EFQM-Modell unterstützt diesen Ansatz durch die Trennung in Ergebniskriterien und Befähiger-Kriterien. Dabei verläuft die Trennlinie zwischen Befähigern und Ergebnissen nicht nur zwischen den Kriterien fünf und sechs des EFQM-Modells. Vielmehr ist auch unter den Subkriterien zwischen Befähigern (z.B. Planungssicherheit) und Ergebnissen (z.B. Wechselzeiten) zu unterscheiden. Euphorie, auch bei Anwendung bewährter Konzepte wie des EFQM-Modells, ist nicht angebracht. Der Weg zur Excellence ist steinig und hart, aber erfolgversprechend. Durch vorausschauende Planung des TQM werden die Umsetzungsschritte frühzeitig in „ruhigen Zeiten“ begonnen, noch bevor äußere Zwänge den Qualitätsverbesserungsprozeß durch Zeitdruck, unzureichende Planung und Vorbereitung gefährden (Rose¹³⁸ 2000). Erfahrungen der freien Wirtschaft zeigen, daß es 10-15 Jahre dauern kann, bis UQM¹³⁹ zu einer Selbstverständlichkeit für alle Mitarbeiter geworden ist (Merschbächer 1999, S. 26). Bei den derzeitigen Rahmenbedingungen im Krankenhauswesen ist jedoch Skepsis angebracht, ob den Krankenhäusern diese „Bewährungsfrist“ tatsächlich eingeräumt werden wird.

¹³⁸ Qualitätskoordinator im Kantonal-Hospital St. Gallen (KSSG)

¹³⁹ umfassendes Qualitätsmanagement

6 Schlußbetrachtung

6.1 *Schlußwort und Thesen*

Das stärkste Argument im Wettbewerb um Patienten, Mitarbeiter und Krankenkassen ist die Qualität. Das Urteil der Patienten über die erbrachte Qualität eines Krankenhauses schlägt sich in der regionalen Akzeptanz nieder und hat Einfluß auf das Urteil der einweisenden Ärzte als weitere „Kunden“ der Krankenhäuser. Der Kunde im Einzugsbereich erwartet von seinem Krankenhaus, wenn er dessen Dienste bedarf, Gesamtqualität. Diese wird weniger an Mindestanforderungen (Standards) als an Höchstleistung (best practice) festgemacht (Hildebrand 1998, S. 450). Das EFQM-Modell wurde als ein erfolgversprechendes Rahmenkonzept für das Bestreben einer Krankenhausorganisation nach dieser „best practice“ vorgestellt. Durch dessen Einsatz schafft das Krankenhaus Transparenz für die Ergebnisse und für die erreichte Qualität seiner operativen Leistungen und macht deutlich, daß es den Vergleich nicht scheut.

These 1: Das EFQM-Modell ist ein erfolgversprechendes Rahmenmodell für die Einführung eines – unter den aktuellen Rahmenbedingungen dringend gebotenen - TQM-Systems in Krankenhäusern. Praktikabel wird das Modell jedoch erst mit dem Aufbau eines modularen, thematisch gruppierten Bearbeitungskataloges.

These 2: In Krankenhäusern der Grundversorgung entziehen sich die Führungsstrukturen, der Personaleinsatz, die Kundenbeziehungen, die Informationstechnik sowie die Strategie der OP-Abteilung einer autonomen Betrachtung. TQM nach dem EFQM-Modell bedarf hier der Einbettung in ein krankenhausesweites TQM-System.

Es wurde das Dilemma des Krankenhausvergleichs verdeutlicht: Er ist nur dann von Nutzen, wenn Informationen generiert werden, mit deren Hilfe die Entscheidungsprozesse im Krankenhaus qualifizierter, schneller und zielführender absolvierbar sind. Diese Management-Hilfe wird aber ungerne für die Konkurrenz geleistet. Die Ergebnisse der Erhebungen nach Qualitätskriterien entfalten jedoch erst dann ihren Nutzen, wenn zu deren Vergleich Zielvorgaben und Benchmarks vergleichbarer Krankenhauseinrichtungen vorliegen (Harr¹⁴⁰ 2000). Hier bestehen noch erhebliche Defizite. Einige neue Ansätze der externen Qualitätssicherung lassen hier jedoch bald eine breitere Datenbasis erwarten.

These 3: Das zukünftige Angebot an Vergleichsdaten für die krankenhausesinterne Qualitätssicherung wird über Ausmaß und Tempo von Lerneffekten im Rahmen von TQM entscheiden. Nur wenn die „Beste Praxis“ bekannt ist, kann sie als Zielgröße den Maßstab für die angestrebte Qualität in Medizin, Funktionsbereich und Verwaltung setzen. Hierzu bedarf es neuer Methoden zur Herstellung von Vergleichbarkeit der Daten.

¹⁴⁰ Gewinner des Qualitätspreises ESPRIX 2000 (Swiss National Quality Award)

Eine stärkere Ausrichtung des Gesundheitswesens am Wettbewerb ist längst die unausweichliche Realität. Abzusehen – weil überlebensnotwendig – ist die Ausbildung einer neuen Qualitätskultur, in deren Mittelpunkt der Kunde des medizinischen Bereiches, der Patient steht. Das weitreichende Ziel ist somit relativ klar. Die Frage ist nur, wie der Weg zum Ziel aussehen kann. Wie stellt doch Roman Herzog anlässlich seiner denkwürdigen „Berliner Rede“ fest: „Wir haben kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsproblem.“ Es wurde mit dieser Arbeit versucht, aus diesem Problem heraus eine zukunftsweisende Perspektive für die neuen Herausforderungen in der Qualitätssicherung im Krankenhaus – insbesondere in OP-Bereichen - zu entwickeln.

Solange keine direkte Beziehung zwischen der Setzung von Standards (Strukturqualität) und dem Output (Ergebnisqualität) nachgewiesen wird, sollte zukünftiges Qualitätsmanagement den Schwerpunkt auf die Outputorientierung setzen. Die Unterrichtung über zufriedene Patienten und gute Geschäftsergebnisse (was erreicht wurde) dürfte mehr der Motivationsförderung dienen als der Nachweis, daß Standards eingehalten wurden (wie es erreicht wurde). Das Setzen von Richtwerten für die gewünschten Ergebnisse motiviert den einzelnen Mitarbeiter, die für die Zielerreichung relevanten Standards innerhalb des eigenen Kompetenzbereiches eigenverantwortlich zu definieren. Vor diesem Hintergrund ist in den kommenden Jahren ein Wechsel von einer Strukturorientierung hin zu einer Outputorientierung als Basisansatz von QM zu erwarten, was ergebnisorientierten Modellansätzen wie der des EFQM-Modells weiteren Auftrieb verleihen dürfte. Die Verfahrensunterschiede im Qualitätsmanagement von Krankenhäusern dürften hierdurch geringer werden (Langenegger 2000).

Dennoch sollte die „Szene“ der Qualitätsinstitutionen und -projekte auch in Zukunft als ein Werkzeugkasten für das Krankenhaus verstanden werden. Dies muß die angebotenen Instrumente testen, anpassen, verwerfen oder auch mit anderen kombinieren, um seine Prozesse zu gestalten. Dabei ist das überzeugte eigene Engagement gefragt. Weder angebotene Einheitslösungen noch aufgesetzte Konzepte externer Berater werden wirklich zum Erfolg führen. Ein Qualitätsmanagementsystemen muß gewollt sein und in seiner Konzeption auch die Handschrift derer tragen, deren Handeln durch das System beeinflußt und zur Excellence geführt werden soll (Harr¹⁴¹ 2000).

These 4: Das Musterkonzept der TQM-Umsetzung ist nicht in Sicht. Zu einer erfolgreichen Strategie der Einführung gehört daher die kontinuierliche Beobachtung des „Qualitätsmarktes“, eine geeignete Auswahl an Instrumenten, deren Anpassung an die Organisation und die Integration bereits eingeführter Qualitätsmaßnahmen. Die erfolgversprechende TQM-Einführung folgt der Regel: „first adapt, then adopt“

¹⁴¹ Gewinner des Qualitätspreises ESPRIX 2000 (Swiss National Quality Award)

Qualitätsmanagement nach EFQM-Kriterien kann dazu beitragen, die besten und motiviertesten Mitarbeiter für sich zu gewinnen und vor allem, sie zu halten. Die Mitarbeiter sind der zentrale Baustein des QM (Kastenholz 2000, S. 76). Die Antwort auf die Frage "Warum QM?" muß in jedem Krankenhaus gestellt und beantwortet werden. Die Begründung sollte den Patienten in den Mittelpunkt stellen und alle Interessen berücksichtigen. Nur das Krankenhaus, daß auf diese Frage klare Antworten hat, wird die Botschaft an jeden Mitarbeiter transverieren können (Borst¹⁴² 2000). Qualität realisiert sich nicht im Selbstlauf, sondern wird in erster Linie durch die Handelnden bestimmt, durch die Arbeit im Team von Ärzten und Pflegenden. Das ist eine Herausforderung, der sich die Krankenhäuser täglich neu stellen müssen.

Der Weg zur Excellence kann nicht von heute auf morgen bestritten werden. Vielen Erfahrungsberichten nach benötigen Organisationen allein für das Basismodul "Geisteshaltung" zwei bis drei Jahre, um zufriedenstellende Ergebnisse zu erreichen (Gebhardt 2000). Dies sollte allen zu denken geben, die im Hinblick auf die angestrebte Verknüpfung von Kassenzulassungen und Qualitätsnachweisen binnen weniger Jahre bisher noch keine Anstrengungen unternommen haben, Strukturen der Qualitätsmessung, -bewertung und -verbesserung für ihre Organisation zu implementieren.

These 5: TQM hat nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn den Mitarbeitern glaubhaft vermittelt werden kann, daß die Verbesserung ihrer persönlichen Arbeitssituation sowie der direkte Nutzen für den Patienten den erforderlichen Aufwand überwiegt. „Es ist die Aufgabe des Managements, den Mitarbeitern Visionen zu geben; das ist die allerbeste Motivation“.¹⁴³

In diesem Zusammenhang sollte auch vermehrt für ein neues Verständnis über die Einstiegskosten von Qualitätssicherungsprogrammen als eine Zukunftsinvestition geworben werden. Sind die Einstiegskosten erst einmal überwunden, werden die positiven Effekte auf die wirtschaftlichen Ergebnisse, den Ressourceneinsatz, die Marktstellung usw. bald diese Investition an Wert übersteigen, so daß Qualitätsmanagement nicht der Modernität willen oder wegen gesetzlichen Vorschriften sondern vor allem aus bloßer Vernunft heraus betrieben wird. (Gebhardt 2000). Langfristig wäre die Reservierung eines Umsatzanteils von 1% für den internen Qualitätssicherungsprozeß eine überdenkenswerte Strategie. Dies würde die Kontinuität der Qualitätsmaßnahmen sichern und würde der Bedeutung der Problematik in Bezug auf Marktfähigkeit und Kosteneinsparpotentiale Rechnung tragen (Wagner 2000).

¹⁴² Qualitätsbeauftragte des psychiatrischen Kantonsspital in Münsterlingen, CH

¹⁴³ Wendelin Wiedeking, 1993. Chef des Automobilunternehmens Porsche

6.2 Zusammenfassung

Aufbauend auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen für das Krankenhaus und die Grundlagen der Qualitätswissenschaft wurden Instrumente und Aktivitäten in den Bereichen Qualitätsmanagement und Total-Quality-Management als „Anwendungsbausatz“ für Operationsabteilungen (OP) dargestellt. Es zeigte sich hierbei, daß für ein vernetztes und umfassendes Vorgehen Anwendungsmodelle benötigt werden, welche die Aktivitäten des TQM bündeln und in Anlehnung an die Politik und Strategie eines Krankenhauses kanalisieren.

In einer Gegenüberstellung ausgewählter Verfahren wurde festgestellt, daß durch das Bewertungsmodell der EFQM ein umfassender „Leitfaden“ existiert, der eine Orientierung über wesentliche Handlungsfelder des TQM anbietet, gleichzeitig aber auch den nötigen Freiraum gewährleistet, der für eine flexible, anpassungsfähige Vorgehensweise benötigt wird. In Kapitel 4 wurde eine Konkretisierung des Kriterienmodells der EFQM für OP-Abteilungen in Krankenhäusern der Grundversorgung unternommen. Es wurden einige wesentliche Aspekte für die Ausgestaltung eines Umsetzungsmodells nach EFQM-Kriterien abgeleitet. So wurde festgestellt, daß die Kriterienanwendung häufig einer krankenhausesübergreifenden Betrachtung bedarf und somit eine krankenhausesweite Umsetzung einer abteilungsspezifischen Anwendung vorzuziehen ist. Die Erkenntnis, das einige der Subkriterien nur im Zusammenhang betrachtet, eine praktikable Umsetzung erlauben, führte zu der Schlußfolgerung, daß ein modulares, in Tätigkeitsfelder strukturiertes Vorgehen geboten ist.

„Alle Modellvorstellungen haben einen Haken: sie betrachten neben der technischen Rationalität nicht die kommunikative Rationalität“ (Bazan 1997, S.1). In Kapitel 5 wurden daher die wissenschaftlichen Ausführungen in ein reales Arbeitsumfeld einer OP-Abteilung transveriert. Durch die praxisorientierte Betrachtung wurde festgestellt, daß die Sensibilisierung der Mitarbeiter aller Hierarchieebenen und Berufsgruppen sowie deren Bereitschaft zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit die wesentliche Voraussetzung für ein funktionierendes, langfristig angelegtes Qualitätsmanagement bildet. Das umschriebene Modul „Geisteshaltung“, so das Ergebnis, beeinflusst wesentlich den Umfang des Erfolges bei der Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen. Es wurde hierzu eine Dienstleistungsfunktion „Qualitätssicherung“ angeregt, durch die eine vermehrte Fokussierung der medizinischen Profession auf qualitätsverbessernde Aktivitäten und eine Entlastung bei qualitätsmessenden Aktivitäten ermöglicht werden soll.

7 Literatur

Adam, D.; Schlüchtermann, J.; Gorschlüter, P. (1993): Krankenhausmanagement. In: Das Wirtschaftsstudium, Heft 10/93, S. 822-830

Adam, D. (1996): Planung und Entscheidung: Modelle – Ziele – Methoden, 4.Aulage, Wiesbaden 1996

Adam, D. (1997): Produktions-Management, 8. Auflage, Wiesbaden 1997

Adam, D.; Gorschlüter, P.; Albach, H.(Red.); Backes-Gellner, U.(Red.) (1999): Qualitätsmanagement im Krankenhaus. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft-ZfB, Wiesbaden; Ergänzungsheft 5/99, S. 95-109

Ament-Rambow, Christina (1999): Wer sich beschwert, meint es gut – Beschwerdemanagement im Krankenhaus als Chance für Verbesserung. In: Krankenhaus Umschau (ku), Heft 4/99, S. 248-253

Arnold, Michael; Litsch, Martin; Schwartz, Friedrich Willhelm (2000): Krankenhaus-Report '99, Schattauer Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2000, ISBN 3-7945-2022-X

Badura, Bernhard; Feuerstein, Günther; Schott, Thomas [Hrsg.] (1993): System Krankenhaus - Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Juventa Verlag Weinheim/München 1993, ISBN 3-7799-1152-3

Badura, B.; Feuerstein, G. (1994): Systemgestaltung im Gesundheitswesen - Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten Ihrer Bewältigung, Juventa Verlag Weinheim, 1994

Baumgarten, Joachim (2000): Zertifizierung – demnächst nach KTQ? – Der sanfte Zwang zum neuen Modell. In: Krankenhaus Umschau (ku), Heft 2/2000, S. 103-105

Bazan, Markus A. (1997): Management im Zentral-OP. In: Management & Krankenhaus, Heft 7/97 S.1 & 16, GIT-Verlag Darmstadt

Beck, Dieter (1998): Komplett-Sets im OP, in: Die Schwester/Der Pfleger, 37. Jahrgang, Heft 9/98, S. 777-778

Becker, Stephan (1998): Verbesserung der OP-Vorbereitung- Definition einer Schnittstelle, Die Schwester/Der Pfleger, 37. Jahrgang, Heft 2/1998, S. 107-111

Bellabarba, J. (1997): Zum Konzept der Unternehmenskultur in Krankenhäusern. In: Hoefert, H.-W. (Hrsg.), Führung und Management im Krankenhaus, Göttingen, Stuttgart 1997, S. 99-108

Beyer-Rosen, Frank; Timper, Michael, (1999): QM ist keine Wunderwaffe - Ziel ist die Lösung von Alltagsproblemen, in: Krankenhaus Umschau (ku) Sonderheft 1999, Heft 9/99, S.31-33

bgw - Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege [Hrsg.] (1995): Verwaltungsbericht, Hauptverwaltung Hamburg, 1995

- BÄK** - Bundesärztekammer [Hrsg.] (1997): Leitfaden Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus. Unter Mitarbeit von Kolkmann, F.-W.; Seyfarth-Metzger, I.; Stobrawa, F., München 1997, ISBN 3-88603-601-4
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit** (1994): Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland: Bestandsaufnahme, Projekt im Auftrag des BMG der Universität Tübingen - Institut für Medizinische Informationsverarbeitung. In: Schriftenreihe des BMG, Band 38, Baden Baden 1994
- BMG** - Bundesministerium für Gesundheit (1997): Leitfaden zur Einführung von Qualitätssicherung in der Pflege im Operationsdienst. In: Schriftenreihe des BMG, Baden-Baden 1997
- BMG** - Bundesministerium für Gesundheit (1998): Demo-pro-QM: Demonstrationsprojekt zur Einführung von umfassendem Qualitätsmanagement in deutschen Krankenhäusern, Schriftenreihe des BMG, 1998
- BMG** - Bundesministerium für Gesundheit (2000): Operationshäufigkeiten in Deutschland, Ausschreibung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung - Abschlussbericht - . In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 129, Baden-Baden 2000, ISBN 3-7890-6785-7
- Boeden**, G.; Tsekos, E.; Strasser, G.; Leissle, H.-P. (1998): OP-Organisation - Erfahrungen über einen Optimierungsprozess durch Computergestützte Planung. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f & w), 15. Jahrg., Heft 5/98, S. 407-409
- Borges**, Peter; Schnabel, Bernd (1998): Drastische Qualitätsunterschiede zwischen Krankenhäusern. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f & w), 15. Jg., Heft 2/98, S. 134-136
- Borst**, Ulrike (2000): EFQM Implementation at a Cantonal Psychiatric Hospital. In: "Qualitätsmanagement im schweizerischen Gesundheitswesen". Öffentlicher Kongreß im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) am 7. Juli 2000. Veranstalter: Fachhochschule für Wirtschaft St. Gallen, Forschungsinstitut für Management im Gesundheitswesen (FMiG).
- Bühlmann**, Josi, Käppeli, Silvia (1997): "Vom Bett auf den Tisch" - der Transfer der Patientinnen und Patienten vom Spitalbett auf den Operatiostisch. In: Pflege, Heft 10/97, S. 258-261, Verlag Hans Huber, Bern
- Bühner**, R. (1995): Führungsaspekte im Rahmen des Total Quality Management. In: Preßmar, D. B. (Hrsg), Total Quality management I, Schriften zur Unternehmensführung, Band 54, Wiesbaden 1995, S. 37-59
- Busse**, Thomas (1999): OP-Management, Schriftenreihe zum Managementhandbuch Krankenhaus; Bd. 6, v. Decker, Heidelberg, 1999, ISBN 3-7685-4296-3
- Clermont**, J. [von] (1997): Die Instrumentierkraft und der Chirurg - Wirklichkeit und Traum, in: KrankenPflege Journal, Heft 35/97, S. 457-458
- Conrad**, H.-J. (1997): Qualittsmanagement und Controlling im Krankenhaus: Medizinische und ökonomische Zielsetzung, Inhalte, Methoden und Hinweise zur Realisierung, pmi Verl. Frankfurt/Main, 1997

- Deming, W. E.** (1986): Out of the crisis, Cambridge 1986
- DGQ** - Deutsche Gesellschaft für Qualität [Hrsg.] (1987): Begriffe im Bereich der Qualitätssicherung. 4. Auflage, DGQ-Schrift 11-04, Berlin, Beuth-Verlag 1987
- DKG** - Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (1994): Jahresbericht 1994. Schriftenreihe der DKG
- DKI** - Deutsches Krankenhausinstitut (1989): Qualität der Krankenhausversorgung. In: Krankenhaus Umschau, Heft 2/89, S. 116-117
- DKV** - Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH (2000): Krankenhausrecht, 8. Auflage, Düsseldorf 2000, ISBN 3-928083-84-8
- Döbler, Edeltraut** (1998): Qualitätssicherung pflegerischer Arbeit im Operationsdienst. In: Heilberufe 50. Jahrg. Heft 4/98, S. 18. Projekt der Martin-Luther-Universität Halle seit 1993 (BMG gefördert)
- Donabedian, A.** (1966): Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly 44, 1966, S. 166-203
- Donabedian, A.** (1980): Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume I: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Ann Arbor 1980
- Donabedian, A. et al.** (1982): Quality, Cost and Health: An integrative Model; In: Medical Care, Vol. XX, 1982, No. 10, S. 975-992
- Donabedian, A.** (1988): The Quality of Care, How Can It Be Assessed? In: Journal of the American Medical Association, Volume 260, 1988, No. 12, S. 1743-1748
- Dräger Consulting und management GmbH** (1998): Hinweise zum Leistungsbild OP-Reorganisation, 7. Hamburger Umwelttag im Krankenhaus - Workshop 1: Ressourcenoptimierung im OP, Hamburgische Krankenhaus Gesellschaft, 29.10.1998
- Eberhardt, Daniela** (1995): Grundlagen empirischer Forschung. Unveröffentlichtes Skript am Lehrstuhl BWL der öffentlichen Verwaltung / Managementlehre, Universität Konstanz, Wintersemester 1995 / 96
- Eiff, Wilfried** [Hrsg.] (1985): Struktur und Funktion des Krankenhausmanagements – Zielkonflikte, Rahmenbedingungen, Entscheidungsschwerpunkte und Steuerungsinstrumente der Führungsprozesse im Krankenhaus; In: Kompendium des Krankenhauswesens – Beiträge zu ökonomischen, technischen und rechtlichen Problemen im Krankenhaus - Band 3, Bettendorf Verl. Bad Homburg v.d.H. 1985
- Eiff, Wilfried** (1997-1): Krankenhausbetriebsvergleich: Controllininstrument zur Planung und Steuerung von Leistungsprozessen. In: Das Krankenhaus, Heft 10/97, S. 613-620
- Eiff, Wilfried** (1997-2): Leistungsorientierte Führungsstrukturen aus Sicht des Krankenhausmanagements - Gibt es „moderne“ Führungsstrukturen? In: Das Krankenhaus, Heft 12/97, S. 745-753

- Europarat** (1997): Empfehlung R(97)17, Schaffung von natl. Strukturen, welche die Entwicklung und Einführung von Qualitätsverbesserungssystemen im Gesundheitswesen unterstützen, EU 1997
- EFQM** - European Foundation for Quality Management (1999): Das EFQM-Modell für Excellence – Öffentlicher Dienst und soziale Einrichtungen, deutsche überarbeitete Ausgabe, EFQM/DGQ März 2000, ISBN 9052363714
- Feuerstein, Günter** (1993): Systemintegration und Versorgungsqualität, in: Badura, Bernhard; Feuerstein, Günther; Schott, Thomas (Hrsg.) (1993): System Krankenhaus - Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Juventa Verlag Weinheim/München 1993, ISBN 3-7799-1152-3
- Fiez-Marlow** (1999): Ziel: Das gesundheitsfördernde High-tech-Krankenhaus - Das EFQM-Modell in der Umsetzung im AK St. Georg, in: Krankenhaus Umschau Sonderheft 1999, Heft 9/99, S.45-47
- Gausmann, Peter; Schmitz, Ralf-Michael** (1998): Incident Reporting – Zwischenfallerfassung zur Bewußtmachung, Steuerung, Reduzierung klinischer Risiken. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f & w), 15. Jg., Heft 6/98, S. 533-563
- Gebhardt, Peter** (2000): EFQM in the Industry – Sulzer, a founding Member of the EFQM. In: "Qualitätsmanagement im schweizerischen Gesundheitswesen". Öffentlicher Kongreß im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) am 7. Juli 2000. Veranstalter: Fachhochschule für Wirtschaft St. Gallen, Forschungsinstitut für Management im Gesundheitswesen (FMiG).
- Gille, Gudrun** (1998): Qualitätssicherung pflegerischer Arbeit im Operationsdienst. In: Pflege Aktuell, Heft 3/98, S. 172-173
- Gille, Gudrun; Wiemann, Simone; Hoffmeister, Dorothea; Döbler, Edeltraut** (1998): Standards im OP - Ein Projekt zur Frage: Wie wird Qualität gemessen?, in: Heilberufe, 50. Jahrgang, Heft 4/98, S. 18-20
- Göldenboog, Dieter** (1999): Das Ziel: 8 Uhr OP-Beginn - Optimierung der Prozesse im operativen Bereich, Krankenhaus Umschau, Heft 9/99, S. 618-622
- Gorschlüter, P.** (1998): Integriertes Qualitätsmanagement zur Effektivitäts- und Effizienzverbesserung im Krankenhaus, Dissertation, Münster 1998
- Gossé, Frank; Klaproth, Heike** (1998): Arbeitsplatz Operationssaal – Kooperation im Spannungsfeld der Realität, in: Die Schwester/Der Pfleger, 37. Jahrgang, Heft 1/98, S 18-22
- Grunert, B** (1997): Externe Anleitung zum internen Qualitätsmanagement. In: Möller, J. (Hrsg.); Bach, A.; Sonntag, H.-G.: Total Quality Management Tagungsband Qualitätssicherung im Krankenhaus – Umsetzung durch Kooperation, Universitätsklinikum Heidelberg, Oktober 1997.
- Guthknecht, Thomas** (1999): Schneller und effizienter im OP- Kostenreduktionen mit dem Berner Modell der OP-Cluster, Krankenhaus Umschau (ku), Heft 9/99, S. 612-616

- Hahne, Bettina** (1999): Beitrag zur Entwicklung eines modularen TQM-Modells für das Krankenhauswesen, FhG/IPK, Berlin 1999, ISBN 3-8167-5290-x
- Hanel, Elke; Thoma, Eberhard** (1999): Qualitätsverbesserung durch Einführung von Audits (Visitationen) – Ein Verbundprojekt der Städte München - Hamburg – Bremen. In: Das Krankenhaus, Heft 10/99, S. 670-672
- Harr, Roger** (2000): EFQM-Implementation at a dental doctor's practice. In: "Qualitätsmanagement im schweizerischen Gesundheitswesen". Öffentlicher Kongreß im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) am 7. Juli 2000. Veranstalter: Fachhochschule für Wirtschaft St. Gallen, Forschungsinstitut für Management im Gesundheitswesen (FMiG).
- Hildebrand, Rolf** (1994): Qualitätsmanagement. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f & w), 11. Jg., Heft 3/94, S. 184-193
- Hildebrand, Rolf** (1995): Total Quality Management. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f & w), 12. Jahrg., Heft 1/95, S. 31-42
- Hildebrand, Rolf; Gerhardt, Heike** (1998): Mehrjährige Selbstbewertung durch EFQM – Erfahrungen mit den Kriterien des Europäischen Qualitätspreises. In: Das Krankenhaus, Heft 8/98, S. 450-456
- Hildebrand, Rolf** (1999): Das bessere Krankenhaus - Total Quality Planan umsetzen managen, Kuchterhand Verlag, Neuwied/Kriftel 1999, ISBN 3-472-03385-1
- Hoffmeister, Dorothea** (1998). Qualitätssicherung pflegerischer Arbeit im Operationsdienst - Projekt der Martin-Luther-Universität Halle 1993 (BMG gefördert). In: Heilberufe 50, Heft 4/98, S. 20
- Holzäpfel, S.; Mischo, J.; Neufang, A.; Steil, W.** (1997): OP entscheidet über Patientenaufnahme - Neue Wege zur Optimierung von OP-Organisation und Patientenaufnahme. In: Führen & Wirtschaften im Krankenhaus, 14. Jahrgang, Heft 1/97, S. 34-37
- Jäger, Hans** (2000): Einleitender Vortrag "Qualitätsmanagement im schweizerischen Gesundheitswesen". Öffentlicher Kongreß im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) am 7. Juli 2000. Veranstalter: Fachhochschule für Wirtschaft St. Gallen, Forschungsinstitut für Management im Gesundheitswesen (FMiG).
- Kaltenbach, T.** (1991): Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Management, Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Melsungen 1991
- Kastenholz, Hiltrud** (2000): Mit der Qualität steigt die Wettbewerbsfähigkeit des Krankenhauses (Vortrag anlässlich des 2. QM-Kongresses in Goslar vom 9. Bis 11. November 1999). In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f&w), Heft 1/2000, 17. Jahrg., S. 76-78
- Kieser, A.; Reber, G.; Wunder, R.** [Hrsg.] (1987): Handwörterbuch der Führung, Stuttgart 1987

- Klötzl**, Gustav; Satzinger, Walter; Hammel, Gertrud (1999): Professionelle Einführung von Qualitätszirkeln – Möglichkeiten, Grundregeln, Methoden, Materialien. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f & w), Heft 1/99, 16. Jahrgang, S. 150-153
- Köck**, C. (1996): Qualitätsmanagement als Weg zur Organisationsveränderung im Krankenhaus. In: Bellabarba, J.; Schnappauf, D. (Hrsg.), Organisationsentwicklung im Krankenhaus, Göttingen, Stuttgart 1996, S. 39-54
- Kottmann**, K. (1993): Unternehmensqualität, Stuttgart 1993
- Landesgesundheitsminister** (1999): Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen, Juni 1999
- Landessozialministerium** Baden Württemberg (1997): Vernetzte Strukturen im Gesundheitswesen. Dokumentation des gleichnamigen Workshops am 8. Juli 1997 im Haus der Wirtschaft / Stuttgart
- Langnickel**, Hans, Landkarte auf dem Weg zur Exzelle - Pathfinder-Karte: Mit kleinen Schritten an die Spitze, in: Krankenhaus Umschau (ku) Sonderheft 1999, Heft 9/99, S.19-20
- Lange**, Fred (1997): Formeln für Pflegedienstleitungen: Arbeitszeitberechnungen, Pflegepersonalbedarfsrechnungen, statistische Berechnungen; Lehrbuch für das Pflegemanagement, 2. Auflage, Bibliomed, Melsungen 1997, ISBN 3-89556-008-1
- Langenegger**, Manfred (2000): The federal viewpoint on quality in health care. In: "Qualitätsmanagement im schweizerischen Gesundheitswesen". Öffentlicher Kongreß im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) am 7. Juli 2000. Veranstalter: Fachhochschule für Wirtschaft St. Gallen, Forschungsinstitut für Management im Gesundheitswesen (FMiG).
- Levit**, E. (1987): Die Psychologie der Angst. Kohlhammer, 1987
- Luthy**, Anja; Heuser, Jürgen (1998): Webtechnologie als Werkzeug qualitätsorientierten Klinikmanagements. In: Krankenhaus Umschau (ku), Heft 7/98, S. 501-506
- Meffert**, H. (1989): Klassische Funktionenlehre und marktorientierte Führung – Integrationsaspekte aus der Sicht des Marketing. In: Adam, D.; Backhaus, K.; Meffert, H.; Wagner, H. (Hrsg.), Integration und Flexibilität. Eine Herausforderung für die allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Wiesbaden 1989, S. 373-408)
- Meier**, J.(1994): Das moderne Krankenhaus: Managen statt verwalten, Neuwied 1994
- Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft** [Hrsg.] (1989): Handwörterbuch des Gesundheitswesens. Nomos, baden.Baden 1989
- Merschbächer**, Günter (1999): Barrieren auf Dauer beseitigen - Umfassendes Qualitätsmanagement nach EFQM im Krankenhausverbund der Barmherzigen Brüder Trier e.V., in: Krankenhaus Umschau Sonderheft 1999, Heft 9/99, S.21-26

- Möller**, Johannes (1999): Das Europäische Modell für Qualität, in: Krankenhaus Umschau Sonderheft 1999, Heft 9/99, S.9-11
- Mühlbauer**, Bernd; Strack, Dietmar (1997): Qualitätszirkel als Teil der Krankenhausnormalität ? – Erfahrungen aus 14 unterschiedlichen Projektkrankenhäusern. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f & w), Heft 2/97, 14. Jahrgang, S. 103-109
- Mühlbauer**, Bernd H. (1999): Bewußt gestaltete Unternehmenskultur – ein Mangel in deutschen Krankenhäusern. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f & w), Heft 3/1999, 16. Jahrgang
- Mühlbauer**, Bernd H. (1999): Vergessene Dimension? - Projektmanagement Evaluation für das EFQM-Modell, in: Krankenhaus Umschau Sonderheft 1999, Heft 9/99, S.53-54
- Niemann**, F.-M.; Beske, F. [Hrsg.] (1992): Qualitätssicherung in Krankenhäusern Schleswig-Holsteins. Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel. Band 36. Kiel 1992
- Niemann**, F.-M. (1995): Aufbereitung und Interpretation von Ergebnissen externer Qualitätssicherungsmaßnahmen als Einstieg in die Intervention von Qualitätsproblemen. Konzepte - Vorschläge. KGSH Dokumentation 4, Kiel, 1995
- Niemann**, F.-M.; Krämer, Bernd (1996): Externer Krankenhausvergleich: Der "KGSH-manager". In: Das Krankenhaus, Heft 9/96, S. 451-452
- Paccaud**, Fred (1990): Casemix ser Spitalpatienten – Methoden und Optionen. In: Frei, A. (Hrsg.): DRG Diagnosis Related Groups. Gültigkeit, Brauchbarkeit, Anwendungsmöglichkeiten. Unter Leitung von Fred Paccaud u. Luc Schenker, Verlag Hans Huber, Bern 1990, S. 41-47
- Peil**, F. (1998): Personalbedarfsberechnung für Pflege und Betreuung im Zusammenhang mit der Durchführung von Operationen, in: QKZ, 39. Jahrgang, Heft 7-8/98, S. 35-39
- Pelikan** et al. (1998): Das ExPERT-Projekt: Gute-Praxis-Modelle des QM, CBO 1998
- Pföhler**, Wolfgang [DKG-Vizepräsident] (1997): Moderne Führungsstrukturen Im Krankenhaus. Vortrag beim 20. Deutschen Krankenhaustag am 4. Juni 1997. In: Krankenhausmanagement, Heft 7/97, S. 389-391
- Pinter**, Erwig (1999): Der Europäische Qualitätspreis - Bewerbung - Bewertung - das Handbuch, in: Krankenhaus Umschau Sonderheft 1999, Heft 9/99, S. 12-18
- Piwernetz**, K.; Selbmann, H. K.; Vermeij, D.J.B. (1991): "Vertrauen durch Qualität": Das Münchner Modell der Qualitätssicherung im Krankenhaus. In: Das Krankenhaus, Heft 11/91, S. 557-560.
- Precht**, Klaus; Damkowski, Wulf; Meyer-Pannwitt, Ulrich (2000): Das Krankenhaus im Wandel: Konzepte, Strategien, Lösungen. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln 2000, ISBN 3-17-015889-9

- Quentmeyer**, Armin (1999): Kann Qualitätssicherung die Behandlungsergebnisse verbessern? In: Trauma Berufskrankheit, Springer Verlag, Heft 1/99, S. 5 - 7
- Reiß**, M. (1994): Führung. In: Corsten, H; Reiß, M. (Hrsg.), Betriebswirtschaftslehre, München, S. 233-343
- Rontal**, R.; M. J. Kiess; Reutter, K. (1991): Applications for risk-adjusted outcome measures. Quality in Health Care 3 (1991), S. 283-292
- Rose**, Norbert (2000): The VQG (Accreditation) – Modell and its implementation at the Cantonal Hospital St. Gallen (KSSG). In: "Qualitätsmanagement im schweizerischen Gesundheitswesen". Öffentlicher Kongreß im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) am 7. Juli 2000. Veranstalter: Fachhochschule für Wirtschaft St. Gallen, Forschungsinstitut für Management im Gesundheitswesen (FMiG).
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen** (1989): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1989. Baden-Baden: Nomos, 1989
- Samson**, Elisabeth [von] (1998): Wenn der OP-Patient zum Kunden wird. Bericht über einen OP-Workshop des European Surgical-Institute im April 1998 in Norderstedt. In: Pflegezeitschrift, Heft 6/98, S. 402-405
- Sander**, Berndt; Radke, Hans-Dieter (1997): Modernisierung des OP- und Intensivbereiches der Ruhrlandklinik Essen-Heidhausen. In: Das Krankenhaus, Heft 5/97, S. 263-265
- Scheibe**, O.; Ekkernkamp, A. [Hrsg.] (1998): Qualitätsmanagement in der Medizin, Handbuch für Klinik und Praxis. 4. Ergänzungslieferung, Mai 1998. Ecomed, Landsberg am Lech 1998
- Schlächtermann**, J. (1990): Qualitätsmanagement im Krankenhaus – Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven einer Weiterentwicklung. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f & w), 13. Jg., Heft 3/90, S. 252 - 259
- Schlächtermann**, J. (1996): Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Kritische Bestandsaufnahme und Perspektive einer Weiterentwicklung. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f & w), Heft 3/96, S. 252-259
- Schmidt**, Werner; Brandt, Elimar (1999): Partnerschaft mit Synergieeffekten - Das EFQM-Modell aus Sicht gesundheitsfördernder Krankenhäuser, in: Krankenhaus Umschau (ku) Sonderheft 1999, Heft 9/99, S.48-52
- Schnabel**, Bernd; Borges Peter (1998): Drastische Qualitätsunterschiede zwischen Krankenhäusern. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f&w), Heft 2/98, 15. Jahrg., S. 134-136
- Schneider**, V. (1991): Kooperative Akteure und vernetzte Artefakte. Überlegungen zu den Formen sozialer Organisation großtechnischer Systeme. In: Technik und gesellschaft, Jahrbuch 6, S. 113-139
- Schnell**, Rainer et al. (1999): Methoden der empirischen Sozialforschung. München, Wien: Oldenbourg 1999
- Seelos**, H.J. (1987): Perspektiven einer computergestützten Qualitätssicherung in der Krankenhausmedizin. In: Krankenhausarzt, Heft 12/87, S. 831-833.

- Selbmann, Hans Konrad** (1988): Versuch einer Systematisierung der Qualitätssicherung in der konservativen Medizin. In: Kolkmann, F. –W.: Selbmann, HANS KONRAD: Qualitätssicherung in der konservativen Medizin. Referate, gehalten auf der Expertenkonferenz der Landesärztekammer Baden-Württemberg am 5. März 1988 in Stuttgart-Degerloch. Ärzteblatt baden-Württemberg (Sonderveröffentlichung) 6-9, 1988
- Selbmann, Hans Konrad** (1990): Stand der medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialforschung (Hrsg.): Symposium zur Qualitätssicherung, Teil I: stationäre und ambulante medizinische Versorgung – Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Forschungsbericht Gesundheitsforschung, Nr. 203, S. 27-46, Bonn, 1990
- Selbmann, Hans Konrad** (1991): Notwendige Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen ärztlichen Handelns im Krankenhaus aus Sicht der Wissenschaft. Referat, gehalten am 24. April 1991, 16. Hospital Congress - Deutscher Krankenhaus Tag, Berlin.
- Selbmann, Hans Konrad** (1995): Blick und Ausblick auf das Qualitätsmanagement im Krankenhaus. In: Krankenhaus Umschau (ku) Spezial, Nummer 2, Heft 3/95, S. 2-5
- Selbmann, Hans Konrad** (1999): EFQM - Ein finales Qualitäts-Modell? Qualitätsmanagement aus der Sicht der Gesundheitspolitik, in: Krankenhaus Umschau (ku) Sonderheft 1999, Heft 9, S.4-8
- Seyfarth-Metzger, Ingrid** (1995): Vertrauen durch Qualität – Die Entwicklung des Münchner Modells im KH München-Schwabing (KMS). In: Krankenhaus Umschau (ku) Spezial Nr. 2, Heft 3/95, S. 10
- Seyfarth-Metzger, Ingrid** (1997): Vertrauen durch Qualität. In: Management & Krankenhaus, Heft 7/97, S. 9
- Seyfart, Wolfgang; Kruse, Josef; Weigel, Oliver** (1999): Prozessdesign für ambulante OP-Vorbereitung - Erfolgsfaktoren für das Krankenhaus der Zukunft: Qualitäts und Prozessorientierung, Krankenhaus Umschau (ku), Heft 11/99, S.848-856
- Staehe, Wolfgang H.** (1994): Management - Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive. 7.Auflage, Franz Vahlen Verlag, München 1994, ISBN 3-8006-1892-3
- Steinbüchel, Chrysanth von** (1999): Neue Ansätze bei der Planung von OP-Abteilungen. In: Das Krankenhaus, Heft 9/99, S. 590-595
- Steuer, Walter** (1998): Die Anschaffung von OP-Materialien liegt oft in der falschen Hand. In: Krankenhaus Technik, Heft 6/1998, S. 44-45
- Stratmeyer, Peter** (1997): Dynamisches Qualitätsmanagement oder zertifizierte Bürokratie?. In: Krankenhaus Umschau (ku), Heft 4/97, S. 260-262
- Straub, Christoph** (1996): Zur Effizienz gehört auch die Sicherung der Qualität. In: Krankenhaus Umschau (ku), Sonderheft 5 – 2/96, S. 23-26. Nach einem Vortrag auf der Fachtagung „Ambulantes Operieren in Mecklenburg-Vorpommern“ der TK, der KGMV und der KV, November 1995

- Swertz, Paul; Möller, Johannes** (1999): EFQM-System auf Erfolgskurs - Dynamische Weiterentwicklung des europäischen Qualitätsmodells, in: Krankenhaus Umschau (ku), Heft 6, Juni 1999, 68. Jahrgang, S. 396 ff
- Tauch, Jürgen G.** (1997): Handbuch OP-Organisation, Gütersloher Organisationsberatung, 1. Auflage, Gütersloh Juni 1997, ISBN 3-932285-02-6
- Terry, G. R.; Franklin, St. G.** (1982): Principles of Management, 1. Aufl. Homewood, Ill. 1953, 8. Auflage 1982
- Thiede, Gerhard** (1998): Bei der OP-Planung wird nur zaghaft von den herkömmlichen Konzepten abgewichen. In: Krankenhaus Umschau (ku), Heft 5/98, S. 353-361
- Trill, Roland** (1996): Krankenhaus-Management - Aktionsfelder und Erfolgspotentiale, Luchterhand Verlag, Neuwied/Kriftel/Berlin 1996, ISBN 3-472-02539-5
- VDAK** - Verband der Angestelltenkrankenkassen; **BÄK** - Bundesärztekammer; **DKG** - Deutsche Krankenhausgesellschaft (1999): Projektbeschreibung "Zertifizierung von Krankenhäusern". Siegburg, Dezember 1999
- VDAK** - Verband der Angestelltenkrankenkassen; **BÄK** - Bundesärztekammer; **DKG** - Deutsche Krankenhausgesellschaft (2000): KTQ – Manual inkl. KTQ – Katalog Version 3.0 für den Einsatz in der Pilotphase. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Mai 2000, ISBN 3-928083-88-0
- Viethen, Gregor** (1997): Standards in der Medizin sind keine Konstanten, sondern Variable – Behandlungsstandards und Prozessorientierung als Elemente des Qualitätsmanagements. In: Krankenhaus Umschau (ku), Heft 5/97, S. 378-381
- Vitt, D.** (1999): Der aufgeklärte Patient als Partner - Grundzüge eines Projektes PatientenNavigation, in: Krankenhaus Umschau (ku) Sonderheft 1999, Heft 9/99, S.55-58
- Vuori, H. V.** (1982): Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology. In: World Health Organization (WHO) - Regional Office for Europe (Hrsg.): Public Health in Europe 16. Copenhagen, 1982
- Wagner, Oliver; Meier, Anja** (1999): Das EFQM-Modell als rahmenbildende Struktur - Qualitätsmanagement in einem großen Krankenhausverbund, in: Krankenhaus Umschau Sonderheft 1999, Heft 9/99, S.27-30
- Wagner, Ulrich** (2000): The EFQM Model – an overview. In: "Qualitätsmanagement im schweizerischen Gesundheitswesen". Öffentlicher Kongreß im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) am 7. Juli 2000. Veranstalter: Fachhochschule für Wirtschaft St. Gallen, Forschungsinstitut für Management im Gesundheitswesen (FMiG).
- Werner, Thomas** (1998): Im OP herrschen verbindliche Spielregeln - Die OP-Organisation des St.-Bernhard-Hospital Kamp-Lintfort, Krankenhaus Umschau (ku), Heft 2/98, S. 99-104
- Westphal, K. et al.** [Hrsg] (1981): Qualitätssicherung in der Medizin - Grundlage humaner Patientenversorgung, Berichtsband zu den Symposien in Frankfurt und Berlin, MMW Taschenbuch München 1991

WHO - World Health Organization - Regional Office for Europe [Hrsg.] (1993): Continuous quality development: a proposed national policy. Kopenhagen 1993

WHO - World Health Organization (1998): Health Promotion Glossary, Genf, 1998, Dokument WHO/ HPR/ HEP/ 98.1)

8 Anhang

Kataloge der OP-Dokumentation	I
Beispiel einer OP-Satzung	II
Daten der Externen Qualitätssicherung	III
EDV-Erfassung von Beschwerdeinformation	IV
EDV-Dokumentation einer Operation	V
EDV-Dokumentation einer ambulanten Operation	VI
Leistungserfassungsbeleg Anästhesie	VII
Leistungserfassungsbeleg Chirurgie	VIII
Leistungserfassungsbeleg Gefäßchirurgie	IX
Leistungserfassungsbeleg Gynäkologie	X
Leistungserfassungsbeleg HNO	XI
Empirische Studie - Schautafeln	XII
Empirische Studie - Fallzahlen	XIII

Kataloge der OP-Dokumentation

Fallpauschalen

Katalog der abrechnungsrelevanten Fallpauschalen der Anlage 1 BpflV, unterteilt nach Versorgung durch Haupt- und Belegabteilung. Liste und Vergütungsstruktur aller Fallpauschalen, die von Krankenhaus einzeln abgerechnet werden müssen, falls eine hier aufgeführte Kombination aus ICD 10 (als Hauptdiagnose) und ICPM (als leitender Eingriff) für den Patienten dokumentiert wurde.

Sonderentgelte

Katalog der abrechnungsrelevanten Sonderentgelte der Anlage 2 BpflV, unterteilt nach Versorgung durch Haupt- und Belegabteilung. Liste und Vergütungsstruktur aller Sonderentgelte, die vom Krankenhaus einzeln abgerechnet werden müssen, falls keine Abrechnung als Fallpauschale möglich ist und entweder eine hier aufgeführte Kombination aus ICD 10 und ICPM oder eine hier aufgeführte ICPM (ohne ICD 10) für den Patienten dokumentiert wurde.

ICD 10

International classification of diseases 10. Revision: Offizielle Liste und Verschlüsselung aller Diagnosen, auf deren Grundlage das Krankenhaus den Behandlungsgrund eines Patienten dokumentieren muß. Diese verschlüsselte Diagnose-Angaben zu einem Patienten werden zur Abrechnung eines Patienten im Rahmen von Fallpauschalen und Sonderentgelten herangezogen.

OPS 301

Offizielle Liste und Verschlüsselung aller Operationen, auf deren Grundlage das Krankenhaus die operativen Behandlungen eines Patienten dokumentieren muß. Diese verschlüsselten Operationsangaben zu einem Patienten werden zur Abrechnung eines Patienten im Rahmen der Fallpauschalen und Sonderentgelten herangezogen.

ICPM

International classification of procedures in medicine: Ein in der sechsten Stelle erweiterter OPS 301 Schlüssel zur Dokumentation von Operationen (kein verbindlicher Schlüssel). Wird von vielen Krankenhäusern anstelle des OPS 301 –Schlüssels zur Dokumentation, der an einem Patienten erbrachten (meist OP-) Leistungen verwendet.

EBM

Einheitlicher Bewertungsmaßstab: Liste und Vergütungsstruktur, nach der ambulante Operationen sowohl des niedergelassenen Arztes, als auch des Krankenhauses abgerechnet werden.

DKG-NT

Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft-Normal Tarif: Liste und Vergütungsstruktur, die zur Abrechnung vor- oder nachstationärer Behandlungen mit med.technischen Großgeräten herangezogen wird.

Beispiel einer OP-Satzung

§ 1

Anwendungsbereich

Die vorliegende OP-Satzung ist für alle Mitarbeiter – die entweder ganz oder nur teilweise im Zentral-OP des Krankenhauses ... arbeiten – gültig. Ihre Gültigkeit wird anerkannt durch die Unterschriften der schneidenden Chefärzte, des Chefarztes, der Anästhesieabteilung, der OP-Pflegeleitung und des Krankenhausgeschäftsführers.

§ 2

OP-Planung

Die gewünschten OP-Pläne der schneidenden Kliniken sind der OP-Steuerstelle am Vortag des Planungstages bis ... Uhr zu übergeben. Am Vortag des Planungstages findet um ... Uhr eine Festlegung des endgültigen OP-Planes an der Steuerstelle des OP's für den Folgetag statt. An dieser Besprechung nehmen teil:

- ein autorisierter Vertreter der jeweiligen schneidenden Klinik,
- ein autorisierter Vertreter der Anästhesieabteilung sowie die
- OP-Pflegeleitung oder deren Vertretung.

Findet keine Einigung über den OP-Plan des Folgetages statt, entscheidet der ärztliche Direktor des Zentral-OP's nach Maßgabe der vorliegenden Argumente.

§ 3

OP-Planänderungen

Änderungswünsche des OP-Planes müssen unverzüglich der Steuerstelle mit Angabe der Gründe gemeldet werden. Werden die dargelegten Gründe seitens der Steuerstelle für nicht ausreichend erachtet, entscheidet nach Maßgabe der vorliegenden Argumente der ärztliche Direktor des Zentral-OP's. Alle aktuellen OP-Planänderungen werden seitens der Steuerstelle dokumentiert und sind im Bedarfsfall Gegenstand der allgemeinen OP-Besprechung, die jeweils am ... stattfindet. Der Aushang des OP-Planes in ... ist von der Steuerstelle bei jeder Änderung zu aktualisieren.

§ 4

OP-Beginn

Der OP-Beginn (Anlegen des ersten Schnittes) erfolgt täglich um ... Uhr. Ausgenommen ist der OP-Saal ... , in dem ... der OP-Beginn auf ... Uhr festgelegt wird. Zum Zeitpunkt des OP-Beginns haben alle beteiligten Abteilungen die Voraussetzungen für das Anlegen des ersten Schnittes zu Erfüllen. Das Nichterfüllen dieser Voraussetzungen wird mit Angabe der Verzögerungszeit und des Verzögerungsgrundes von der Steuerstelle dokumentiert und ist im Bedarfsfall Gegenstand der allgemeinen OP-Besprechung.

§ 5

Notfallintegration

Nichtplanbare dringende Eingriffe sind unverzüglich der OP-Steuerstelle mitzuteilen. Die Wahl des OP's und des schneidenden Arztes erfolgt unverzüglich in Absprache mit dem autorisierten Vertreter der jeweiligen schneidenden Kliniken, dem autorisierten Vertreter der Anästhesieabteilung sowie der OP-Pflegeleitung oder deren Vertretung.

§ 6

u.s.w.

Daten der Externe Qualitätssicherung

Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten (Landesebene)

Bundesland	Dokumentierende Krankenhäuser insgesamt	Fachbereiche FP / SE	Datensätze insgesamt	Auswertung durch	Rückmeldung an Krankenhäuser
Baden-Württemberg	165 von 200	01/1,01/2,03/1,05/1,07/1,09/1,09/2,10/1,10/2,12/1,12/2,12/3,14/1,15/1,16/1,17/1,17/2,17/4,17/5,17/6,17/7,21/1,21/2	115428	PGS/ZDS	Ja
Bayern	160 von 160	Chirurgie (12/1, 12/3, 17/1, 10/1) Perinatalogie/ Neonatologie	k.A.	(PGS)	Ja
Berlin					
Brandenburg					
Bremen					
Hamburg	31 von 35	01/1,01/2,03/1,07/1,10/1,10/2,12/1,12/2,12/3,14/1,15/1,16/1,17/1,17/2,17/3,17/4,17/5,17/6,17/7	21465	ZDS	Ja
Hessen			k.A.		
Mecklenburg-Vorpommern	14 von 33	01/1,01/2,03/1,05/1,07/1,,10/1,10/2,12/1,12/2,12/3,14/1,15/1,16/1,17/1,17/2,17/4,17/5,17/7,21/1,21/2	8997	ZDS	Ja
Niedersachsen	120 von 206	12/1,17/1,17/2	6421	PGS	Ja
Nordrhein					
Westfalen-Lippe					
Rheinland-pfalz	56 von 85	01/1,01/2,05/1,07/1,10/1,12/1,12/2,12/3,14/1,15/1,17/1,17/2,17/3,17/5,17/6,21/1	6884	ZDS	Ja
Saarland					
Sachsen	70 von 70		9000	ZDS	
Sachsen-Anhalt					
Schleswig-Holstein					
Thüringen		Beginn 3. Quartal 1998	9000		

Verfügbarkeit Stationärer Leistungsdaten gemäß § 301 SGB V (Stand Mai 1998)

Krankenkasse	Interesse	verfügbar	Begründung
AOK Rheinland	Ja	Ja	EDV-Erfassung
AOK Westphalen-Lippe	Ja	Nein	Keine EDV-Erfassung
AOK Baden-Württemberg	Ja	In Aussicht	Durchführbarkeit in Frage
Barmer Ersatzkasse	Ja	Nein	Keine EDV-Erfassung
Landwirtschaftliche Krankenkassen	Nein	Nein	Testphase der EDV
Betriebskrankenkassen BW	Ja	Nein	Unvollständiger EDV-Erfassung
Deutsche Angestellten Krankenkasse	Ja	?	EDV, Organisation
Betriebskrankenkassen NRW	Nein	Nein	Kein einheitliches EDV-System
Innungskrankenkasse NR	Nein	Nein	Umstellung des EDV-Systems
Arbeiterversatzkassenverband Siegburg	Ja	Nein	Testphase der EDV
Innungskrankenkassen BW	k.A.	k.A.	?
Techniker Krankenkasse NRW	k.A.	k.A.	?
See-Krankenkasse	ja	nein	Zu geringe Mitgliederzahl

Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Servicestelle, Qualitätssicherung, Stand 1. Quartal 1999

EDV-Erfassung von Beschwerdeinformation

Beschwerde-Inhaltsinformation

1. Information über das Beschwerdeproblem

Problemkategorie: _____

Ort: _____ **Zeitpunkt:** ____ . ____ . ____ : ____

Erstbeschwerde **Folgebeschwerde**

2. Implikation für die Reaktion

Vom Kunden erwünschte Lösung:

Kulanzfall: Ja Nein

Priorität: Standard dringend sofort

3. Information über den Beschwerdeführer

Interner Kunde **Externer Kunde**

Stammdaten: Name: _____
Position: _____
Telefon: _____

Beziehung zum Beschwerdefall:

Ausmaß der Verärgerung 1 2 3 4 5

4. Information über das Beschwerdeobjekt

Art der Dienstleistung:

Stelle:

Verantwortlich:

Beschwerde-Bearbeitungsinformation

1. Informationen über die Beschwerdeannahme

Zeitpunkt der Annahme: ____ . ____ . ____ : ____

Beschwerdeweg: _____

Adressat: _____ Tel. _____

Entgegennehmer: _____ Tel. _____

2. Informationen über die Beschwerdebearbeitung

Beschwerde-Verantwortliche: _____ Tel. _____

_____ Tel. _____

_____ Tel. _____

Beschwerde-Bearbeitungsprozeß:

3. Informationen über die Beschwerdelösung

Dem Kunden gemachte Zusagen:

Tatsächlich Realisierte Problemlösung:

Kosten der Lösung: _____ . ____ EUR

Schätzung des Nutzens: _____ . ____ EUR

Operationsprotokoll/ Seite 2

Pat.-Nr.: Name: Lfd.-Nr.:
Geb.-Datum: Jahre AG: Geschlecht: Amb./stat.:

Lagerung: Bauchtücher vor OP:
Blutsperre: Bauchtücher während OP:
Blutleere: Bauchtücher nach OP:
Gips: eingebrachte lose Kompresse:
Mikroskop: entnommene lose Kompresse:
Einmal-Abdeckung: Tamponade:
Einmal-Kittel: Kocher:
Einmal-Elektrode: Pean:
Klemmchen:

Eingebrachte Implantate: (Endoprothesen, Gefäßprothesen, Herzschrittmacher)

Medizinisches Verbrauchsmaterial:

Operateur: Anästhesie:

Bitte den Verbrauch mit den hinterlegten Standards abgleichen!

Verworfenen Artikel:

Operateur: Anästhesie:

Zentralsterilisation:

Siebe:

Trommeln:

Packs:

Chargen-Dokumentation:

(bitte Farbsymbole auf den Ausdruck kleben)

Leistungszeiten:

Röntgen: Min.:

Bemerkungen:

EDV-gestützte OP-Dokumentation (Ambulante Operation)

Operationsprotokoll

Datum: 31. 01 19..

Pat.-Nr.: 3165659

Name: Muster, Peter

Lfd.-Nr. 0199

Geb.-Datum: 11. 05. 1983 13 Jahre AG: 2

Geschlecht: m Amb./stat.:

A

OP-Datum: 31. 01. 1997

OP-Fachrichtung:

Allg. Chirurgie

OP-Tisch: 1030 Chirurgie

OP-Kennzeichen:

Wahloperation

Anästhesiezeiten/

OP-Zeiten

Einschleusung: 09.25 Uhr

Na-Beginn: 09.35 Uhr

OP-Beginn: 09.45 Uhr

OP-Ende: 10.00 Uhr Min: 15

Na-Ende: 10.05 Uhr Min: 30 Rüstzeiten vor: 10 Min. nach: 10 Min

Ausschleusung: 10.10 Uhr Min: 45 Lagerung: Min.

Begründung für Überschreitung des Standards:

keine Abweichung!

Anästhesiearten

An.-Art: 462 Kombinationsnarkose

Risiken: septisch/aseptisch: S

Besond: Schnellschnitt: J

Anästhesiepersonal

Ärzte: Dr. Maier, Werner

Schwester/

Pfleger: Hinze, Ingrid

Operationspersonal

Operateure: Prof. Dr. Herbert Schmidz

Assistenz: Dr. Otto, Fiedolin

Schwester/

Pfleger: Müller, Heidi Bartel, Griseldis

Sonstige:

Diagnosen

Prä-OP: 725 Adenotomie

Post-OP: 725 Adenotomie

ICD: 725

Therapie

OP-Nr. 1485 Adenotomie mit Parazentese

Operationsprotokoll/ Seite 2

Pat.-Nr.: Name: Lfd.-Nr.:
 Geb.-Datum: Jahre AG: Geschlecht: Amb./stat.:

Lagerung:	Bauchtücher vor OP:
Blutsperre:	Bauchtücher während OP:
Blutleere:	Bauchtücher nach OP:
Gips:	eingebraachte lose Kompresse:
Mikroskop:	entnommene lose Kompresse:
Einmal-Abdeckung: Unterlage	Tamponade:
Einmal-Kittel:	Kocher:
Einmal-Elektrode:	Pean:
	Klemmchen:

Eingebrachte Implantate: Paukenröhrchen

Medizinisches Verbrauchsmaterial:

Operateur:	Anästhesie:
OP-Haube grün	OP-Haube grün
OP-Haube rund	OP-Haube rund
OP-Gesichtsmaske	OP-Gesichtsmaske
OP-Handschuhe	OP-Handschuhe
Schutzlaken	Gase
Saugschlauch	Narkosemittel
Otriven	Taben
Gaze-Tupfer	
Absaugkatheter	
Antibeschlageröhrchen	
Nahtmaterial	

Verworfenen Artikel:

Operateur: Anästhesie:

Zentralsterilisation:

Siebe: *Standard*

Trommeln:

Packs:

Chargen-Dokumentation:

(bitte Farbsymbole auf den Ausdruck kleben)

Leistungszeiten:

Röntgen: Min.:

Bemerkungen:

Unterschrift: Operateur instr. Schwester/Pfleger

Leistungserfassungsbeleg Chirurgie

DKG-NT		Bezeichnung	DKG-NT	Bezeichnung
200	<input type="checkbox"/>	Einfacher Verband	2034	<input type="checkbox"/> Ausrottung e. Finger-, Zehennagels
201	<input type="checkbox"/>	Redressierender Klebeverband Brustk	2035	<input type="checkbox"/> Plastische OP am Nagelwall e. Fing.
202	<input type="checkbox"/>	Schanz'scher Halskrawattenverband	2040	<input type="checkbox"/> Exstirpation eines Tumors Finger
203	<input type="checkbox"/>	Kompressionsverband	2041	<input type="checkbox"/> Operative Beseit. e. Schnürfurche
205	<input type="checkbox"/>	Rucksack- oder Desaultverband	2042	<input type="checkbox"/> Kreuzlappenplastik an e. Finger
206	<input type="checkbox"/>	Stärke- oder Gipsfixation zusätzlich	2051	<input type="checkbox"/> Operation eines Ganglions / Hand
210	<input type="checkbox"/>	Kleiner Schienenverband	2052	<input type="checkbox"/> Operation eines Ganglions / Finger
211	<input type="checkbox"/>	Kleiner Schienenverband, Wiederanl.	2060	<input type="checkbox"/> Drahtstiftung zur Fixierung / Finger
212	<input type="checkbox"/>	Schienenverband > 2 Gelenke	2061	<input type="checkbox"/> Entfernung Drahtstiftung nach 2060
217	<input type="checkbox"/>	Streckverband	2062	<input type="checkbox"/> Drahtst. z. Fix. mehr. kl. Gelenke
218	<input type="checkbox"/>	Streckverband mit Nagel- / Drahtextension	2063	<input type="checkbox"/> Entfernung Drahtstiftung nach 2061
225	<input type="checkbox"/>	Gipsfingerling	2064	<input type="checkbox"/> Sehnen-, Faszien- o. Muskelverläng.
226	<input type="checkbox"/>	Gipshülse	2065	<input type="checkbox"/> Abtragung ausgedehnter Nekrosen
228	<input type="checkbox"/>	Gipsschienenverband, Gipsantoffel	2066	<input type="checkbox"/> Eröffnung der Hohlhandphlegmone
229	<input type="checkbox"/>	Gipsschienenverband, Wiederanlage	2067	<input type="checkbox"/> Operation e. Hand- / Fußmißbildung
230	<input type="checkbox"/>	Zirkulärer Gipsverband	2070	<input type="checkbox"/> Operation d. Karpaltunnelsyndroms
231	<input type="checkbox"/>	Zirkulärer Gehgipsverband	2073	<input type="checkbox"/> Sehnen-, Muskel-, Fasziennaht
246	<input type="checkbox"/>	Abnahme eines zirk. Gipsverbandes	2080	<input type="checkbox"/> Stellungskorrektur Hammerzehe
247	<input type="checkbox"/>	Fensterung, Schieneneinsetzung usw.	2081	<input type="checkbox"/> 2080 inkl. Resektion e. Knochenteils
2007	<input type="checkbox"/>	Entfernung von Fäden und Klammern	2085	<input type="checkbox"/> Radikaloperation der Dupuytschen K
2000	<input type="checkbox"/>	Erstversorgung einer kl. Wunde	2086	<input type="checkbox"/> 2085 inkl. Zickzackplastiken
2001	<input type="checkbox"/>	Versorgung einer kl. Wunde m. Naht	2100	<input type="checkbox"/> Naht der Gelenkkapsel e. Fingers
2002	<input type="checkbox"/>	Vers.e.kl.Wunde,Umschneidung, Naht	2101	<input type="checkbox"/> Naht der Gelenkkapsel e. Fußgelenks
2003	<input type="checkbox"/>	Vers. e. großen Wunde	2102	<input type="checkbox"/> Naht der Gelenkkapsel e. Kniegelenk
2004	<input type="checkbox"/>	Vers. e. großen Wunde m. Naht	2104	<input type="checkbox"/> Bandplastik des Kniegelenks

Chirurgie
Städt. Krankenhaus

Patientenetikett bitte
hier einkleben

- vorstationär
 ambulant
 stationär
 nachstationär

OP-Datum:

Leistungserfassungsbeleg Gefäßchirurgie

Gefäßchirurgie		<input type="checkbox"/> vorstationär	
Städt. Krankenhaus		<input type="checkbox"/> ambulant	
Patientenetikett bitte hier einkleben		<input type="checkbox"/> stationär	
		<input type="checkbox"/> nachstationär	
		OP-Datum:	
		Unterschrift:	
DKG-NT	Bezeichnung	DKG-NT	Bezeichnung
2801	<input type="checkbox"/> Freilegung , Unterb. Extremitäten	2887	<input type="checkbox"/> Ven. Thrombektomie
2802	<input type="checkbox"/> Freilegung Abdomen, Thorax	2898	<input type="checkbox"/> Filterimplantation
2803	<input type="checkbox"/> Freilegung Hals	2895	<input type="checkbox"/> Hämodialyse Shunt
2804	<input type="checkbox"/> Druckmessung		<input type="checkbox"/>
2805	<input type="checkbox"/> Flußmessung		<input type="checkbox"/>
2808	<input type="checkbox"/> Venenentnahme als Ersatz		<input type="checkbox"/>
2820	<input type="checkbox"/> Rekonstruktion extrakran. Hirnarterien		<input type="checkbox"/>
2821	<input type="checkbox"/> Rekonstr. Extrakran. Hirnart. und Shunt		<input type="checkbox"/>
2822	<input type="checkbox"/> Rekostruktion Armarterie		<input type="checkbox"/>
2835	<input type="checkbox"/> Aorta abdom.		<input type="checkbox"/>
2836	<input type="checkbox"/> Aortenaneurysma		<input type="checkbox"/>
2837	<input type="checkbox"/> Visceralarterie		<input type="checkbox"/>
2838	<input type="checkbox"/> Nierenarterie		<input type="checkbox"/>
2839	<input type="checkbox"/> Beckenarterie, einseitig		<input type="checkbox"/>
2840	<input type="checkbox"/> Oberschenkel Rek. u. extraanatom.		<input type="checkbox"/>
2841	<input type="checkbox"/> Poplitea		<input type="checkbox"/>
2842	<input type="checkbox"/> Unterschenkel		<input type="checkbox"/>
2850	<input type="checkbox"/> PTA		<input type="checkbox"/>

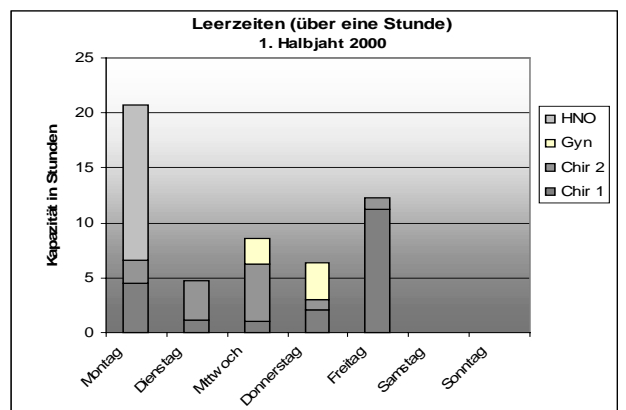
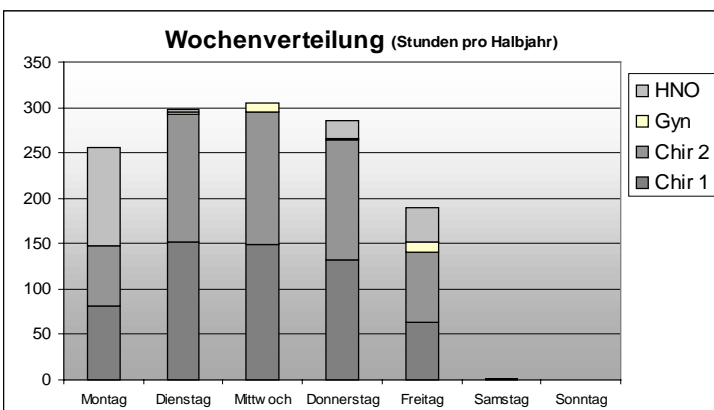
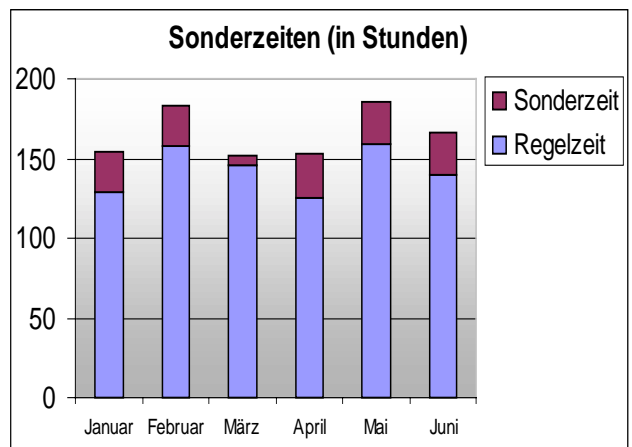
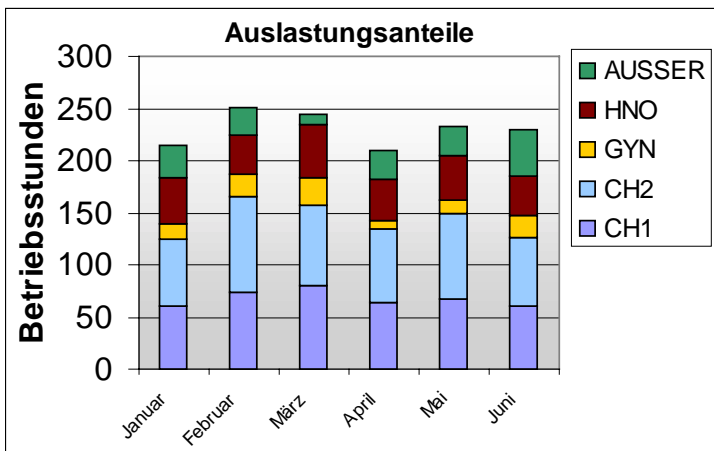
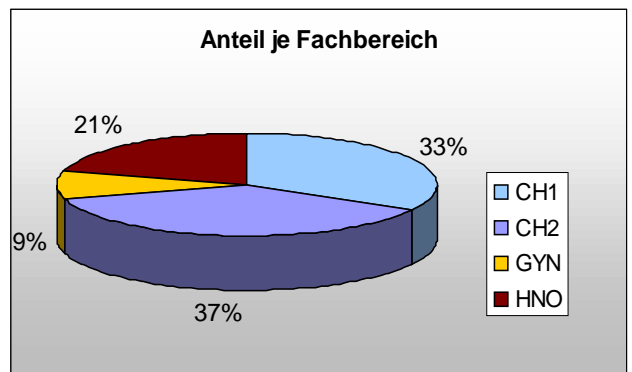
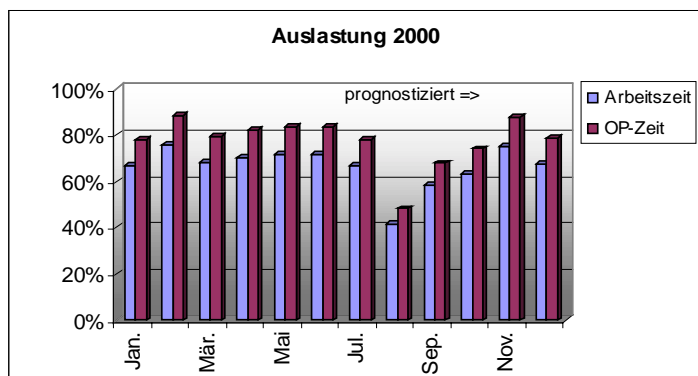
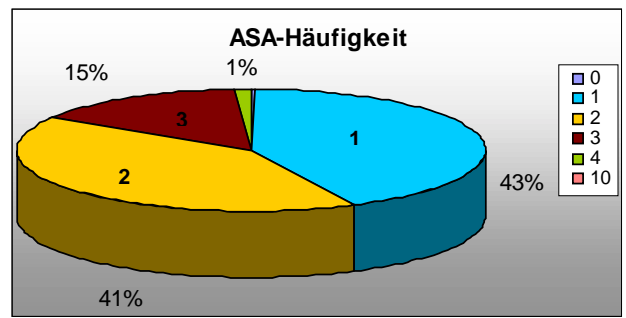
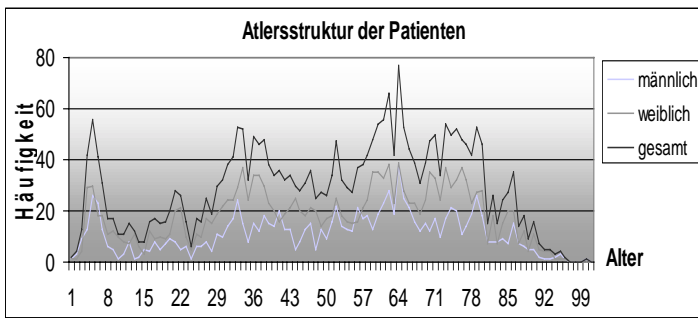
Leistungserfassungsbeleg Gynäkologie

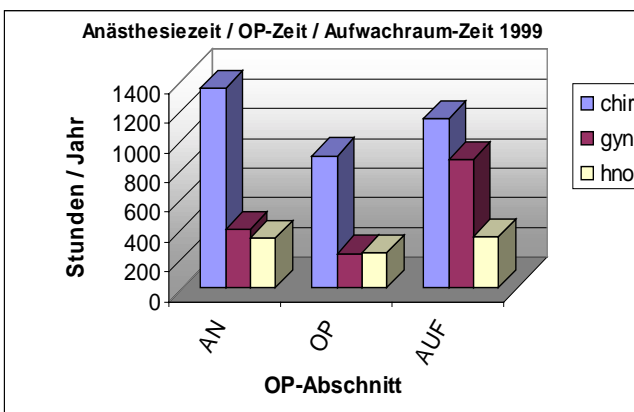
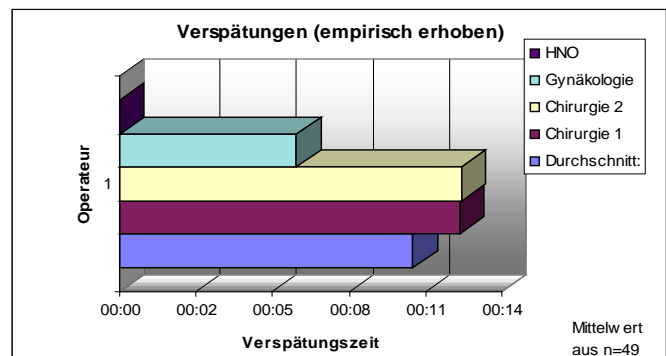
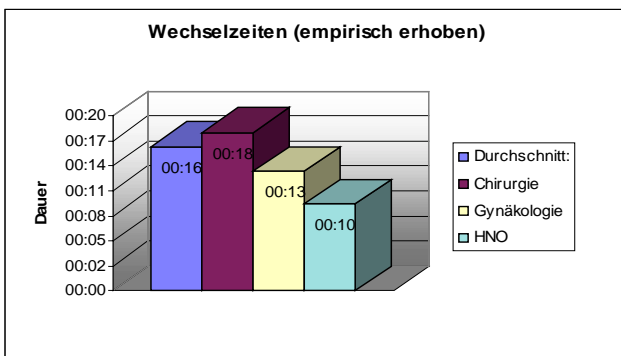
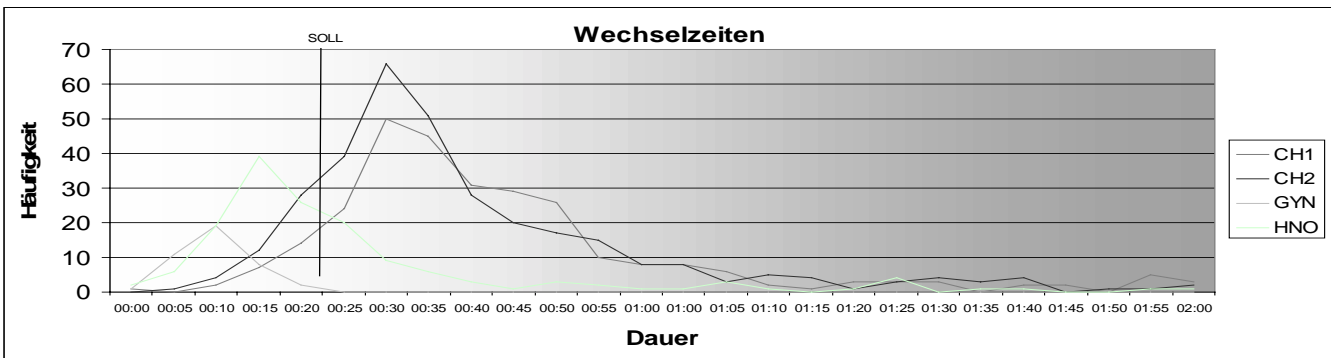
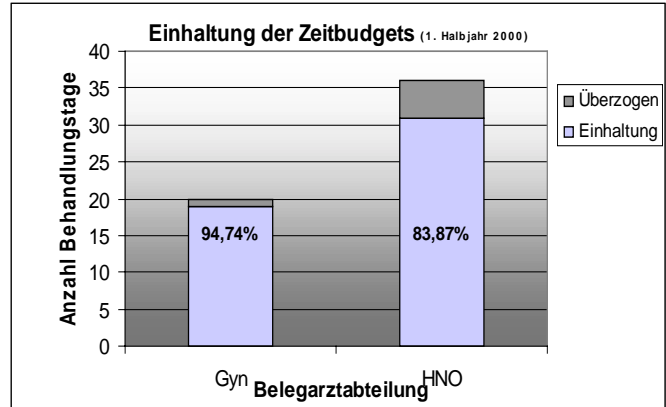
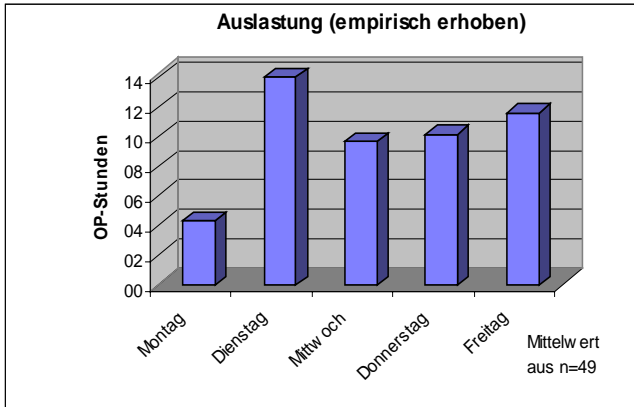
Gynäkologie		<input type="checkbox"/> vorstationär	
Städt. Krankenhaus		<input type="checkbox"/> ambulant	
Patientenetikett bitte hier einkleben		<input type="checkbox"/> stationär	
		<input type="checkbox"/> nachstationär	
		OP-Datum:	
DKG-NT	Bezeichnung	DKG-NT	Bezeichnung
1020	<input type="checkbox"/> Erweiter. d. Gebärmutterhalses	1091	<input type="checkbox"/> Einleg./Wechseln Intrauterin-Pessar
1031	<input type="checkbox"/> Entbindung durch Perforation	1092	<input type="checkbox"/> Entfernung eines Intrauterin-Pessars
1032	<input type="checkbox"/> Schnittentbindung v.d. Scheide/Bauch	1096	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Gebärmutterhalses
1035	<input type="checkbox"/> Operation der Uterusruptur	1098	<input type="checkbox"/> Durchtrennung e. Narbenstranges
1036	<input type="checkbox"/> 1035 mit Uterusexstirpation	1099	<input type="checkbox"/> OP der Hämato- oder Pyometra
1041	<input type="checkbox"/> Entfernen der Nachgeburt	1102	<input type="checkbox"/> Entf. von Polypen a.d. Gebärmutter
1042	<input type="checkbox"/> Behandlung einer Blutung nach Geburt	1103	<input type="checkbox"/> Probeexzision an der Gebärmutter
1043	<input type="checkbox"/> Naht des Gebärmutterhalses	1104	<input type="checkbox"/> Ausschabung / Absaugung
1048	<input type="checkbox"/> OP einer Extrauterinschwangerschaft	1110	<input type="checkbox"/> Hysteroskopie
1049	<input type="checkbox"/> Aufrichtung einer schw. Gebärmutter	1111	<input type="checkbox"/> Hysteroskopie mit zusätzlicher OP
1050	<input type="checkbox"/> Instrumentale Einleitung einer Geburt	1112	<input type="checkbox"/> Tubendurchblasung
1052	<input type="checkbox"/> Beistand bei einer Fehlgeburt	1114	<input type="checkbox"/> Homologe Insemination
1060	<input type="checkbox"/> Ausräumung einer Blasenmole	1120	<input type="checkbox"/> OP e. alten Dammrisses / Vulva / Vag.
1061	<input type="checkbox"/> Abtragung des Hymens	1122	<input type="checkbox"/> OP e. alten Mutterhalsrisses
1075	<input type="checkbox"/> Vag. Behandlung / Einbr. v. Arzneim.	1123	<input type="checkbox"/> Plastische OP bei Verschl.d. Scheide
1080	<input type="checkbox"/> Entf. e. Fremdkörpers aus der Scheide	1125	<input type="checkbox"/> Vordere Scheidenplastik
1081	<input type="checkbox"/> Ausstopfung der Scheide	1126	<input type="checkbox"/> Hintere Scheidenplastik m. Beckenb.
1083	<input type="checkbox"/> Kauterisation an der Portio	1127	<input type="checkbox"/> Vordere und hintere Scheidenplastik
1084	<input type="checkbox"/> Thermokoagulation an der Portio	1128	<input type="checkbox"/> Scheiden- u. Portioplastik
1086	<input type="checkbox"/> Konisation der Portio	1129	<input type="checkbox"/> Plast. OP am Gebärmutterhals
1087	<input type="checkbox"/> Anlegen oder Wechseln eines Ringes	1131	<input type="checkbox"/> OP Entfernung e. Stützbandes
1088	<input type="checkbox"/> Lageverbesserung der Gebärmutter	1135	<input type="checkbox"/> Cervix-Amputation
1070	<input type="checkbox"/> Kolposkopie	1136	<input type="checkbox"/> Vordere/hintere Kolpozöliotomie
1089	<input type="checkbox"/> Operat. Entf. e. eingewachsenen Rings	1137	<input type="checkbox"/> Vaginale Myom-Enukleation
1090	<input type="checkbox"/> Einlegen / Wechseln eines Pessars	1138	<input type="checkbox"/> Totalexstirpation des Uterus

Leistungserfassungsbeleg HNO

HNO - Klinik Städt. Krankenhaus		<input type="checkbox"/> vorstationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> nachstationär	
Patientenetikett bitte hier einkleben		OP-Datum: Unterschrift:	
DKG-NT	Bezeichnung	DKG-NT	Bezeichnung
1534	<input type="checkbox"/> Probeexzision aus dem Kehlkopf	1622	<input type="checkbox"/> Plast. Rekonstr. hint. Gehörgangsw.
1535	<input type="checkbox"/> Entfernung von Polypen a.d. Kehlkopf	1623	<input type="checkbox"/> Otoskleroseoperation v. Gehörgang
1541	<input type="checkbox"/> Operative Beseitigung e. Stenose	1626	<input type="checkbox"/> Fazialisdekompression
1548	<input type="checkbox"/> Einführung e. Silastik-Endoprothese	1628	<input type="checkbox"/> Plastischer Verschuß Kieferhöhlenf.
1568	<input type="checkbox"/> Operation am äußeren Gehörgang	1635	<input type="checkbox"/> Operat. Korrektur abstehend. Ohren
1570	<input type="checkbox"/> Entfernung e. festsitzenden Fremdkörp	1636	<input type="checkbox"/> Plast. OP zur Korrekt. Ohrmuschel
1576	<input type="checkbox"/> Anlage e. Paukenhöhlendrainage	1637	<input type="checkbox"/> 1636 zusätz. Größe u/o Stellung
1586	<input type="checkbox"/> Entf. ein. o. mehr. großer Polypen	1639	<input type="checkbox"/> Unterbindung der Vena jugularis
1588	<input type="checkbox"/> Hammer-Amboß-Extration	2006	<input type="checkbox"/> Behandl. einer Wunde
1595	<input type="checkbox"/> Operative Beseit. e. Stenose	2007	<input type="checkbox"/> Entfernung von Fäden u. Klammern
1596	<input type="checkbox"/> Plastische Herstellung d. äuß. Gehörg.	2008	<input type="checkbox"/> Wund- und Fistelspaltung
1597	<input type="checkbox"/> Operative Eröffnung des Warzenforts.	2009	<input type="checkbox"/> Entfernung ein. Fremdkörpers
1598	<input type="checkbox"/> Aufmeißelung des Warzenfortsatzes	2010	<input type="checkbox"/> Entf. e. tiefsitzenden Fremdkörpers
1601	<input type="checkbox"/> Operat. e. gutart. Mittelohrtumors	2200	<input type="checkbox"/> Einrenkung der Luxation Unterkiefer
1602	<input type="checkbox"/> Operat. e. destruktiv wachs. Mittelohrt.	2253	<input type="checkbox"/> Knochenspanentnahme
1610	<input type="checkbox"/> Tympanoplastik mit Interposition	2254	<input type="checkbox"/> Implantation von Knochen
1611	<input type="checkbox"/> Myringoplastik vom Gehörgang aus	2255	<input type="checkbox"/> Freie Verpflanzung eines Knochens
1612	<input type="checkbox"/> Eröffnung der Paukenhöhle, temporär	2256	<input type="checkbox"/> Knochenaufmeißelung b.kl. Knochen

Empirische Studie - Schautafeln





Empirische Studie - Fallzahlen

Fallzahlen nach Diagnose

Rang	ICD-Code	Bezeichnung	Häufigkeit
1	454.9	Varizen (der unteren Extremitäten) o. Ang.e.Geschwürs od.	184
2	474.0	Chronische Mandelentzündung	138
3	585	Chronisches Nierenversagen	130
4	440.2	Arteriosklerose der Extremitätenarterien	121
5	550.9	Leistenbruch ohne Angabe von Verschuß oder Gangrä.	100
6	474.2	Adenoide Vegetationen	94
7	621.3	Zystische Hyperplasie des Endometriums	90
8	470	Nasenscheidewandverbiegung	78
9	381.0	Akute nichteitrige Otitis media	50
10	473.8	(Chronische) sonstige Nebenhöhlenentzündung	46
			1031

36,83%

Bezugsjahr 1999, n=2799

Fallzahlen nach Eingriffen

Rang	ICPM	Diagnoseart	Häufigkeit
1	1-471.2	Biopsie am Endometrium, diagnostische fraktionierte Kürettage	162
2	5-385-41	Crossektomie/Stripping V.saphena magna, Einseitig	138
3	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	118
4	5-699.x	Sonstige Operationen an Uterus und Parametrien	104
5	5-980	Mikrochirurgische Technik	81
6	5-200.1	Parazentese (Myringotomie), beidseitig	68
7	5-385.2	Lokale Exzision Varizen	64
8	5-511.11	Cholecystektomie, einfach, laparoskopisch	69
9	5-663.0	Elektrokoagulation Tubae uterinae (Sterilisations.)	65
10	5-530.5	Hernia inguinalis, BLV mit alloplastischem Material	58
			927

33,12%

Bezugsjahr 1999, n=2799

Anästhesiearten

Art	Anzahl
ITN	1343
Laryngmaske	334
Spinalanästhesie	321
Maske	200
Plexus	151
Stand By	82
	2431

86,85%

Bezugsjahr 1999