

# **Ausländische Akkreditierungssysteme und Qualitätsmanagement-Modelle für Krankenhäuser**

**Darstellung und Analyse  
ausgewählter Systeme und Standards**

## **DISSERTATION**

zur Erlangung des akademischen Grades

des Doktors der Sozialwissenschaften

Dr. rer. soc.

an der Universität Konstanz

Geisteswissenschaftliche Sektion

Fachbereich Geschichte und Soziologie

vorgelegt von

Wolfgang Butthof

E-Mail: [buttrode@gmx.de](mailto:buttrode@gmx.de)

Tag der mündlichen Prüfung: 01.07.2003

Referent: Prof. Dr. Paul Swertz

Referent: Prof. Dr. Horst Baier

*Für meine Mutter*

## Danksagung

An erster Stelle gebührt mein herzlicher Dank meinem akademischen Lehrer, Herrn Prof. Dr. Paul Swertz, für seine langjährige Betreuung und Unterstützung sowie für die wertvollen und anregenden Diskussionen. Er hat die Entstehung dieser Arbeit wesentlich gefördert.

Darüber hinaus gilt mein aufrichtiger Dank dem Zweitreferenten, Herrn Prof. Dr. Horst Baier, für die zahlreichen nützlichen Hinweise und für die rasche Erstellung des Zweitgutachtens, die mir eine zügige Abwicklung des Promotionsverfahrens ermöglichte.

Mein besonderer Dank gebührt meinen Eltern für ihre Hilfe und Unterstützung auf meinem bisherigen Lebensweg. Ohne ihre finanzielle Unterstützung wäre die Fertigstellung dieser Arbeit ungleich schwerer geworden. Im besonderen danke ich meiner Mutter für das mir stets entgegengebrachte Vertrauen.

Dank sagen möchte ich auch allen, die mir in verschiedenster Weise während der Erstellung dieser Dissertation Beistand geleistet haben. Earl Swanson, ein profunder Kenner der deutschen und englischen Sprache, hat viele Stunden seiner Freizeit für die Korrektur dieser Arbeit aufgewendet. Dank gebührt auch Daniel Sacher, der ein kompetenter und zuverlässiger Ansprechpartner bei der Lösung schwieriger technischer und redaktioneller Probleme war. Zu guter letzt danke ich für so manche Aufmunterung und Ablenkung während der Zeit, in der ich diese Studie verfaßt habe: Meiner Schwester Hilke Günther, Dr. Patrick Schuler, Dr. Silke Schultz-Collet, Nicola Ludwig, Claudia Sacher, Nicole Kalitta, Rosemarie Hietzig, Dr. Christoph Guwang, Nina Reimann-Dubbers und Diana Kirchner.

Wolfgang Butthof

Konstanz, im Juli 2003

# INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis.....	VI
Abkürzungsverzeichnis.....	VII
<b>1 EINFÜHRUNG.....</b>	<b>1</b>
1.1 Problemstellung.....	1
1.2 Zielsetzung und Vorgehensweise.....	4
1.3 Untersuchungsmethodik.....	5
<b>2 TERMINOLOGISCHE ERLÄUTERUNGEN.....</b>	<b>11</b>
2.1 Die Entwicklung des Qualitätswesens.....	11
2.2 Der Qualitätsbegriff und seine definatorische Problematik.....	12
2.2.1 Objektive, subjektive und relative Qualität.....	13
2.2.2 Die fünf Sichtweisen des Qualitätsbegriffs nach Garvin.....	15
2.2.3 Erkenntnis.....	17
2.2.4 Der Qualitätsbegriff nach ISO 8402: 1994.....	18
2.2.5 Donabedians Ansatz zur Beschreibung der medizinischen Qualität.....	19
2.2.5.1 Strukturqualität.....	20
2.2.5.2 Prozeßqualität.....	21
2.2.5.3 Ergebnisqualität.....	23
2.2.5.4 Der funktionale Zusammenhang zwischen den drei Kategorien.....	25
2.3 Qualitätsmessung und Qualitätsbeurteilung.....	25
2.3.1 Kriterien.....	26
2.3.2 Standard.....	28
2.3.3 Indikatoren.....	33
2.3.4 Referenzbereich.....	36
2.3.5 Norm.....	37
2.3.6 Richtlinie.....	39
2.3.7 Leitlinie.....	40
2.3.8 Empfehlung.....	41
2.3.9 Benchmarking.....	42
2.3.10 Zusammenfassung.....	44
2.4 Zentrale Begriffe der Qualitätslehre.....	46
2.4.1 Qualitätsforderung (requirements for quality).....	46

## II

2.4.2	Merkmal (characteristic).....	48
2.4.3	Einheit (entity).....	49
2.4.4	Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und quality assurance.....	50
2.4.5	Qualitätsmanagementsystem (QM-System).....	53
2.4.6	Qualitätspolitik (quality policy).....	55
2.4.7	Qualitätsziele (quality objektives).....	56
2.4.8	Qualitätsplanung (quality planning).....	59
2.4.9	Qualitätslenkung (quality control).....	60
2.4.10	Qualitätsverbesserung (quality improvement).....	62
<b>2.5</b>	<b>Total Quality Management/ Umfassendes Qualitätsmanagement.....</b>	<b>63</b>
2.5.1	Historische Entwicklung des TQM/ UQM.....	63
2.5.2	Begriffliche Erläuterung.....	67
2.5.3	Zentrale Prinzipien des TQM /UQM.....	70
<b>2.6</b>	<b>Definition von Akkreditierung und Zertifizierung.....</b>	<b>83</b>
2.6.1	Akkreditierung.....	83
2.6.1.1	Charakteristika von Akkreditierungssystemen.....	86
2.6.2	Charakteristika traditioneller-/anglophoner-/stereotyper Akkreditierungssysteme.....	87
2.6.3	Charakteristika neuerer Akkreditierungssysteme.....	89
<b>3</b>	<b>QUALITÄTSSICHERUNGSMÄßNAHMEN IM KRANKENHAUS.....</b>	<b>97</b>
3.1	Allgemeines.....	97
3.2	Externe und interne Qualitätssicherung.....	97
3.3	Externe Qualitätssicherung.....	97
3.4	Interne Qualitätssicherung.....	98
3.5	Traditionelle Maßnahmen der Qualitätssicherung im Krankenhaus.....	99
<b>4</b>	<b>ETABLIERTE QUALITÄTSSICHERUNGSPROGRAMME.....</b>	<b>103</b>
4.1	Qualitätssicherung in der Perinatalogie und Neonatologie.....	103
4.2	Qualitätssicherung in der Allgemein Chirurgie.....	105
4.3	Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie.....	108
4.4	Weitere Aktivitäten der medizinischen Qualitätssicherung.....	112
4.5	Schwachstellen der Qualitätssicherung im Krankenhaus.....	113

<b>4.6</b>	<b>Ansätze zu Verbesserung der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in deutschen Krankenhäusern.....</b>	<b>116</b>
4.6.1	Das Münchner Modell .....	117
4.6.2	Das KTQ-Modell.....	118
4.6.3	Das EFQM-Modell.....	123
<b>4.7</b>	<b>Exkurs: Die 2002 Health Care Criteria for Performance Excellence.....</b>	<b>130</b>
4.7.1	Grundsätze .....	130
4.7.2	Das Modell der Baldrige Health Care Criteria for Performance Excellence .....	135
4.7.3	Aufbau und Bewertung anhand der Kriterien .....	138
<b>5</b>	<b>INTERNATIONALE AKKREDITIERUNGSSYSTEME FÜR .....</b>	<b>145</b>
	<b>KRANKENHÄUSER .....</b>	<b>145</b>
<b>5.1</b>	<b>Der Australian Council on Healthcare Standards.....</b>	<b>145</b>
5.1.1	Entstehungsgeschichte und Rechtsform.....	145
5.1.2	Strukturelle Komponenten: Organisation, Mitarbeiter, Finanzen, Leistungsangebot .....	147
5.1.3	Rekrutierung, Einstellungsvoraussetzungen, Zusammensetzung, Training und Kosten des Prüfungsteams.....	151
5.1.4	Umfang und Aufbau des EQuIP Handbuchs.....	152
5.1.5	Standards und Kriterien .....	155
5.1.5.1	Anwendungsbereich, Ausrichtung und Fokus .....	155
5.1.5.2	Berücksichtigung von TQM/UQM Elementen.....	158
5.1.6	Bewertung.....	161
5.1.6.1	Bewertungsschema.....	161
5.1.6.2	Anwendungsspektrum des Bewertungssystems.....	163
5.1.7	Prüfverfahren und Prüfablauf .....	164
5.1.8	Grundlagen, Stufen, Publikation und Kosten der Akkreditierung.....	166
5.1.9	Zusammenfassung.....	167
<b>5.2</b>	<b>Das Hospital Accreditation Programme (HAP) .....</b>	<b>171</b>
5.2.1	Entstehungsgeschichte und Rechtsform.....	171
5.2.2	Strukturelle Komponenten: Organisation, Mitarbeiter, Finanzen, Leistungsangebot .....	171
5.2.3	Rekrutierung, Einstellungsvoraussetzungen, Zusammensetzung, Training und Kosten des .....	173
5.2.4	Umfang und Aufbau des HAP-Handbuchs .....	174
5.2.5	Standards und Kriterien .....	177
5.2.5.1	Anwendungsbereich, Ausrichtung und Fokus .....	177
5.2.5.2	Berücksichtigung von TQM/UQM Elementen.....	182

5.2.6	Bewertung.....	188
5.2.6.1	Bewertungsschema.....	188
5.2.6.2	Anwendungsspektrum des Bewertungssystems.....	190
5.2.7	Prüfverfahren und Prüfablauf .....	190
5.2.8	Grundlagen, Stufen, Publikation und Kosten der Akkreditierung.....	191
5.2.9	Zusammenfassung.....	193
<b>5.3</b>	<b>Der Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) .....</b>	<b>196</b>
5.3.1	Entstehungsgeschichte und Rechtsform.....	196
5.3.2	Strukturelle Komponenten: Organisation, Mitarbeiter, Finanzen, Leistungsangebot .....	198
5.3.3	Rekrutierung, Einstellungsvoraussetzungen, Zusammensetzung, Training und Kosten des Prüfungsteams.....	201
5.3.4	Umfang und Aufbau des CCHSA Handbuchs .....	203
5.3.5	Standards und Kriterien .....	207
5.3.5.1	Anwendungsbereich, Ausrichtung und Fokus .....	207
5.3.5.2	Berücksichtigung von TQM/UQM Elementen.....	212
5.3.6	Bewertung.....	215
5.3.6.1	Bewertungsschema.....	215
5.3.6.2	Anwendungsspektrum des Bewertungssystems.....	219
5.3.7	Prüfverfahren und Prüfablauf .....	219
5.3.8	Grundlagen, Stufen, Publikation und Kosten der Akkreditierung.....	221
5.3.9	Zusammenfassung.....	225
<b>5.4</b>	<b>Die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) .....</b>	<b>229</b>
5.4.1	Entstehungsgeschichte und Rechtsform.....	229
5.4.2	Strukturelle Komponenten: Organisation, Mitarbeiter, Finanzen, Leistungsangebot .....	233
5.4.3	Rekrutierung, Einstellungsvoraussetzungen, Zusammensetzung, Training und Kosten des Prüfungsteams.....	237
5.4.4	Umfang und Aufbau des JCAHO Handbuchs.....	240
5.4.5	Standards und Kriterien .....	244
5.4.5.1	Anwendungsbereich, Ausrichtung und Fokus .....	244
5.4.5.2	Berücksichtigung von TQM/UQM Elementen.....	250
5.4.5.3	Bewertungsschema.....	258
5.4.5.4	Anwendungsspektrum des Bewertungssystems.....	264
5.4.6	Prüfverfahren und Prüfablauf .....	265
5.4.7	Grundlagen, Stufen, Publikation und Kosten der Akkreditierung.....	267
5.4.8	Zusammenfassung.....	270

<b>6</b>	<b>AUSWERTUNG.....</b>	<b>279</b>
<b>6.1</b>	<b>Gemeinsamkeiten und Unterschiede.....</b>	<b>279</b>
6.1.1	Entstehungsgeschichte und Rechtsform.....	279
6.1.2	Strukturelle Komponenten.....	281
6.1.3	Rekrutierung, Einstellungsvoraussetzungen, Zusammensetzung, Training und Kosten des Prüfungsteams.....	285
6.1.4	Umfang und Aufbau der Handbücher.....	289
6.1.5	Standards und Kriterien.....	290
6.1.5.1	Anwendungsbereich, Ausrichtung und Fokus.....	290
6.1.5.2	Berücksichtigung von TQM/UQM-Elementen.....	292
6.1.5.3	Bewertungsschema und Anwendungsspektrum des Bewertungsschemas.....	295
6.1.6	Prüfverfahren und Prüfablauf.....	299
6.1.7	Grundlagen, Stufen, Publikation und Kosten der Akkreditierung.....	302
<b>6.2</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>306</b>
<b>6.3</b>	<b>Gestaltungsempfehlungen für den Aufbau eines deutschen Akkreditierungssystems.....</b>	<b>310</b>
<b>7</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>323</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>335</b>



## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Quantitative und qualitative Merkmale .....	48
Abbildung 2: Ziele des Qualitätsmanagements in Dienstleistungsunternehmen.....	58
Abbildung 3: Unmittelbare und mittelbare Qualitätslenkung. ....	62
Abbildung 4: Zentrale Inhalte des TQM-Konzeptes .....	68
Abbildung 5: Zentrale Prinzipien des TQM.....	70
Abbildung 6: Das EFQM-Modell.....	124
Abbildung 7: Das Europäische Modell für Qualität in Anwendung auf das Gesundheitswesen.....	128
Abbildung 8: Der Zusammenhang zwischen den Kategorien des Baldrige Modells .....	135
Abbildung 9: Das Bewertungsschema der Baldrige Health Care Criteria 2002.....	137
Abbildung 10: Kriterium 3 der Baldrige Health Care Criteria .....	139
Abbildung 11: Ergebniskriterium der Baldrige Health Care Kriterien.....	140
Abbildung 12: Scoring Guidelines der Baldrige Health Care Kriterien. ....	142
Abbildung 13: Der Zusammenhang zwischen dem ACHS Zertifizierungsprogramm und EquIP.....	150
Abbildung 14: Synonyme Bezeichnungen im Entscheidungsgitter der JCAHO.....	258
Abbildung 15: Das Entscheidungsgitter der JCAHO. ....	259

**ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

ACHS	Australian Council of Healthcare Standards
ACS	American College of Surgeons
ANAES	L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (Nationale, französische Agentur zur Akkreditierung von Krankenhäusern)
AEV	Arbeiter-ErsatzkassenVerband
AHA	Australian Hospitals` Association
AIM	Achieving Improvement Measurement
AMA	Australian Medical Association
Anm. d. Verf.	Anmerkung(en) des Verfassers dieser Arbeit
AQL	annehmbarer Qualitätslevel
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CAM	Comprehensive Accreditation Manual
CAMH	Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals

## VIII

CCHSA	Canadian Council on Health Services Accreditation
CQI	continuous quality improvement
CEN	Comité Européé de Normalisation
CWQC	Company Wide Quality Control
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.
d.h.	das heißt
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DPR	Deutscher Pflegerat
DRG	Diagnosis Related Groups (System von Fallpauschalen)
EN	Europäische Norm
FAD	Avedis Donabedian Foundation (spanisch-katalonische Stiftung zur Akkreditierung von Krankenhäusern)
FMEA	Fehlermöglichkeits- und einflußanalyse bzw. Failure Mode and Effect Analysis
E.F.Q.M.	European Foundation for Quality Management
EQA	European Quality Award (Europäischer Qualitätspreis)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GW	Gesundheitswesen
HAS	Hospital Accreditation Decision Rules
Hervorh. d. Verf.	Hervorhebung durch den Verfasser
IM-System	Information Measurement System
i.S.	im Sinne
i.w.S.	im weiteren Sinn
ISO	International Standardization Organization
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals (1988 in JCAHO umbenannt worden)
JCAHO	Joint Commission in Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
JUSE	Union of Japanese Science and Engineering
k. A.	keine Angabe
KAIZEN	Veränderung zum Besseren (kontinuierliche Verbesserung)
KH	Krankenhäuser
KMS	Krankenhaus München-Schwabing

KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (deutsches Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser, das auf der Basis eines Selbst- und Fremdbewertungskataloges beruht)
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozeß
MA	Mitarbeiter
m.a.W.	mit anderen Worten
MM	Management
MBNQA	Malcolm Baldrige National Quality Award
NIST	National Institute of Standards and Technology
OECD	Organization for European Economic Cooperation
o.J.	ohne Jahresangabe
o.O.	ohne Ortsangabe
Org.	Organisation
PDCA-Zyklus	Plan - Do - Check - Act - Kreis
QFD	Quality Function Deployment (Managementmethode, deren Ziel es ist, die Kundenanforderungen an ein Produkt bereits vollständig in die Konzept- und Entwicklungsphase zu integrieren)

## XI

QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
QSGyn	Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie
RöV	Röntgenverordnung
RPZ	Risikoprioritätszahl
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
TQC	Total Quality Control
TQM	Total Quality Management
UQM	Umfassendes Qualitätsmanagement
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen
VESKA	Vereinigung der Schweizer Krankenhäuser (umbenannt in H+)
z.T.	zum Teil
z. B.	zum Beispiel

# 1 Einführung

## 1.1 Problemstellung

Seit mehr als einem Jahrzehnt ist der Krankenhaussektor in Deutschland einem Wandel unterworfen, der nicht nur eine Veränderung der tradierten Organisationsstrukturen, sondern auch den Einsatz neuer Führungs-, Personal- und Managementkonzepte erforderlich macht. Wie notwendig die Einführung letztgenannter Maßnahme ist, läßt sich am Beispiel verschiedener Faktoren darstellen, die mit verantwortlich für die veränderten Rahmenbedingungen der Krankenhäuser sind.

Der finanzielle Spielraum der Krankenhäuser wird zunehmend kleiner. Infolge der Budgetdeckelungen der Jahre 1993-1996 und des ab Januar 1997 in Kraft getretenen zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes, das die Krankenhausaufgaben an die Grundlohnorientierung koppelt, kam es bereits zu spürbaren *Einschnitten in den Krankenhausbudgets*. Von ähnlichen restriktiven ökonomischen Maßnahmen dürfte der *Investitionsbereich* nicht verschont bleiben. Obwohl Fachleute einen Investitionsbedarf für Krankenhäuser in Höhe von ca. 65 bis 82 Mrd. DM<sup>1</sup> prognostizieren, muß angesichts der angespannten Haushaltslage der Bundesländer die uneingeschränkte Bereitstellung dieser Mittel in Frage gestellt werden.

Einhergehend mit der Einschränkung der Krankenhausbudgets zeichnet sich ein *verstärkter Wettbewerb* unter den Krankenhäusern und zwischen den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten durch die Einführung des fallbezogenen Systems der „Diagnosis Related Groups“ (DRG)<sup>2</sup> ab. Neben der Kosteneffizienz dürften Aspekte wie Leistungsangebot und Leistungsdarstellung, Patienten- und Konkurrentenorientierung maßgeblich über die weitere Existenz der Krankenhäuser mit entscheiden.<sup>3</sup>

Ausgelöst durch eine Anzahl kleinerer und größerer medizinischer Skandale, die von den Massenmedien an die Öffentlichkeit gebracht worden sind, sehen sich die Krankenhäuser ei-

---

<sup>1</sup> Vgl. Precht, C.: Das Krankenhaus im Wandel (2000), S. 16.

<sup>2</sup> Bei dem DRG handelt es sich um ein in vielen Industrieländern erprobtes einheitliches Preissystem für Krankenhausleistungen, das Klinikärzte dazu verpflichtet, nach einem *bundesweit* geltenden Schlüssel Leistungen abzurechnen. Mit Hilfe dieses neuen Abrechnungssystems sollen Krankenhäuser zu effizienteren Abläufen und verkürzten Liegezeiten für Patienten angeregt werden. Vgl. Tutt, C.: Kliniken stehen vor Privatisierung oder Schließung (01.11.2000), S. 14.

<sup>3</sup> Vgl. Baugut, G.: Entwicklungen in der Krankenhauslandschaft (1999), S. 96.

ner zunehmend *kritischeren Patientenklintel* gegenübergestellt. Diese Verhaltensänderung manifestiert sich z.B. im häufigeren Hinterfragen erbrachter medizinisch-pflegerischer Leistungen und Ergebnisse und in der Forderung, stärker in den Entscheidungsprozeß involviert zu werden. Des weiteren dürften Patienten, Behörden und Versicherungen schon bald von den Krankenhäusern einen Nachweis verlangen, der Aufschluß über deren Leistungsqualität gibt. Das Vorhandensein eines solchen Beleges könnte insbesondere im Hinblick auf die Zurückweisung ungerechtfertigter haftungs- und strafrechtlicher Verfolgungen für die Krankenhäuser von großer Bedeutung sein.

Ein weiteres Problem für Krankenhäuser stellt die *Unzufriedenheit des eigenen Personals* dar. Arbeitsüberlastung im ärztlichen und pflegerischen Bereich und das damit verbundene „burntout Syndrom“, die zunehmende Fluktuation des Personals, mangelnde Zeit oder Möglichkeiten zur beruflichen Qualifizierung sowie neue gesetzliche Vorgaben zur Arbeitszeitregelung, führten in den vergangenen Jahren zu Frustration und Demotivation bei vielen Mitarbeitern, die in vielen Fällen negative Auswirkungen auf das Betriebs- und Arbeitsklima nach sich zogen.

Angesichts dieser Entwicklungen setzte sich sukzessiv bei den Trägern und verantwortlichen Leitungsgremien im Krankenhaus die Erkenntnis durch, daß nur die Bereitstellung qualitativ hochwertiger und kosteneffektiver Leistungen eine erfolgreiche Anpassung an die veränderten Rahmenbedingungen ermögliche. Insbesondere der Faktor Qualität wurde als eine strategische Größe im Wettbewerb um Patienten, Versicherungen, qualifizierte Mitarbeiter oder bei der Ressourcenzuteilung angesehen.<sup>4</sup>

Obwohl konkrete Aktivitäten zur Qualitätssicherung in deutschen Krankenhäusern nicht erst seit Inkrafttreten des §137 SGB V<sup>5</sup> existieren, sondern schon seit vielen Jahren in medizinischen Fachgebieten Anwendung finden (z.B. in der Perinatalogie, der Chirurgie oder der operativen Gynäkologie)<sup>6</sup> eignen sie sich nur bedingt zur Lösung der gerade skizzierten Problematik. Einerseits ermöglichen sie nur regionale Vergleiche, andererseits beschränken sie sich vorwiegend auf den jeweiligen Fachbereich und stellen keine, das gesamte Krankenhaus *umfassende* Qualitätssicherung dar.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> Vgl. Ebner, H., Köck, M.: Qualität als Wettbewerbsfaktor (1996), S. 74.

<sup>5</sup> §137 SGB V *verpflichtet* die Krankenhäuser, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen.

<sup>6</sup> Vgl. Kaltenbach, T: Qualitätsmanagement (1993), S. 109 ff.

<sup>7</sup> Vgl. Niemann, F. M., Beske, F.: Pilotprojekt Qualitätssicherung (1991), S. 231



Einen Ansatz zur Lösung dieses Problems sehen viele Experten in der Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems, auch Total Quality Management-System (TQM) genannt. Seit Jahren wird es in vielen westlichen Ländern im Industrie- und Dienstleistungsbereich erfolgreich angewendet. TQM und Qualitätssicherung sind völlig unterschiedlich. Während Qualitätssicherung im Kern auf die externe Kontrolle der erbrachten Leistung abzielt, umfaßt TQM den gesamten Prozeß der Leistungserstellung, inklusive vielfältiger Umweltbeziehungen. Es verlangt kontinuierliche Qualitätsverbesserung, Delegation von Prozeßverantwortung und Selbstkontrolle<sup>8</sup>.

Mittlerweile geht es bei Diskussionen von Experten des Gesundheitswesens nicht mehr um die Frage, ob ein TQM-System in Krankenhäusern eingeführt werden soll, sondern welches in der Industrie entwickelte System in deutschen Krankenhäusern optimal anwendbar ist. Während gegen Mitte der 90er Jahre viele deutsche Krankenhäuser mit dem Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems nach der internationalen Normreihe DIN ISO 9000 begannen, bevorzugten andere die Kriterien des europäischen *European Quality Award (EQA)*<sup>9</sup> zur Errichtung eines solchen Systems.

Erst gegen Ende der 90er Jahre vereinbarten Bundesärztekammer und VdAK/AEV die Entwicklung eines Verfahrens zur Beurteilung und Zertifizierung von Krankenhäusern und der Initiierung der *Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ)*. An den Arbeiten des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten KTQ-Projekts beteiligt sich seit 1999 auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Mit dem KTQ-Projekt wurde erstmals in Deutschland der Versuch unternommen, unter Einbeziehung der wichtigsten Akteure des Krankenhausesektors, ein krankenhausspezifisches Qualitätsmanagementsystem zu errichten. Hierzu entwickelte man einen *Kriterienkatalog*, anhand dessen ein Krankenhaus eine *Selbstbewertung* zur Aufdeckung vorhandener Schwachstellen und eine *Zertifizierung* durchführen kann.

Bei der Entwicklung des KTQ-Systems berücksichtigten die Experten die Erfahrungen ausländischer Organisationen mit Akkreditierungssystemen<sup>10</sup> für Krankenhäuser. Obwohl

---

<sup>8</sup> Vgl. Kamiske, G. F., Brauer, J.P.: Qualitätsmanagement von A-Z (1999), S. 143 f.

<sup>9</sup> Vgl. Ellis, V.: Der European Quality Award (1995), S. 279 - 301.

<sup>10</sup> Akkreditierung ist ein Verfahren, das für die Bewertung der Qualität organisatorischer Tätigkeiten verwandt wird. Es beruht auf einem System *externer Kontrollüberwachung*, welches *Standards* zugrundelegt. Eine Bewertung hinsichtlich der Erfüllung der Standards wird im Auftrage einer unabhängigen Körperschaft vom Personal der Gesundheitseinrichtungen vorgenommen. Vgl. Scrivens, E.: Accreditation-The Way Forward for the NHS ? (1995), S. 1.

letztere sich teilweise schon seit Jahrzehnten erfolgreich in Anwendung befinden, ist über sie in Deutschland nur wenig bekannt. Gerade im Hinblick auf den Aufbau bzw. auf die Weiterentwicklung von Qualitätsmanagementsystemen für Krankenhäuser erscheinen nähere Untersuchungen von ausländischen Akkreditierungssystemen für Krankenhäuser sinnvoll und notwendig.

## **1.2 Zielsetzung und Vorgehensweise**

Ziel der Arbeit ist, *Akkreditierungssysteme* und deren *Standards*<sup>11</sup> für Krankenhäuser in, Australien, Kanada, England und den USA anhand eines vom Verfasser dieser Arbeit aufgestellten systematischen und standardisierten Kriterienkatalogs zu untersuchen. Aus den gewonnenen Erkenntnissen sollen *praktische Gestaltungsempfehlungen* für die Entwicklung ähnlicher Verfahren in deutschen Krankenhäusern gegeben werden. Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, soll die Untersuchung und Darstellung der Akkreditierungssysteme vorwiegend auf Grundlage der *Original-Akkreditierungshandbücher (accreditation manuals)* erfolgen, die überwiegend von den obengenannten kommerziellen Organisationen entwickelt und vertrieben werden.

Die Arbeit besteht aus 7 Kapiteln. Kapitel 1 geht auf die Problemstellung, die Zielsetzung, die wissenschaftliche Untersuchungsmethodik, die damit verbundenen Fragestellungen und ihre Behandlung ein.

In Kapitel 2 erfolgt eine terminologische Erläuterung der wichtigsten, in Zusammenhang mit dem Wort Qualität stehenden und in der Fachliteratur verwendeten Begriffe. Gerade im Hinblick auf die Untersuchung der verschiedenen Akkreditierungs- und Qualitätsmanagementsysteme ist eine vorherige genaue Klärung und ggf. erforderliche Abgrenzung der Fachausdrücke unerlässlich, um inhaltliche Mißverständnisse bei deren Verwendung auszuschließen.

Kapitel 3 und Kapitel 4 vermitteln einen Überblick über die Entwicklung und Anwendung etablierter Qualitätssicherungsprogramme in deutschen Krankenhäusern und zeigen am Beispiel des Münchner Modells, des KTQ-Modells, des EFQM-Modells und des Modells der Health Care Criteria des Baldrige-Modells die Einsatzmöglichkeiten umfassender Qualitätsmanagementsysteme für Krankenhäuser auf.

---

<sup>11</sup> „Für Vergleiche zwischen einzelnen Kliniken spielen Standards eine wesentliche Rolle. (...) Gerade Standards ermöglichen eine annähernde Beurteilung, ob es sich um eine gute, akzeptable oder gar schlechte Versorgungsqualität handelt“. Jaster, H. J.: Externe Qualitätssicherung (1997), S. 76.

Das Kapitel 5 befaßt sich mit der Untersuchung und Darstellung ausgewählter internationaler Akkreditierungssysteme für Krankenhäuser.

In Kapitel 6 werden die wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der in Kapitel 5 behandelten Akkreditierungssysteme herausgearbeitet und graphisch-tabellarisch dargestellt. Auf der Grundlage dieses Vergleiches und der aus ihm gewonnenen Erkenntnisse erfolgt die Abgabe praxisnaher Gestaltungsempfehlungen für die Entwicklung eines Akkreditierungsverfahrens, das den speziellen Anforderungen des deutschen Gesundheits- und Krankenhauswesens gerecht werden könnte.<sup>12</sup>

Kapitel 7 faßt die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit zusammen und wagt einen Ausblick auf die weitere Entwicklung der Akkreditierungssysteme für Krankenhäuser.

### 1.3 Untersuchungsmethodik

Das Ziel dieser Arbeit besteht in einer systematischen, einheitlichen Untersuchung ausländischer Krankenhausakkreditierungssysteme, um aus den daraus gewonnenen Erkenntnissen *praktische* Gestaltungsempfehlungen für die Entwicklung und Anwendung eines deutschen Akkreditierungssystems für Krankenhäuser geben zu können. Vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung stellt sich die Frage, auf der Grundlage welcher sozialwissenschaftlich bekannten Methode bzw. unter Anwendung welchen wissenschaftstheoretischen Modells die Untersuchung der ausländischen Akkreditierungssysteme erfolgen kann.

Wie aus der oben beschriebenen Zielsetzung zu entnehmen ist, soll in dieser Arbeit *nicht* mittels einer statistisch-empirischen Auswertung, sondern durch eine Literaturanalyse ausländischer Akkreditierungshandbücher für Krankenhäuser und der entsprechenden Fachliteratur eine Gestaltungsempfehlung für den Aufbau eines deutschen Akkreditierungssystems für Krankenhäuser gegeben werden. Sozialwissenschaftlich-statistische Untersuchungsmethoden, wie z.B. die *Einzelfallanalyse*, *Panel Untersuchungen*, *Sekundäranalyse* oder *Querschnitt-*

---

<sup>12</sup> Die Vielzahl von Komponenten, die bei der *Entwicklung* eines derartigen Systems für deutsche Krankenhäuser berücksichtigt werden müßte, würde den Umfang dieser Arbeit sprengen, so daß lediglich die Abgabe von Gestaltungsempfehlungen möglich und sinnvoll erscheint. Letzteres sollte unter Berücksichtigung der Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens, wie etwa dem Subsidiarität- und Solidaritätssprinzip, dem dualen Finanzierungssystem der Krankenhäuser, der starken Trennung zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung und spezifisch kulturimmanenten Denk- und Verhaltensweisen, erfolgen. Vgl. Selbmann, H. K.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1999), S. 744.

*und Längsmethoden*<sup>13</sup>, erweisen sich bei näherer Betrachtung als denkbar uneigentlich zur Analyse der Akkreditierungshandbücher und deren Standards, da sie vorwiegend statistische Daten zur Beantwortung hypothetischer Fragestellungen und Zusammenhänge verwenden. Gleiches gilt für das betriebswirtschaftliche Instrument des *Krankenhausbetriebsvergleichs*, das medizinische Behandlungsdaten des Krankenhauses für die Darstellung, Analyse und Steuerung des eigenen Leistungsgeschehens<sup>14</sup> anwendet, um beispielsweise die Kosten pro behandeltem Patient und der erbrachten Leistungen des eigenen Krankenhauses mit den Aufwendungen anderer Krankenhäuser für deren Patienten zu vergleichen.<sup>15</sup>

Eine wissenschaftlich-methodisch anerkannte Untersuchungsmethodik, die zur Analyse und zum Vergleich der Akkreditierungssysteme und seiner Standards verwendet werden kann, bietet die allgemeine und vergleichende Literaturwissenschaft, die auch als Komparatistik bezeichnet wird.<sup>16</sup> „Die Komparatistik vergleicht, was den Vergleich überhaupt erst fruchtbar macht: das Verschiedene; sie fügt zusammen unter dem übergreifenden Aspekt der Kontextualisierung. Zu einem jeweils gegebenen, ausgewählten Text (comparandum) werden andere Texte vergleichend in Beziehung gesetzt (als comparata) und unter einem bestimmten Gesichtspunkt (tertium comparationis) miteinander verglichen. Dabei bildet sie das eine (comparandum) den Kontext für das jeweils andere (comparatum), so daß die „Rollen“ von Text und Kontext sich je nach Perspektive verändern können. Schließlich und nach dem Durchgang durch die verschiedenen Schritte des Vergleichens entsteht (...) ein Textkorpus mit charakteristischen Ähnlichkeiten und Unterschieden.“<sup>17</sup>

Um den Anforderungen an die oben beschriebene Komparatistik zu entsprechen, bietet es sich angesichts der unterschiedlichen Komplexität und des Umfangs der Akkreditierungs-

---

<sup>13</sup> Die Vorgehensweise bei einer *Einzelfallanalyse* setzt z.B. die „(1) exakte Beobachtung eines bestimmten Ereignisses, (2) Hypothesenbildung, Versuche einer ersten und vorläufigen Interpretation der Beobachtung, (3) Herstellen von experimentellen Bedingungen, die eine Prüfung der vorläufigen Hypothese gestatten und (4) Registrieren der Ergebnisse“ voraus. Reinicker, H.: *Einzelfallanalyse* (1999), S. 267.

<sup>14</sup> Vgl. Kehr, H. H.: *Zur Methodik von Krankenhausvergleichen* (2000), S. 46.

<sup>15</sup> Vgl. Schneeweis, S., Sangha, O.: *Weiterentwicklung von Krankenhausbetriebsvergleichen* (2000), S. 130.

<sup>16</sup> Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang die Ausführungen von Angelika Corbineau-Hoffmann zum Terminus „Komparatistik“: „Für den deutschen Sprachraum hat sich auch die Bezeichnung „Komparatistik“ eingebürgert; sie hat den Vorteil der Kürze, benennt aber nicht den literaturwissenschaftlichen Charakter des Faches; vielmehr suggeriert sie die Existenz einer „Wissenschaft des Vergleichens“, während doch nur von einer *vergleichenden Methode* (Hervorh. d. Verf.) die Rede sein kann. Corbineau-Hoffmann, A.: *Einführung in die Komparatistik* (2000), S. 9.

<sup>17</sup> Corbineau-Hoffmann, A.: *Einführung in die Komparatistik* (2000), S. 40.

handbücher an, ein *Raster* mit ausgewählten Untersuchungskriterien aufzustellen, anhand dessen eine einheitliche Analyse jedes Systems bzw. jedes Handbuchs angestrebt wird. Dieses Untersuchungsrastrer kann auch als „standardisierter Kriterienkatalog“ i. S. des oben genannten „tertium comparationis“ bezeichnet werden.

Da sich nahezu alle in dieser Arbeit zu untersuchenden Akkreditierungssysteme bereits seit vielen Jahren in Anwendung befinden und folglich kein abstraktes, wissenschaftstheoretisches Modell oder Konstrukt darstellen, erfolgt die Auswahl der Untersuchungskriterien bzw. der Elemente nach praxisrelevanten und anwendungsbezogenen Gesichtspunkten. Es versteht sich von selbst, daß trotz des Bemühens um Objektivität, ihre Auswahl und Beurteilung gewungenermaßen *subjektiv*<sup>18</sup> ist und in Abhängigkeit von den theoretischen und praktischen Kenntnissen sowie der individuellen Gewichtung des jeweiligen Betrachters, unterschiedlich ausfallen kann.<sup>19</sup> Diese Problematik sollte aber keinen Hinderungsgrund für den *Versuch* einer wissenschaftlichen Bearbeitung dieses aktuellen Themas darstellen.

Die ausländischen Akkreditierungssysteme für Krankenhäuser sind in sogenannten Akkreditierungshandbüchern („accreditation manuals“) niederlegt. Unter Berücksichtigung des Aufbaus und der Inhalte dieser Handbücher wurden einige spezifische Merkmale (Kriterien) aufgestellt, anhand derer die verschiedenen Akkreditierungs- und Qualitätsmanagementsysteme untersucht werden können. Insgesamt 8 Hauptkriterien mit den dazugehörigen Sub-

---

<sup>18</sup> „Vergleichende Konstruktionen sind – wie alle Objektkonstruktionen in den Sozialwissenschaften – kulturell und politisch bedingt, weil jede Kultur, jede Ideologie bestimmt Relevanzkriterien, Klassifikationen und Begriffsbestimmungen begünstigt, andere hingegen ausblendet oder gar tabuisiert. Deshalb erscheint es wichtig, die eigene Objektkonstruktion nicht für neutral oder gar objektiv zu halten, sondern in ihr das eigene kulturell und ideologisch bedingte Erkenntnisinteresse zu erkennen, um dieses mit anderen Erkenntnisinteressen und Konstruktionen dialogisch vergleichen zu können.“ Zima v., P.: Vergleich als Konstruktion. Genetische und typologische Aspekte des Vergleichs und die soziale Bedingtheit der Theorie (2000), S. 27.

<sup>19</sup> Dieser Aspekt betont die Problematik jeder komparatistischen Untersuchung. Peter v. Zima merkt hierzu an, daß „Identitäten stets *konstruiert* (Hervorh. d. Verf.) sind und daß manche theoretischen Konstruktionen (in bestimmten Kontexten) sinnvoller sind als andere.“ (...) „Es geht hier also (...) auch um die komplementäre ideologiekritische Erkenntnis, daß wir häufig, ohne uns dessen bewußt zu sein, mit vorkonstruierten Gegenständen arbeiten, deren Anwendung in einigen Fällen sinnvoll sein mag, in anderen Fällen jedoch Differenzen verwischt und die Analyse behindert.“ (...) „Ob der Vergleich zweier oder mehrerer Gegenstände sinnvoll ist oder nicht, hängt letztlich von der Konstruktion dieser Gegenstände in einem bestimmten Diskurs ab.“ Zima v., P.: Vergleich als Konstruktion. Genetische und typologische Aspekte des Vergleichs und die soziale Bedingtheit der Theorie (2000), S. 17 und S. 18.

kriterien werden zur Untersuchung verwendet. Im einzelnen handelt es sich um nachfolgend aufgeführte Punkte mit den dazugehörigen Fragestellungen:

### 1. Entstehungsgeschichte und Rechtsform

- Seit wann besteht die Organisation mit ihrem Akkreditierungssystem und welche Entwicklung hat sie vollzogen?
- Handelt es sich um ein öffentlich-rechtliches oder ein private System?

### 2. Strukturelle Komponenten: Vorstand/Organisation, Mitarbeiter, Finanzen, Leistungsangebot und Klientel

- Wie setzt sich das Führungsgremium der Organisation zusammen, die das Akkreditierungssystem leitet?
- Konnte die Organisation mit dem Akkreditierungssystem Gewinne erwirtschaften?
- Was für Dienstleistungen beinhaltet das Akkreditierungssystem und was für Institutionen können von ihr akkreditiert werden?

### 3. Rekrutierung, Einstellungsvoraussetzungen, Zusammensetzung, Training und Kosten des Prüfers / des Prüfungsteams

- Erfolgt die Rekrutierung der Prüfer durch eine interne- oder externe Ausschreibung oder durch beides?
- Was für fachliche Qualifikation werden bei den Prüfern vorausgesetzt? Wie werden sie ausgebildet? Aus welchen Berufsgruppen setzt sich das Prüferteam zusammen? Existieren regelmäßige Schulungs- bzw. Fortbildungsmaßnahmen für die Prüfer? Wieviel Geld werden für Schulungs- und Ausbildungsmaßnahmen ausgegeben? Wieviel Geld erhält ein Prüfer für seine Arbeit?

### 4. Umfang und Aufbau des Akkreditierungshandbuchs

## 5. Standards und Kriterien

### 5.1 Anwendungsbereich, Ausrichtung und Fokus

- *Standard- bzw. Kriterientypen und Indikatoren:* Inwieweit ist eine Struktur-, Prozeß- und/oder Ergebnisorientierung gegeben? *Fokus und Anwendungsbereich der Standards und Kriterien:* Wurde der Schwerpunkt auf organisatorische-, klinische-, oder patientenorientierte Standards/Kriterien gelegt? Ist eine Anwendung der Standards und Kriterien auf alle Größen von Krankenhäusern vorgesehen bzw. möglich?

### 5.2 Berücksichtigung von TQM/UQM Elementen

Inwieweit werden nachfolgend genannte TQM-Elemente<sup>20</sup> berücksichtigt ?:

- Verantwortung und Vorbildfunktion der Führung
- Qualität als strategisches Unternehmensziel
- Systematische Datensammlung und Analyse
- Prozeßorientierung
- Kundenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Partizipative Grundhaltung
- Null-Fehler-Konzept
- Fehlervermeidung
- Kontinuierliche Verbesserung/ Kaizen

## 6. Bewertung

### 6.1 Bewertungsschema

- Was für ein Bewertungssystem liegt der Bewertung zugrunde?

### 6.2 Anwendungsspektrum des Bewertungssystems

- Auf was für Untersuchungsprozesse findet es Anwendung?

## 7. Prüfungsverfahren und Prüfungsablauf

- Was für Prüfverfahren finden Anwendung? Wie gestaltet sich der Prüfungsablauf?

## 8. Grundlagen, Stufen, Publikation und Kosten der Akkreditierung

- Erfolgt die Akkreditierung auf der Basis von Standards, Kriterien oder Indikatoren?
- Was für Akkreditierungsstufen existieren?
- Kommt es zu einer Veröffentlichung der Prüfungsergebnisse? Ja?, nein, teilweise?
- Was für Kosten müssen für die Akkreditierung bzw. das Akkreditierungsaudit veranschlagt werden?

Anhand des standardisierten Kriterienkataloges werden in Kapitel 5 die Akkreditierungssysteme für Krankenhäuser zunächst nur systematisch dargestellt. Der eigentliche Vergleich, der die Gemeinsamkeiten und Unterschiede anhand des standardisierten Kriterienkataloges hervorhebt, erfolgt erst in Kapitel 6 dieser Arbeit. Diese Vorgehensweise wird aufgrund folgender Überlegungen präferiert: Aus Gründen der Übersichtlichkeit erschien es sinnvoller, zuerst diejenigen Angaben und Informationen zusammenzutragen, die unter das jeweilige Kriterium bzw. Subkriterium zu subsumieren sind. Diese Methode erleichtert nicht nur das Herausarbeiten von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der vier Akkreditierungssysteme im Kapitel 6, sondern ermöglicht es dem Leser, sich vorab detailliert über jedes einzelne Akkreditierungssystem zu informieren. Berücksichtigt man, daß in Deutschland nur einem verhältnismäßig kleinen Kreis von Experten des Qualitätsmanagements im Krankenhauswesen die in dieser Arbeit untersuchten Akkreditierungssysteme näher bekannt sind, erscheint die hier verwendete Trennung von systematischer Darstellung und vergleichender Untersuchung sinnvoll und angebracht.

---

<sup>20</sup> Eine ausführliche Beschreibung der TQM-Elemente findet sich unter Gliederungspunkt 2.5 in dieser Arbeit.



## 2 Terminologische Erläuterungen

“When I use a word,” Humpty Dumpty said, in rather a scornful tone, “it means just what I choose it to mean-neither more nor less.” “The question is”, said Alice, “whether you can make words mean so many different things.” “The question is”, said Humpty Dumpty, “which is to be master”-that’s all.”<sup>21</sup>

### 2.1 Die Entwicklung des Qualitätswesens

Seit den Anfängen menschlicher Kultur bis in die Gegenwart beschäftigt sich die Menschheit mit der Qualität von Produkten und Gütern. Dabei maß sie der Qualität ihrer Erzeugnisse nicht immer einen gleichbleibend hohen Stellenwert bei. Dies manifestiert sich beispielsweise in der zu Beginn dieses Jahrhunderts einsetzenden Verbreitung des Taylorismus<sup>22</sup> und der mit ihm einhergehenden Arbeitsteilung, die eine Aufteilung der Verantwortung für Kosten, Zeit und Qualität auf verschiedene Abteilungen vorsah. Dies führte in den Fertigungsabteilungen dazu, insgeheim den Schwerpunkt bei der Produktion nicht auf die Erstellung fehlerfreier Produkte zu legen, sondern vielmehr auf die Abnahme des Produktes durch die *Qualitätsendkontrolle*.

Vom Ende des Zweiten Weltkrieges bis weit in die 50er Jahre hinein hielt man an den *Qualitätsprüfungen* fest, die zu Beginn der 60er Jahre durch eine Verlagerung auf den Bereich der *Fehlerverhütung* immer mehr in den Hintergrund traten. Nachdem es in den 70er Jahren zu einer Ausdehnung der Qualitätssicherung auf andere Bereiche kam, setzte in den 80er Jahren eine Entwicklung ein in Richtung *Qualitätsnormen für Managementsysteme* (z.B. der ISO-9000 Reihe). Kennzeichnend für die 90er Jahre sind eine verstärkte Diskussion über die Einbeziehung des Top-Managements in das Qualitätsmanagement sowie dessen Integration in das allgemeine Management<sup>23</sup>.

---

<sup>21</sup> Carrol, L.: Alice’s Adventures in Wonderland & Through the Looking Glass (1981), S. 169.

<sup>22</sup> Vgl. Staehle, W.: Management (1999), S. 24.

<sup>23</sup> Vgl. Seghezzi, H. D.: Integriertes Qualitätsmanagement (1996), S. 5-9. Eine weitaus ausführlichere Darstellung ist bei Lerner zu finden. Vgl. Lerner, F.: Geschichte der Qualitätssicherung, in: Masing, W.: Handbuch Qualitätsmanagement (1988), S. 17-29.

## 2.2 Der Qualitätsbegriff und seine definitorische Problematik

Mitte der 70er Jahre kam es zu einer zunehmenden Sättigung der Märkte für Investitions- und Konsumgüter, die einherging mit der Zunahme von Anbietern vergleichbarer Produkte. Angesichts dieser Entwicklung erkannten viele Industrie- und Dienstleistungsunternehmen, daß die Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung zum entscheidenden Wettbewerbsfaktor wird, der maßgeblich den wirtschaftlichen Erfolg des eigenen Unternehmens beeinflusst.<sup>24</sup>

Während unter Praktikern und Wissenschaftlern weitestgehend Einigkeit über diesen Sachverhalt besteht, konnte unter ihnen kein Konsens darüber erzielt werden, was unter dem Wort „Qualität“ exakt zu verstehen ist. In der Fachsprache der Qualitätslehre ist es jedoch unerlässlich, eine eindeutige Klärung dieses Wortes vorzunehmen, weil es zentraler Bestandteil vieler „Sekundärbegriffe“ (z.B. Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätsforderung) ist. Ohne Vorwegnahme einer solchen Begriffsbestimmung kann weder ein Verständnis für die „Sekundärbegriffe“ noch für die übrige Fachterminologie erlangt werden.<sup>25</sup> Eine eindeutig festgelegte Fachsprache ist aber Voraussetzung „für eine rationelle, zielsichere Diskussion“.<sup>26</sup>

Lediglich hinsichtlich der ursprünglichen semantischen Bedeutung besteht unter den Fachleuten eine Übereinstimmung: Qualität ist auf das lateinische *qualitas*, was mit Eigenschaft bzw. Beschaffenheit übersetzt werden kann, zurückzuführen.<sup>27</sup>

Abgesehen davon erscheint die Suche nach einer einheitlichen Qualitätsdefinition als ein schier hoffnungsloses Unterfangen, wenn man beispielsweise in der Fachliteratur auf nachfolgend aufgeführten Aussage stößt: „Jede ernsthafte Diskussion über Qualität (...) verstrickt sich bald in Probleme wie Definition von Qualität, wie Qualität meßbar sei, und wie man sie durch Belohnung fördern könne. Es gibt viele Definitionen der Qualität wie Leute, die sie definieren, und es besteht keine Einigkeit darüber, was Qualität ist oder sein sollte.“<sup>28</sup> Eine intensivere Beschäftigung mit dem Wort „Qualität“ zeigt jedoch die Relativität einer solchen Aussage.

Zunächst ist der umgangssprachliche Gebrauch des Qualitätsbegriffs von der wissenschaftlichen bzw. fachsprachlichen Verwendung zu unterscheiden.

---

<sup>24</sup> Vgl. Jaster, H. J.: Von der Bedeutung der Qualität (1997), S. 9.

<sup>25</sup> Vgl. Geiger, W.: Qualitätslehre (1994), S. 43.

<sup>26</sup> Geiger, W.: Begriffe (1988), S. 33.

<sup>27</sup> Vgl. Kamiske, G.: Qualitätsmanagement von A-Z. (1999), S.72. Zum Vergleich: Der „Wahrig, Deutsches Wörterbuch“ definiert den Begriff wie folgt: Art, Beschaffenheit, Brauchbarkeit; Sorte, Güte, Wertstufe; Eigenschaft, Fähigkeit. Wahrig, Deutsches Wörterbuch (1994), S. 1258.

In der *Alltagssprache* erfährt das Wort „Qualität“ eine vielfältige inhaltliche Bedeutung. Neben den schon zuvor erwähnten Bezeichnungen wie Beschaffenheit und Eigenschaft<sup>29</sup> von Gütern oder Dienstleistungen reichen sie bis zum Wert eines Objektes.<sup>30</sup> Hierbei handelt es sich jedoch nur um *Umschreibungen* des Begriffs „Qualität“, die keine Aussage zu seiner *systematischen* Meß- und Überprüfbarkeit macht.<sup>31</sup> Der Lösung letztgenannten Problems versuchen *wissenschaftliche Definitionen* näherzukommen, indem sie eine weitere inhaltliche Unterteilung des Qualitätsbegriffs vornehmen. Stellvertretend für die Vielzahl existierender, meist unterschiedlicher und oftmals nicht immer miteinander zu vereinbarender wissenschaftlicher Qualitätsdefinitionen ist die von David A. Garvin vorgenommene Klassifikation. Bevor eine nähere Darstellung derselben erfolgt, soll zunächst auf die Objektivität, die Subjektivität und die Relativität des Qualitätsbegriffs eingegangen werden.

### 2.2.1 Objektive, subjektive und relative Qualität

Anhand des vorherigen Unterpunktes wurde ersichtlich, daß es zahlreiche Definitionen für Qualität gibt. Die vorgenommene Einteilung von „Qualität“ in umgangssprachliche und wissenschaftlich-fachsprachliche Definitionen vermittelt aber nur einen ersten Überblick über die Schwierigkeit, den Qualitätsbegriff wissenschaftlich korrekt zu erfassen. Die Definition muß ergänzt werden durch die Aspekte der objektiven, subjektiven und relativen Betrachtungsweise des Wortes Qualität. Bei allen Diskussionen zu diesem Thema sollten sie Berücksichtigung finden.

---

<sup>28</sup> Imai, M: Kaizen (1994), S. 30.

<sup>29</sup> Hierzu zählt beispielsweise die „Gebrauchstauglichkeit, Ausstattung, Normgerechtigkeit, Haltbarkeit, Umweltverträglichkeit, Sicherheit, Güte, Design, Leistung, Brauchbarkeit, Zuverlässigkeit (...), Sicherheit, Umwelt (Gesellschaft), Wirtschaftlichkeit oder Ästhetik.“ Pepels, W.: Qualitätscontrolling (1996), S. 39.

<sup>30</sup> Vgl. VESKA-Ausbildungszentrum, Leitfaden (1996), S. 6.

<sup>31</sup> Um so mehr überrascht es den Betrachter, wenn er in Bereichen von Technik und Wirtschaft immer wieder auf eine nicht fachliche Anwendung des Qualitätsbegriffs trifft. Ist beispielsweise von „schwerer englischer Tuchqualität“ die Rede, bezeichnet man damit lediglich die *Sorte*, nicht aber deren Qualität. Ähnliches gilt für die Anwendung des Begriffs *Toleranzqualität* im Maschinenbau. Bei ihr handelt es sich um eine „(...) *Anspruchsklasse* für die betreffende Einzelforderung an irgendein(em) Längenmaß im Rahmen der *Qualitätsforderung*.“ Geiger spricht in diesem Zusammenhang von „*halbfachlichen (gemeinsprachlichen) Anwendungen des Qualitätsbegriffs*“. Besonders häufig können sie im Bereich der Werbung angetroffen werden. Bezeichnungen wie „Spitzenqualität“ oder „unendliche Qualität“ sind aber *inhaltslos*, weil sie keine Relation zwischen realisierter Beschaffenheit und Qualitätsforderung ermöglichen. Vgl. Geiger, W.: Qualitätslehre (1994), S. 54-56.

Sobald genau festgelegte *Anforderungen* vorliegen, die zur Bestimmung der Qualität herangezogen werden können, ist deren *Objektivierung* möglich.<sup>32</sup> Die Beurteilung der Qualität einer Leistung kann anhand von Kriterien, Standards, Indikatoren oder Normen erfolgen.<sup>33</sup> Derartige „(...) objektiv feststellbare Meßgrößen (...)“<sup>34</sup> können beispielsweise “(...) die Anzahl fehlerhafter Teile in einem Produktionslos, die Anzahl anerkannter Garantieansprüche pro Monat oder der Prozentsatz pünktlicher Ankünfte bei Flugreisen (sein).“<sup>35</sup>

Demgegenüber berücksichtigt der *subjektive Qualitätsbegriff* die individuellen Präferenzen des Kunden.<sup>36</sup> Geht man von der Prämisse aus, daß „(...) Qualität die Eignung einer Leistung zur Erreichung eines bestimmungsgemäßen Nutzens ist“<sup>37</sup>, so ist sie das Maß, in dem ein eine Leistung bzw. ein Angebot den Erwartungen des Kunden entspricht. Je mehr die Leistung des Anbieters mit den Anforderungen des Kunden übereinstimmt, desto höher wird die Qualität empfunden. Somit ist Qualität im Urteil des Kunden immer subjektiv.<sup>38</sup>

Qualität ist nicht nur objektiv oder subjektiv, sondern auch *relativ*. Der Kunde beurteilt die Produkt- oder Dienstleistungsqualität im Vergleich zu den angebotenen Qualitäten konkurrierender Anbieter.<sup>39</sup> Ob die offerierte Qualität als „gut“ oder „nicht gut“ eingestuft wird, hängt oftmals mit den Erfahrungen des Kunden mit gleichartigen oder vergleichbaren Leistungen des Anbieters mit denjenigen anderer Anbieter zusammen. Der Maßstab dessen, was der Kunde als „vergleichbar“ ansieht, liegt in seinem alleinigen Ermessen. Dies führt zwangsläufig zu Ungerechtigkeiten bei der Bewertung. Für den Kunden ist das unerheblich,

---

<sup>32</sup> Vgl. Pepels, W.: Qualitätscontrolling (1996), S. 41.

<sup>33</sup> Vgl. VESKA-Ausbildungszentrum, Leitfaden (1996), S. 12 und S. 53. Eine detailliertere Erläuterung dieser vier Hauptinstrumente zur Beurteilung von Qualität erfolgt in Kapitel 2.3.

<sup>34</sup> Seghezzi, H. D.: Integriertes Qualitätsmanagement (1996), S. 34.

<sup>35</sup> Seghezzi, H. D.: Integriertes Qualitätsmanagement (1996), S. 34.

<sup>36</sup> Vgl. Kaltenbach, T.: Qualitätsmanagement (1993), S. 71.

<sup>37</sup> Pepels, W.: Qualitätscontrolling (1996), S. 41.

<sup>38</sup> Vgl. Pepels, W.: Qualitätscontrolling (1996), S. 41. Dieser Sachverhalt stellt für viele Anbieter von Produkten und Dienstleistungen ein großes Problem dar. Leistungen, die nach objektiven Maßstäben als qualitativ hochwertig einzustufen sind, können dennoch vom Kunden abgelehnt werden, weil sie nicht seinen Anforderungen entsprechen. Um dem vorzubeugen ist es unerlässlich, mittels Marketinganalysen bzw. Kundenbefragungen umfassende Kenntnisse über deren Wünsche und Erwartungen zu erhalten. Vgl. Jaster, H. J. (1997), Qualitätssicherung, S. 12.

<sup>39</sup> Einen derartigen „Konkurrenzvergleich“ sollte auch jeder Anbieter von Leistungen durchführen, „(...) denn nicht die absolute, sondern die relative Qualität ist wichtig.“ Seghezzi, H. D.: Integriertes Qualitätsmanagement (1996), S. 43.

da für ihn nicht die „objektive Qualität“ von ausschlaggebender Bedeutung ist, sondern vielmehr sein „wahrgenommenes Leistungsziel.“<sup>40</sup>

### 2.2.2 Die fünf Sichtweisen des Qualitätsbegriffs nach Garvin

Garvin unterteilt die verschiedenen Perspektiven von Qualität in fünf Definitionen:

- (1) Transcendent Definition,
- (2) Product-based Definition,
- (3) User-based Definition,
- (4) Manufacturing-based Definition und
- (5) Value-based Definition.<sup>41</sup>

- **Transcendent Definition (transzendierter Sichtweise)**

“It (Quality, d. Verf.) is both absolute and universally recognizable, a mark of uncompromising standards and high achievement.“ “...quality cannot be defined precisely; rather it is a simple, unanalyzable property that we learn to recognize only through experience.“<sup>42</sup> Der transzendente Ansatz betrachtet demnach Qualität als absolut und universell erkennbar als ein Zeichen von kompromißlosen Ansprüchen und Leistungen. Sie ist *nicht präzise zu definieren* und daher ein nicht zu analysierendes Gut, welches nur durch Erfahrung empfunden werden kann.

- **Product-based Definition (produktbezogene Sichtweise)**

Der produktbezogene Ansatz definiert Qualität als *präzise und meßbar*.<sup>43</sup> Qualitätsunterschiede werden durch bestimmte Eigenschaften oder Bestandteile eines Produktes widergespiegelt; “...differences in quality reflect differences in the quantity of some ingredient or attribute possessed by a product.“<sup>44</sup> Je nach der Gesamtheit erwünschter Eigenschaften nehmen Güter einen bestimmten Rang auf einer Qualitätsskala ein. Dabei setzt Garvin eine nahezu identische Bewertung aller Käufer voraus.<sup>45</sup> Weiterhin können Qualitätsunterschiede als Un-

---

<sup>40</sup> Vgl. Pepels, W.: Qualitätscontrolling (1996), S. 41.

<sup>41</sup> Vgl. Garvin, D. A.: Product Quality (1994).

<sup>42</sup> Vgl. Garvin, D. A.: Product Quality (1994), S. 25 und vgl. Garvin, D. A.: Managing Quality (1988), S. 41.

<sup>43</sup> Vgl. Garvin, D. A.: (1988), S. 42.

<sup>44</sup> Vgl. Garvin, D. A.: Product Quality (1994), S. 25-26.

<sup>45</sup> Vgl. Garvin, D. A.: Product Quality (1994), S. 26.

terschiede in der *Quantität der Produkteigenschaften* betrachtet werden. Aus dieser Annahme lassen sich zwei Folgerungen ableiten: Bessere Qualität kann nur mit höheren Kosten erzielt werden, und Qualität ist eine inhärente Eigenschaft von Gütern. Sie spiegelt das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein meßbarer Produkteigenschaften wider.<sup>46</sup>

- **User-based Definition (anwenderbezogene Sichtweise)**

Im Gegensatz zur produktbezogenen Sichtweise betrachtet der anwenderbezogene Ansatz Qualität aus der *Kundenperspektive*; „..quality lies in the eye of the beholder. Individual consumers are assumed to have different wants or needs, and those goods that best satisfy their preferences are those that they regard as having the highest quality“.<sup>47</sup>

Qualität wird als etwas gesehen, das im Ermessen des Betrachters liegt. Die „fitness for use“<sup>48</sup> oder Gebrauchstauglichkeit bestimmt die Qualität eines Produktes; sie stellt folglich eine stark subjektiv bewertete Größe dar.<sup>49</sup>

Das grundlegende Problem dieses Ansatzes liegt in der Gleichsetzung von optimaler Bedürfnisbefriedigung mit Qualität; „A product that maximizes satisfaction is certainly preferable to one that meets fewer needs, but is it necessarily better as well?“<sup>50</sup>

- **Manufacturing-based Definition (fertigungsbezogene Sichtweise)**

Qualität wird hier von der Seite des Herstellers aus betrachtet. Im Kern geht es um die *Einhaltung von Spezifikationen*, d.h. der „conformance“ to requirements und der Forderung nach

---

<sup>46</sup> Vgl. Garvin, D. A.: Product Quality (1994), S. 26-27.

<sup>47</sup> Vgl. Garvin, D. A.: Managing Quality (1988), S. 43.

<sup>48</sup> Diese Bezeichnung für Qualität wurde erstmals 1951 von dem Amerikaner Juran kreiert („Quality is fitness for use“). Weltweite Beachtung erlangte diese kundenorientierte Qualitätsdefinition aber erst gegen Mitte der siebziger Jahre. Neben den Produkteigenschaften und Qualitätsmerkmalen (product features and quality characteristics) die *unmittelbar* zur Zufriedenheit des Kunden hinsichtlich des Produktes führen, erwähnt Juran noch weitere Aspekte, sogenannte „parameters of quality“, die dessen „Gebrauchstauglichkeit“ ausmachen. Dabei unterteilt er Produkte in zwei Kategorien: solche, die *unmittelbar* verbraucht werden (Lebensmittel, Treibstoff, Dienstleistungen) und andere, bei denen es sich um *langlebige* Erzeugnisse handelt. Die „Gebrauchstauglichkeit“ letztgenannter wird insbesondere durch die Faktoren Verfügbarkeit (availability), Zuverlässigkeit (reliability) und Haltbarkeit (Maintainability) determiniert. Vgl. Juran's quality (1988), S. 28 ff. und vgl. Zink, K. J.; Schildknecht, R.: Total Quality Konzepte (1989), S. 77 f.

<sup>49</sup> Vgl. Garvin, D. A.: Product Quality, S. 27.

<sup>50</sup> Vgl. Garvin, D. A.: Product Quality (1994), S. 27.

präventiver Fehlervermeidung, gemäß dem Prinzip: “making it right the first time”.<sup>51</sup> Jede Abweichung von den Spezifikationen impliziert eine Verminderung der Qualität, die wiederum zu höheren Kosten führt, hervorgerufen durch Beseitigung der Produktionsfehler oder etwaiger Kundenabwanderung.<sup>52</sup>

- **Value-based Definition (wertbezogener Sichtweise)**

Qualität wird durch Kosten und Preise definiert. Ein Qualitätsprodukt wäre demzufolge ein Produkt, “...that provides performance at an acceptable price or conformance at an acceptable cost”. Beispielsweise wäre ein \$500 US-Dollar teurer Laufschuh, wie gut auch immer produziert, kein Qualitätsprodukt, weil er keine Käufer finden würde.<sup>53</sup>

### 2.2.3 Erkenntnis

Garvins Systematisierung verdeutlicht, daß es “eine” bzw. “die” Qualität nicht gibt. Vielmehr können die Mehrzahl der existierenden Qualitätsdefinitionen in eine der zuvor aufgeführten Kategorien eingeordnet werden.<sup>54</sup>

Die Koexistenz der verschiedenen Ansätze führt zu einigen wichtigen Konsequenzen: Bei dem Bemühen, gute Qualität in einem Unternehmen zu erzeugen, müssen die differierenden Sichtweisen der jeweiligen Abteilungen<sup>55</sup> berücksichtigt werden. Mitarbeiter einer Marketingabteilung unterscheiden sich beispielsweise in ihren Anforderungen an die Qualität eines Produktes erheblich von denen einer Produktionsabteilung.<sup>56</sup> Diese unterschiedlichen Perspektiven beinhalten ein Konfliktpotential, das es zu kultivieren gilt, will man es erfolgreich nutzen:“(...)companies need to cultivate such differing perspectives, for they are essential to the successful introduction of high quality products”.<sup>57</sup>

---

<sup>51</sup> Vgl. Garvin, D. A.: *Managing Quality* (1988), S. 44.

<sup>52</sup> Vgl. Garvin, D. A.: *Managing Quality* (1988), S. 45.

<sup>53</sup> Garvin, D. A.: *Product Quality* (1994), S. 28.

<sup>54</sup> Vgl. Garvin, D.A.: *Product Quality* (1994), S. 28.

<sup>55</sup> Unterschiedliche Sichtweisen und Beurteilungen von ein und derselben Sache können durch divergierende Wertvorstellungen entstehen. In der Praxis sind diese divergierenden Sichtweisen nicht nur zwischen verschiedenen Abteilungen, sondern auch zwischen Berufsgruppen, Fachbereichen, hierarchischen Ebenen und individuellen Mitarbeitern zu finden. Vgl. Ebner, H./ Köck, C. M.: *Qualität als Wettbewerbsfaktor* (1996), S. 76.

<sup>56</sup> Vgl. Garvin, D. A.: *Product Quality* (1994), S. 29.

<sup>57</sup> Vgl. Garvin, D. A.: *Product Quality* (1994), S. 29.

Die Herstellung eines qualitativ guten Produktes erfordert daher verschiedene Schritte, die von der Marktforschung über das Produktdesign bis hin zur Festlegung von Herstellungsvorgaben reichen.<sup>58</sup>

Für eine Kultivierung der unterschiedlichen Sichtweisen sind die vorgestellten Qualitätsdefinitionen allerdings zu vage und unpräzise. Aus diesem Grund zerlegt Garvin den Qualitätsbegriff in acht Dimensionen: Gebrauchsnutzen, Ausstattung, Zuverlässigkeit, Normgerechtigkeit, Haltbarkeit, Kundendienst und Qualitätsimage.<sup>59</sup> Jede Dimension ist in sich geschlossen und unabhängig, wobei ein Produkt bei einer Dimension einen hohen Stellenwert und gleichzeitig bei einer anderen einen niedrigen Stellenwert einnehmen kann.<sup>60</sup> Dies schließt aber nicht aus, daß Relationen zwischen den Dimensionen bestehen können.<sup>61</sup>

Die Ausführungen zum Qualitätsbegriff machen deutlich, wie wichtig eine Präzisierung des Wortes Qualität "(...) für jede Verständigung über Konzeption und Strategien zur Qualitätssicherung und Verbesserung (ist)".<sup>62</sup>

#### 2.2.4 Der Qualitätsbegriff nach ISO 8402: 1994

Gemäß der Norm DIN ISO 8402 wird der Begriff Qualität definiert als:

„Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“<sup>63</sup>

Die Anmerkung 20 führt weiter aus:

„Erfordernisse werden gewöhnlich in Merkmale mit vorgegebenen Werten umgesetzt. Erfordernisse können z.B. Gesichtspunkte der Leistung, Brauchbarkeit, Zuverlässigkeit (Verfügbarkeit, Funktionsfähigkeit, Instandhaltbarkeit), Sicherheit, Umwelt, der Wirtschaftlichkeit und Ästhetik mit einbeziehen.“<sup>64</sup>

---

<sup>58</sup> Vgl. Garvin, D. A: Product Quality (1994), S. 29.

<sup>59</sup> Vgl. Garvin, D. A.: Product Quality (1994), S. 29-30.

<sup>60</sup> Vgl. Garvin, D. A: Product Quality (1994), S. 29-30.

<sup>61</sup> Vgl. Garvin, D. A: Managing Quality (1988), S. 50.

<sup>62</sup> Oppen, M.: Qualitätsmanagement (1995), S. 16.

<sup>63</sup> ISO 8402: 1994, in: DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagement und Statistik (1995), S. 35.

<sup>64</sup> ISO 8402: 1994, in: DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagement und Statistik (1995), S. 35.



Der Vorteil dieser Definition besteht darin, daß der Qualitätsbegriff in seiner ganzen Komplexität und Vielschichtigkeit erfaßt wird. Dabei wird nicht nur das Produkt oder die Dienstleistung einer separaten Betrachtung unterzogen, sondern die „Gesamtheit von Merkmalen“ der dem Kunden angebotenen Leistungen und deren Zusammenwirken. Qualität wird somit durch den Kunden bzw. durch die von ihm wahrgenommenen Eigenschaften bestimmt.<sup>65</sup>

### **2.2.5 Donabedians Ansatz zur Beschreibung der medizinischen Qualität**

Die bisherigen Ausführungen geben einen Überblick über die Schwierigkeiten, die mit der Formulierung eines allgemein anerkannten Qualitätsbegriffs für den Industrie- und Dienstleistungssektor verbunden sind. Vor vergleichbaren Problemen stehen die Fachleute bei der Definition der medizinischen Qualität. Obwohl seit den dreißiger Jahren dieses Jahrhunderts diverse Ansätze unternommen worden sind, eine allgemein anerkannte Begriffsbestimmung der Qualität für die gesamte Medizin vorzunehmen, konnte bis heute unter den Experten darüber kein Konsens erzielt werden<sup>66</sup>. „So gibt es im medizinischen Bereich so viele Definitionen der Qualität, wie Ärzte, die diese definieren, und es besteht auch kaum Einigkeit darüber, was Qualität ist oder wie sie sein sollte. Es besteht aber auch keine Einigkeit darüber, was Qualität eigentlich ausmacht.“<sup>67</sup>

Demgegenüber wird unter Medizinern und Fachleuten der Ansatz des amerikanischen Wissenschaftlers und Arztes, Avedis Donabedian, den Qualitätsbegriff in die drei Kategorien Struktur- Prozeß- und Ergebnisqualität einzuteilen, weithin akzeptiert. Es ist anzunehmen, daß dies u.a. an der von Donabedian gewählten Bezeichnung seines Konzeptes liegt. Er bezeichnet seinen Ansatz nicht als eine Definition, sondern als einen Ansatz zur Qualitätsmessung (“approach to quality assessment”).<sup>68</sup>

---

<sup>65</sup> Vgl. Kamiske, G. F., Brauer, J. P.: ABC des Qualitätsmanagements (1996), S. 59.

<sup>66</sup> Vgl. Fiedler, E.; Straub, C.: Qualitätssicherung (1994), S. 428.

<sup>67</sup> Jaster, H. J.: Von der Bedeutung der Qualität (1997), S. 25f. Ähnlich äußert sich Donabedian, indem er konstatiert, daß es verschiedene Definitionen oder mehrere Varianten einer einzelnen Definition für Qualität gibt. Nahezu jede Definition oder Variante ist innerhalb ihres jeweils verwendeten Kontextes zulässig. “(...) there is still the question of which definition should be espoused by a health professional who provides personal health services for which he is responsible, and by the professional association that legitimizes the practitioner’s point of view.” Donabedian, A.: The definition of quality (1980), S. 27.

<sup>68</sup> Vgl. Donabedian, A.: The definition of quality (1980), S. 83 und vgl. Donabedian, A: An Exploration of Structure (1982), S. 70.

### 2.2.5.1 Strukturqualität

Die Strukturqualität setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen, die eine Einteilung nach „organisationsinternen-“ und „organisationsexternen Faktoren“ zuläßt. Erstere beziehen sich auf die *beständigen* bzw. *statischen* Leistungsvoraussetzungen der medizinischen Leistungserbringer. Hierzu gehören neben den zur Verfügung stehenden Mitteln und Ressourcen auch die physische und organisatorische Umgebung, in der die Arbeit verrichtet wird sowie die menschlichen, technischen und finanziellen Voraussetzungen, die für die Durchführung der Aufgaben erforderlich sind.<sup>69</sup>

Beispielsweise umfaßt der *personelle Aspekt* der Strukturqualität die Anzahl, die Verteilung und die Qualifikation des medizinischen Personals (z.B. den Facharztstandard), während zu den *räumlichen Gegebenheiten* die Größe, die Ausstattung und die örtliche Lage des Krankenhauses mit seinen Einrichtungen gehört.<sup>70</sup> Des weiteren kann die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätszirkeln und Weiterbildungsveranstaltungen als Indikatoren für Strukturqualität mit hinzugezogen werden.<sup>71</sup> Nachfolgende Zusammenstellung vermittelt einen allgemeinen Überblick über die einzelnen Bestandteile der Strukturqualität:

**Die Strukturqualität wird vor allem bestimmt durch:**

- die Anzahl, Kompetenz, die berufliche Fortbildung und die Motivation aller Mitarbeiter (menschliche Struktur);
- den Organisationsaufbau eines Krankenhauses (organisatorische Struktur) und die Einführung neuer Strukturen in bestehende Prozesse;
- die finanziellen Mittel (finanzielle Struktur);
- die Evaluation und Beschaffung der Ausstattung eines Krankenhauses im baulichen und apparativen Sinn, inklusive Betriebsmittel (physische Struktur) sowie deren Inspektion, Wartung Reparatur und Entsorgung).

Quelle: VESKA-Ausbildungszentrum, Leitfaden (1996), S. 14.

<sup>69</sup> Vgl. Donabedian, A.: The definition of quality (1980), S. 81 und vgl. Donabedian, A.: An Exploration of Structure (1982), S. 70f.

<sup>70</sup> Vgl. Donabedian, A.: The definition of quality (1980), S. 81 und vgl. Jaster, H. J.: Von der Bedeutung der Qualität (1997), S. 29.; In Deutschland kann die in der Bundesärzteordnung festgelegte Verpflichtung der Ärzte zur ständigen Aus-, Fort- und Weiterbildung als ein Element der Strukturqualität bezeichnet werden. Hoffacker sieht darin die vermeintlich entscheidende Voraussetzung für die Qualität ärztlicher Leistungen. Vgl. Hoffacker, P.: Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich (1997), S. 19.

<sup>71</sup> Vgl. Jaster, H. J.: Von der Bedeutung der Qualität (1997), S. 28.

Neben den „organisationsinternen Faktoren“ verweist Donabedian noch auf eine „*organisationsinterne*“ Größe, die Einfluß auf die Strukturqualität ausübt: die Existenz eines Gesundheitswesens bzw. Krankenversicherung und die Art seiner Finanzierung.<sup>72</sup>

Im Vergleich zur Prozeß- und Ergebnisqualität ist die Auswirkung der Strukturqualität auf die Gesamtqualität von geringer Bedeutung. Die Komponente „Struktur“ erhöht oder verringert lediglich die *Wahrscheinlichkeit* einer guten Leistungserbringung. Ihre Funktion beschränkt sich vielmehr auf die Sicherung und Unterstützung der Versorgungsqualität. Zur Messung derselben erweist sie sich als ein zu grobes Instrument, daß nur allgemeine Tendenzen zu indizieren vermag. Somit eignet sie sich nicht als Quelle, die laufend genaue Informationen zur Qualität liefert. Stellt man die Strukturqualität den anderen beiden Teilqualitäten gegenüber, erscheint die Messung ersterer für die Ermittlung der Gesamtqualität im Vergleich zu den letztgenannten von untergeordneter Bedeutung.<sup>73</sup>

### 2.2.5.2 Prozeßqualität

Donabedian bezeichnet den Prozeß als das primäre Objekt zur Beurteilung der Qualität.<sup>74</sup> Zum Komplex der Prozeßqualität gehören alle Handlungen und Interaktionen, die zwischen Arzt, Patient und Pflegepersonal ablaufen<sup>75</sup>, einschließlich der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen<sup>76</sup>, die „unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsmerkmale eines Patienten ergriffen wurden oder auch nicht.“<sup>77</sup> Dabei ist eine qualitative Prozeßbewertung nicht nur für den Einzelfall, sondern auch für vergleichbare Patientengrup-

---

<sup>72</sup> Vgl. Donabedian, A.: An Exploration of Structure (1982), S. 70f.

<sup>73</sup> Vgl. Donabedian, A.: The definition of quality (1980), S. 82.

<sup>74</sup> Vgl. Donabedian, A.: The definition of quality (1980), S. 79.

<sup>75</sup> Vgl. Schmid, W.: Die Stufen der Qualität (1995), S. 12. Nach Donabedian umfaßt dieser Aspekt die im Rahmen des Versorgungs- und Behandlungsablaufs ergriffenen Maßnahmen seitens des Behandlers *und* des Patienten. “It (process; Anm. des Verfassers) includes the patient’s activities in seeking care and carrying it out (...).“ Donabedian, A.: The Quality of Care (1988), S. 1745.

<sup>76</sup> Vgl. Donabedian, A.: The definition of quality (1980), S. 80 und vgl. Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre (1987), S. 108.

<sup>77</sup> Jaster, H. J.: Von der Bedeutung der Qualität (1997), S. 29. Bei Ebner und Köck ist eine allgemein gehaltene Beschreibung der Prozeßqualität zu finden: „Die Prozeßqualität bezieht sich unmittelbar auf die Leistungserbringung, d.h. auf die Summe aller Prozesse, die Entstehung des Produktes bzw. der Dienstleistung unter Verwendung der gegebenen Ressourcen zum Ziel haben.“ Ebner, H.; Köck, M.: Qualität als Wettbewerbsfaktor (1996), S. 82.

pen möglich.<sup>78</sup> Weiterhin kann zur Prozeßqualität sowohl die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen als auch der Zugang zur Versorgung hinzugezählt werden.<sup>79</sup>

Erfolgt eine Behandlung nach professionell anerkannten Standards<sup>80</sup>, die zudem noch den aktuellen Stand des medizinischen Wissens widerspiegeln, kann davon ausgegangen werden, daß auch ein optimales Behandlungsergebnis erreicht wird.<sup>81</sup> Zur Beurteilung der Prozeßqualität eines Krankenhauses können u.a. nachfolgend aufgeführte Aspekte mit hinzugezogen werden:

- Qualität der präoperativen Diagnostik,
- Überprüfung der Indikationsstellung für Operationen,
- Überprüfung der Indikationsstellung für invasive Maßnahmen, z.B. Herzkatheter,
- Verständliche Aufklärung der Patienten und deren Angehörige,
- Indikation zur ambulanten Nachbetreuung,
- Risikoscore für mögliche Komplikationen,
- Möglichkeiten für die häusliche Betreuung,
- Qualität der Dokumentation (Krankenakte),
- Wartezeiten in der Notaufnahme
- Vorhandensein eines fachärztlichen Notdienstes im Krankenhaus,
- Qualität der Pflegekräfte.

Quelle: In Anlehnung an Jaster, H. J.: Von der Bedeutung der Qualität (1997), S. 29.

Die Kritiker der prozeßorientierten Messung der Qualität weisen auf die Schwierigkeit hin, die mit der fachlich wissenschaftlichen Festlegung von *Therapiestandards* verbunden ist, um diese zur Verbesserung von Behandlungsprozessen in Form von Standards nutzen zu können.<sup>82</sup> Gerade weil die Therapie eines Patienten von seinen individuellen Krankheitsmerkmalen abhängt, erweist sich die Entwicklung und Einführung *allgemeingültiger Behandlungsstandards* als schwieriges Unterfangen.<sup>83</sup>

<sup>78</sup> Vgl. VESKA-Ausbildungszentrum, Leitfaden (1996), S. 14.

<sup>79</sup> Vgl. Berwick, D. M.; Knapp, M. G.: Theory and Practice, S. 49.

<sup>80</sup> Eine genauere Definition des Begriffs „Standard“ erfolgt in Kapitel 2.3.

<sup>81</sup> Vgl. Kaltenbach: Qualitätsmanagement (1993), S. 90. Zum Vergleich auch VESKA-Ausbildungszentrum, Leitfaden (1996), S. 14.

<sup>82</sup> Vgl. Hoffacker, P.: Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich (1997), S. 19.

<sup>83</sup> Vgl. Kaltenbach : Qualitätsmanagement (1993), S. 91.

Des weiteren wird auf die häufig vorkommende inhaltliche Überschneidung der Prozeß- mit der Ergebniskategorie hingewiesen, die “auf eine mangelnde methodische Trennschärfe zurückzuführen“ (ist, d. Verf.).<sup>84</sup>

Ebenso kritisch bewerten die Experten den Zusammenhang zwischen der Prozeßkomponente und dem Behandlungsergebnis. Ihrer Meinung nach muß eine gute Prozeßqualität nicht zwangsläufig zu einem guten Behandlungsergebnis führen. Analog gilt, daß eine schlechte Behandlung nicht immer ein mangelhaftes Ergebnis nach sich zieht.<sup>85</sup>

### 2.2.5.3 Ergebnisqualität

Donabedians Definition der Ergebnisqualität bezieht sich auf das *Behandlungsergebnis*. Es umfaßt alle gegenwärtigen oder zukünftigen Veränderungen im Gesundheitszustand eines Patienten, die auf die medizinische Intervention zurückzuführen sind.<sup>86</sup> Neben den körperlich meßbaren Veränderungen schließt der Begriff des Gesundheitszustandes sowohl den Wissenszuwachs als auch günstige Verhaltensänderungen seitens des Patienten, wie beispielsweise *Zufriedenheit*, Selbstkontrolle und vermindertes Risikoverhalten, mit ein.<sup>87</sup>

Die Ergebnisqualität einer Gesundheitsorganisation setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen. Wie aus der Übersicht auf Seite 24 zu entnehmen ist, lassen sich diese Bestandteile in verschiedene Dimensionen einteilen, anhand derer die Messung der Ergebnisqualität erfolgen kann. Letzteres erweist sich in der Praxis oft als schwierig. Die Problematik offenbart sich bereits in dem anvisierten Ziel der Verbesserung des Gesundheitszustandes von Patienten, das sich „nicht ohne weiteres objektiv definieren und messen lässt.“<sup>88</sup> Um eine möglichst valide und vergleichbare Aussage über die medizinisch-klinische Ergebnisqualität zu erhalten, sollte eine „Standardisierung der Ausgangssituation von Patienten“<sup>89</sup> angestrebt werden. Dies könnte beispielsweise in Form einer Einteilung nach der Aufnahmediagnose oder dem Schweregrad der Erkrankung erfolgen. Des weiteren empfiehlt sich eine Differen-

---

<sup>84</sup> Jaster, H. J.: Von der Bedeutung der Qualität (1997), S. 29.

<sup>85</sup> Vgl. Kaltenbach : Qualitätsmanagement (1993), S. 92.

<sup>86</sup> Vgl. Donabedian, A.: An Exploration of Structure (1982), S. 70.

<sup>87</sup> Vgl. Donabedian, A.: The definition of quality (1980), S. 83.

<sup>88</sup> VESKA-Ausbildungszentrum, Leitfaden (1996), S. 16.

<sup>89</sup> Ebner, H.; Köck, M.: Qualität als Wettbewerbsfaktor (1996), S. 81.

zierung der Ergebnisqualität nach kurz- und langfristigen Ereignissen<sup>90</sup> vorzunehmen, deren Bewertung in Abhängigkeit von der zuvor festgelegten Zielsetzung zu erfolgen hat. In diesem Zusammenhang erweisen sich die immer kürzer werdenden Liegezeiten der Patienten im Krankenhaus als ein Problem für die langfristige Erfassung der Ergebnisqualität.<sup>91</sup>

Vor einem ähnlichem Problem steht die Messung der Patientenzufriedenheit. Es macht wenig Sinn, anhand von Fragebögen den Erfüllungsgrad von Bedürfnissen zu erheben und zu messen, wenn diese beispielsweise nicht zuvor in Gruppen- oder Patientenfokusgesprächen ausfindig gemacht worden sind. Ebner und Köck weisen daher zurecht darauf, daß „im Vergleich zur Erstellung des Fragebogens (..) die Erhebung der Bedürfnisse bzw. Erwartungen von Patienten methodisch die weitaus größere Herausforderung (ist).“<sup>92</sup>

- Objektives klinisch-medizinisches Ergebnis der Behandlung und Betreuung (z.B. Mortalität, Morbidität etc.)
- Subjektiv empfundener Nutzen der Behandlung, ausgedrückt in sozialer, psychischer und physischer Funktionalität (z.B. gesundheitsbezogene Lebensqualität)
- Zufriedenheit der Patienten mit der unmittelbar wahrgenommenen Strukturqualität (z.B. Ausstattung der Sanitäreinrichtungen) und Prozeßqualität (z.B. Wartezeit auf die Untersuchung, Aufklärung über Behandlung)
- Kosten der Behandlung und Betreuung (für Patienten, Versicherungen, Trägerinstitutionen etc.)
- Objektives klinisch-medizinisches Ergebnis der Behandlung und Betreuung (z.B. Mortalität, Morbidität etc.)
- Subjektiv empfundener Nutzen der Behandlung, ausgedrückt in sozialer, psychischer und physischer Funktionalität (z.B. gesundheitsbezogene Lebensqualität)
- Zufriedenheit der Patienten mit der unmittelbar wahrgenommenen Strukturqualität (z.B. Ausstattung der Sanitäreinrichtungen) und Prozeßqualität (z.B. Wartezeit auf die Untersuchung, Aufklärung über Behandlung)
- Kosten der Behandlung und Betreuung (für Patienten, Versicherungen, Trägerinstitutionen etc.)

Quelle: Ebner, H./ Köck, M.: Qualität als Wettbewerbsfaktor (1996), S. 80.

<sup>90</sup> Zu den *kurzfristig* auftretenden Ereignissen gehören z.B. intraoperativ iatrogen verursachte Komplikationen, zu den *langfristig* Ereignissen etwa die Wiederaufnahme eines Patienten. Vgl. Jaster, H. J.: Von der Bedeutung der Qualität (1997), S. 30.

<sup>91</sup> Vgl. Jaster, H. J.: Von der Bedeutung der Qualität (1997), S. 30.

<sup>92</sup> Ebner, H.; Köck, M.: Qualität als Wettbewerbsfaktor (1996), S. 81 und S. 82.

#### 2.2.5.4 Der funktionale Zusammenhang zwischen den drei Kategorien

Die drei Kategorien zur Qualitätsmessung sind in einem funktionalen Zusammenhang zu sehen, die Donabedian schematisch wie folgt beschreibt:

$$\textit{Structure} \Rightarrow \textit{Process} \Rightarrow \textit{Outcome}$$

Dieser Systematik zufolge kann die strukturelle Ausstattung der medizinischen Versorgung den Behandlungsprozeß derart beeinflussen, daß es zu einer qualitativen Verbesserung oder Verschlechterung desselben kommt. Analog dazu können Veränderungen im Behandlungsprozeß Auswirkungen auf den gesundheitlichen Status des Behandelten haben.<sup>93</sup>

Donabedian weist darauf hin, wie undifferenziert und theoretisch-modellhaft die von ihm vorgenommene Gliederung der Qualität in nur drei Komponenten ist. Unklarheiten ergeben sich wenn man versucht, spezifisch vorkommende Merkmale ausschließlich unter eine der drei beschriebenen Kategorien einzuordnen. Tatsächlich existieren in der Praxis weniger klar differenzierbare, aber in einem kausalen Zusammenhang stehende Elemente, die kettenartig aneinandergereiht sind und von denen viele Verzweigungen ausgehen können. In einer solchen Kette stehen die einzelnen Elemente in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander, d.h. jedes Element wirkt sich auf das jeweils nachfolgende aus, während es selbst von seinem vorangestellten Element beeinflußt wurde.<sup>94</sup> Donabedian betont, daß seine vorgenommene Einteilung zur Messung der Qualität in die drei Kategorien Struktur, Prozesse und Ergebnis offen ist für Modifikationen, so lange diese berechtigt und hilfreich sind und so lang sie richtig verstanden und angewendet werden.<sup>95</sup>

### 2.3 Qualitätsmessung und Qualitätsbeurteilung

Unter besonderer Berücksichtigung des Ansatzes von Donabedian wurde im vorherigen Unterpunkt eine Einteilung des Qualitätsbegriffs in drei Teilqualitäten vorgenommen und auf deren gegenseitige Wechselwirkungen hingewiesen. Während im Mittelpunkt der bisherigen Ausführungen die differenzierte Betrachtung des Wortes Qualität stand, versucht der Gliede-

---

<sup>93</sup> Vgl. Donabedian, A.: The definition of quality (1980), S. 84.

<sup>94</sup> Vgl. Donabedian, A.: The definition of quality (1980), S. 84. Zu diesem Punkt konstatiert die VESKA: „Strukturen, Prozesse und Ergebnisse in einem Krankenhaus beeinflussen sich gegenseitig. Eine gute Struktur führt zwar nicht automatisch auch zu guten Ergebnissen, aber sie ist die Basis für gute Ergebnisse. Oder umgekehrt: Eine fehlende oder schwache Struktur ist eine schlechte Voraussetzung für gute Ergebnisse. Strukturelle Stärken oder Schwächen wirken sich auf die Qualität der Prozesse aus.“ VESKA-Ausbildungszentrum, Leitfaden (1996), S. 19.

<sup>95</sup> Vgl. Donabedian, A.: The definition of quality (1980), S. 85.

rungspunkt „Qualitätsmessung und Qualitätsbeurteilung“ die wichtigsten Instrumente zur Messung und Beurteilung der Leistungsqualität vorzustellen und näher zu erläutern.

### 2.3.1 Kriterien

Mit Hilfe von Kriterien<sup>96</sup> und Standards kann die Qualität einer Leistung gemessen werden. Während Kriterien die *allgemeinen* Merkmale der Qualität einer Leistung angeben, bezeichnen Standards deren „(...) *konkrete zulässige oder gewünschte Ausprägung*“.<sup>97</sup> Um die Qualität einer Leistung beurteilen zu können, müssen zunächst Qualitätsmerkmale, sogenannte Qualitätskriterien, bestimmt werden.<sup>98</sup> Diese Kriterien sind festgelegte Merkmale bzw. Eigenschaften der Behandlungsstruktur, des Behandlungsprozesses oder des Behandlungsergebnisses, die einen maßgeblichen Einfluß auf die Beurteilung der Qualität haben.<sup>99</sup> “Criteria for qualitative inquiry are standards, benchmarks, and in some cases regulative ideals, that guide judgements about the goodness or ‘quality’ of inquiry processes and findings. (...) Criteria are often confused with procedures designed to attain criteria or meet standards.“<sup>100</sup> Kriterien beziehen sich beispielsweise auf Qualitätsaspekte wie „Intubationsdauer einer bestimmten Beatmung, Antibiotikabehandlung bestimmter Patientengruppen, Verweildauer bei bestimmten Erkrankungen, Reaktionszeit auf Laboranforderung, Zahl und Art von Beschwerden (oder) Reaktionszeit beim Patientenruf“<sup>101</sup> Des weiteren ist eine Differenzierung nach impliziten und expliziten Kriterien möglich.<sup>102</sup> Eine Anwendung *implizierter* Kriterien liegt dann vor, wenn der behandelnde Arzt eine Entscheidung über die Qualität einer Behandlung aufgrund seiner persönlichen Erfahrung und Wissens vornimmt. Beurteilungen, die auf der Grundlage implizierter Kriterien erfolgen, sind folglich stark von den individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Leistungserbringers abhängig. Im Gegensatz dazu werden *explizite* Kriterien im voraus, i.d.R. durch Expertengruppen, festgelegt.<sup>103</sup>

---

<sup>96</sup> „Kriterium“ leitet sich aus dem griechischen Wort „Kriterion“ ab, was „unterscheidendes Merkmal, Kennzeichen“ bedeutet. Wahrig, Deutsches Wörterbuch (1994), S. 967.

<sup>97</sup> Kaltenbach, T.: Qualitätsmanagement (1993), S. 237.

<sup>98</sup> Vgl. Oberender, P.; Daumann, F.: Ökonomische Aspekte der Qualitätssicherung (1997), S. 216.

<sup>99</sup> Vgl. VESKA-Ausbildungszentrum, Leitfaden (1996), S. 53.

<sup>100</sup> Schwandt, T. A.: Qualitative Inquiry (1997), S. 22.

<sup>101</sup> Hildebrand, R.: Das bessere Krankenhaus (1999), S. 79.

<sup>102</sup> Vgl. Donabedian, A.: Exploration in Quality Assessment and Monitoring (1982), S. 19-21.

<sup>103</sup> Kaltenbach, T. : Qualitätsmanagement (1993), S. 238.



Beide Ausprägungen haben ihre Vor- und Nachteile.<sup>104</sup> Die Anwendung impliziter Kriterien bietet sich an, wenn keine größeren Datenmengen zu beurteilen sind, die eine Bewertung jedes Einzelfalls durch den Gutachter erlauben. Daher können sie im Gegensatz zu den expliziten Kriterien individuelle Konstellationen besser berücksichtigen, was wiederum zu einer größeren Validität ihrer Ergebnisse führt. Ein weiterer Vorteil impliziter Kriterien liegt in dem geringeren Aufwand, der für ihre Festlegung betrieben werden muß. Dieser Umstand schränkt allerdings die Reliabilität impliziter Kriterien ein, weil eine genaue, einzelfallbezogene Reproduktion der vorgenommenen Beurteilung nicht möglich ist. Nahezu spiegelbildlich fällt die Bewertung der *expliziten* Kriterien aus. Im Vergleich zu den impliziten Kriterien erfordert ihre Festlegung mehr Entwicklungsaufwand. Dieser Sachverhalt ist nachvollziehbar wenn man berücksichtigt, daß sie das Produkt eines oftmals zeitaufwendigeren Meinungskonsenses von Experten sind. Dafür sind explizite Kriterien bei großen, aufwendigeren Erhebungen leichter als implizite Kriterien anwendbar, weil ihre Merkmale sich auf Durchschnittswerte beziehen, die eine Bewertung vergleichbarer Fälle ermöglicht.<sup>105</sup> Die potentielle Verbreitung von aktuellem medizinischen Wissen durch explizite Kriterien kann bei den Anwendern einerseits eine Art Ausbildungseffekt bewirken, andererseits aber auch ein verstärktes Kontrollgefühl hervorrufen, welches sich negativ auf die Motivation dieser Personen auswirken könnte.<sup>106</sup> Damit ein Kriterium überhaupt Aussagen über die Ausprägung der Leistungsqualität machen kann, muß es *valide*, *reliabel* und *sensitiv* sein:

- (1) Ein Kriterium ist als *valide* zu bezeichnen, wenn es einen direkt erfaßbaren Sachverhalt eindeutig abzubilden vermag bzw. zutreffend beschreibt und daraus abgeleitete Schlüsse sachgerecht sind.<sup>107</sup> Der Zusammenhang zwischen struktur- und prozeßorientierten Merkmalen mit der Versorgungsqualität ist wie bei Donabedians Ausführungen zum Konzept der Teilqualitäten in der Praxis empirisch nur schwer oder mit erheblichen Einschränkungen nachweisbar.<sup>108</sup>

---

<sup>104</sup> Vgl. Donabedian, A.: *Exploration in Quality Assessment and Monitoring* (1982), S.53ff. und vgl. VESKA-Ausbildungszentrum, *Leitfaden* (1996), S. 54 f.

<sup>105</sup> Vgl. VESKA-Ausbildungszentrum, *Leitfaden* (1996), S. 55 f.

<sup>106</sup> Vgl. Kaltenbach, T.: *Qualitätsmanagement* (1993), S. 239 f.

<sup>107</sup> Vgl. Eichhorn, S.: *Krankenhausbetriebslehre* (1987), S. 135 und vgl. Hildebrand, R.: *Das bessere Krankenhaus* (1999), S. 79.

<sup>108</sup> Vgl. Eichhorn, S.: *Krankenhausbetriebslehre* (1987), S. 136.

- (2) Kriterien müssen nicht nur dem Postulat der Validität entsprechen, sondern auch verlässlich (*reliabel*) sein. Die Reliabilität eines Kriteriums liegt vor, wenn das Ergebnis der Qualitätsmessung weitgehend unabhängig von zeitlichen, subjektiven und instrumentellen Einflüssen ist.<sup>109</sup>
- (3) Ein Kriterium muß *sensitiv* gegenüber Veränderungen der Qualität sein, da die Güte eines Qualitätssicherungsprogrammes maßgeblich von der Empfindlichkeit (Sensitivität) abhängt, mit der seine Merkmale auf Abweichungen von der Qualität reagieren.<sup>110</sup>

### 2.3.2 Standard

Nach Samuel Krislov handelt es sich bei dem Wort „Standard“ um einen Fachbegriff, dessen Ursprung in den industriesoziologischen Ansätzen zur Effizienzsteigerung des ersten Quartals dieses Jahrhunderts zu finden ist. Seitdem setzt man Standards beim Verkauf und Anwendung industrieller oder kommerzieller Produkte präskriptiv ein um sicherzustellen, daß diese zugesicherte Eigenschaften erfüllen. Ebenso existieren Standards in staatlichen und kommerziellen Organisationen, die sie zum Schutz der sozialen Sicherung ihrer Mitarbeiter festlegen.<sup>111</sup> Häufig sind auch Gebrauchsgegenstände des Alltags durch *Basisstandards* (z.B. Gewichte und Maßeinheiten) oder *komplexe* und *spezielle* Standards determiniert ( z.B. welche Papiersorten und welche Seitenränder entsprechen den offiziellen Standards der Vereinigung amerikanischer Lehr- bzw. Textbuchverleger?). Manche Standards sind gesetzlich festgelegt (z.B. für sanitäre Einrichtungen), andere wiederum werden offen vom Konsumenten gegenüber den Leistungsanbietern erzwungen (z.B. von Versicherungsgesellschaften oder Laboratorien) oder im gegenseitigen Einvernehmen von Produzenten oder Wirtschaftsverbänden aufgestellt.<sup>112</sup> Längst beschränkt sich die Verbreitung von Standards nicht nur auf den Industrie- oder

---

<sup>109</sup> Vgl. Oberender, P.; Daumann, F.: Ökonomische Aspekte der Qualitätssicherung (1997), S. 217. Eichhorn äußert sich zu diesem Sachverhalt wie folgt: „Das Ergebnis einer Messung der Versorgungsqualität ist also dann reliabel, wenn es von der Erhebungsperiode, vom Erhebungspersonal sowie vom Erhebungsinstrumentarium unabhängig ist.“ Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre (1987), S. 136.

<sup>110</sup> Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre (1987), S. 138 und vgl. Eichhorn, S.: Integratives Qualitätsmanagement (1997), S. 253.

<sup>111</sup> Vgl. Krislov, S.: How nations choose product standards (1997), S. 7.

<sup>112</sup> Vgl. Krislov, S.: How nations choose product standards (1997), S. 7.

Dienstleistungssektor, sondern gehört ebenfalls in einigen Teilbereichen der Medizin zur Qualitätssicherung.<sup>113</sup>

Diese Beispiele veranschaulichen, wie verbreitet Standards in unserer heutigen Zeit sind. Damit ist aber nicht die Frage beantwortet, was genau unter einem Standard zu verstehen ist, wie er generiert und festgelegt wird. Bevor dem nachgegangen wird sei darauf hingewiesen, daß es zwar eine größere Anzahl von Definitionen für das Wort „Standard“ gibt, aber “(..) there is no standard way of defining standards.”<sup>114</sup> „Standards bezeichnen *die genaue Menge, den Grad der Erfüllung eines Kriteriums* für ein in einem speziellen Betrieb angemessenes, annehmbares und optimales Qualitätsniveau.“<sup>115</sup> Ähnlich definiert Donabedian diesen Begriff: “A standard is a precise, quantitative specification of the state of a criterion that will constitute quality of a given degree.”<sup>116</sup>

---

<sup>113</sup> Dies gilt insbesondere im diagnostisch-technischen Bereich für die Labormedizin und die Röntgendiagnostik. Hierzu gehören Kontrollmaßnahmen bei Laboranalysen durch Anwendung von Richtigkeits- und Präzisionskontrollen und externe Ringversuche. Des weiteren müssen sich aufgrund der Röntgenverordnung aus dem Jahre 1988 Betreiber von Röntgeneinrichtungen von der Ärztekammer Nordrhein und von anderen Institutionen Überprüfungen unterziehen, die auf standardisierten Verfahrenstechniken basieren. Vgl. Paschke, K.: Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik (1992), S. 47.

<sup>114</sup> Krislov, S.: How nations choose product standards (1997), S.7. Bedenkt man, daß mitunter der Begriff „Standard“ wie im Englischen im Sinne von *Norm* verwendet wird, ist dieser Hypothese zuzustimmen. Vgl. Benedetti, A. D.; Cranovsky, R. et al.: Qualitätsmanagementsysteme für Institutionen der Gesundheitsversorgung (1997), S. 13.

<sup>115</sup> VESKA-Ausbildungszentrum, Leitfaden (1996), S. 55. Neben dieser Definition existieren in der Fachliteratur noch eine Anzahl ähnlicher Begriffsbestimmungen. Eine gute Übersicht über die wichtigsten Erläuterungen ist bei Field und Lohr zu finden. Vgl. Field, M. J.; Lohr, K. N.: Clinical Practice Guidelines (1990), S. 46.

<sup>116</sup> Donabedian, A.: Criteria and Standards for Quality assessment and Monitoring (1986), S. 99. Im Gegensatz dazu lehnte Eichhorn noch 1987 den Begriff „Standard“ ab und schlug statt dessen vor, „ (...) in Zusammenhang mit der Soll-Ausprägung der Qualitätsmerkmale von „zulässigem Merkmalsraum“, „Toleranzbereich“ oder auch „Unauffälligkeiten“ (bei negativer Abgrenzung von „Auffälligkeitsbereich“) zu sprechen.“ Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre (1987), S. 116. Offenbar sieht er mittlerweile diesen Fachterminus als gleichberechtigt neben den Begriffen Toleranz- und Auffälligkeitsbereich an. Vgl. Eichhorn, S.: Qualitätssicherung in der Medizin (1992), S. 296.

Eine differenziertere und aktuellere Beschreibung bzgl. der Verbindlichkeit von Standards ist bei Eddy zu finden: “Standards are intended to be abblide rigidly. Exceptions will be rare and difficult to justify. Violation of a standard should trigger thoughts of malpractice, and the defense will be difficult. A standard tells a practitioner, “you don’t have to ponder this one, just do it“. Other terms for standards are “rules,” “strict” indications or contraindications, “strict criteria,” and “clearly” appropriate or inappropriate practices.” Eddy, D. A.: Designing a Practice Policy (1990), S. 3077.

Je nach Abhängigkeit vom ausgewählten Kriterium können Standards als Obergrenze, Untergrenze oder Sollwert angegeben werden.<sup>117</sup> Dem Bereich der Untergrenze läßt sich der Minimalstandard zuordnen. Er ist so ausgerichtet, daß der Verlauf einer Behandlung auf einem für diese absolut notwendigen minimalen Behandlungsniveau auch gewährleistet ist und beschränkt sich darauf, extrem schlechte Qualität oder einzelne extreme Abweichungen aufzuzeigen.<sup>118</sup> Demgegenüber geben normative Sollwerte, die Eichhorn auch als „akademische Standards“<sup>119</sup> bezeichnet, von idealtypischen Situationen aus (z.B. ausgezeichnete Strukturgegebenheiten und hervorragendes Problemmanagement). Sie können bei der Ist Ausprägung der Qualität nur die Werte 1 (zu hundert Prozent erreicht) oder 0 (nie erreicht) annehmen und setzen somit relativ hohe Qualitätsmaßstäbe. Um zu verhindern, daß die Anwendung dieses Standardtypes bei den Mitarbeitern kleinerer und mittlerer Krankenhäuser Frustrationen hervorruft, sollten externe Experten und Betroffene gemeinsam derartige Standards aufstellen.<sup>120</sup>

Während einige Experten der Auffassung sind, bei Standards würde es sich *stets* um „Mindesterfordernisse“ handeln,<sup>121</sup> lehnen andere Mindeststandards ab. So verweist Ellie Scrivens darauf, daß sich vielleicht die Öffentlichkeit mit Mindeststandards zufrieden geben kann, nicht aber die Professionalisten, denn “minima suggest levels below which any operation would be unacceptable.”<sup>122</sup> Einen Kompromiß zwischen diesen gegensätzlichen Meinungen stellt die Empfehlung des Institutes of Medicine dar: “Standards Of Quality are authoritative statements of (1) minimum levels of acceptable performance or results, (2) excellent levels of performance or results, *or* (3) the range of acceptable performance or results.”<sup>123</sup>

Eine Übersicht über die Klassifikation von Standards bietet nachfolgende, von Donabedian vorgenommene Einteilung:

---

<sup>117</sup> Vgl. Oberender, P.; Daumann, F.: Ökonomische Aspekte der Qualitätssicherung (1997), S. 217.

<sup>118</sup> Vgl. Kaltenbach, T : Qualitätsmanagement (1993), S. 244.

<sup>119</sup> Vgl. Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre (1987), S. 116.

<sup>120</sup> Vgl. Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre (1987), S. 116.

<sup>121</sup> Vgl. Hildebrand, R.: Das bessere Krankenhaus (1999), S. 483.

<sup>122</sup> Scrivens, E.: Accreditation (1995), S. 89-90. Bereits Anfang der 90er Jahre sahen Field und Lohr die Ursachen dieses Diskurses in der allgemein üblichen Verwendung des Begriffs Standard: “The most troublesome aspect of common usage is the use of *standard* in quite different ways to describe either a minimum acceptable state or a state of high achievement and excellence. The same difficulty also shows up in the health services literature.” Field, M. J., Lohr, K. N.: Clinical Practice Guidelines (1990), S. 45.

<sup>123</sup> Field; M. J.; Lohr, K. N.: Clinical Practice Guidelines (1990), S. 8.

- 5 By level
1. For empirically derived criteria:  
Statistically defined benchmarks such as the observed mean or median, or a specified quartile of an observed distribution
  2. For normatively derived criteria:  
There are no sharply defined benchmarks. Instead there are many descriptive terms such as:
    - a. “Minimal” usually used for screening
    - b. “Average,” “adequate”, “acceptable”
    - c. “Realistically achievable”
    - d. “Optimal”
- B. By homogeneity of level within a criteria set
1. Unilevel
  2. Multilevel or graded
    - a. Contemporaneously graded - to apply to different sets of providers
    - b. Temporally or progressively graded - for setting targets that are raised with time
- C. By the presence of “tolerance” in the standard
1. Toleranced (or flexible)
  2. Untoleranced (or rigid)
- D. By configuration (or normative structure of the phenomenon to which the standard applies)
1. Monotonic
  2. Inflected
- E. By the nature of the measurement
1. Categorical (yes/no; present/absent)
    - a. With the use of “exceptions” – as in the PEP system, for example
    - b. Without the use of “exceptions”
  2. Scalar
    - a. Parametric - averages, percentages, rates
    - b. Distributional – frequency distribution of a characteristic

Quelle: Donabedian, A.: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume II. The Criteria and Standards of Quality (1982), S. 353-354.

Wie aus Donabedians Gliederungspunkt „A“ zu entnehmen ist, können medizinische Standards auf der Basis *empirischer* Daten oder *normativ* festgelegt werden. So besteht bei der Aufstellung empirischer Standards die Möglichkeit, auf Daten aus klinischen oder experi-

mentellen Studien<sup>124</sup> zurückzugreifen. Zudem besitzen Standards, die *krankenhausintern* erhoben werden den Vorteil, besser die jeweiligen individuellen und regionalen Besonderheiten<sup>125</sup> des Krankenhauses und seiner Mitarbeiter berücksichtigen zu können. Diese Vorgehensweise verhindert die von Eichhorn angesprochene Mitarbeiterfrustration, die mit der Einführung eines zu hohen Standardniveaus entstehen könnte. Diesem Vorteil steht andererseits der Nachteil gegenüber, daß das Niveau empirischer Standards „nur“ die tatsächliche Praxis widerspiegelt und damit keine Aussage über die Höhe des Standardniveaus zuläßt.<sup>126</sup>

Demgegenüber greifen *normativ* festgelegte Standards primär auf Fachliteratur und das Wissen von Expertenkommissionen zurück.<sup>127</sup> Gegenüber den empirisch entwickelten Standards haben sie den Vorteil, z.T. schon in der Praxis erprobt worden zu sein<sup>128</sup>, außerdem ermöglichen sie einen Leistungsvergleich zwischen Krankenhäusern.

Zusammenfassend ist bei der Festlegung von Standards folgendes zu beachten:

- „(...) sie müssen auf der Grundlage valider Daten entwickelt werden,
- sie müssen auf die Praxis oder den Klinikalltag anwendbar sein,
- sie müssen von einem Expertengremium aufgestellt werden,
- sie müssen innerhalb einer Fachgesellschaft konsensfähig sein,
- sie müssen durch Norm-, Auffälligkeits- und Toleranzbereiche konkretisiert werden,
- sie müssen systematisch evaluiert und fortentwickelt werden.“<sup>129</sup>

Bei allem Nutzen, der von diesem Hilfsinstrument zur Qualitätsmessung ausgeht, sind der Aussagekraft von Standards Grenzen gesetzt. Eichhorn spricht in diesem Zusammenhang von einer „Signalfunktion“ zur Aufdeckung „qualitätsrelevanter Schwachstellen“ im medizinischen Leistungsprozeß, die von den Standards ausgeht. Eine „absolute Aussagefähigkeit“ bzgl. der tatsächlich erbrachten Versorgungsqualität spricht er ihnen ab. Dies kann nur eine

---

<sup>124</sup> Vgl. Oberender, P.; Daumann, F.: Ökonomische Aspekte der Qualitätssicherung (1997), S. 217.

<sup>125</sup> Vgl. VESKA-Ausbildungszentrum, Leitfaden (1996), S. 57.

<sup>126</sup> Vgl. Vuori, H.: Quality Assurance of Health Services (1992), S. 104.

<sup>127</sup> Vgl. Kaltenbach, T: Qualitätsmanagement (1993), S. 246.

<sup>128</sup> Vgl. VESKA-Ausbildungszentrum, Leitfaden (1996), S. 57.

<sup>129</sup> Jaster, H. J.: Das Konzept der Qualitätssicherung (1997), S. 87.

krankenhausinterne, einzelfallbezogene Analyse von Prozessen und Ergebnissen bewerkstelligen.<sup>130</sup>

### 2.3.3 Indikatoren

Der Einsatz von Indikatoren dient der Beschreibung, Überwachung und Auswertung von Qualität.<sup>131</sup> Eine detailliertere Bestimmung des Wortes „Indikator“ ist bei der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) zu finden. Sie bezeichnet einen klinischen Indikator als “(...) a quantitative measure that can be used as a guide to monitor and evaluate the quality of important patient care and support service activities. An indicator is not a direct measure of quality. Rather it is a screen or flag that identifies or directs attention to specific performance issues that should be the subject of more intense review. Assessment of these areas provide the basis for judgements regarding-and approaches to improving-the quality of care provided by health care organization“<sup>132</sup> Diese Beschreibung beinhaltet zwei wichtige Charakteristika von Indikatoren. Zum einen sind Indikatoren *quantitative* Meßinstrumente, die zur Überwachung und Evaluation wichtiger Funktionen im Krankenhaus dienen, zum anderen können sie nicht zur direkten Messung von Qualität<sup>133</sup> herangezogen werden, d.h. ein direkter Rückschluß von der Ausprägung eines Indikators auf die Ausprägung der Qualität ist nicht zulässig.<sup>134</sup> Vielmehr kommt ihm eine *Signalfunktion* zu, spezifische Leistungsprobleme frühzeitig aufzudecken bzw. verstärkt auf diese hinzuweisen.

Indikatoren werden in der Regel in Proportionen bzw. als Quotient ausgedrückt. Im Zähler ist immer die Anzahl der Patienten zu finden, auf die ein ganz bestimmter Sachverhalt zutrifft, während der Nenner die jeweilige Gesamtzahl der Patienten angibt.<sup>135</sup> Am Beispiel eines Indikators aus der Geburtshilfe, dessen Fokus auf die pränatale Patientenevaluation, intrapartum Überwachung und klinische Intervention ausgerichtet ist, soll dieser Sachverhalt dargestellt

---

<sup>130</sup> Vgl. Eichhorn, S.: Qualitätssicherung in der Medizin (1992), S. 296.

<sup>131</sup> Vgl. Hildebrand, R.: Das bessere Krankenhaus (1999), S. 475.

<sup>132</sup> Vgl. O.V.: Characteristics of clinical indicators (1989), S. 330.

<sup>133</sup> Zu dieser Problematik äußern sich Kazandijan, Wood und Lawthers wie folgt: “(1) Indicators of performance do not measure quality, people do. (2) Indicators of performance may be measuring the quality of the data and not the goodness of care. (...)“ Kazandijan V. A.; Wood, P.; Lawthers, J.: Balancing Science and Practice in Indicator Development (1995), S. 41.

<sup>134</sup> Vgl. Blumenstock, G.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitätsindikatoren der stationären Versorgung (1996), S. 33.

<sup>135</sup> Vgl. o.V.: Characteristics of clinical indicators (1989), S. 330.

werden. Um eine Kennzahl zu ermitteln, ist lediglich in den Zähler des Quotient die Zahl der Kinder einzusetzen, die bei der Geburt weniger als 2.500 Gramm gewogen haben und in den Nenner die Anzahl aller Geburten.<sup>136</sup> Grundsätzlich muß bei einer solchen Erhebung darauf geachtet werden, daß sich die Werte im Zähler und Nenner stets auf den gleichen Erfassungs- bzw. Beobachtungszeitraum beziehen.<sup>137</sup> Dabei geht die Einführung von Indikatoren einher mit der Festlegung von sogenannten Schwellen- bzw. Grenzwerten für jeden einzelnen Indikator. Erst eine Abweichung von ihnen erzwingt eine Intervention der Verantwortlichen.<sup>138</sup>

Indikatoren lassen sich in die Kategorien „*sentinel event indicator*“<sup>139</sup> und „*rate based indicator*“ unterteilen.<sup>140</sup> „*Sentinel event Indicators*“ üben eine Alarmfunktion aus. Sie (...) messen schwerwiegende, zu vermeidende und oftmals vermeidbare Ereignisse.“<sup>141</sup> In der Praxis kommen sie nur selten vor. Nichtsdestotrotz sind diese Vorfälle von derart großer Bedeutung für den Patienten, dessen Angehörige, die involvierten Ärzte und für die betreffende Organisation, in der die Behandlung erfolgte, daß eine gründliche bzw. sorgfältige Untersuchung jedes einzelnen Vorfalls zwingend erforderlich ist.<sup>142</sup> Ein Beispiel für einen „*sentinel event*“ wäre eine mißglückte Bluttransfusion oder mütterlicher Tod. Demgegenüber messen „*rate based*“ Indikatoren Ereignisse, die nur dann weiter kritisch überprüft werden müssen, wenn (...) die jeweilige „Rate“ einen auffälligen zeitlichen Trend zeigt, außerhalb eines vorgegebenen Referenzbereiches liegt oder sich auffällig von den „Raten“ vergleichbarer Institutionen unterscheidet (...).“<sup>143</sup> So wird etwa heutzutage eine niedrige, aber begrenzte Sterblichkeitsrate nach dem legen eines Bypasses an der Kranzarterie als etwas nicht Ungewöhnliches angesehen.<sup>144</sup>

---

<sup>136</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (1996), S. IMS-3.

<sup>137</sup> Vgl. Benedetti, A. D.; Cranovsky, R. et al.: Qualitätsmanagementsysteme für Institutionen der Gesundheitsversorgung (1997), S. 24.

<sup>138</sup> Als Ergänzung hierzu siehe auch Unterpunkt 2.3.4 Referenzbereich.

<sup>139</sup> Der englische Begriff „*sentinel*“ ist in das Deutsche mit dem Wort „Wächter“ zu übersetzen. Vgl. Langenscheidts Handwörterbuch Englisch, Teil 1, Englisch-Deutsch (1997), S. 577.

<sup>140</sup> Vgl. Decker, D.: The Development of Indicators (1991), S. 490.

<sup>141</sup> Blumenstock, G.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitätsindikatoren der stationären Versorgung (1996), S. 40.

<sup>142</sup> Vgl. o.V.: Characteristics of clinical indicators (1989), S. 332.

<sup>143</sup> Blumenstock, G.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitätsindikatoren der stationären Versorgung (1996), S. 40.

<sup>144</sup> Vgl. o.V.: Characteristics of clinical indicators, (1989), S. 332.



Die Festlegung des Schwellenwertes von Indikatoren kann entweder auf der Grundlage eigener statistischer Erhebungen bzw. Erfahrungen des Krankenhauses oder durch Übernahme von Grenzwerten aus der Fachliteratur erfolgen. Wie bei der Etablierung klinikinterner Standards sollten die Schwellenwerte der Indikatoren die individuellen Besonderheiten des jeweiligen Hauses berücksichtigen und durch einen gemeinsamen Konsens aller Verantwortlichen determiniert werden.<sup>145</sup>

Der Einsatz von Indikatoren ermöglicht in nahezu allen Bereichen einer Organisation eine Erfassung der erbrachten Indikations-, Struktur-, Prozeß- oder Ergebnisqualität. Wie die Kriterien müssen auch sie die Anforderungen an Validität, Reliabilität und Sensitivität erfüllen.<sup>146</sup>

Anders als Standards sind Indikatoren auf die erbrachten Leistungen einer Organisation ausgerichtet und damit vergleichsweise stärker *vergangenheitsorientiert*.<sup>147</sup> Weil von ihnen aber auch gleichzeitig die bereits erwähnte Signalfunktion ausgeht, können sie mit zur *aktuellen* Leistungsverbesserung beitragen. Gleichzeitig ermöglichen sie damit weitere potentielle Systemveränderungen, die wiederum als Grundlage für die Verbesserung *zukünftiger* Leistungen dienen kann.<sup>148</sup> Indikatoren und Standards sollten daher nicht separat betrachtet werden, vielmehr ergänzen sie einander.<sup>149</sup> Zusammen bilden sie ein umfassendes Evaluationssystem, das präzise Leistungsinformationen liefert und Aussagen bezüglich der künftigen Leistungsfähigkeit des Krankenhauses ermöglicht. Zur besseren Bewertung der eigenen Leistung kann auch der Gebrauch von Indikatoren dienen, die sich in mehreren Krankenhäusern in Anwendung befinden. Ihr Gebrauch liefert die notwendigen Informationen, um Prozesse und Lei-

---

<sup>145</sup> Vgl. Decker, D.: The Development of Indicators (1991), S. 491.

<sup>146</sup> Vgl. Benedetti, A. D.; Cranovsky, R. et al.: Qualitätsmanagementsysteme für Institutionen der Gesundheitsversorgung (1997), S. 24. Diesen drei Anforderungen kann noch die Kategorie „Spezifizität“ hinzugefügt werden. Hierunter ist der Grad zu verstehen, an dem ein Indikator in der Lage ist, nur diejenigen Fälle zu erkennen, bei denen es sich tatsächlich um ein qualitätsrelevantes Problem handelt. Vgl. o.V.: Characteristics of clinical indicators, in: Quality Review Bulletin (1989), S. 333.

<sup>147</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (1996), S. USI-1.

<sup>148</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (1996), S. USI-2.

<sup>149</sup> Vgl. Hildebrand, R.: Das bessere Krankenhaus (1999), S. 79 und S. 81 und vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (1996), S. USI-2.

stungen des eigenen Krankenhauses mit dem anderer Krankenhäuser vergleichen zu können.<sup>150</sup>

### 2.3.4 Referenzbereich

Im Unterpunkt 2.3.3 wurde bereits darauf hingewiesen, daß mit der Anwendung von Indikatoren die Festlegung von Schwellen- und Grenzwerten<sup>151</sup> einhergeht. Letztere werden auch als „Referenzbereiche“ bezeichnet. Erst die Bestimmung von Referenzbereichen ermöglicht eine Aussage darüber treffen zu können, ob die Ausprägung eines Indikators mit guter oder schlechter Qualität in Verbindung zu bringen ist.<sup>152</sup>

Erfolgt die Festlegung eines Referenzbereiches nur unter Angabe eines unteren (Minimum) *oder* oberen Referenzwertes (Maximum), so bezeichnet man diesen als *einseitig*. Ein Unter- bzw. Überschreiten des jeweiligen Referenzwertes könnte ein Indiz für das Vorliegen eines Qualitätsproblems sein und gäbe Anlaß zur weiteren Untersuchung. Demgegenüber spricht man von einem *zweiseitigen* Referenzbereich, wenn ein unterer *und* ein oberer Grenzwert formuliert wurde. Liegt in einem solchen Fall die Ausprägung eines Indikators zwischen

---

<sup>150</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (1996), S. USI-2. Seit 1994 betreibt die JCAHO ein landesweites, auf Indikatoren basierendes Informationssystem zur Leistungsmessung in Krankenhäusern, das sogenannte „Indicator Measurement System“ (IMSystem). Seine Indikatoren beziehen sich auf perioperative, obstetrische, onkologische, kardiovaskuläre und Traumabehandlung sowie auf die medikamentöse Anwendung und Infektionskontrolle. Der Zweck des IMSystems besteht in der Sammlung und Aufbereitung von Daten in einer nationalen Datenbank, die dem IMSystem freiwillig von Organisationen des Gesundheitswesens übermittelt werden. Die so gewonnenen Informationen werden ausgewertet und in Form eines quartalsmäßig erscheinenden Berichtes („Comparative Report“) für jeden Indikator an die Organisationen verschickt, die dem IMSystem ihre leistungsbezogenen Daten zur Verfügung gestellt haben. Auf diese Weise können z.B. Krankenhäuser ihre Leistung mit den Leistungsergebnissen der nationalen Datenbank vergleichen, um eigenen Stärken und Schwächen aufzudecken. Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. IMSystem. Question & Answers. 1994 Performance Measures, S. 1.

<sup>151</sup> Beispielsweise versteht der Australian Council of Healthcare Standards unter einem Grenzwert („threshold“) „The level at which the stimulus is strong enough to signal the need for response to indicator data and the beginning of the process of determining why the threshold has been approached or crossed.“ The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): Measurement of Care in Australian Hospitals (1997), S. 119.

<sup>152</sup> Vgl. Blumenstock, G.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitätsindikatoren der stationären Versorgung (1996), S. 61.

beiden Grenzwerten, gilt dieser als unauffällig, ist seine Ausprägung hingegen niedriger oder höher, bezeichnet man ihn als auffällig.<sup>153</sup>

Für die Bestimmung des Grenzwertniveaus sind einige Punkte zu beachten: Um zu gewährleisten, daß bei der Aufstellung der Grenzwerte die neusten Daten mit einbezogen wurden, sollten diese jährlich auf ihre Aktualität überprüft werden. Dabei reicht es nicht aus, einen Grenzwert nur auf der Basis der gesammelten und zur Verfügung gestellten Informationen eines *einzigsten* Jahres festzulegen. Vielmehr bedarf es hierzu der Zusammenstellung und Aufbereitung aller für die Entwicklung eines Indikator relevanten Daten, die über einen *mehrjährigen* Zeitraum hinweg gesammelt wurden. Folglich kann die Berechnung des Grenzwertes bei der Kreierung eines neuen Indikators erst dann erfolgen, wenn genügend Daten von im Gesundheitswesen tätigen Organisationen zur Verfügung gestellt wurden.<sup>154</sup>

### 2.3.5 Norm

Etymologisch betrachtet stammt das Wort Norm vom lateinischen „norma“ ab, was mit „Winkelmaß; Maßstab, Regel“ oder „Vorschrift“ übersetzt werden kann.<sup>155</sup> Diese Beschreibung des Begriffs Norm ermöglicht bereits Rückschlüsse auf seine Verwendung im Alltag. In der juristischen Terminologie versteht man unter einer Norm ein „Gebot oder Verbot als Grundlage der Rechtsordnung, dessen Verletzung eine Rechtswidrigkeit darstellt“<sup>156</sup>. Demgegenüber definiert man im technisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch das Wort Norm als eine „festgelegte Vereinheitlichung u.a. von Abmessungen, Qualitäten, Herstellungsverfahren und Bezeichnungen in d. u. gewerbl. Produkte (...)“<sup>157</sup>. Noch ausführlicher und präziser legt

---

<sup>153</sup> Vgl. Blumenstock, G.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitätsindikatoren der stationären Versorgung (1996), S. 61 und S. 62.

<sup>154</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): Measurement of Care in Australian Hospitals (1997), S. 111.

<sup>155</sup> Vgl. Wahrig, Deutsches Wörterbuch (1994), S. 1151. Nach Donabedian findet man den Begriff „Norm“ in der Literatur häufig im Zusammenhang mit Evaluation. Persönlich verwendet er dieses Wort als einen allgemeinen Begriff, der angibt, was gut ist in Bezug auf ein Kriterium. So sollten zum Beispiel in einem Krankenhaus genug Krankenschwestern zur Verfügung stehen, oder die Verabreichung von Antibiotika sollte nur dann erfolgen, wenn es wirklich erforderlich ist. Vgl. Donabedian, A.: Criteria and Standards for Quality assessment and Monitoring (1986), S. 99.

<sup>156</sup> Meyers Grosses Handlexikon von A-Z (1988), S. 605.

<sup>157</sup> Meyers Grosses Handlexikon von A-Z (1988), S. 605. Andere technische Definitionen beschreiben Normung als „(.) Vereinheitlichung der Grundelemente“ oder als „(.) die einmalige Lösung einer wiederkehrenden Aufgabe“. Susanto, A.: Methodik zur Entwicklung von Normen (1987), S. 15.

die Europäische Norm EN 45020 von 1993 bzw. die ISO/IEC 2 von 1991 den Begriff Norm fest:

„Dokument, das mit Konsens erstellt wurde, von einer anerkannten Institution angenommen wurde und das für allgemeine und wiederkehrende Anwendung Regeln, Leitlinien oder Merkmale für Tätigkeiten oder deren Ergebnisse festlegt, wobei ein optimaler Ordnungsgrad in einem gegebenen Zusammenhang angestrebt wird. Normen sollen stets auf den gesicherten Ergebnissen von Wissenschaft, Technik und Erfahrung basieren und auf die Förderung optimaler Vorteile für die Gesellschaft abzielen (...).“<sup>158</sup>

Zur Festlegen von Normen und Normensystemen auf nationaler Ebene entstand das „Deutsche Institut für Normung e.V.“ (DIN). Es hat die Tausenden von Normen und Normentwürfe in Deutschland ihrem Inhalt nach zusammengefaßt und unterscheidet 11 verschiedene Arten von Normen: Dienstleistungsnorm, Gebrauchtauglichkeitsnorm, Liefernorm, Maßnorm, Planungsnorm, Prüfnorm, *Qualitätsnorm* (Hervorh. d. Verf.), Sicherheitsnorm, Stoffnorm, Verfahrensnorm, Verständigungsnorm.<sup>159</sup> Auf internationaler Ebene stehen dem DIN das „International Office of Standardisation (ISO) in Genf und das „europäische Komitee für Normung (CEN, Comité Européé de Normalisation) gegenüber.<sup>160</sup> Beide Institutionen erlangten weltweites Aufsehen, als sie 1987 der Öffentlichkeit die Normenserie 9000 ff vorstellten, nach deren Anforderungen die Einrichtung eines Qualitätsmanagementsystems möglich ist.<sup>161</sup> Nach ihrer Einführung in der Industrie begann man gegen Mitte der 90er Jahre auch in einer Anzahl deutscher Krankenhäuser mit dem Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems nach den Normen DIN ISO 9001 oder DIN ISO 9002<sup>162</sup>, um ein sogenanntes ISO-Zertifikat zu erhalten, welches

---

<sup>158</sup> Benedetti, A. D.; Cranovsky, R. et al.: Qualitätsmanagementsysteme für Institutionen der Gesundheitsversorgung (1997), S.10. In dem Zusammenhang weisen Benedetti et. al. darauf hin, daß im medizinisch-wissenschaftlichen Bereich unter „Norm“ die durchschnittliche Ausprägung einer Meßgröße oder einer Zielvorgabe verstanden wird. Die VESKA sieht in einer Norm nur „die Ausprägung (..) eines Kriteriums“ i.S. eines statistischen Mittelwertes, der selber nur wenig über die Qualität aussagt. Vgl. VESKA-Ausbildungszentrum, Leitfaden (1996), S. 61.

<sup>159</sup> Vgl. DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Mathematik, Physik (1985), S. 9-10.

<sup>160</sup> Vgl. Köhler, K.: DIN ISO 9000 ff. (1995), S. 28-29.

<sup>161</sup> Ursprünglich als europäische Norm konzipiert (EN 29000-29004) wurde die ISO 9000 und 9004 im gleichen Jahr als deutsche Norm übernommen. Vgl. Mall, G.: Total-quality- management (1994), S. 1.

<sup>162</sup> Vgl. o.V.: Zertifizierte Einrichtungen im Gesundheitswesen (1997), S. 51 und S. 52.

die Konformität der organisatorischen Strukturen und Abläufe des Krankenhauses mit denjenigen der Normen bestätigt.<sup>163</sup>

### 2.3.6 Richtlinie

Das Wort „Richtlinie“ bedeutet wörtlich „Grundsatz, Vorschrift“ oder „Anweisung“.<sup>164</sup> Nach Hildebrand handelt es sich bei Richtlinien um „den Stand der Kunst repräsentierende, von fachlich ausgewiesenen Instanzen zu Papier gebrachte diagnostische/therapeutische Vorgehensweisen; sind diese verschärft und bindend, spricht man von Richtlinien“.<sup>165</sup> In Deutschland existieren z.B. die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Grundlage für diese Richtlinien ist §135 Abs.3 SGB V: „Die K(Z)BVen bestimmen durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung“. Dabei obliegt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die alleinige Kompetenz, Verfahren zur Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Versorgung einzuführen. Neben dieser Institution kann weiterhin auf nationaler Ebene der „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ angeführt werden. Seine 16 Ausschüsse beschließen Richtlinien „über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten“.<sup>166</sup>

Auch auf internationaler Ebene bestehen Richtlinien. Sowohl für den Bereich der klinischen Produktprüfungen als auch für die humanklinische Forschung hat die Europäische Union Richtlinien erlassen, die unter Experten als „good clinical practice“, d.h. als Richtlinien zur „guten klinischen Praxis“ bekannt sind. Sie gelten mittlerweile für nahezu alle europäischen Länder verbindlich.<sup>167</sup>

Aus diesen Ausführungen ist zu entnehmen, daß es sich bei einer Richtlinie um ein von einer rechtlichen Institution schriftlich fixierte und veröffentlichte *verbindliche* Handlungsanweisung handelt, die dem Anwender *keinen Ermessensspielraum* zuläßt. Ein Verstoß gegen

---

<sup>163</sup> Über den Sinn bzw. Nutzen einer Zertifizierung nach ISO 9000 wurde unter Experten im Industrie- und Dienstleistungssektor äußerst kontrovers diskutiert. Von dieser Diskussion blieb der Krankenhausesektor ebenfalls nicht verschont, als 1994 mit der Zertifizierung von Krankenhäusern in Deutschland und im Ausland begonnen wurde. Vgl. Rieker, J. ISO 9000-Norm ohne Nutzen (1995), S. 203 und zum Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: ISO 9000 And Accreditation.

<sup>164</sup> Wahrig, Deutsches Wörterbuch (1994), S. 1308.

<sup>165</sup> Hildebrand, R.: Das bessere Krankenhaus (1999), S. 475.

<sup>166</sup> Pietsch-Breitfeld et al.: Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland (1994), S. I 20 und S. I 22.

<sup>167</sup> Vgl. Ziegler, W. J.; Perren, S. M.: Standards, Richtlinien und Prinzipien (1995), S. 82.

die Richtlinie könnte Sanktionen für die betreffende Organisation bzw. Person nach sich ziehen. Während in der deutschsprachigen Terminologie zwischen Richt- und Leitlinie unterschieden wird, setzt man in der anglo-amerikanischen Fachsprache den Begriff „guideline“<sup>168</sup> mit „Richt- oder Leitlinie“ gleich. Bei einer Diskussion über Richt- und Leitlinien muß deshalb vorab geklärt werden, in welchem sprachlichen Kontext dieser Begriff steht. Im nachfolgenden Unterpunkt wird deshalb der Versuch unternommen, den Begriff Leitlinie klarer von der Richtlinie abzugrenzen.

### 2.3.7 Leitlinie

Leitlinien sind systematisch entwickelte Stellungnahmen, die Ärzte und gelegentlich auch den Patienten bei der Entscheidung unterstützen sollen, die geeignete, zweckdienliche, medizinische Vorgehensweise zu ergreifen.<sup>169</sup> Besonders erwähnenswert ist die von Eddy vorgenommene Definition des Wortes „guideline“, weil sie den Unterschied zur spezifisch deutschen Auslegung des Begriffs „Richtlinie“ anschaulich aufzeigt.

“Guidelines are intended to be more flexible. They *should* be followed in *most* cases. However, they recognize that, depending on the patient, setting, and other factors, guidelines *can and should* be tailored to fit individual needs. Deviations from guidelines will be fairly common and can be justified by differences in individual circumstances. Deviations from a guideline by itself does not imply malpractice. A guideline tells a practitioner “the majority of your patients will want this, but some won’t. For important interventions, you must discuss the pros and cons.” Other terms for guidelines are “relative” indications and contraindications, “relative criteria,” “generally” appropriate or inappropriate practices, and drugs and procedures “of choice”.<sup>170</sup>

Stellt man Eddys Definition von „guideline“ dem deutschen Verständnis von Richt- und Leitlinie gegenüber, so ergeben sich folgende Gemeinsamkeiten und Unterschiede: Sowohl im deutschen wie im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch handelt es sich bei Richt- und Leitlinien um von einer rechtlichen Institution erlassene, systematisch entwickelte, schriftlich fixierte und veröffentlichte Vorgehensweisen. Während in Deutschland zwischen Richt- und

---

<sup>168</sup> Vgl. Langenscheidts Handwörterbuch Englisch, Teil 1, Englisch-Deutsch (1997), S. 292 und vgl. Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.: Wörterbuch der Gesundheitspolitik (1997), S. 65 und S. 116.

<sup>169</sup> Vgl. Field, M. J.; Lohr, K. N.: Clinical Practice Guidelines (1990), S. 8.

<sup>170</sup> Eddy, D. A.: Designing a Practice Policy (1990), S. 3077.

Leitlinie unterschieden wird, impliziert das englische Wort “guideline” sowohl Richt- als auch Leitlinie. Richtlinien stellen verbindliche Handlungsanweisungen dar, deren Anwendung keinen Ermessensspielraum zulässt. Ein Abweichen von ihnen kann Sanktionen nach sich ziehen. Demgegenüber können “guidelines” oder auch Leitlinien von den Anwendern flexibel, d.h. situationsabhängig gehandhabt werden. Im Gegensatz zu den Richtlinien wird ein Abweichen von ihnen nicht als eine Verletzung der Sorgfaltspflicht gewertet und daher nicht mit Sanktionen geahndet. Die nachfolgend aufgeführte Matrix (siehe Tabelle 1) fasst die zentralen Gemeinsamkeiten und Unterschiede noch einmal zusammen.

Tabelle 1: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Richtlinie, Leitlinie und Guideline

	<b>Merkmal</b>	<b>Handhabung</b>	<b>Folgen bei Abweichung</b>
<b>Richtlinie</b> (deutsche Anwendung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• von einer fachlichen Institution erlassene schriftlich fixierte Regelungen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verbindliche Handlungsanweisung/ Vorgabe der obersten Leitung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wird mit zuvor definierten Sanktionen geahndet.</li> </ul>
<b>Leitlinie</b> (deutsche Anwendung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• von einer fachlich ausgewiesenen Instanz systematisch zu Papier gebrachte diagnostische/ therapeutische Vorgehensweisen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unverbindliche Handlungsanweisung mit Ermessensspielraum für den Anwender.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Sanktionen.</li> </ul>
<b>Guideline</b> (im anglo-amerik. Sinn)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• von einer fachlich ausgewiesenen Instanz systematisch zu Papier gebrachte diagnostische/ therapeutische Vorgehensweisen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unverbindliche Handlungsanweisung mit Ermessensspielraum für den Anwender.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Sanktionen.</li> </ul>

### 2.3.8 Empfehlung

Nach Eddy sind Empfehlungen neutrale Ratschläge für Handlungsinterventionen. Sie weisen lediglich auf das Vorhandensein verschiedener Handlungsmöglichkeiten (Optionen) hin. Somit geben Empfehlungen den Handelnden die Wahl, sich unabhängig für eine Richtung bzw. einen Weg entscheiden zu können.<sup>171</sup>

Eine Intervention bezeichnet man als optional, wenn (1) keines der wichtigen Ergebnisse bekannt ist (Ergebnisse unbekannt). Die Anwendung dieser Handlungsoption ist willkürlich, da ihre Ausführung erfolgt, obwohl nichts über die zu erwartenden Ergebnisse bekannt ist. Sie ermöglicht keine Gelegenheit, das Für und Wieder dieser Handlung mit dem betroffenen Patienten zu besprechen. (2) Die zu erwartenden Ergebnisse sind zwar bekannt, aber es ist nicht ersichtlich, inwieweit die Ergebnisse auch den Vorstellungen bzw. Wünschen der Patienten entsprechen (Präferenzen unbekannt). In diesem Fall kommt die Handlungsempfehlung des Arztes gegenüber dem Patienten schon fast einer Verpflichtung gleich, ihm die zu erwartenden Ergebnisse aufzuzeigen und ihm bei der Festlegung der individuellen Präferenzen behilf-

<sup>171</sup> Eddy, D. A.: Designing a Practice Policy (1990), S. 3077.

lich zu sein. (3) Obwohl die Präferenzen des Patienten bekannt sind, verhält sich dieser indifferent gegenüber den zu erwartenden Ergebnissen (Präferenzen indifferent). Die Gleichgültigkeit des Patienten gegenüber den Ergebnissen führt dazu, daß der Gebrauch dieser Empfehlung wie im ersten Fall im eigenen Ermessen des Arztes liegt. (4) Die Präferenzen des Patienten sind zwar bekannt aber gleichzeitig auch geteilt (Präferenzenteilung). In einem solchen Fall empfiehlt es sich, daß der Arzt dem Patienten die potentiellen Ergebnisse erläutert und diesen bei der Suche nach seinen individuellen Präferenzen unterstützt.<sup>172</sup>

Am Beispiel dieser Ausführungen wird ersichtlich, daß die Empfehlung genau wie die Leitlinie einen Ermessensspielraum zuläßt. Zudem haben sie im Vergleich zu Richt- und Leitlinien nur einen geringen normativen Charakter, deren Nichteinhaltung nur in Ausnahmefällen juristische Konsequenzen mit sich bringen dürfte.

### 2.3.9 Benchmarking

Eine weitere Managementtechnik zur Qualitätsmessung im Krankenhaus ist das aus der Industrie kommende Benchmarking. Der Australian Council of Healthcare Standards (ACHS) versteht unter einem Benchmark den kontinuierlichen Prozeß des Messens und Vergleichens von Produkten, Dienstleistungen und Praktiken mit ähnlichen Systemen oder Organisationen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssektors, der daraufhin abzielt, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozeß in der eigenen Organisation in die Wege zu leiten und aufrecht zu erhalten.<sup>173</sup> Noch etwas präziser fällt die Definition von Hildebrand aus, indem er Benchmarking als „Bezeichnung für ein strukturiertes Verfahren zum Vergleich qualitätsrelevanter Prozesse mit solchen (Best Practices<sup>174</sup>) in einer Vergleichsinstitution (Benchmark) innerhalb oder außerhalb der eigenen Branche, die als marktführend anerkannt ist, mit dem Ziel, deren Ergebnisse noch zu übertreffen“<sup>175</sup> definiert. Somit geht es im Kern beim Benchmarking darum, vom Klassenbesten zu lernen und bereits in der Praxis erprobte Verfah-

---

<sup>172</sup> Eddy, D. A.: Designing a Practice Policy (1990), S. 3081.

<sup>173</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQUiP Guide (1996), S. 5-1.

<sup>174</sup> Als „Best Practices“ bezeichnet man diejenigen vorzugswürdigen unternehmerischen Leistungen, durch die Qualität verbessert, Kosten reduziert und Kundenorientierung sowohl innerhalb als auch außerhalb des Krankenhauses ausgeprägter wird. Vgl. von Eiff, Best Practices (1994), S. 864.

<sup>175</sup> Vgl. Hildebrand, R.: Das bessere Krankenhaus (1999), S. 467.



rensweisen von diesem zu übernehmen bzw. diese der eigenen Situation anzupassen und weiterzuentwickeln.<sup>176</sup>

Von den verschiedenen Typen des Benchmarking sollen exemplarisch das interne, externe, und funktionale Benchmarking vorgestellt werden.

*Internes Benchmarking* vergleicht die Prozesse und Ergebnisse einer Abteilung bzw. eines Unternehmensbereichs mit den entsprechenden Kennzahlen anderer unternehmensinterner Einheiten.<sup>177</sup> Die Vorteile dieser Methode liegen in der relativ einfachen Datensammlung und dem Wegfall jeglicher Geheimhaltung. Gleichzeitig spiegelt aber internes Benchmarking oft nur einen begrenzten Ausschnitt der Wirklichkeit wieder und unterliegt der Gefahr interner Befangenheit bei der Beurteilung von Prozessen und Ergebnissen.<sup>178</sup> Beispiele: Unterschiede im OP-Ablauf, bereichs- und berufsgruppenüberschreitende Zusammenarbeit.<sup>179</sup>

*Externes Benchmarking* ist der klassische Fall des Benchmarking. Es zielt darauf ab, die Leistungen eines Unternehmensbereiches mit den Leistungen und Verfahrensweisen direkter, branchengleicher Konkurrenten oder branchenähnlicher Organisationen miteinander zu vergleichen.<sup>180</sup> Gegenüber dem internen Benchmarking erfordert es aber eine aufwendigere und sorgfältigere Vorplanung. Hierzu gehören eine exakte Festlegung und Abgrenzung des Benchmarking-Themas und des dafür notwendigen Informationsbedarfs. Das größte Problem dieser Methode besteht in der Datenerhebung, die infolge der Geheimhaltungspraxis vieler Organisationen sich oft als schwierig erweist.<sup>181</sup>

*Funktionales Benchmarking* vergleicht Verfahren und Techniken des eigenen Unternehmens mit denjenigen, die in Organisationen *außerhalb* der eigenen Branche Anwendung finden.<sup>182</sup> Dabei ist es dem einzelnen Unternehmen freigestellt, ob es seine Funktionen mit denen

---

<sup>176</sup> Vgl. Pepels, W.: Qualitätscontrolling bei Dienstleistungen (1996), S. 95 und vgl. Vgl. von Eiff, Best Practices (1994), S. 863.

<sup>177</sup> Vgl. Bruhn, M.: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen (1997), S. 101.

<sup>178</sup> Vgl. Pepels, W.: Qualitätscontrolling bei Dienstleistungen (1996), S. 97 und S. 98.

<sup>179</sup> Vgl. Hildebrand, R.: Benchmarking (1995), S. 246.

<sup>180</sup> Vgl. Bruhn, M.: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen (1997), S. 101.

<sup>181</sup> Bei der Adaption dieses Benchmarkingtyps auf das Krankenhaus ist allerdings zu beachten, daß ein Vergleich der Produkt-, Service- und Interaktionsqualität nur bei Krankenhäusern der *gleichen Versorgungsstufe* zulässig ist, weil diese in der Regel ein annähernd gleiches Leistungsspektrum besitzen. Weil dies bei Krankenhäusern *anderer Versorgungsstufen* nicht gegeben ist, dürfen bei diesen lediglich die Service- und Interaktionsqualität miteinander verglichen werden. Vgl. Eichhorn, S.: Integriertes Qualitätsmanagement (1997), S. 221.

<sup>182</sup> Vgl. Pepels, W.: Qualitätscontrolling bei Dienstleistungen (1996), S. 98.

des branchenfremden Klassenbesten vergleicht oder nicht. Gerade die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Branchen ermöglicht im Gegensatz zur vorherigen Benchmarking Methode einen intensiveren und offeneren Austausch von Daten<sup>183</sup>, der seinerseits die Voraussetzung für die Entwicklung professioneller Datenbanken bzw. Netzwerke zwischen interessierten Unternehmen schafft.<sup>184</sup> Beispiele für externes Benchmarking im Krankenhaussektor wären etwa Restaurant und Hausdienste von Hotels oder Lieferantenbeziehungen in der Autoindustrie.<sup>185</sup>

Seit Anfang der 90er Jahre hat der Gesetzgeber mit einer Anzahl von Gesetzen und Festlegungen die Krankenhäuser dazu verpflichtet, mehr Transparenz in die Qualität ihrer Leistungsprozesse sowie in die Effizienz ihrer Kostenstrukturen zu bringen, um sicherzustellen, daß eine qualitativ anspruchsvoll medizinische Versorgung auch in Zukunft bezahlbar bleibt.<sup>186</sup> Im Zusammenwirken mit einer umfassenden externen Qualitätssicherung könnte deshalb das Benchmarking in den unterschiedlichsten Bereichen der medizinischen Versorgung zum Einsatz kommen und somit einen wichtigen Beitrag zum Erreichen dieses Ziels leisten.

### 2.3.10 Zusammenfassung

Qualitätsmessung und Qualitätsbeurteilung von Leistungen kann durch Anwendung einer Anzahl von Instrumenten erfolgen, die sich hinsichtlich ihrer Funktion, Meßgenauigkeit und Verbindlichkeit unterscheiden.

Kriterien und Standards sind häufig anzutreffende Instrumente zur Messung der Leistungsqualität. Während Kriterien die *allgemeinen* Merkmale der Qualität einer Leistung angeben, bezeichnen Standards deren konkrete zulässige oder gewünschte Ausprägung, indem sie *die genaue Menge, den Grad der Erfüllung eines Kriteriums* für ein in einem speziellen Betrieb angemessenes, annehmbares und optimales Qualitätsniveau angeben. Mit anderen

---

<sup>183</sup> Vgl. Bruhn, M.: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen (1997), S. 101.

<sup>184</sup> Vgl. Pepels, W.: Qualitätscontrolling bei Dienstleistungen (1996), S. 98.

<sup>185</sup> Vgl. Hildebrand, R.: Benchmarking (1995), S. 246.

<sup>186</sup> So sind z.B. nach §5 Bundespflegesatzverordnung die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, einen Krankenhausvergleich gemeinsam zu vereinbaren und zu organisieren. Darüber hinaus kann in Zukunft die Anerkennung von Kostenstrukturen eines Krankenhauses daran gebunden sein, daß es den Nachweis erbringt, mit „(...) wirtschaftlichkeits- und qualitätsfördernd wirkenden Organisations- und Managementmethoden zu arbeiten, oder sich verpflichtet, in Zukunft solche Methoden einzusetzen, um die Kosten bei gleicher Qualität zu senken; sofern durch einen Krankenhausvergleich die Vorzugswürdigkeit eines Organisationskonzeptes im Hinblick auf Kostensenkung und Patientengerechtigkeit nachgewiesen wurde.“ Von Eiff, Best Practices (1994), S. 860 und S. 862.

Worten: Standards legen die *Grenze* zwischen guter und schlechter Qualität fest. Dabei liegt es im Ermessen der Organisation, ob sie ihre Kriterien und Standards in Form von *impliziten Kriterien* bzw. *empirisch/krankenhausintern* entwickelten Standards aufstellt, oder aber sich *expliziter Kriterien* und *normativer Standards* bedient, die von externen Expertengremien und Fachkommissionen beschlossen wurden.

Die Messung und Beurteilung von Qualität kann auch mittels *Indikatoren* erfolgen. Letztere werden meist aus Kriterien und Standards abgeleitet und dienen zur Überwachung und Evaluation von wichtigen Funktionen im Krankenhaus. Im Gegensatz zu Kriterien und Standards sind sie aber nur *quantitative* Meßinstrumente, d.h. sie können nicht zur direkten Messung von Qualität herangezogen werden. Vielmehr kommt ihnen eine *Signalfunktion* zu, spezifische Leistungsprobleme frühzeitig aufzudecken bzw. verstärkt auf diese hinzuweisen. Einhergehend mit der Einführung von Indikatoren müssen für jeden einzelnen Indikator sogenannte Schwellen- bzw. Grenzwerte, auch *Referenzbereiche* genannt, festgelegt werden. Erst die Bestimmung von Referenzbereichen ermöglicht es, eine Aussage darüber treffen zu können, ob die Ausprägung eines Indikators mit guter oder schlechter Qualität in Verbindung zu bringen ist. Je nachdem, ob ein unterer *oder* oberer bzw. unterer *und* oberer Referenzbereich festgelegt wurde, könnte ein Unter- bzw. Überschreiten des jeweiligen Referenzwertes ein Indiz für das Vorliegen eines Qualitätsproblems sein, dem nachzugehen ist. Genau wie Kriterien und Standards müssen auch Indikatoren dem Postulat der Validität, Reliabilität und Sensitivität entsprechen.

Ein weiteres Instrument zur Qualitätbeurteilung ist die *Norm*. Unter ihr ist ein Dokument zu verstehen, das mit Konsens erstellt wurde, von einer anerkannten Institution angenommen wurde und das für allgemeine und wiederkehrende Anwendung Regeln, Leitlinien oder Merkmale für Tätigkeiten oder deren Ergebnisse festlegt, wobei ein optimaler Ordnungsgrad in einem gegebenen Zusammenhang angestrebt wird. Im medizinisch-wissenschaftlichen Bereich versteht man häufig unter einer Norm die durchschnittliche Ausprägung einer Meßgröße oder einer Zielvorgabe, d.h. sie stellt einen statistischen Mittelwert dar, der selbst wenig über das Vorhandensein von Qualität aussagt. Zu den weltweit bekanntesten Normwerken gehört die Serie der ISO 9000 Normen, nach denen der Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems in einer Organisation erfolgen kann.

*Richtlinien, Leitlinien* und *Empfehlungen* sind weitere etablierte Instrumente der Qualitätsmessung und Beurteilung, die sich hinsichtlich ihrer Verbindlichkeit unterscheiden. Während es sich bei einer Richtlinie um ein von einer rechtlichen Institution schriftlich fixierte

und veröffentlichte *verbindliche* Handlungsanweisung handelt, die dem Anwender *keinen Ermessensspielraum* zuläßt, können *Leitlinien*, die im englischen als “guidelines” bezeichnet werden, von den Anwendern flexibel, d.h. situationsabhängig gehandhabt werden. Im Gegensatz zu den Richtlinien wird ein Abweichen von ihnen nicht als eine Verletzung der Sorgfaltspflicht gewertet und daher nicht mit Sanktionen geahndet. Noch unverbindlicher als Leitlinien sind *Empfehlungen*, da sie lediglich neutrale Ratschläge für Handlungsinterventionen erteilen. Empfehlungen weisen lediglich auf das Vorhandensein verschiedener Handlungsmöglichkeiten (Optionen) hin, d.h. sie versuchen den Handelnden bei seiner Wahl zu unterstützen, sich unabhängig für eine Richtung bzw. einen Weg zu entscheiden.

Sukzessiv wird auch im Gesundheitssektor das aus der Industrie stammende *Benchmarking* praktiziert. Unter dieser Methode ist ein kontinuierlicher Prozeß des Messens und Vergleichens von Produkten, Dienstleistungen und Praktiken mit ähnlichen Systemen oder Organisationen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssektors zu verstehen, der daraufhin abzielt, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozeß in der eigenen Organisation in die Wege zu leiten und aufrecht zu erhalten. Je nachdem welcher Leistungsbereich einer Bewertung unterzogen werden soll, stehen einer Organisation verschiedene Benchmarkingtypen wie etwa das interne, externe oder funktionale Benchmarking zur Auswahl.

## **2.4 Zentrale Begriffe der Qualitätslehre**

Während in den vorherigen Gliederungspunkten der Qualitätsbegriff und ausgewählte Instrumente zum Messen und Beurteilen von Qualität definiert und erläutert wurden, setzt sich dieser Gliederungspunkt mit dem Begriff des Qualitätsmanagements und den mit ihm in Zusammenhang stehenden Begriffen auseinander. Da mittlerweile bei Theoretikern und Praktikern des Qualitätsmanagements die auf Basis der ISO-Normen vorgenommenen Definitionen für Qualität und Qualitätsmanagement weite Verbreitung gefunden haben, sollen sie in diesem Gliederungspunkt weitestgehend übernommen werden.

### **2.4.1 Qualitätsforderung (requirements for quality)**

Um im Wettbewerb erfolgreich bestehen zu können, muß ein Unternehmen die Qualitätsansprüche bzw. Bedürfnisse seiner Kunden ermitteln und diese in Spezifikationen festlegen. Sobald die Spezifikationen erstellt sind (z.B. in Pflichten- oder Lastenheften)<sup>187</sup>, müssen sie

---

<sup>187</sup> Qualitätsforderungen können auch in Form von *Kennzahlen* (z.B. Anzahl der Bearbeitungstage) oder in *detaillierten Beschreibungen* (z.B. Checklisten, Bearbeitungsrichtlinien) dargestellt werden. Vgl.: Bruhn, M.: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen (1997), S. 137.

von allen Mitarbeitern eingehalten werden, um Konformität zu erzielen und Nicht-Konformität i.S. von Nichterfüllung festgelegter Forderungen zu vermeiden. Oberstes Ziel ist die Einhaltung der in Spezifikationen niedergelegten Anforderungen, die sogenannte Qualitätsforderung<sup>188</sup>, die an Komplexität zunimmt, je umfassender ein Produkte ist. Wird die Qualitätsforderung nicht oder nur teilweise erfüllt, liegt mindere Qualität vor. Kommt es hingegen zur Erfüllung der Qualitätsforderung, ist die Qualität des Produktes oder der Dienstleistung als gut zu bezeichnen.<sup>189</sup>

Dieser Sachverhalt findet sich auch in der DIN EN ISO 8402 wieder, nach der Qualitätsforderung eine „Formulierung der Erfordernisse oder deren Umsetzung in eine Serie von quantitativ oder qualitativ festgelegten Forderungen an die Merkmale einer Einheit<sup>190</sup> zur Ermöglichung ihrer Realisierung und Prüfung“<sup>191</sup> ist. Nähere Erläuterungen zu dieser Definition geben die vier zur Qualitätsforderung nach DIN EN ISO 8402 gehörenden Anmerkungen:

„Anmerkung 1: Es ist entscheidend, daß die Qualitätsforderung die festgelegten und vorausgesetzten Erfordernisse des Kunden voll widerspiegelt.

Anmerkung 2: Der Begriff Forderung erfaßt sowohl markt begründete als auch vertragliche als auch interne Forderungen einer Organisation. Sie können in den unterschiedlichen Planungsstufen entwickelt, detailliert und aktualisiert werden.

Anmerkung 3: Quantitativ festgelegte Forderungen an die Merkmale enthalten z.B. Nennwerte, Bemessungswerte, Grenzabweichungen und Toleranzen.

Anmerkung 4: Die Qualitätsforderung sollte in funktionalen Bedingungen ausgedrückt und dokumentiert werden.“<sup>192</sup>

Beim Abfassen der in Anmerkung 1 beschriebenen Qualitätsforderung ist zu beachten, daß nicht nur *externe* Personen als Kunden zu bezeichnen sind, sondern auch Mitarbeiter der Organisation. Letztgenannte bezeichnet man als *interne* Kunden, weil jeder Mitarbeiter einer Organisation gleichzeitig als Anbieter und Nachfrager von Produkten und Dienstleistungen

---

<sup>188</sup> Vgl. Seghezzi, H. D.: Integriertes Qualitätsmanagement (1996), S. 22 und vgl. Eichhorn, S.: Integratives Qualitätsmanagement (1997), S. 19.

<sup>189</sup> Vgl. Graebig, K.: Qualitäts-Terminologie (1996), S. 16.

<sup>190</sup> Die Begriffe „Merkmale“ und „Einheit“ sind im kommenden Unterpunkt erläutert.

<sup>191</sup> Vgl. Wittig, K. J.: Qualitätsmanagement in der Praxis (1994), S. 121.

<sup>192</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V: DIN EN ISO 8402: Qualitätsmanagement. Begriffe (1995), Nr. 2.3, S. 11.

auftritt. Folglich muß der Kundenbegriff weiter gefaßt werden, damit bei der Umsetzung der Qualitätserwartungen in Qualitätsforderungen auch die Bedürfnisse der Mitarbeiter des Unternehmens Berücksichtigung finden. Durch den Einsatz von Qualitätszirkeln bzw. Qualitätsteams, die sich aus Mitarbeitern verschiedener Unternehmensebenen zusammensetzten, könnten es zur Entwicklung und Formulierung der für sie relevanten Qualitätsforderungen kommen.<sup>193</sup> Wie eine Qualitätsforderung im Krankenhaus aussehen könnte, zeigt nachfolgendes Beispiel.

Einheit: Wartezeit  
 Forderung: Die Patienten in der Praxis des Ophthalmologen sollen nicht länger als 30 Minuten warten.  
 Merkmal: Wartezeit (Das Merkmal im Sinne einer Zeitdauer ist hier identisch mit der Einheit)  
 Zugelassene Merkmalswerte: 0 ... 30 Minuten

Quelle: Graebig, K.: Qualitäts-Terminologie (1996), S.18.

#### 2.4.2 Merkmal (characteristic)

Unter einem Merkmal ist eine „Eigenschaft zum Erkennen oder Unterscheiden von Einheiten“<sup>194</sup> zu verstehen. Nach DIN 55350 Teil 12 gliedern sich Merkmale in *quantitative* und *qualitative* Merkmale mit ihren dazugehörigen Wertebereichen.

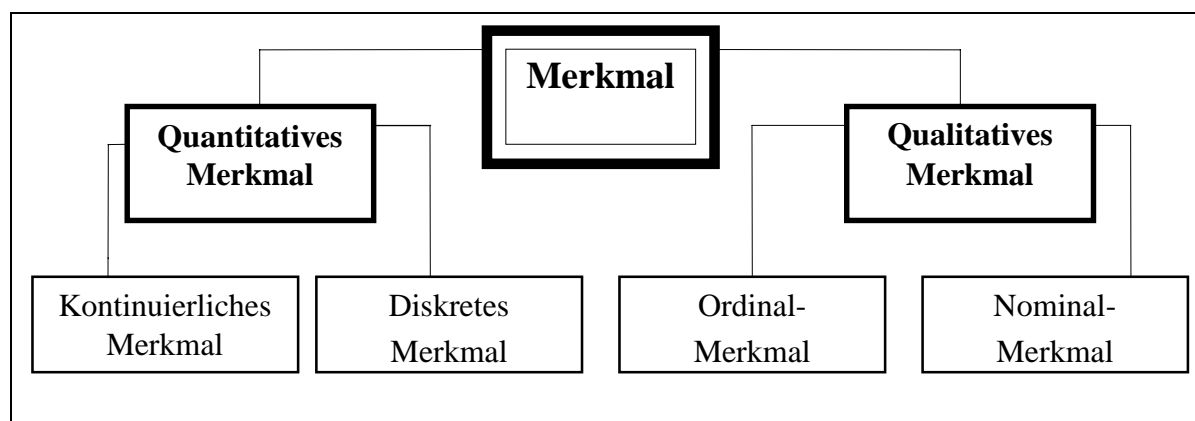


Abbildung 1: Quantitative und qualitative Merkmale (Quelle: Eigene Darstellung)

*Quantitative* (zahlenmäßige) Merkmale sind Merkmale, die in gewissen Einheiten gemessen werden können, d.h. zwischen zwei Ausprägungen eines quantitativen Merkmals besteht stets eine Größer-Kleiner-Beziehung in Form einer Reihenfolge bzw. Rangordnung. Dabei kann

<sup>193</sup> Vgl.: Bruhn, M.: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen (1997), S. 137-138.

<sup>194</sup> Vgl. Graebig, K.: Qualitäts-Terminologie (1996), S. 19.

der Unterschied zwischen zwei Merkmalsausprägungen gemessen werden.<sup>195</sup> *Kontinuierliche* und *diskrete* Merkmale unterscheiden sich dadurch, daß erstere innerhalb eines Intervalls *beliebig* viele verschiedene Werte annehmen können, während letztere zwischen den Werten ihres Wertebereichs Intervalle aufweisen, die *keine* Werte annehmen können.<sup>196</sup>

Skalen quantitativer Merkmale bezeichnet man als Metrische- oder Kardinalskalen. Beispiele für metrisch skalierte Merkmale sind Längen, Gewichte, Stromstärken oder monetäre und physikalische Größen. In der Regel sind metrische Skalen bis auf die Wahl der Maßeinheit eindeutig bestimmt.<sup>197</sup>

Im Gegensatz zu den quantitativen Merkmalen lassen sich *qualitative* Merkmale nicht durch eine natürliche Reihenfolge i.S. einer Größer-Kleiner-Beziehung beschreiben. Vielmehr unterscheiden sich die Ausprägungen eines qualitativen Merkmals durch seine *Art*. Beispiel: Geschlecht, Haarfarbe, Beruf oder Familienstand.<sup>198</sup>

*Ordinale* und *nominale* Merkmale sind Ausprägungen eines qualitativen Merkmals. Während bei *ordinalen* Merkmalen eine Rangfolge zwischen den Merkmalsausprägungen besteht (Beispiel: Schulnoten), liegt diese bei den *nominalen* Merkmalsausprägungen nicht vor (Beispiel: Postleitzahlen).<sup>199</sup>

### 2.4.3 Einheit (entity)

International nach DIN ISO 8402 wird der Begriff Einheit definiert als „das, was einzeln betrachtet und beschrieben werden kann. Eine Einheit kann z.B. sein: eine Tätigkeit oder ein Prozeß, ein Produkt, eine Organisation, ein System oder eine Person oder irgendeine Kombination daraus.“<sup>200</sup> Einheiten können auch materiell oder immateriell sein und durch Angabe ihrer Merkmale und Merkmalswerte beschrieben werden.<sup>201</sup> Die hier verwendete Begriffsbestimmung von Einheit ist weit gefaßt, da sie nicht nur das Produkt<sup>202</sup> eines Prozesses<sup>203</sup> oder

<sup>195</sup> Vgl. Bosch, K.: Statistik-Taschenbuch (1993), S. 2-3.

<sup>196</sup> Vgl. Graebig, K.: Qualitäts-Terminologie (1996), S. 19.

<sup>197</sup> Vgl. Bosch, K.: Statistik-Taschenbuch (1993), S. 3.

<sup>198</sup> Vgl. Bosch, K.: Statistik-Taschenbuch (1993), S. 2.

<sup>199</sup> Vgl. Graebig, K.: Qualitäts-Terminologie (1996), S. 19. Zum Vergleich auch Geiger, W.: Qualitätslehre (1994), S.59. oder Bosch, K.: Statistik-Taschenbuch (1993), S. 3.

<sup>200</sup> Geiger, W.: Qualitätsmanagement bei immateriellen Produkten (1994), S. 768-769.

<sup>201</sup> Vgl. Graebig, K.: Qualitäts-Terminologie (1996), S. 6 und Vgl. Graebig, K.: Qualitäts-Terminologie (1996), S. 768.

<sup>202</sup> ISO 8402: 1994 definiert Produkt als das „Ergebnis von Tätigkeiten und Prozessen. (...) Der Begriff Produkt kann *Dienstleistung* (Hervorhebung des Verfassers), Hardware, verfahrenstechnische Produkte, Software oder

einer Tätigkeit als Einheit definiert, sondern auch die Tätigkeiten und Prozesse als solche.<sup>204</sup> Dies wird um so deutlicher, wenn man die einzelnen Komponenten, aus denen sich der Begriff Einheit zusammensetzt, mit Beispielen belegt. Auf das Krankenhaus bezogen könnte eine Tätigkeit oder ein Prozeß z.B. daß Anlegen eines Verbandes sein, während ein genesener Patient ein Produkt im Sinne dieser Definition wäre. Weitere Beispiele für Einheiten sind Krankenhäuser (Organisation<sup>205</sup>) mit einem privaten oder öffentlichen Träger, das Qualitätsmanagementsystem eines Krankenhauses (System) oder die Mitarbeiter des Krankenhauses einschließlich des Patienten und seiner Angehörigen (Person). Eine Kombination aus diesen Elementen, die ebenfalls eine Einheit nach ISO 8404 bildet, könnte die Aufnahme eines Patienten in der Ambulanz sein, dem Erstellen einer Diagnose, der sich anschließenden Behandlung durch das medizinisch-pflegerische Personal unter Berücksichtigung bzw. Einhaltung der im Krankenhaus verwendeten Normen und Standards und dem aus diesen Tätigkeiten resultierenden Ergebnis.

#### 2.4.4 Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und quality assurance

Die Begriffsinhalte von „Qualitätssicherung“, „Qualitätsmanagement“ und „quality assurance“ wurden Ende der 80er Jahre bzw. zu Beginn der 90er Jahre durch die International Standardization Organization (ISO) verändert. Um ein besseres Verständnis von der gegenwärtig in Anwendung befindlichen Definition zu bekommen, empfiehlt sich vorab ein kurzer Rückblick auf die frühere Bedeutung der Begriffe.

Nach der *früher* gebräuchlichen DIN 55350 Teil 11 (05.87) galt *Qualitätssicherung* als der *Oberbegriff* für alle qualitätsbezogenen Tätigkeiten. Sie umfaßte die „(...) Gesamtheit der Tä-

---

Kombinationen daraus einschließen. (...) Ein Produkt kann materiell (z.B. verfahrenstechnische Produkte) oder immateriell (z.B. Wissen oder Entwürfe) oder eine Kombination daraus sein.“ DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: DIN EN ISO 8402: Qualitätsmanagement. Begriffe (1995), Nr.1.4, S. 7.

<sup>203</sup> Ein Produkt kann „ein Satz von Mitteln (Personal, Einrichtungen, Anlagen, Technologien, Methoden) und Tätigkeiten, die in Wechselbeziehung stehen und Eingaben in Ergebnisse umgestalten sein.“ Wheaton, B.; Schrott, B.: Total Quality Management (1999), S. 186 und zum Vgl. DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: DIN EN ISO 8402: Qualitätsmanagement. Begriffe (1995), Nr.1.2, S. 6.

<sup>204</sup> Vgl. Pfeifer, T.: Qualitätsmanagement (1996), S. 297.

<sup>205</sup> Wie viele andere Begriffe ist auch das Wort „Organisation“ in der ISO 8402 eindeutig definiert. Demnach ist eine Organisation „eine Gesellschaft, eine Firma, ein Unternehmen oder eine Institution oder ein Teil davon, eingetragen oder nicht, öffentlich oder privat, welche ihre eigenen Funktionen und ihre eigene Verwaltung besitzt.“ ISO 8402: 1994, in: DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagement und Statistik (1995), S. 191.



tigkeiten des Qualitätsmanagements, der Qualitätsplanung, der Qualitätslenkung und der Qualitätsprüfungen.<sup>206</sup> Wie aus dieser Definition zu entnehmen ist, stellte Qualitätsmanagement lediglich einen Unterbegriff von Qualitätssicherung dar. Demgegenüber wurde *Qualitätsmanagement* nach DIN 55350 Teil 11 (05.87) als Führungsaufgabe betrachtet: „Derjenige Aspekt der Gesamtführungsaufgabe, welcher die Qualitätspolitik festlegt und zur Ausführung bringt.“<sup>207</sup>

Ähnlich verhielt es sich mit dem im anglo-amerikanischen Sprachbereich verbreiteten Begriff „*quality assurance*“. Bezüglich seiner Einordnung in einer Begriffshierarchie finden sich in der Fachliteratur allerdings widersprüchliche Aussagen. Während Walter Geiger von einer Parität der anglo-amerikanischen Begriffe „*quality assurance*“, „*quality management*“ und „*quality control*“ spricht<sup>208</sup>, vertritt Alexander Verbeck die Auffassung, daß „*quality assurance*“ „(...) bis 1987 als Oberbegriff für sämtliche Aktivitäten im Bereich der Qualität“<sup>209</sup> stand. Mit der Einführung der ISO 9000 im Jahr 1987 wurde „*quality assurance*“ durch „*quality management*“ als Oberbegriff im englischsprachigen Raum ersetzt. Fortan bezeichnete „*quality assurance*“ den konkreten Nachweis für das Vorhandensein eines Qualitätssicherungssystems.<sup>210</sup>

Die mit der Aufstellung der ISO Normen einhergehende Benennungsänderung führte dazu, daß sich Anfang 1992 die deutschsprachige Begriffsdefinition der internationalen Entwicklung anschloß, indem sie den Begriff Qualitätssicherung durch Qualitätsmanagement ersetzte.<sup>211</sup> Nach DIN EN ISO 8402 (08.95) wird *Qualitätsmanagement* definiert als „alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des QM-Systems die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen sowie durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung/QM-Darlegung und Qualitätsverbesserung verwirklichen.“<sup>212</sup> Im

---

<sup>206</sup> Geiger, W.: Qualitätslehre (1994), S. 70.

<sup>207</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagement und Statistik (1995), S. 38-39.

<sup>208</sup> „Der Eindruck von der Dominanz des Ausdrucks „*quality assurance*“ für den Oberbegriff hat sich aber später nicht bestätigt. Zwar wurde und wird weltweit vielfach „*quality assurance*“ weiter als Benennung des Oberbegriffs benutzt, jedoch gab und gibt es andere Bereiche, in denen „*quality assurance*“ für die Darlegung der Qualitätsfähigkeit nach außen steht.“ Geiger, W.: Qualitätslehre (1994), S. 70.

<sup>209</sup> Verbeck, A.: TQM versus QM (1998), S. 25.

<sup>210</sup> Vgl. Verbeck, A.: TQM versus QM (1998), S. 26.

<sup>211</sup> Vgl. Kamiske, G. F.; Brauer, J. P.: ABC des Qualitätsmanagements (1996), S. 59.

<sup>212</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: DIN EN ISO 8402: Qualitätsmanagement. Begriffe (1995), Nr.3.2, S.15 und DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagement und Statistik (1995), S. 36.

Gegensatz zur vorherigen Ausgabe beschränkt sich Qualitätsmanagement nicht nur auf Tätigkeiten der Führungsebene, sondern liegt in der Verantwortung *aller Hierarchieebenen* einer Organisation. Zudem sind weitere Einflußfaktoren wie Aspekte der Wirtschaftlichkeit sowie Wünsche und Anforderungen der Kunden zu berücksichtigen.<sup>213</sup> *Qualitätssicherung/ QM-Darlegung* ist nur noch ein Teilaspekt des Qualitätsmanagements. In Vorwort des DIN Taschenbuchs 226 wird diese Vorgehensweise wie folgt begründet: „Die Doppelbenennung „Qualitätssicherung/QM-Darlegung“ ist gewählt worden, um verschiedenen Forderungen der Anwender gerecht zu werden und gleichzeitig eine Verwechslung mit dem älteren Begriff „Qualitätssicherung“ zu vermeiden.“<sup>214</sup> Qualitätssicherung nach EN ISO 8402 (1995) umfaßt daher „alle geplanten und systematischen Tätigkeiten, die *innerhalb* (Hervorhebung des Verfassers) des QM-Systems verwirklicht sind, und die wie erforderlich *dargelegt* werden (Hervorhebung des Verfassers), um angemessenes Vertrauen zu schaffen, daß eine Einheit die Qualitätsforderung erfüllen wird.“<sup>215</sup> Darüber hinaus weist die EN ISO 8402 (1995) darauf hin, daß es sowohl *interne* als auch *externe* Gründe für die Qualitätssicherung/QM-Darlegung gibt. Während der *interne* Zweck der Qualitätssicherung/QM-Darlegung darin besteht, innerhalb einer Organisation der Führung vertrauen zu verschaffen, bezweckt externe Qualitätssicherung/ QM-Darlegung in vertraglichen oder anderen Situationen den Kunden oder anderen Vertrauen zu schaffen.<sup>216</sup> Gerade diese zwei Funktionen der Qualitätssicherung haben im Gesundheitswesen in Deutschland eine zentrale Rolle gespielt, auf die noch ausführlicher im Gliederungspunkt „Qualitätssicherungsmaßnahmen in deutschen Krankenhäusern“ eingegangen wird.

Tabelle 2 faßt die aktuellen Begriffsdefinitionen noch einmal übersichtlich zusammen:

Tabelle 2: Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und quality assurance

<b>ISO/anglo-amerikanische Bezeichnung</b>	<b>DIN-Bezeichnung</b>	<b>Bezeichneter Aspekt</b>
Quality management	Qualitätsmanagement	Oberbegriff (für die Gesamtheit der qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Zielsetzungen)
quality assurance	Qualitätssicherung/ QM-Darlegung	QS-Nachweis ( nach innen und außen)

Quelle: Eigene Darstellung

<sup>213</sup> Vgl. Kamiske, G. F.: Qualitätsmanagement von A-Z (1999), S. 75.

<sup>214</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagement und Statistik (1995), S. IX.

<sup>215</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagement und Statistik (1995), S. 38.

<sup>216</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagement und Statistik (1995), S. 38.

### 2.4.5 Qualitätsmanagementsystem (QM-System)

Historisch gesehen wurden bis Anfang der achtziger Jahre im anglo-amerikanischen Begriffssystem die Bezeichnungen „quality assurance system“, „quality management system“ und „quality control system“ gleichberechtigt nebeneinander verwendet. Ab 1983 einigten sich die Verantwortlichen in den zuständigen Gremien der ISO darauf, in den ISO-Normen die Bezeichnung „quality management system“ durch „*quality system*“ zu ersetzen. Im deutschen Sprachraum übersetzte man den Begriff mit dem Terminus „*Qualitätssicherungssystem*“.<sup>217</sup> Erst mit der im vorherigen Unterpunkt beschriebenen Umbenennung von Qualitätssicherung in Qualitätsmanagement ging eine Umbenennung von „Qualitätssicherungssystem“ in „Qualitätsmanagementsystem“ einher. Diese Maßnahme begründete der Normenausschuß Qualitätsmanagement mit der Verwechslungsgefahr der veralteten Definition mit anderen Begriffen der Qualitätslehre: „Das Qualitätsmanagementsystem hieß früher Qualitätssicherungssystem. Diese veraltete Benennung sollte nicht mehr verwendet werden. In entsprechender Weise ist der Wortbestandteil „Qualitätssicherung...“ in anderen zusammengesetzten Benennungen durch „Qualitätsmanagement...“ oder abgekürzt „QM-...“ ersetzt worden.“<sup>218</sup>

Die neue Definition von „Qualitätsmanagementsystem“ ist in der bereits oft erwähnten DIN EN ISO 8402 festgelegt. Danach wird „Qualitätsmanagementsystem“ wie folgt definiert: „Zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements erforderliche Organisationsstruktur, Verfahren, Prozesse und Mittel“,<sup>219</sup> mit anderen Worten: ein Qualitätsmanagementsystem umfaßt die Aufbauorganisation, Verantwortlichkeiten, Abläufe, Verfahren und Mittel zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements.<sup>220</sup> Somit besteht die Funktion eines solchen Systems in der Strukturierung und systematischen Umsetzung von Qualitätsaufgaben innerhalb der Organisation. Dabei bestimmen die individuellen Zielsetzungen, innerorganisatorische Abläufe, die Größe des Unternehmens sowie interne und externe Einflüsse den Aufbau und Umfang des Qualitätsmanagements einer Organisation. Gerade diese individuellen organisationspezifischen Gegebenheiten machen die Entwicklung eines einheitlichen QM-System für Organisationen unmöglich.<sup>221</sup> Ungeachtet dessen können zwei wesentliche Gründe für die

---

<sup>217</sup> Vgl. Geiger, W.: Qualitätslehre (1994), S. 145.

<sup>218</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagement und Statistik (1995), S. IX.

<sup>219</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: DIN EN ISO 8402: Qualitätsmanagement. Begriffe (1995), Nr.3.6, S. 17.

<sup>220</sup> Vgl. Bruhn, M.: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen (1997), S. 125.

<sup>221</sup> Vgl. Kamiske, G.: Qualitätsmanagement von A-Z (1999), S. 78-79.

Einführung eines QM-Systems in Organisationen aufgeführt werden: Entweder sehen sich Organisationen aufgrund des *extern* ausgeübten Drucks von Kunden gezwungen, den Nachweis eines QM-Systems zu erbringen oder sie tun es aus *eigenem Antrieb*, um das Erreichte und die Zukunft des Unternehmens durch die Implementation eines QM-Systems abzusichern.<sup>222</sup>

Diese grundlegenden Ausführungen zur Definition „Qualitätsmanagementsystem“ nach DIN EN ISO 8402 werden in der Norm noch durch drei weitere Anmerkungen ergänzt:

- (1) „Das QM-System sollte den zum Erreichen der Qualitätsziele erforderlichen Umfang haben.“<sup>223</sup>
- (2) Das QM-System einer Organisation ist in erster Linie dazu vorgesehen, die internen Erfordernisse der Organisation zu erfüllen. Es ist umfangreicher als die Forderungen eines einzelnen Kunden, der nur den (für ihn) relevanten Teil des QM-Systems bewertet.
- (3) Für vertragliche oder verbindliche Zwecke der Qualitätsbewertung kann gefordert werden, daß die Verwirklichung festgelegter Elemente des QM-Systems dargelegt wird.“<sup>224</sup>

Ungeachtet der Vorzüge eines QM-Systems sollte nicht übersehen werden, daß der aus der EN ISO 9000 stammende Begriff „Qualitätsmanagementsystem“ lediglich ein nach deren Vorgaben aufgebautes Regelwerk bezeichnet, das lediglich die Verbreitung eines gewissen *Qualitätsbewußtseins* gewährleistet, nicht aber die Qualität als solche.<sup>225</sup>

---

<sup>222</sup> Vgl. Saatweber, J.: Inhalt und Zielsetzung (1995), S. 72.

<sup>223</sup> Allerdings sollte ein QM-System nur so umfassend gestaltet werden, wie dies zum Erreichen des Qualitätsziels bzw. der Qualitätsziele erforderlich ist, d.h. bei der Dokumentation eines QM-Systems sollte es nicht zu einer Fülle von Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen und Richtlinien kommen, die zu einer Einschränkung der Handlungsfähigkeit der Organisation führt und damit die Rentabilität derselben gefährdet. Vgl. Saatweber, J.: Inhalt und Zielsetzung (1995), S. 70 und zum vgl. Bruhn, M.: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen (1997), S. 25.

<sup>224</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: DIN EN ISO 8402: Qualitätsmanagement. Begriffe (1995), Nr.3.6, S. 17.

<sup>225</sup> Vgl. Hildebrand, R.: Das bessere Krankenhaus (1999), S. 480.

### 2.4.6 Qualitätspolitik (quality policy)

In den vorherigen Gliederungspunkten wurde näher auf die Entwicklung der Begriffe Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und Qualitätsmanagementsystem und die damit in Zusammenhang stehende nationale und internationale sprachliche Verwirrung eingegangen. Derartige Irritationen bestanden und bestehen nicht für den Begriff „quality policy“, der ins Deutsche mit „Qualitätspolitik“ übersetzt wird.

Qualitätspolitik stellt einen wichtigen Bestandteil der Unternehmenspolitik dar und ist von der obersten Leitung genehmigt. Nach EN ISO 8402 (1995) bezeichnet die Qualitätspolitik „umfassende Absichten und Zielsetzungen einer Organisation zur Qualität, wie sie durch die oberste Leitung ausgedrückt werden“.<sup>226</sup> „Qualitätspolitik“ weist aber nicht nur auf die Ziele und Absichten der obersten Unternehmensleitung, sondern bringt auch die Verantwortungen in Bezug auf Qualität zum Ausdruck. Die Instrumente bzw. Mittel mit denen die Qualitätspolitik umgesetzt werden soll sind die *Qualitätsplanung*, die *Qualitätslenkung*, das *Qualitätsmanagementsystem*, die *Qualitätssicherung* und *Qualitätsverbesserung*.<sup>227</sup>

Detailliert sind in der DIN ISO 9004 Teil 2, 5.2.2., die Aufgaben der Qualitätspolitik festgelegt. Verantwortlich für die Qualitätspolitik einer Dienstleistungsorganisation ist die *höchste Führungsebene*. Die oberste Leitung sollte eine Qualitätspolitik entwickeln und dokumentieren im Hinblick auf „die (Anspruchs-) Klasse der zu erbringenden Dienstleistung; das Image der Dienstleistungsorganisation und ihren Ruf bezüglich Qualität; die Ziele in Bezug auf die Dienstleistungsqualität; die zur Verfolgung von Qualitätszielen einzuschlagende Vorgehensweise; die Rolle des für die Verwirklichung der Qualitätspolitik verantwortlichen Firmenpersonals.“<sup>228</sup> Gerade im Hinblick auf die spätere Umsetzung dieser Punkte in allen Bereichen der Organisation, muß schon bei deren Formulierung auf eine volle Unterstützung der Qualitätspolitik von allen Führungsebenen sichergestellt sein.<sup>229</sup> Darüber hinaus sollte die oberste Leitung sicherstellen, „(...) daß die Qualitätspolitik bekanntgemacht<sup>230</sup>, verstanden, verwirklicht und aufrechterhalten wird“<sup>231</sup> und zwar von den Mitarbeitern aller Hierar-

---

<sup>226</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagement und Statistik (1995), S. 36.

<sup>227</sup> Vgl. Kamiske, G. F., Brauer, J. P.: ABC des Qualitätsmanagements (1996), S. 51.

<sup>228</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagement und Statistik (1995), S. 195.

<sup>229</sup> Vgl. Reinhart, G.; Lindemann, U.; Heinzl, J.: Qualitätsmanagement (1996), S. 23.

<sup>230</sup> Die Bekanntmachung der Qualitätspolitik gegenüber der Öffentlichkeit und den Mitarbeitern kann z. B. durch allgemeine Veröffentlichungen, das Qualitätsmanagementhandbuch, diverse Marketingaktivitäten oder Mitarbeiterschulungen, erfolgen. Vgl.: Göbel, D.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1999), S. 103.

<sup>231</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagement und Statistik (1995), S. 195.

chieebenen. Vergegenwärtigt man sich die individuelle Verantwortung jedes Mitarbeiters für die Qualität seiner Prozesse wird klar ersichtlich, wie wichtig die Verankerung der Qualitätspolitik in den Köpfen aller Mitarbeiter ist.<sup>232</sup> Einhergehend mit der Bekanntgabe der Qualitätspolitik muß die Verbreitung der Qualitätsziele erfolgen, die sowohl für die Qualitätspolitik als auch für den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems unerlässlich sind.

#### 2.4.7 Qualitätsziele (quality objectives)

Was für Ziele und Aufgaben die Qualitätspolitik verfolgen sollte, beschreibt detailliert die DIN ISO 9004 Teil 2, 5.2.3. Zunächst betont dieser Unterpunkt des Leitfadens für Dienstleistungen, wie wichtig eine *Identifikation* aller *Absichten* mit den vorgegebenen Qualitätszielen für die Realisierung der Qualitätspolitik ist. Konkret sollten die vorrangigen Absichten Aspekte wie Kundenzufriedenheit, Dienstleistungsverbesserung, gesellschaftliche und ökologische Forderungen sowie den Nutzeffekt beim Erbringen der Dienstleistung mit einbeziehen. Aus diesen vorrangigen Absichten soll die oberste Leitung in einem weiteren Schritt in eine Reihe von Qualitätszielen und Qualitätsaktivitäten umsetzen. Beispielhaft werden nachfolgende Punkte genannt:<sup>233</sup>

- klare Festlegung der Erfordernisse des Kunden mit angemessenen Qualitätsmerkmalen;
- Vorbeugungs- und Lenkungsmaßnahmen, um Unzufriedenheit des Kunden zu vermeiden;
- Optimierung der qualitätsbezogenen Kosten für die verlangte Dienstleistungsausführung und (Anspruchs-) Klasse;
- Schaffung einer kollektiven Verpflichtung zur Qualität innerhalb der Dienstleistungsorganisation;
- fortlaufende Überprüfung der Dienstleistungsforderungen und -ergebnisse zur Ermittlung von Möglichkeiten zur Verbesserung der Dienstleistungsqualität;
- Verhindern nachteiliger Auswirkungen auf Gesellschaft und Umwelt durch die Dienstleistungsorganisation.

Die in der ISO Leitlinie vorgenommene Auflistung von Qualitätszielen findet sich in Teilen der Fachliteratur in unterschiedlichen Darstellungen und Ergänzungen wider. Beispielsweise wird als „(..) zentrale Aufgabe eines QM-Systems (..) die permanente Sicherstellung der vom Anbieter unter Berücksichtigung der Kundenerwartungen definierten Dienstleistungsquali-

---

<sup>232</sup> Vgl. Reinhart, G.; Lindemann, U.; Heinzl, J.: Qualitätsmanagement (1996), S. 23.

<sup>233</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagement und Statistik (1995), S. 195-196.

tät“<sup>234</sup> verstanden. Um diese Aufgabe zu erfüllen, bedarf es vorab einer klaren und eindeutigen Formulierung der einzelnen zu erfassenden Ziele und Aufgaben des Qualitätsmanagements. Hierzu müssen die Qualitätsziele von den übergeordneten Unternehmenszielen wie z.B. Gewinnorientierung, Rentabilität und Sicherung von Wettbewerbsvorteilen, abgeleitet werden.<sup>235</sup>

Qualitätsziele sind vielschichtig und pyramidenähnlich hierarchisch aufgebaut. An der Spitze dieser Pyramide stehen Primärziele, die von Hierarchieebene zu Hierarchieebene in Sekundär- und Tertiärziele aufgeschlüsselt werden.<sup>236</sup> Die Zuweisung der Ziele erfolgt in Form eines „Top-down-Ansatzes“, d.h. die Ziele werden von der obersten Führungsebene auf die jeweils darunter liegende Ebene aufgeschlüsselt. Gleichzeitig beziehen die Verantwortlichen der höheren Führungsebenen die betroffenen Mitarbeiter der unteren Unternehmensebene bei der Festlegung der sie betreffenden Ziele mit ein („bottom-up-Ansatz“), um deren Bedürfnisse ausreichend berücksichtigen zu können.<sup>237</sup> Diese beidseitige Zielfestsetzung hat sich gegenüber der einseitigen Zielsetzung als das eindeutig überlegenere Hilfsmittel in Organisationen erwiesen.<sup>238</sup> Allerdings müssen sich beide Seiten bei der Formulierung dieser Qualitätsziele stets an den Kunden- bzw. Marktbedürfnissen, dem Qualitätsstand der Konkurrenz, früheren Erfahrungen und an den Herausforderungen von Gegenwart und Zukunft orientieren.<sup>239</sup>

Eine weitere anschauliche Darstellung von Qualitätszielen geben Meffert/Bruhn. Sie unterteilen die Ziele eines Qualitätsmanagements von Dienstleistungen in markt- und unternehmensgerichtete Ziele, wie aus nachfolgender Abbildung 2 zu entnehmen ist.

---

<sup>234</sup> Bruhn, M.: Qualitätssicherung im Dienstleistungsmarketing (1995), S. 39.

<sup>235</sup> Vgl. Weber, M. R.: Erfolgreiches Service-Management (1989), S. 56f.

<sup>236</sup> Vgl. Juran, J. M.: Der neue Juran (1993), S. 54-55.

<sup>237</sup> Vgl. Reinhart, G.; Lindemann, U.; Heinzl, J.: Qualitätsmanagement (1996), S. 24.

<sup>238</sup> Vgl. Juran, J. M.: Der neue Juran (1993), S. 56.

<sup>239</sup> Vgl. Juran, J. M.: Der neue Juran (1993), S. 52-54.

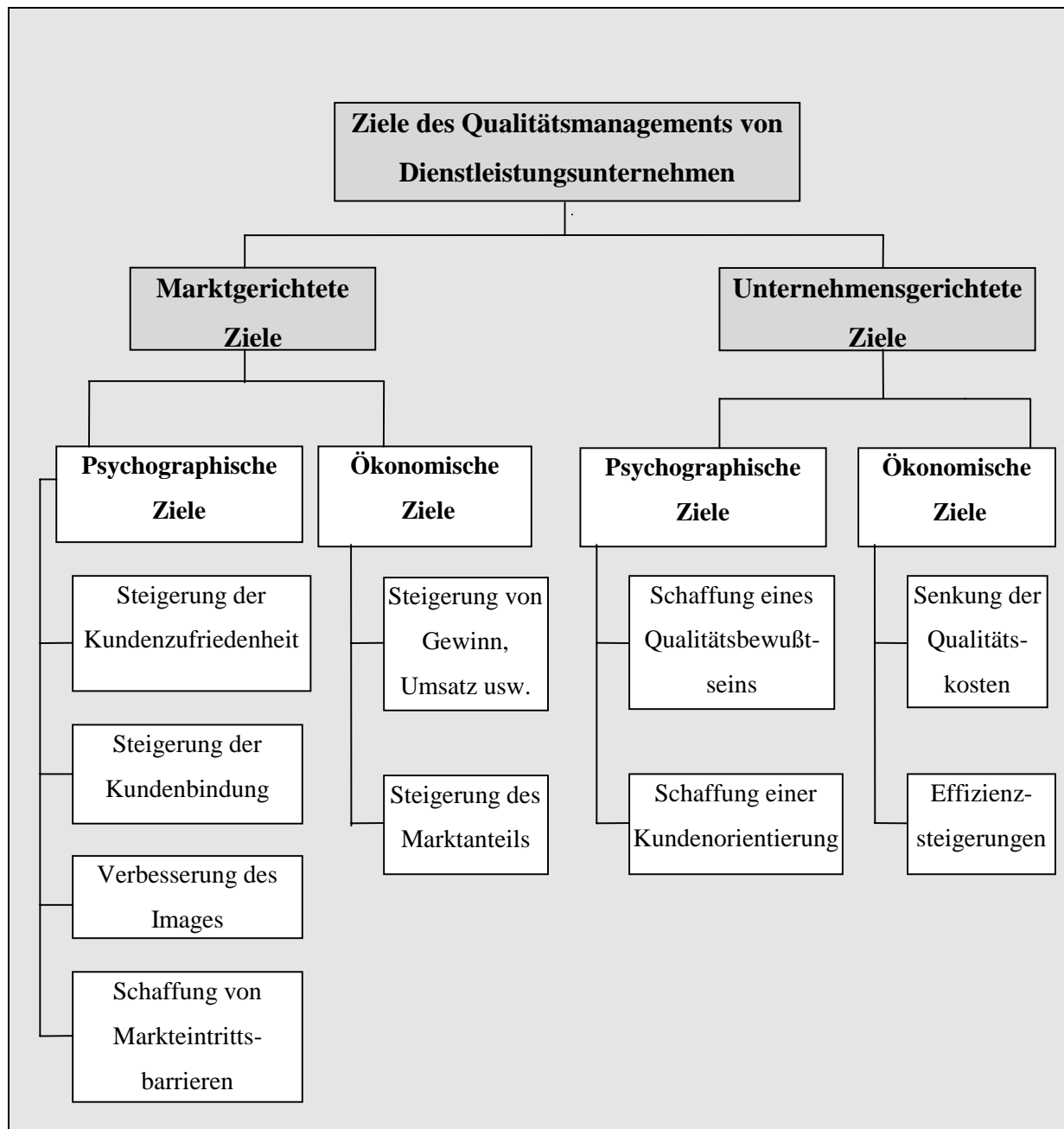


Abbildung 2: Ziele des Qualitätsmanagements in Dienstleistungsunternehmen (Übernommen aus: Meffert, H.; Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing. Grundlagen-Konzepte- Methoden. 2. Aufl., 1997, S. 251.

In Anlehnung an Kamiske/Brauer<sup>240</sup> subsumieren Meffert/Bruhn unter die *marktgerichteten Ziele* die Steigerung von Kundenzufriedenheit und Kundenbindung, Imageverbesserung sowie die Schaffung von Markteintrittsbarrieren gegenüber Wettbewerbern. Als zentrale *unternehmensgerichtete Ziele* werden hingegen die Schaffung eines Qualitätsbewußtseins und einer Kundenorientierung sowie die Senkung der Qualitätskosten und Effizienzsteigerungen im

<sup>240</sup> Vgl. Kamiske, G.; Brauer, J. P: Qualitätsmanagement von A bis Z (1999), S. 75ff.



Rahmen der internen Dienstleistungsprozesse festgelegt.<sup>241</sup> Darüber hinaus ist beim Abfassen der markt- und unternehmensgerichteten Ziele auf eine klare und unmißverständliche Formulierung zu achten, damit sie von Kunden und Mitarbeitern auch nachvollzogen werden können. Des weiteren sollten alle Ziele nicht nur realistisch sein, sondern auch durch kurz- oder langfristig durchgeführte Messungen auf ihre Einhaltung hin überprüft werden.<sup>242</sup>

#### 2.4.8 Qualitätsplanung (quality planning)

Qualitätsplanung kann einerseits als Teilaufgabe des Qualitätsmanagements und andererseits als ein weiteres Instrument zur Umsetzung der Qualitätspolitik verstanden werden. Nach EN ISO 8402 (1995) gehören zu ihr „Tätigkeiten, welche die Zielsetzungen und Qualitätsforderungen sowie die Forderungen für die Anwendungen der Elemente des QM-Systems festlegen“.<sup>243</sup> Des weiteren umfaßt sie die Planung bezüglich Produkt, Führungs- und Ausbildungsauftrag, einschließlich der Vorbereitung der Anwendung des QM-Systems samt Ablauf- und Zeitplänen. Das Erstellen von QM-Plänen und das Vorsehen von Qualitätsverbesserung vervollständigen den Aufgabenkatalog der Qualitätsplanung.<sup>244</sup>

Dieser recht abstrakten ISO-Definition steht die kurze, von Juran formulierte Definition gegenüber, nach der Qualitätsplanung „(...) die Festlegung von Qualitätszielen“<sup>245</sup> und „(...) die Entwicklung der zur Erreichung dieser Ziele erforderlichen Produkte und Prozesse zur Erfüllung der Kundenbedürfnisse“<sup>246</sup> umfaßt. Aus beiden Definitionen wird ersichtlich, daß Qualitätsplanung *alle* qualitätsbezogenen planerischen Aktivitäten *vor* Produktionsbeginn bzw. vor Erbringung einer Dienstleistung mit einschließt. Im Verlauf der Qualitätsplanung müssen die Qualitätsanforderungen an ein Produkt oder eine Dienstleistung unter Berücksichtigung der Kundenforderungen<sup>247</sup>, der technischen Realisierbarkeit und den gegebenen mate-

---

<sup>241</sup> Vgl. Meffert, H.; Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing (1997), S. 251-252.

<sup>242</sup> Vgl. Haist, F.; Fromm, H.: Qualität im Unternehmen (1991), S. 17.

<sup>243</sup> Wheaton, B.; Schrott, B.: Total Quality Management (1999), S. 189 und zum Vgl. DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: DIN EN ISO 8402: Qualitätsmanagement. Begriffe (1995), Nr.3.3, S. 16.

<sup>244</sup> Vgl. Benedetti, A. D.; Cranovsky, R. et al.: Qualitätsmanagementsysteme für Institutionen der Gesundheitsversorgung (1997), S. 12.

<sup>245</sup> Juran, J. M.: Der neue Juran (1993), S. 25.

<sup>246</sup> Juran, J. M.: Der neue Juran (1993), S. 27.

<sup>247</sup> Dies erfordert zuvor eine Identifizierung der Kunden und ihrer Bedürfnisse, um daraus Qualitätsmerkmale ableiten zu können. Qualitätsmerkmale werden aber nicht nur durch Anforderungen des Kunden oder Auftraggebers festgelegt, sondern auch durch Normen oder Gesetze sowie durch vergleichbare Produkte und Dienstleistungen. Vgl. Reinhart, G.; Lindemann, U.; Heinzl, J.: Qualitätsmanagement (1996), S. 26.

riellen, personellen und finanziellen Ressourcen des Unternehmens ermittelt werden.<sup>248</sup> Sobald die *produkt- bzw. dienstleistungsbezogenen* Qualitätsmerkmale bestimmt worden sind, erfolgt die Planung und Realisierung der *prozeßbezogenen* Qualitätsanforderungen (z.B. der Einsatz von Personal für die Produktion oder Dienstleistung). Dies schließt die Planung der qualitätsbezogenen Führungstätigkeiten sowie die Anwendung des Qualitätsmanagementsystems einschließlich der Ablauf- und Zeitpläne mit ein. Erst die Wechselwirkung von produkt- und prozeßbezogenen Maßnahmen ermöglicht die Schaffung eines Rahmens, innerhalb dessen eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung der Planungsprozesse möglich wird.<sup>249</sup>

Auf das Krankenhaus bezogen kann eine Differenzierung der Qualitätsplanung in eine *strategische* und *operative* Komponente vorgenommen werden.

Basierend auf den medizinisch- pflegerischen Anforderungen an die Krankenhausleistungen und den Bedürfnissen des Patienten besteht die zentrale Aufgabe einer *strategischen* Qualitätsplanung im Krankenhaus in der Festlegung von *Qualitätszielen*. Sobald diese ermittelt worden sind, können in einem weiteren Schritt umfassende Zielgrößen für die Erreichung ausgewählter Qualitätsstandards in den Bereichen Diagnostik, Therapie, Pflege und Hotelversorgung abgeleitet bzw. festgelegt werden.<sup>250</sup>

Im Gegensatz zur strategischen Qualitätsplanung ist eine Differenzierung der *operativen* Qualitätsplanung in *externe* und *interne* Qualitätsplanung möglich. Während die Aufgabe der *externen* Qualitätsplanung in der Ermittlung der Patientenbedürfnisse und Patientenerwartungen unter gleichzeitiger Berücksichtigung externer Restriktionen besteht, obliegt der *internen* Qualitätsplanung die Umsetzung der Patientenwünsche in *Qualitätsmerkmale* für Krankenhausleistungen und der Erstellung von Arbeits- und Leistungsprozessen, die eine Umsetzung der zuvor ermittelten Qualitätsmerkmale ermöglichen sollen.<sup>251</sup>

#### **2.4.9 Qualitätslenkung (quality control)**

Die Qualitätslenkung umfaßt nach ISO 8402 (1995) die „Arbeitstechniken und Tätigkeiten, die zur Erfüllung von Qualitätsforderungen (..) angewendet werden. (..) Qualitätslenkung umfaßt Arbeitstechniken und Tätigkeiten, deren Zweck sowohl Überwachung eines Prozesses als auch Beseitigung von Ursachen nicht zufriedenstellender Leistung in allen Stadien des Quali-

---

<sup>248</sup> Vgl. Pfeifer, T.: Qualitätsmanagement (1996), S. 24.

<sup>249</sup> Vgl. Reinhart, G.; Lindemann, U.; Heinzl, J.: Qualitätsmanagement (1996), S. 26.

<sup>250</sup> Vgl. Eichhorn, S.: Integratives Qualitätsmanagement (1997), S. 32.

<sup>251</sup> Vgl. Eichhorn, S.: Integratives Qualitätsmanagement (1997), S. 32 und S. 33.

tätskreises ist, um wirtschaftliche Effektivität zu erreichen. (..) Einige Maßnahmen von Qualitätslenkung und Qualitätssicherung/QM-Darlegung stehen zueinander in Wechselbeziehung.“<sup>252</sup>

Die Qualitätslenkung basiert auf den Ergebnissen der Qualitätsplanung.<sup>253</sup> Wie aus der Begriffsbestimmung der EN ISO 8402 abzuleiten ist, besteht die zentrale Aufgabe der Qualitätslenkung in der Beeinflussung der Qualität durch Vorgabenlenkung. Dies kann mittels einer Gruppe von Experten erfolgen, die Daten aus der Qualitätsprüfung mit den Vorgaben der Qualitätsforderung vergleichen. Dabei liegt es im Ermessen der Gruppe, sich konform mit den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen zu erklären oder auf Nachbesserungen zu bestehen. Der Aufgabenbereich der Qualitätslenkung beschränkt sich aber nicht nur auf die Nachbesserung bzw. Korrektur von Produkten, Prozessen und dem zur Leistungserstellung erforderlichem Personal, sondern beinhaltet ebenfalls die Vorbeugung und Überwachung von Verfahren und Abläufen.<sup>254</sup> Wird etwa bei der Personalauswahl neuer Mitarbeiter darauf geachtet, ob deren Fähigkeiten (z.B. Kundenorientierung, Servicementalität, Kommunikationsfähigkeit) den qualitätsrelevanten Forderungen der Organisation entsprechen, handelt es sich um eine Vorbeugungsmaßnahme im Rahmen der Qualitätsplanung.<sup>255</sup> Demgegenüber können qualitätsorientierte Mitarbeiterschulungen sowohl als prophylaktische Vorbeugungsmaßnahme zur Aneignung psychosozialer Kompetenzen oder als korrigierende Maßnahme angesehen werden, weil es bereits zu Fehlern gekommen ist.<sup>256</sup>

Eine abgewandelte, inhaltlich vergleichbare, Darstellung der Qualitätslenkung findet sich bei Geiger, der die Qualitätslenkung in eine *unmittelbare* und *mittelbare* Qualitätslenkung unterscheidet. Während die *unmittelbare Qualitätslenkung* während der Realisierung der Einheit auf die Tätigkeiten und Mittel der Realisierung einwirkt, verbessert die *mittelbare Qualitätslenkung* die Qualitätsfähigkeit der Personen und Mittel, die für die Realisierung der Einheit eingesetzt sind.<sup>257</sup> Die zahlreichen Komponenten der unmittelbaren und mittelbaren Qualitätslenkung sind in nachfolgender Abbildung 3 zusammengefaßt.

---

<sup>252</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: DIN EN ISO 8402: Qualitätsmanagement. Begriffe (1995), Nr. 3.4, S.16, DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagement und Statistik (1995), S.37 und zum vgl. Wheaton, B.; Schrott, B.: Total Quality Management (1999), S. 187.

<sup>253</sup> Vgl. Meffert, H.; Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing (1997), S. 258.

<sup>254</sup> Vgl. Reinhart, G.; Lindemann, U.; Heinzl, J.: Qualitätsmanagement (1996), S. 28 und S. 29.

<sup>255</sup> Vgl. Meffert, H.; Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing (1997), S. 259.

<sup>256</sup> Vgl. Bruhn, M.: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen (1997), S. 165-168.

<sup>257</sup> Vgl. Geiger, W.: Qualitätslehre (1994), S. 74.

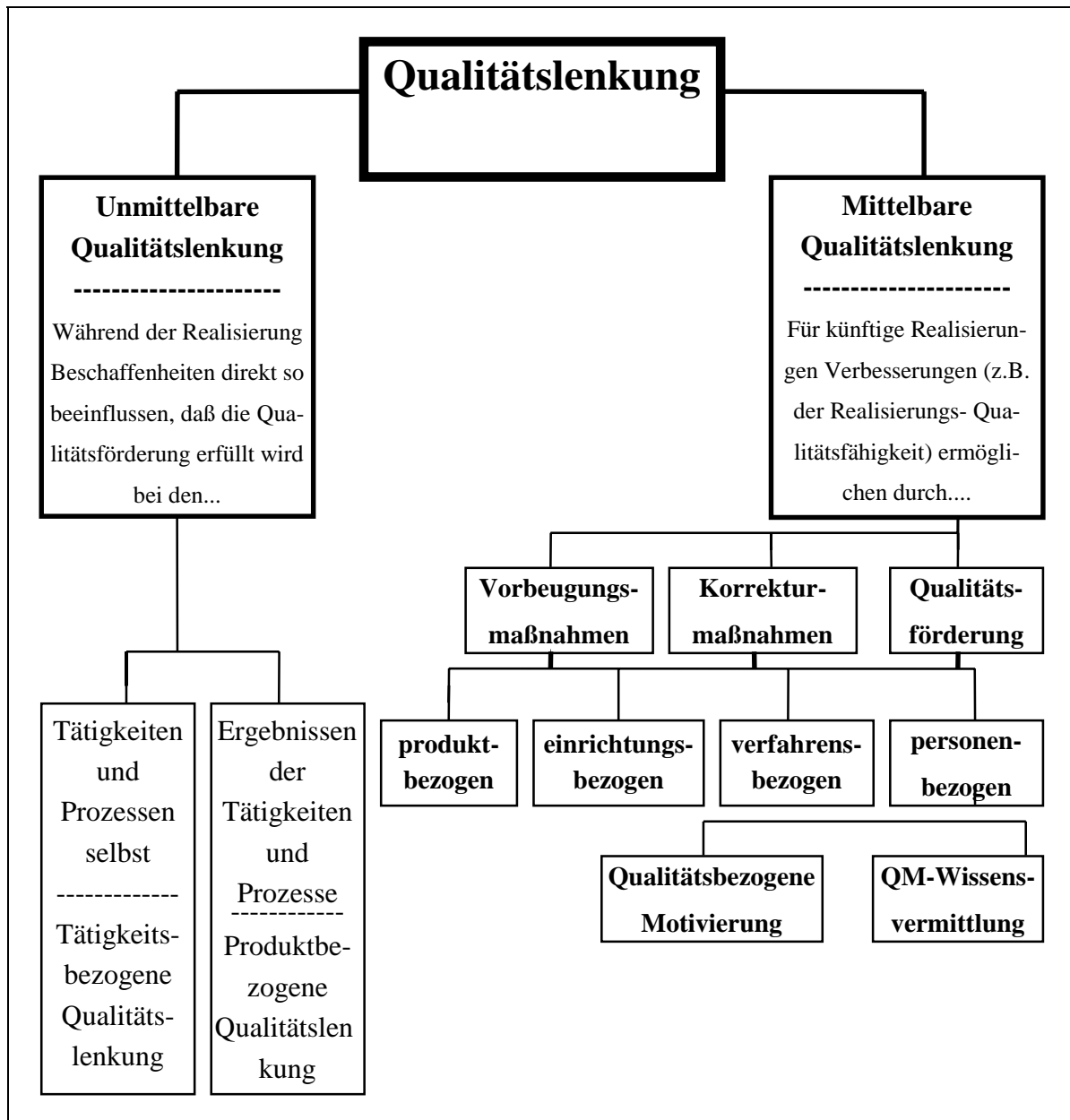


Abbildung 3: Unmittelbare und mittelbare Qualitätslenkung (Entnommen aus: Geiger, W.: Qualitätslehre. Einführung, Systematik, Terminologie (1994), S. 74.

#### 2.4.10 Qualitätsverbesserung (quality improvement)

Unter Qualitätsverbesserung sind „überall in der Organisation (..) ergriffene Maßnahmen zur Erhöhung der Effektivität und Effizienz von Tätigkeiten und Prozessen (1.2) um zusätzlichen Nutzen sowohl für die Organisation als auch für ihre Kunden (..) zu erzielen“<sup>258</sup> zu verstehen.

<sup>258</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V: DIN EN ISO 8402: Qualitätsmanagement. Begriffe (1995), Nr. 3.8, S. 18. Eine vergleichbare Definition ist im Glossar des Akkreditierungshandbuchs der „Joint Commission“ zu finden: “quality improvement-an approach to the continuous study and improvement of the processes of providing health care services to meet the needs of patients and others.“ Im Vergleich zur Begriffsbestimmung

Auf ein Krankenhaus bzw. Unternehmen übertragen bedeutet dies, daß alle ergriffenen Qualitätssicherungsmaßnahmen auf die kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung der Leistungsqualität hin ausgerichtet sind<sup>259</sup>. Um dieses Ziel zu erreichen muß vorweg ein gesteigertes Qualitätsbewußtsein bei allen Mitarbeitern geweckt werden, das wiederum zur Etablierung einer „Krankenhauskultur der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung“<sup>260</sup> führen sollte.

Entsprechend der oben genannten Definition empfiehlt es sich an möglichst vielen Prozessen der Leistungserstellung qualitätsverbessernde Maßnahmen zu ergreifen und umzusetzen, die nicht nur zu Verbesserungen bei Behandlungs- oder Pflegeprozessen führen, sondern auch flächendeckend auf das ganze Krankenhaus wirken können. In diesem Zusammenhang erweist sich die Einführung von Projektarbeit als ein probates Mittel zur Organisation qualitätsverbessernder Maßnahmen, weil diese die Motivation und Eigeninitiative der Mitarbeiter fördern, sofern man ihnen den nötigen Freiraum gewährt. Darüber hinaus hängt die Effektivität von Qualitätsverbesserungsprojekten auch davon ab, ob die an ihnen beteiligten Mitarbeiter über den Erfolg ihrer Arbeit informiert und ihre Tätigkeiten entsprechend gewürdigt werden.<sup>261</sup>

## 2.5 Total Quality Management/ Umfassendes Qualitätsmanagement

### 2.5.1 Historische Entwicklung des TQM/ UQM

Vor der Entstehung des TQM kannte man in der Industrie als einzige Form der Qualitätssicherung die Qualitätsprüfung bzw. Qualitätsendkontrolle tayloristischer Prägung, die einer separaten Abteilung die Aufgabe der Qualitätsprüfung überließ.<sup>262</sup> Entsprechend dieser Philosophie verfolgte man in den Industrieunternehmen die Strategie, lediglich die Kontroll- und Prüfungsvorgänge laufend zu optimieren, um eine gute Produktqualität zu gewährleisten.<sup>263</sup>

---

der ISO 8402 betont die Definition der „Joint Commission“ allerdings stärker den Aspekt der *kontinuierlichen* Überwachung und Verbesserung von Prozessen die sich mit der Bereitstellung von Dienstleistungen befassen, damit diese den Anforderungen von Patienten und anderen Personen entsprechen. „Joint Commission“ on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (1996), S. GL-16.

<sup>259</sup> Vgl. Reinhart, G.; Lindemann, U.; Heinzl, J.: Qualitätsmanagement (1996), S. 29.

<sup>260</sup> Eichhorn, S.: Integratives Qualitätsmanagement (1997), S. 38.

<sup>261</sup> Vgl. Eichhorn, S.: Integratives Qualitätsmanagement (1997), S. 38.

<sup>262</sup> Vgl. Eichler, A.: Strategien der Implementierung von Total Quality Management (1997), S. 98.

<sup>263</sup> Vgl. Bovermann, A.: Dienstleistungsqualität durch Total Quality Management (1997), S. 8.

Die eigentlichen Anfänge *umfassender Qualitätssicherung* lassen sich nach Japan zurückverfolgen, dessen Qualitätsbemühungen mit dem Wiederaufbau des Landes zu Beginn der frühen fünfziger Jahre begannen und eng mit den amerikanischen Experten für Qualität, W.E. Deming und J.M. Juran, verbunden sind.

Bereits 1939 schrieb Deming zusammen mit seinem Schüler W. A. Shewhart, welcher die Statistische Prozeßregelung<sup>264</sup> entwickelte, ein Buch über statistische Methoden in der Qualitätssicherung.<sup>265</sup> Im Jahr 1950 stellte Deming auf einem von der Japanese Union of Scientists and Engineers (JUSE)<sup>266</sup> veranstalteten Seminar die amerikanischen Methoden der Statistischen Prozeßregelung vor. In seinem Vortrag wies er insbesondere auf die große Bedeutung der Interaktion zwischen Forschung, Entwicklung, Produktion und Verkauf hin, welche die Basis für eine Kundenzufriedenheit im Hinblick auf die Qualität eines Produktes bilden.<sup>267</sup> Dabei ging Deming von der Annahme aus, daß Qualität nicht erprüfbar sei, sondern nur im Ablauf eines Prozesses entstehen könne.<sup>268</sup> Infolge dieses Vortrages und der Verbreitung seiner Ergebnisse durch die JUSE kam es in Japan zu einer weiten Verbreitung der statistischen Qualitätsprüfung die mit entsprechenden Standardisierungsbemühungen einherging.<sup>269</sup> Darüber hinaus führte Deming in Japan das Modell des „Deming-Kreises“<sup>270</sup> ein, das im deutschsprachigen Raum auch unter der Bezeichnung „Deming-Rad“ oder „PDCA-Kreis“ bekannt ist und als ein wichtiges Instrument zur Qualitätsverbesserung Anwendung findet.<sup>271</sup>

Vier Jahre später wurde Demings Kollege J.M. *Juran* zu einer Vortragsreihe nach Japan eingeladen, bei der er erstmals über das *Management der Qualitätskontrolle* berichtete. Damit eröffnete er einen weiteren Aspekt der Qualitätskontrolle: den Management-Ansatz. Fortan betrachtete man die Qualitätskontrolle als ein geeignetes Instrumentarium zur Verbesserung

---

<sup>264</sup> Eine ausführliche Beschreibung der historischen Entwicklung der statistischen Qualitätskontrolle findet sich bei Garvin. Vgl. Garvin, D. A.: *Managing Quality* (1988), S. 6-9.

<sup>265</sup> Vgl. Kamiske, G. F.: *Qualitätsmanagement von A-Z* (1999), S. 48-49.

<sup>266</sup> Die Juse wurde 1946 gegründet und beschäftigt sich seitdem intensiv mit der Erforschung moderner Methoden des Qualitätsmanagements. Vgl. Staehle, W.: *Management* (1999), S. 726.

<sup>267</sup> Vgl. Deming, W. E.: *The New Economics* (1994), S. 76.

<sup>268</sup> Vgl. Deming, W. E.: *Quality, Productivity and Competitive Position* (1982), S. 68.

<sup>269</sup> Vgl. Kaltenbach, T.: *Qualitätsmanagement* (1993), S. 164.

<sup>270</sup> Eine ausführliche Beschreibung des PDCA-Kreises findet sich in dem Unterpunkt „Zentrale Prinzipien des TQM/ UQM“.

<sup>271</sup> Vgl. Imai, M.: *Kaizen* (1994), S. 32.

des gesamten Leistungsprozesses eines Unternehmens.<sup>272</sup> Juran gelangte ferner durch die Entwicklung einer Management-orientierten Unternehmensphilosophie, die als „*Quality Trilogy*“ in die Literatur der Qualitätswissenschaft einging, zu einem hohen Bekanntheitsgrad. Nach diesem Konzept stellen die drei einzelnen Prozesse Qualitätsplanung, Qualitätsregelung und Qualitätsverbesserung einen umfassenden, sich ständig wiederholenden Managementprozeß zur systematischen und kontinuierlichen Qualitätsverbesserung dar, innerhalb dessen Juran der Qualitätsplanung wegen ihrer antizipativ-präventiven Funktion bei der Produktplanung und Produktentwicklung eine zentrale Stellung beimißt.<sup>273</sup> Kritisch anzumerken ist, daß Jurons Konzept zwar Trainingsprogramme für Führungskräfte empfiehlt, dem Mitarbeiter gegenüber aber nur einen geringen Stellenwert einräumt.<sup>274</sup>

In den fünfziger Jahren beschäftigten sich die Japaner intensiv mit den Philosophien und Konzepten von Deming und Juran und erweiterten deren Anwendungsspektrum, indem sie diese nicht nur im Produktionsbereich einsetzten, sondern auch in anderen Unternehmensbereichen wie Vertrieb, Marketing, Produktdesign und Service.<sup>275</sup> Anfang der sechziger Jahre griff der US-amerikaner *Feigenbaum* die zuvor beschriebenen erweiterten Fassungen auf und entwickelte aus ihnen das Konzept des „*Total Quality Control*“ (TQC). Im Gegensatz zu früheren Entwürfen wird bei TQC Qualität nicht nur im Produktions- bzw. Fertigungsbereich hervorgebracht, sondern ist als *Managementaufgabe* zu betrachten, für die alle Mitarbeiter und Unternehmensbereiche verantwortlich sind. Dabei zielen sämtliche Aktivitäten auf eine verbesserte Bedürfnisbefriedigung der Kunden und des Unternehmens ab.<sup>276</sup> Leider ruft die Begriffsbezeichnung „*Total Quality Control*“ oftmals Irritationen hervor, deren Ursache im westlichen Verständnis des Wortes „*control*“ zu finden sind. Während in westlich geprägten

---

<sup>272</sup> Vgl. Imai, M.: *Kaizen* (1994), S. 34.

<sup>273</sup> Vgl. Kamiske, G. F.: *Qualitätsmanagement von A-Z* (1999), S. 52.

<sup>274</sup> Vgl. Oess, A.: *Total Quality Management: Die ganzheitliche Strategie* (1993), S. 82.

<sup>275</sup> Vgl. Schubert, H. J.; Zink, K. J.: *Umfassendes Qualitätsmanagement in Krankenhäusern* (1997), S. 171.

<sup>276</sup> Vgl. Feigenbaum, A.V.: *Total Quality Control* (1991), S. 6. "Total quality control is an effective system for integrating the quality-development, quality-maintenance, and quality-efforts of the various groups in an organization so as to enable marketing, engineering, production and service at the most economical levels which allow for full costumer satisfaction. (...) Total quality control provides the fundamental basis of positive quality motivation for all company employers and representatives, from top management through assembly workers, office personnel, dealers, and servicepeople. And a powerfull total-quality-control capability is one of the principal company strengths for achieving vastly improved total productivity." Feigenbaum, A. V.: *Total Quality Control* (1991), S. 6.

Industrieländern mit „Quality Control“ die Inspektion bzw. Qualitätsendkontrolle fertiger Produkte gemeint ist, verstehen japanische Unternehmen unter diesem Begriff eine umfassende, „managementorientierte Führungsphilosophie“ i.S. Feigenbaums.<sup>277</sup>

In den nachfolgenden Jahren erfolgte eine Weiterentwicklung des TQC-Konzeptes durch den Japaner *Kaoru Ishikawa*<sup>278</sup>. Basierend auf den Ansätzen von Deming, Juran und Feigenbaum stellte er der das *Company-Wide Quality Control-Konzept* (CWQC) vor, das ein partizipativ ausgerichtetes Management vorsieht und besonders die Bedeutung der Mitarbeitermotivation und -schulung für eine qualitativ hochwertige Leistungserstellung betont.<sup>279</sup> Ishikawas Vorstellung zufolge sollten alle Mitarbeiter bei ihrer Arbeit so handeln, als ob ihre Tätigkeit unmittelbar an den Kunden gerichtet sei. Mit diesem neuen, kundenorientierten Ansatz, verfolgte er das Ziel, mittels abteilungsübergreifender Zusammenarbeit aller Mitarbeiter die externen Kundenanforderungen besser erfüllen zu können.<sup>280</sup> Leider besteht in der Literatur zum Qualitätsmanagement bezüglich der Verwendung von TQC und CWQC keine Übereinstimmung. Während Kaoru Ishikawa im CWQC-Konzept eine spezifisch japanische Definition im zuvor beschriebenen Sinn sieht, vermag sein Landsmann Masaaki Imai sich auf keine eindeutige Begriffsabgrenzung festzulegen<sup>281</sup>. Armand Vallin Feigenbaum wiederum hält TQC und CWQC für identisch.<sup>282</sup> Ungeachtet dieser terminologisch-inhaltlichen Unstimmigkeiten kann CWQC als ein „(...) *dynamisch orientiertes Konzept* verstanden (werden), dessen grundlegendes Ziel die langfristige, kontinuierliche Qualitätsverbesserung ist.“<sup>283</sup>

---

<sup>277</sup> Vgl. Imai, M.: *Kaizen* (1994), S. 35 und vgl. Kaltenbach, T.: *Qualitätsmanagement* (1993), S. 165.

<sup>278</sup> Ishikawa war bereits seit 1949 Mitglied der JUSE und arbeitete dort in der Forschungsgruppe Qualitätssicherung mit. Zu Beginn der fünfziger Jahre entwickelte er das gruppenarbeitsorientierte Konzept der *Qualitätssicherungszirkel*, das erstmals 1962 so benannt wurde und zu weltweiter Verbreitung gelangte. Zeitweilig war Ishikawa sogar Präsident der JUSE. Vgl. Kamiske, G. F.: *Qualitätsmanagement von A-Z* (1999), S. 51.

<sup>279</sup> Vgl. Oess, A.: *Total Quality Management: Die ganzheitliche Strategie* (1993), S. 83-85. Zum Vergleich Garvins Definition: “Today CWQC includes four principal elements: the involvement of functions other than manufacturing in quality activities; the participation of employees at all levels; the goal of continuous improvement; and careful attention to customers definitions of quality“. Garvin, D. A.: *Managing Quality* (1988), S. 191.

<sup>280</sup> Vgl. Bühner, R.: *Der Mitarbeiter im Total Quality Management* (1993), S. 11.

<sup>281</sup> Geradezu lapidar äußert sich Imai zu diesem Problem indem er konstatiert: „Egal, wie sie heißen, jedenfalls sind TQC und CWQC KAIZEN-Aktivitäten, die innerhalb eines Unternehmens jeden einzelnen, Führungskraft wie Mitarbeiter, einbeziehen. Imai, M.: *KAIZEN* (1992), S. 34.

<sup>282</sup> Vgl. Garvin, D. A.: *Managing Quality* (1988), S. 188.

<sup>283</sup> Bruhn, M.: *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen* (1997), S. 122.



Einen weiteren Beitrag zur Entwicklung des Umfassenden Qualitätsmanagements lieferte *Philip B. Crosby*. Im Gegensatz zu den bisher erwähnten Qualitätsmanagementkonzepten seiner Kollegen vertrat er die Auffassung, daß es sich bei Qualitätsmanagement um eine Denk- und Verhaltensweise handelt, die zum Bestandteil einer qualitätsorientierten Unternehmenskultur werden müsse. Aufgabe der Führungskräfte sei es, den Aufbau dieser neuen Unternehmenskultur zu unterstützen und voranzutreiben und sich für die Einführung der Fehlerprävention in allen Unternehmensbereichen einzusetzen, anstatt sich schwerpunktmäßig mit der Suche nach technischen Lösungen bei auftretenden Qualitätsproblemen zu begnügen.<sup>284</sup> Crosby faßte diese Überlegungen zu Beginn der sechziger Jahre in seinem *Null-Fehler-Konzept*<sup>285</sup> zusammen, daß später zu einem elementaren Bestandteil moderner TQM-Konzepte wurde.

In den folgenden Jahren kam es zu einer zunehmenden Integration der Ansätze von Deming, Juran, Crosby Feigenbaum und Ishikawa. Dieser Prozeß wurde begleitet von technologischen und methodischen Weiterentwicklungen, der verstärkten Einbeziehung der Unternehmensumwelt, einer konsequenten Prozeß- und Kundenorientierung und einer Verlagerung in Richtung eines umfassenden Managementkonzeptes, die letztendlich zu dem führte, was heute in den westlichen Industrienationen als Total Quality Management verstanden wird.<sup>286</sup>

### 2.5.2 Begriffliche Erläuterung

In den achtziger Jahren tauchte verstärkt der Begriff des Total Quality Management im Qualitätswesen und in der Fachliteratur auf. Lange Zeit sorgte er wegen seiner ungeklärten Inhalte und Abgrenzungen gegenüber anderen Begriffen des Qualitätsmanagements für Verwirrung unter den Experten, die erst mit seiner Aufnahme in die EN ISO 8402 (1995) beseitigt werden konnte.<sup>287</sup> Um eine Vorstellung von den Inhalten bzw. „Grundpfeilern“<sup>288</sup> des TQM-Konzeptes zu bekommen, bietet es sich an, vor der Wiedergabe der Definition nach EN ISO 8402 (1995) eine Erläuterung der drei Begriffe Total, Quality und Management vorzunehmen.<sup>289</sup>

---

<sup>284</sup> Vgl. Crosby, P. B.: *Qualität ist machbar* (1986), S. 84.

<sup>285</sup> Eine detailliertere Beschreibung des Null-Fehler-Konzeptes findet sich im nachfolgenden Unterpunkt bei der Vorstellung der zentralen Prinzipien des TQM/UQM.

<sup>286</sup> Vgl. Zink, K. J.; Schildknecht, R.: *Total Quality Konzepte* (1992), S. 79.

<sup>287</sup> Vgl. Reinhart, G.; Lindemann, U.; Heinzl, J.: *Qualitätsmanagement* (1996), S. 30.

<sup>288</sup> Vgl. Kamiske, G. F.; Brauer, J. P.: *Qualitätsmanagement von A-Z* (1999), S. 144.

<sup>289</sup> Vgl. Meffert, H.; Bruhn, M.: *Dienstleistungsmarketing* (2000), S. 254; Malorny, C.: *TQM umsetzen* (1999), S. 376; Reinhart, G.; Lindemann, U.; Heinzl, J.: *Qualitätsmanagement* (1996), S. 32.

- *Total* steht für total bzw. umfassend und somit für die Einbeziehung aller an der Erstellung eines Produktes oder Dienstleistung beteiligten Mitarbeiter, Zulieferer *und* Kunden. Funktions- und abteilungsübergreifendes ganzheitliches Denken und Agieren bestimmen die Aktionen aller Beteiligten.
- *Quality* bezeichnet die Qualität der Arbeit, der Prozesse und des Unternehmens. Aus ihrem Zusammenwirken ergibt sich die Qualität von Produkten und Dienstleistungen. Des Weiteren steht Quality für die konsequente Orientierung und Ausrichtung des Prozesses an den spezifischen Qualitätsforderungen der internen und externen Kunden.
- *Management* steht für die große Verantwortung aller Führungskräfte einer Organisation bei der Schaffung und Umsetzung des Total Quality Managements. Sie fungieren dabei als Trainer und Mentor für ihre Mitarbeiter, um diese zu fördern und zu verstärkter Eigenverantwortung zu motivieren. Damit übernehmen Führungskräfte eine Vorbildfunktion für die Produkt oder Dienstleistungsqualität die einhergehen sollte mit einem partizipativ-kooperativen Führungsstil des Managements.

Abbildung 4 stellt die zentralen Inhalte des TQM-Konzeptes noch einmal komprimiert dar.

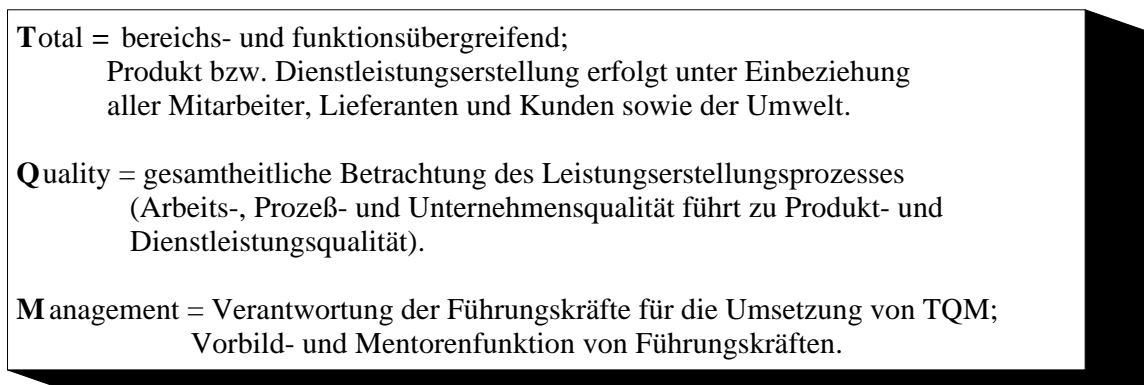


Abbildung 4: Zentrale Inhalte des TQM-Konzeptes (Quelle: Eigene Darstellung des Verfassers)

Zusammengefaßt bezeichnet Total Quality Management eine „auf die Mitwirkung aller Mitglieder gestützte Managementmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf die Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt.“<sup>290</sup> Diese Definition wird durch 4 weitere Anmerkungen näher ausgeführt:

„ANMERKUNG 1: Der Ausdruck "alle Mitglieder" bezeichnet jegliches Personal in allen Stellen und allen Hierarchie-Ebenen der Organisationsstruktur (1.8).

<sup>290</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: DIN EN ISO 8402: Qualitätsmanagement. Begriffe (1995), S. 18.

ANMERKUNG 2: Wesentlich für den Erfolg dieser Methode ist, daß die oberste Leitung überzeugend und nachhaltig führt, und daß alle Mitglieder der Organisation ausgebildet und geschult sind.

ANMERKUNG 3: Der Begriff Qualität bezieht sich beim umfassenden Qualitätsmanagement auf das Erreichen aller geschäftlichen Ziele.

ANMERKUNG 4: Der Begriff "Nutzen für die Gesellschaft" bedeutet Erfüllung der an die Organisation gestellten Forderungen der Gesellschaft (2.4).

ANMERKUNG 5: Total quality management (TQM) oder Teile davon werden gelegentlich auch "total quality", "CWQC" (company-wide quality control), "TQC" (total quality control)<sup>291</sup> usw. genannt.<sup>292</sup>

Selbstverständlich handelt es sich bei der hier verwendeten Definition von TQM nicht um die einzige Begriffsbestimmung zu diesem Konzept, die in der Literatur zum umfassenden Qualitätsmanagement zu finden ist.<sup>293</sup> Weil sich die Terminologie des Qualitätsmanagements aber

---

<sup>291</sup> Beispielhaft kann hierfür die Definition von Masaaki Imai aufgeführt werden: „TQC (*Umfassende Qualitätskontrolle*): organisierte Kaizen-Aktivitäten, welche alle Mitarbeiter-Führungskräfte und Arbeiter-in die unternehmensweite Anstrengung einbeziehen, die Leistung auf allen Ebenen zu verbessern. Diese Leistungsverbesserung dient der Erreichung der Ziele Qualität, Kosten, Termintreue, Personalentwicklung und Entwicklung neuer Produkte. All dem liegt die Annahme zugrunde, daß diese Aktivitäten die Zufriedenheit der Kunden erhöhen (auch als unternehmensweite Qualitätskontrolle bekannt).“ Imai, M.: Kaizen (1994), S. 306.

<sup>292</sup> DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: DIN EN ISO 8402: Qualitätsmanagement. Begriffe (1995), S. 18.

<sup>293</sup> So verbirgt sich beispielsweise für Oess hinter TQM „(...) ein langfristiges, integriertes Konzept, die Qualität von Produkten und Dienstleistungen einer Unternehmung in Entwicklung, Konstruktion, Einkauf, Fertigung und Kundendienst durch die Mitwirkung aller Mitarbeiter termingerecht und zu günstigen Kosten zu gewährleisten sowie kontinuierlich zu verbessern, um eine optimale Bedürfnisbefriedigung der Konsumenten zu ermöglichen.“ Oess, A.: Total Quality Management (1991), S. 89.

Weitaus umfassender definiert Kamiske TQM, weil er im Vergleich zu Oess in seiner Begriffsbestimmung auch die Unternehmensumwelt und die besondere Rolle der Führungskräfte bei der Einführung und Umsetzung von TQM im Unternehmen mit berücksichtigt: „Total Quality Management (TQM) ist eine integrierte, das gesamte Unternehmen mit allen Aktivitäten und Mitarbeitern sowie die Unternehmensumwelt einbeziehende Führungsstrategie, um aus den Kundenforderungen abgeleitete Qualitätsziele vorzugeben und zu erfüllen. Dies beinhaltet neben der konsequenten Anwendung der Methoden und Techniken des Quality Engineering zur kontinuierlichen Verbesserung der Prozesse insbesondere auch die Aufnahme der Qualität als übergeordnetes Unternehmensziel und ein klares Bekenntnis des Managements dazu, eingebettet in eine entsprechende Unternehmenskultur und Unternehmenspolitik.“ Kamiske, G. F.; Brauer, J. P.: Qualitätsmanagement von A-Z (1999), S. 143.

zunehmend auf die in der EN ISO 8402 festgelegten Definitionen anlehnt und die bisher in dieser Arbeit gemachten Ausführungen sich ebenfalls an die EN ISO 8402 aus dem Jahr 1995 beziehen, soll der Begriff des TQM i.S. der Begriffsbestimmung nach EN ISO 8402 verwendet werden.

### 2.5.3 Zentrale Prinzipien des TQM /UQM

Die oben genannten Definitionen und Ausführungen beschreiben den Kern des TQM-Konzeptes, daß sich aus einer Anzahl von einzelnen Elementen bzw. Prinzipien zusammensetzt, die in vielfältigen Verbindungen und Beziehungen zueinander stehen.

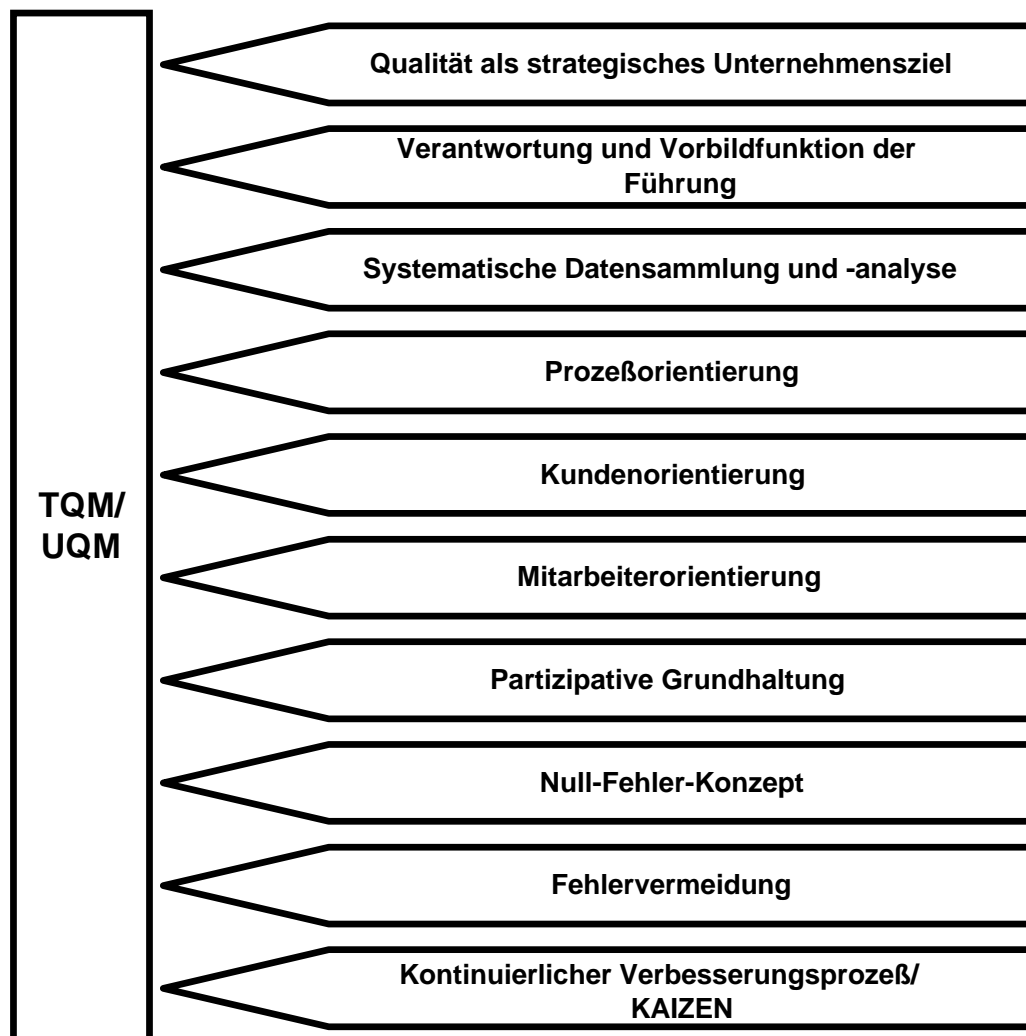


Abbildung 5: Zentrale Prinzipien des TQM

Je nachdem welche Aspekte man welchem Prinzip zuordnet, gelangt man zu einer unterschiedlich großen Anzahl von Elementen, die in ihrer Gesamtheit das TQM-Konzept bil-

den.<sup>294</sup> Diesen Sachverhalt gibt Abbildung 5 wieder, indem sie die elementaren Prinzipien den TQM/UQM auflistet.

Diese zentralen Prinzipien des TQM/UQM sollen nachfolgend näher vorgestellt werden:

- Der Erfolg oder Mißerfolg von TQM bzw. UQM hängt zu einem beträchtlichen Teil davon ab, wie das Top Management seiner aktiven *Vorbildfunktion* und *Verantwortung* für das Qualitätsmanagement gerecht wird. Die Unternehmensführung muß sich ihrer persönlichen Verpflichtung gegenüber der Qualitätspolitik bewußt werden und diese sichtbar und nachhaltig gegenüber allen Mitarbeitern der Organisation vorleben und unterstützen. Erst wenn das Management diese Haltung immer wieder unter Beweis stellt, wird es die für die Kontinuität des Qualitätsmanagementprozesses unerläßliche Glaubwürdigkeit und das Vertrauen der Mitarbeiter erlangen.<sup>295</sup>

Eng mit der Vorbildfunktion der Führung ist deren Verantwortung für das Qualitätsmanagement verbunden. Hierzu gehört neben der bereits erwähnten Verpflichtung zur Bekanntgabe einer eindeutigen Qualitätspolitik und der Festlegung einer klar beschriebenen Aufbauorganisation auch die Delegation von Verantwortung an diejenigen Mitarbeiter, die entsprechenden Aufgaben zu erledigen haben. Damit vollzieht der Vorgesetzte einen Wandel zum Betreuer. Mit dieser Maßnahme beabsichtigt man einerseits die Selbständigkeit, Eigeninitiative, Kreativität und Gruppenarbeit bei den Mitarbeitern zu fördern und andererseits die Vorgesetzten bzw. das Top-Management von zeitintensiver Detailarbeit zu entlasten.<sup>296</sup>

---

<sup>294</sup> Rein numerisch betrachtet ordnet Kaltenbach dem TQM lediglich 3 Grundprinzipien zu, während Steinböck und Eichhorn eine Differenzierung nach 5 Elementen vornehmen. Mit 9 bzw. 10 Prinzipien führen Nagorny/Plocek und Haas nahezu doppelt so viele Elemente auf wie die zuvor genannten Verfasser. Vgl. Kaltenbach, T: Qualitätsmanagement (1993), S.168-173; Steinböck, C: Haben Sie sich schon gefragt, wie gut Ihr Krankenhaus ist? (1994), S. 265-269; Eichhorn, S.: Integriertes Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1997), S. 80-81; Nagorny, H. O.; Plocek, M.: Praxishandbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1997), S. 20-25.; Haas, H.: Dienstleistungsqualität aus Kundensicht (1998), S. 205-209.

<sup>295</sup> Vgl. Sebestyén, O. G.: Management -„Geheimnis“ Kaizen (1994), S. 28 und vgl. Frehr, H. U.: Die Qualität des Unternehmens (1989), S. 123. Sollte die Führungsebene ihrer Vorbildfunktion nicht nachkommen indem sie etwa die eigenen Krankenhausleitlinien nicht befolgt oder unterstützt, kommt es zwangsläufig zu einer sich vergrößernden Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit bei den Mitarbeitern, die bei letzteren in Resignation münden kann. Vgl. Eiff v., W.: Die TQM-Falle (1996), S. 6.

- Jedes Qualitätsmanagementsystem setzt die uneingeschränkte Bereitschaft aller Mitarbeiter voraus, Qualität zum Mittelpunkt sämtlicher Aktivitäten innerhalb der Organisation zu machen. Diese Verpflichtung muß sowohl in der Aufstellung klarer, *strategisch ausgerichteter Unternehmensziele* als auch in der Qualitätspolitik zum Ausdruck kommen. Ohne die schriftliche Festlegung einer Unternehmens- und Qualitätsstrategie, die von allen Beteiligten gelebt wird, sind die Erfolgsaussichten des Qualitätsmanagementsystems als sehr gering zu bewerten,<sup>297</sup> da fehlende Zielsysteme zu Unsicherheiten und Orientierungslosigkeit sowohl bei Führungskräften als auch bei Mitarbeitern führen.<sup>298</sup>
- Von großer Bedeutung für das TQM/UQM ist die *systematische Sammlung und Aufbereitung von Daten*, um aus ihnen wichtige Schlußfolgerungen für die Prozesse und Leistungen einer Organisation ziehen zu können.<sup>299</sup> „Überall, wo Information in geeigneter Weise gesammelt, verarbeitet, weitergegeben und sinnvoll umgesetzt wird, entsteht die Möglichkeit zur Verbesserung. Systematische Sammlung und Auswertung von Daten ist daher ein vitaler Bestandteil jeden TQC/Kaizen-Programmes.“<sup>300</sup> Dabei stehen der Organisation für die Datenerhebung eine Vielzahl von Quellen zur Verfügung. So liefern beispielsweise Mitarbeiterbefragungen oder Zahlen der betrieblichen Kosten- und Leistungsrechnung wichtige Informationen für das Qualitätsmanagement, während organisationsextern mittels regelmäßig durchgeführter Kundenbefragungen, Konkurrenzanalysen („Benchmarking“) oder in Form von Trendermittlungen wichtige Daten über den Ist-Zustand der Organisation und daraus resultierender Stark- und Schwachstellen ermittelt werden können.
- Ein wesentliches Element des TQM/ UQM ist eine ausgeprägte *Prozeßorientierung*. Sie beruht auf Erkenntnissen aus der Industrie, nach denen die Ursachen für die im Unternehmen auftretenden Fehler in vielen Fällen nicht im Fehlverhalten einzelner Mitarbeiter zu suchen sind, sondern in schlechten bzw. fehlerhaften Prozessen, in die Arbeitnehmer eingebunden sind.<sup>301</sup> Infolgedessen kommt es häufig zu minderer Produkt- oder Dienstleistungsqualität mit den damit einhergehenden Nachteilen für die Organisation wie bei-

---

<sup>296</sup> Vgl. Nagorny, H. O.; Plocek, M.: Praxishandbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1997), S.18 und S. 24.

<sup>297</sup> Vgl. Kracht, P. J.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1992), S. 267.

<sup>298</sup> Vgl. Kessler, M.; Kischoweit, J.: Führungsverhalten heute und morgen (1997), S. 271.

<sup>299</sup> Vgl. Simon, W.: Die neue Qualität der Qualität (1996), S. 49.

<sup>300</sup> Imai, M: Kaizen (1994), S. 73.

<sup>301</sup> Vgl. Schubert, H. J.; Zink, K. J.: Umfassendes Qualitätsmanagement in Krankenhäusern (1997), S. 179.

spielsweise verärgerten bzw. unzufriedenen Kunden und Mitarbeitern, Verlust von Marktanteilen sowie von Umsatz- und Gewinneinbußen.

Prozeßorientierung geht daher von dem Grundsatz aus, daß Qualität nur dann gewährleistet werden kann, wenn sämtliche Prozesse zwischen allen an der Erstellung des Produktes oder Dienstleistung beteiligten Abteilungen und Mitarbeitern fehlerfrei und unter Prozeßsicherheit ablaufen können.<sup>302</sup> Die daraus resultierende Prozeßqualität ist eine Erfolgsvoraussetzung für gute Ergebnisqualität. Deshalb wird die Prozeßqualität auch als kritischer Erfolgsfaktor bezeichnet.<sup>303</sup>

Um eine Prozeßorientierung in einer Organisation zu etablieren, müssen sämtliche Prozesse systematisch analysiert und qualitätssteigernden Maßnahmen unterzogen werden. Diese Vorgehensweise umfaßt aber nicht nur die unmittelbar an der Leistungserstellung beteiligten Prozesse, sondern schließt auch alle Planungs-, Gestaltungs- und Verwaltungsprozesse sowie sämtliche Beziehungen der Organisation zu seiner Umwelt (z.B. Kunden, Lieferanten, gesellschaftliches Umfeld) in die Untersuchung mit ein.<sup>304</sup> Somit sind alle internen Abläufe und die Zusammenarbeit zwischen allen Berufsgruppen und Abteilungen, unabhängig von deren hierarchischen Stellung, permanent zu hinterfragen und gegebenenfalls zu korrigieren.<sup>305</sup>

Weiterhin darf beim Aufbau einer prozeßorientierten Organisation nicht übersehen werden, daß dies ohne gleichzeitige Veränderung bzw. gleichzeitigen Umbau der bisherigen strukturellen Rahmenbedingungen kaum möglich ist. Folglich ist ein Abbau der Hierarchiestufen unumgänglich, der einhergehen sollte mit einem Umbau der traditionellen Funktionsbereiche mit ihrer funktionsbezogenen Arbeitsteilung. Letztendlich führt eine konsequente Anwendung des Prinzips der Prozeßorientierung zu einer Auflösung der meisten funktionalen Bereiche und Abteilungen in einer Organisation<sup>306</sup>, dem sich häufig diejenigen leitenden Mitarbeiter entgegenstellen, die einen persönlichen Machtverlust infolge der Reorganisation zu befürchten haben.

Daß prozeßorientierte Organisationen mit einer verstärkt ausgeprägten horizontalen Organisationsstruktur erfolgreich sein können, wurde bereits zu Beginn der 90er Jahre in

---

<sup>302</sup> Vgl. Göbel, D.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1999), S. 70.

<sup>303</sup> Vgl. Hildebrand, R.: Das bessere Krankenhaus (1999), S. 480.

<sup>304</sup> Vgl. Haas, H.: Dienstleistungsqualität aus Kundensicht (1998), S. 205-206.

<sup>305</sup> Vgl. Nagorny, H. O.; Plocek, M.: Praxishandbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1997), S. 24.

<sup>306</sup> Vgl. Malorny, C.: TQM umsetzen (1999), S. 302.

sogenannten „Patient Focused Hospitals“ in den USA bewiesen. An Stelle einer funktionalen Aufgliederung und Zerteilung der Aufgaben sowie einer Zentralisierung der Arbeiten trat eine horizontale Organisationsstruktur mit kleinen, dezentralisierten und eigenverantwortlich arbeitenden Teams, die aus 2-4 Personen aus verschiedenen Bereichen zusammengesetzt waren (z.B. einer Krankenschwester, einem Laborassistenten und einem anderen Helfer) und eigenverantwortlich über ihre Ressourcen verfügen konnten.<sup>307</sup>

- Entscheidend für den wirtschaftlich-geschäftlichen Erfolg oder Mißerfolg einer Organisation ist neben einer hohen Produkt- oder Dienstleistungsqualität die Kundenzufriedenheit. Letztere kann nur durch eine Ausrichtung sämtlicher unternehmerischer Aktivitäten und Abläufe nach den Anforderungen bzw. Erwartungen der Kunden erreicht werden.<sup>308</sup> Im Rahmen des TQM-Konzeptes wird dieser wichtige Aspekt als *Kundenorientierung* bezeichnet.

Um kundenorientierte Produkte und Dienstleistungen bereitstellen zu können, müssen zunächst die in- und externen Kundenbedürfnisse bzw. Kundenwünsche dem Unternehmen bekannt sein. Erst wenn diese Informationen der Organisation vorliegen, kann sie zielgerichtete Anstrengungen zur Erfüllung und Verbesserung der Kundenbedürfnisse vornehmen<sup>309</sup>. Letztere sind aber nicht statisch, sondern unterliegen einem permanenten

---

<sup>307</sup> Dazu führt Steinböck näher aus: „Diese Teams kümmern sich um Aufnahmen, Routinelabortests, Pflege, EKG, Medikamentenbestellung und das Festhalten der Daten und decken so etwa 90% der Patientenbedürfnisse ab. (...) Erste Ergebnisse zeigen, daß der Patient nicht mehr mit 55, sondern mit weniger als 15 Personen während eines 2 1/2 Tageaufenthalts in Kontakt kommt, die dezentralisierten Laborleistungen im Gegensatz von durchschnittlichen 157 Minuten nur in 48 Minuten erbracht werden und sich die Zeit mit dem Patienten von anfänglichen 46% auf 65% erhöht.“ Steinböck, C.: Haben Sie sich schon gefragt, wie gut Ihr Krankenhaus ist? (1994), S. 268.

<sup>308</sup> Vgl. Bruhn, M.: Wirtschaftlichkeit des Qualitätsmanagements (1998), S. 33-34 und zum Vergleich: Kamiske: G. F.; Brauer, J. P.: ABC des Qualitätsmanagements (1996), S. 44.

<sup>309</sup> Vgl. Steinböck, C.: Haben Sie sich schon gefragt, wie gut Ihr Krankenhaus ist? (1994), S. 265.

Wie immens wichtig das genaue Wissen über die Kundenbedürfnisse ist, beschreibt Juran am Beispiel einer Passagierbefragung, die bei der australischen Fluggesellschaft *Quantas* unter 2500 Flugpassagieren durchgeführt wurde. Die Befragung setzte sich zum Ziel, die entscheidenden Kundenbedürfnisse zu ermitteln. Während das Management von Quants vor der Erhebung annahm, die Passagiere würden der Pünktlichkeit im Flugverkehr eine sehr hohe Priorität zuordnen, waren sie nach dem Vorliegen der Ergebnisse überrascht, daß dieses Kundenbedürfnis nur den 22 igter und damit an letzter Stelle lag, während kein Verlust von Gepäckstücken für die Passagiere absolute Priorität besaß. Vgl. Juran, J. M.: Der neue Juran (1993), S. 120.



Wandel. Deshalb müssen sie laufend neu ermittelt werden, damit sich die Organisation den veränderten Erwartungen anpassen kann und „Qualität im Sinne von Übereinstimmung mit den Anforderungen (...)“<sup>310</sup> bereitzustellen vermag.<sup>311</sup>

Eine zentrale Bedeutung bei der Erhebung der Kundenbedürfnisse kommt dem Marketing zu. Ihm obliegt die Aufgabe, die mitunter unklaren Kundenwünsche zu erfassen und in konkrete Qualitätsforderungen zu transformieren.<sup>312</sup> Unter Anwendung verschiedener Erhebungsverfahren wie z.B. dem Versenden von Fragebögen, Telefonbefragungen, Beobachtung des Kaufverhaltens von Kunden oder durch Vergleich des eigenen Produktes bzw. der eigenen Dienstleistung mit denen der Konkurrenz<sup>313</sup> kann das Marketing neben der Kundenzufriedenheit auch deren Meinung, Eindrücke und Verhalten bzgl. der Produkt oder Dienstleistungsqualität messen<sup>314</sup> und somit zu einer verbesserten kundenorientierten Ausrichtung der Organisation beitragen.

Das Prinzip der Kundenorientierung läßt sich ebenso auf das Krankenhaus übertragen. Es empfiehlt sich allerdings eine differenzierte Begriffsverwendung vorzunehmen und begrifflich zwischen *Kunden-* und *Patientenorientierung* zu unterscheiden. Diese Überlegung beruht auf der Annahme, daß es sich bei einem Patienten um eine kranke,- medizinische Hilfe benötigende Person handelt, die in Abhängigkeit von der persönlichen Situation (z.B. notfallmäßige Einlieferung in ein Krankenhaus, stationäre Einweisung durch den Haus- oder Facharzt) keine oder zumindest nur eingeschränkte Mitbestimmungsrechte bei der Auswahl eines Krankenhauses hat<sup>315</sup>. Von wenigen Ausnahmen abgesehen (z.B. Zugang zu

---

Zu vergleichbaren Erkenntnissen gelangte ein Forschungsprojekt der Universität Bielefeld, das die „Zufriedenheit aus der Sicht der Patienten“ untersuchte. Die Ergebnisse der Studie ergaben, „daß (...) die ärztliche Betreuung (Informationsverhalten, soziale Kompetenz und fachliche Kompetenz) sowie Gesamtbetreuung (postoperative Betreuung und Krankheitsbegleitung, Wohlbefinden auf der Station, organisatorische Betreuung eng mit dem Begriff Zufriedenheit verbunden werden und eine *deutlich höhere Priorität aufweisen als die Hotelunterbringung und Hotelleistung* (Hervorhebung des Verfassers).“ Reibnitz v., C.; Güntert, B.: Was bedeutet Zufriedenheit aus der Sicht der Patienten? (1996), S. 260.

<sup>310</sup> Crosby, P. B.: Qualität 2000 (1994), S. 60.

<sup>311</sup> Weitere Ausführungen zu diesem Unterpunkt erfolgten bereits unter Punkt 2.4.1. Qualitätsforderung.

<sup>312</sup> Vgl. Kaltenbach, T.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1993), S. 170.

<sup>313</sup> Zum Vergleich siehe Unterpunkt 2.3.9 Benchmarking.

<sup>314</sup> Vgl. Feigenbaum, A. V.: Total Quality Control (1991), S. 272.

<sup>315</sup> Des weiteren kann sich die individuelle Zugehörigkeit des Patienten zu einer Privat- oder Ersatzkrankenkasse als Selektions- und Ausschlußkriterium bei der Wahl des Krankenhauses oder Facharztes erweisen. Beispiels-

Vereinen etc.) spielt die körperlich- geistige Verfassung eines Kunden nahezu keine Rolle für den Erwerb der meisten Produkte oder der Inanspruchnahme von Dienstleistungen, d.h. er genießt gegenüber einem Patienten eine fast uneingeschränkte Wahlfreiheit.

In Anlehnung an den Unterpunkt 2.4.1 Qualitätsforderung kann auch im Krankenhaus von *internen*- und *externen Kunden*<sup>316</sup> gesprochen werden. Zu den *internen* Kunden gehören sämtliche Abteilungen und Bereiche eines Krankenhauses mit ihren Mitarbeitern wie Ärzten, Pflegekräften, medizinisch-technischen Laborpersonal, Reinigungskräften, Krankentransportdiensten, Pförtnern usw. . All diese Personen stehen untereinander in einem wechselseitigen Verhältnis, so daß jede Person gleichzeitig Leistungserbringer und Leistungsempfänger in einem ist. Wenn Ärzte und Pflegekräfte täglich dem Labor Blutproben zur Untersuchung liefern sind sie Auftraggeber und somit Kunden für die Mitarbeiter des Labors. Mit der Annahme der Blutprobe werden die Mitarbeiter des Labors zu Leistungsempfängern und durch die Analyse der Probe zu Leistungserbringern für das medizinisch-pflegerische Personal. Grundsätzlich gilt diese Maxime nicht nur für das Verhältnis zwischen allen Abteilungen und Bereichen, sondern auch für die Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten.<sup>317</sup> Demgegenüber zählen zu den *externen* Kunden eines Krankenhauses die Patienten, deren Angehörige, einweisende Ärzte und Krankenversicherungen.<sup>318</sup> Erst die Berücksichtigung der Anforderungen und Bedürfnisse aller externer *und* interner Kunden ergibt die Grundlage für eine umfassende und erfolgversprechende Kunden- und Patientenorientierung eines Krankenhaus bzw. einer Organisation.

- Umfassendes Qualitätsmanagement kann in einer Organisation nur dann erfolgreich praktiziert werden, wenn diese über motivierte und eigenverantwortlich arbeitende Mitarbeiter

---

weise besitzt die Herzklinik in Konstanz am Bodensee keine Kassenzulassung und ist damit nur berechtigt, Privatpatienten aufzunehmen.

<sup>316</sup> Eine Differenzierung nach in- und externen Kunden wird ebenfalls in der EN ISO 8402 : 1995, Unterpunkt 1.9 vorgenommen: „Der Kunde kann in Beziehung zur Organisation entweder extern oder intern sein“. Allerdings ist nicht ersichtlich, warum die EN ISO 8402 : 1995 unter Kunden nur den „Empfänger eines vom Lieferanten (1.10) bereitgestellten Produkts (1.4)“ bezeichnet und nicht auch als Empfänger einer *Dienstleistung*. DIN Deutsches Institut für Normung e.V: DIN EN ISO 8402: Qualitätsmanagement. Begriffe (1995), Nr. 1.9, S. 8.

<sup>317</sup> Vgl. Hildebrand, R.: Das bessere Krankenhaus (1999), S. 15-16.

<sup>318</sup> Vgl. Bachner, U.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1999), S. 34-36. und vgl. Schubert, H. J.; Zink, K. J. et al: Zentrale Prinzipien umfassender Qualitätsmanagementkonzepte (1997), S. 197.

verfügt.<sup>319</sup> In mehreren Studien konnte bewiesen werden, daß „(...) zufriedene Mitarbeiter die Voraussetzung für zufriedene Kunden (sind).“<sup>320</sup> Entsprechend groß ist der Stellenwert, den das Prinzip der *Mitarbeiterorientierung und partizipativen Grundhaltung* im TQM einnimmt.

Ein wichtiges Element der Mitarbeiterorientierung ist die *Mitarbeiterschulung* und -*weiterbildung*. Gerade bei der Einführung von TQM ist es unerlässlich, die Mitarbeiter über die beabsichtigten Änderungen in der Aufbau- und Ablauforganisation zu unterrichten (z.B. über die Einführung von Teams) und eine Veränderung ihrer Denk- und Verhaltensstrukturen herbeizuführen. Bei dieser Gelegenheit sollten alle Mitarbeiter auch über die neue Qualitätsphilosophie<sup>321</sup> informiert und für die verschiedenen Formen der Teamarbeit instruiert bzw. fachspezifisch geschult werden.<sup>322</sup> Erfahrungen mit TQM in amerikanischen Krankenhäusern haben gezeigt, wie immens wichtig für die erfolgreiche Arbeit von Qualitätsteams die intensive Schulung der Mitarbeiter in der Anwendung spezifischer Problemlösungsmethoden ist.<sup>323</sup>

Neben den Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen impliziert die Mitarbeiterorientierung ein erhöhtes Maß an Verantwortung, Mitbestimmung, Entscheidungskompetenz und Macht für die Mitarbeiter. In der Terminologie des Managements bezeichnet man die Summe dieser motivationsfördernden Maßnahmen als „*Empowerment*“, das in einem partizipativ ausgerichteten Management als Bestandteil einer Führungsstrategie Anwendung findet.<sup>324</sup> Die Akzeptanz bzw. Glaubwürdigkeit von „*Empowerment*“ bei den Mitarbeitern hängt u.a. auch davon ab, ob die Führungskräfte die zuvor beschriebenen Maßnahmen in der Praxis nachhaltig unterstützen und fördern.<sup>325</sup> Crosby äußert sich zu diesem

---

<sup>319</sup> Vgl. Hildebrand, R.: Qualitätsmanagement (1994), S. 189.

<sup>320</sup> Steinböck, C: Haben Sie sich schon gefragt, wie gut Ihr Krankenhaus ist? (1994), S. 266.

<sup>321</sup> Bei der Vermittlung der neuen Qualitätsphilosophie nimmt die *Personalentwicklung* eine wichtige Funktion wahr, indem sie die Aufgaben für „(...) die Entwicklung und Durchführung geeigneter Trainingsprogramme, die kontinuierliche fachliche und persönliche Fortbildung von Mitarbeitern und Führungskräften, die Entwicklung von Leistungsbeurteilungs- und Motivationssystemen sowie die Laufbahn- und Karriereplanung“ übernimmt. Kracht, P. J. : Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1992), S. 272.

<sup>322</sup> Vgl. Schubert, H. J.; Zink, K. J.: Umfassendes Qualitätsmanagement in Krankenhäusern (1997), S. 174.

<sup>323</sup> Vgl. Zink, K. J.; Schubert, H. J.; Fuchs, A. E.: Umfassendes Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1994), S. 28.

<sup>324</sup> Vgl. Janßen, H.: Total Quality Management-System (1996), S. 8.

<sup>325</sup> Zum Vergleich, siehe auch Eiff v., W.: Die TQM-Fälle (1996), S. 6-7 .

Problem sehr kritisch indem er konstatiert: „Formale Empowerment-Programme dienen lediglich dazu, den Mitarbeitern zu zeigen, daß sie dem Management egal sind. Das ist so, als schicke man seinem Kindern zu Weihnachten einen Katalog, anstatt persönlich loszugehen und ein Geschenk für sie auszusuchen. Kataloge sind nicht persönlich. Die Menschen brauchen die Gelegenheit zur Kommunikation, sie brauchen Information.“<sup>326</sup>

Im Krankenhaus wären derartige Handlungs- und Entscheidungsbefugnisse für Mitarbeiter denkbar, die in den Bereichen Patientenaufnahme, Unterbringung bzw. Ernährung arbeiten. Erweiterte Handlungsspielräume bei der Behebung von Kunden- und Serviceproblemen könnten in diesen Bereichen vielen Patienten das Gefühl einer individuellen Betreuung geben (z.B. optimale Aufnahmevorgänge, zugeschnitten etwa auf verschiedene Patientengruppen, Essendisposition oder Cafeteriaservice, etc.). Im medizinisch-pflegerischen Bereich dürfte das „Empowerment“ in dem Moment an seine Grenzen stoßen, wo dem Handlungs- und Entscheidungsspielräumen des Arzt- und Pflegepersonals durch die medizinisch erforderliche Behandlung von vornherein Beschränkungen auferlegt sind.

- Eine weitere Grundlage von TQM bildet das im Jahre 1961 von Philip B. Crosby entwickelte *Null-Fehler-Konzept*. Es besagt, daß Fehler durch geeignete Maßnahmen im Vorfeld ihrer Entstehung zu vermeiden sind, wenn jede Arbeit von vornherein richtig ausgeführt wird. Gleichzeitig entfällt durch die Einführung dieses Management- bzw. Leistungsstandards die Nachbesserung entstandener Fehler mittels umfassender und kostenintensiver Qualitätsnachbesserungsprogramme.<sup>327</sup> Wie bei anderen Managementtechniken setzt eine erfolgreiche Anwendung des Null-Fehler-Konzeptes eine veränderte Denk- und Verhaltensweise bei allen Mitarbeitern voraus, die zum Bestandteil einer veränderten Unternehmenskultur wird. Um dieses Ziel zu erreichen, muß der Inhalt des Konzepts allen Mitarbeitern vermittelt und von den Führungskräften vorgelebt werden. Dazu bedarf es einer permanenten Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern<sup>328</sup> einschließlich der zuvor beschriebenen Mitarbeiterorientierung mit ihren Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen.

Mit diesem Konzept trat Crosby der in Unternehmenskreisen weit verbreiteten Ansicht entgegen, nach der bei der Bereitstellung von Produkten und Dienstleistungen ein unver-

---

<sup>326</sup> Crosby, P. B.: Qualitätsmanagement (2000), S. 93.

<sup>327</sup> Vgl. Crosby, P. B.: Qualität ist machbar (1986), S. 84.

<sup>328</sup> Crosby, P. B.: Qualitätsmanagement (2000), S. 221.

meidbarer Fehleranteil mit einzuplanen sei und toleriert werden muß. Entsprechend inakzeptabel ist für ihn das Prinzip der Abnahmetoleranz oder des annehmbaren Qualitätslevels (AQL), weil beide Grundsätze ein Denken in sogenannten zulässigen Fehlerquoten ausdrücklich vorsehen (z.B. das 1% oder 2% der gelieferten Ware nicht einwandfrei zu sein braucht).<sup>329</sup> Damit stellt das Null-Fehler-Konzept in seinem Kern auf eine radikale Geistes- und Verhaltensänderung aller Mitarbeiter gegenüber Fehlern ab. Sollte ungeachtet aller Präventivmaßnahmen ein Fehler oder Problem auftreten, wird dessen Ursache ermittelt und Maßnahmen zu seiner Beseitigung und zukünftigen Vermeidung ergriffen, m.a.W.: Fehler werden als Lernquelle<sup>330</sup> und zur Entwicklung von Präventivmaßnahmen betrachtet.<sup>331</sup>

Vergegenwärtigt man sich, daß im Gesundheitswesen 99,9 % Fehlerfreiheit „wenigstens 20.000 falsche Verschreibungen pro Jahr“ und „500 fehlerhafte chirurgische Eingriffe pro Woche“<sup>332</sup> zur Folge haben, wird ersichtlich, wie groß der Handlungsbedarf in diesem Sektor ist.

- Ein elementarer Bestandteil des Null-Fehler-Konzepts ist die *Fehlervermeidung*. Gerade in Organisationen des Dienstleistungssektors sollte ihr besondere Aufmerksamkeit zuteil werden, weil eine nachträgliche Fehlerkorrektur bei Dienstleistungen in der Regel nur schwer oder gar nicht mehr möglich ist.<sup>333</sup> Um potentielle Fehler vor ihrem Auftreten identifizieren zu können, befinden sich im Qualitätsmanagement verschiedene Verfahren in Anwendung, von denen exemplarisch die Fehlermöglichkeits und -einflußanalyse (FMEA)<sup>334</sup> dargestellt wird.

---

<sup>329</sup> Vgl. Crosby, P. B.: Qualität ist machbar (1986), S. 83.

<sup>330</sup> Vgl. Eichhorn, S.: Integratives Qualitätsmanagement (1997), S. 80.

<sup>331</sup> Crosby, P. B.: Qualitätsmanagement (2000), S. 221.

<sup>332</sup> Hildebrand, R.: Total Quality Management im Krankenhaus (1997), S. 160.

<sup>333</sup> Im Vergleich zu Sachleistungen sind Dienstleistungen kundenindividuell und variabel, d.h. sie werden für jeden Kunden neu „erstellt“, wobei Dienstleistungsproduktion und Konsumtion zusammentreffen. Vgl. Bruhn, M.: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen (1997), S. 12.

<sup>334</sup> In der Praxis erfolgt eine Unterscheidung nach Konstruktions-FMEA, Prozeß-FMEA und System-FMEA, auf die an dieser Stelle aber nicht näher eingegangen werden soll. Statt dessen beschränkt sich die Ausführung nur auf die wesentlichen Inhalte der FMEA, unabhängig von den zuvor genannten drei Arten. Eine ausführliche Beschreibung der drei FMEA-Typen findet sich z.B. bei Seghezzi. Vgl. Seghezzi, H. D.: Integriertes Qualitätsmanagement (1996), S. 266-269.

Bei der Fehlermöglichkeits und -einflußanalyse (FMEA) versucht ein bereichsübergreifend zusammengesetztes Team von Mitarbeitern potentielle Probleme bzw. Fehler und die aus ihnen resultierenden Risiken und Folgen systematisch zu erfassen, noch bevor sie entstehen können. Sowohl die Fehlerermittlung als auch die Entwicklung von Präventivmaßnahmen erfolgt unter Berücksichtigung der individuellen Fachkenntnisse und Erfahrungen aller Teammitglieder sowie auf der Basis vergangener Daten<sup>335</sup>. Dazu muß das Team eine Risikoprioritätszahl errechnen, die sich aus der Multiplikation der Bedeutung eines Fehlers mit dessen Auftretswahrscheinlichkeit und der Entdeckungswahrscheinlichkeit durch den Kunden ergibt. Im Ergebnis kann die Risikoprioritätszahl einen Wert zwischen 1 und 1000 annehmen. Sie ist ein Maß, daß den Experten zeigt, mit welcher Priorität Verbesserungsmaßnahmen unterschiedlich auftretender Fehler zu ergreifen sind.<sup>336</sup>

$$\text{Risikoprioritätszahl} = \text{Bedeutung} \times \text{Auftretswahrscheinlichkeit} \times \text{Entdeckungswahrscheinlichkeit}$$

Der Vorteil der FMEA-Analyse liegt sowohl in der leicht verständlichen Methodik als auch in der Wirksamkeit, Fehlerursachen frühzeitig zu lokalisieren und geeignete Maßnahmen zu dessen Beseitigung zu entwickeln. Diesen Vorteilen steht allerdings der Nachteil eines erheblichen Zeit- und Rechenaufwands gegenüber, der aber durch den Einsatz von computergestützten Methoden vermindert werden kann.<sup>337</sup>

- Alle bisher erwähnten Grundsätze müssen unbedingt dem Prinzip der *kontinuierlichen Verbesserung* entsprechen. Das von den Japanern als KAIZEN bezeichnete Konzept<sup>338</sup> basiert auf der Erkenntnis, daß es kein Unternehmen ohne Probleme gibt und deshalb sämtliche Aktivitäten einer permanenten Verbesserung bedürfen. „Die Botschaft von KAIZEN

<sup>335</sup> Vgl. Kamiske, G.F.; Brauer, J. P.: ABC des Qualitätsmanagements (1996), S. 27.

<sup>336</sup> Vgl. Heß, M.: TQM/KAIZEN-Praxisbuch (1995), S. 31, vgl. Seghezzi, H. D.: Integriertes Qualitätsmanagement (1996), S. 269 und vgl. Bruhn, M.: Wirtschaftlichkeit des Qualitätsmanagements (2000), S. 29.

<sup>337</sup> Vgl. Frehr, H. U.: Total Quality Management (1994), S. 235.

<sup>338</sup> In der Fachliteratur werden trotz gleicher inhaltlicher Bedeutung synonym für KAIZEN die anglo-amerikanischen Begriffe „*Continuous Improvement*“ bzw. „*Continuous Improvement*“ (CIP) sowie die deutschen Bezeichnungen „*Ständige Verbesserung*“ bzw. „*Kontinuierlicher Verbesserungsprozeß*“ verwendet. Vgl. Kamiske, G. F.; Brauer, J. P.: Qualitätsmanagement von A-Z (1999), S. 90.

heißt, es soll kein Tag ohne irgendeine Verbesserung im Unternehmen vergehen“.<sup>339</sup> Im Gegensatz zur *Innovation*, die eine *drastische* Verbesserung des gegenwärtigen Zustandes eines Unternehmens mit sich bringt und zeitlich befristet ist, handelt es sich bei KAIZEN um eine Verbesserung des Status quo in kleinen Schritten, der niemals als abgeschlossen gilt.<sup>340</sup>

<b>KAI</b>	=	<b>Veränderung für einen Weg zur menschlicheren Arbeitswelt</b>
<b>ZEN</b>	=	<b>Gut (zum Besseren), Rezept für verbessertes Management</b>
<b>KAIZEN</b>	=	<b>Veränderung zum Besseren = kontinuierliche Verbesserung (KVP)</b>

Quelle: Mayer, E.: Läßt sich der japanische Führungsdenkansatz KAIZEN modifiziert in einem Medizinischen Leistungszentrum bzw. Krankenhaus realisieren? (1997), S. 280.

Ein weiterer zentraler Bestandteil von KAIZEN ist die Standardisierung. Nach jeder Verbesserung muß sichergestellt werden, daß der neue Zustand unbedingt gewahrt bleibt. Um dieser Forderung zu entsprechen, wird der erreichte Zustand zum neuen Qualitätsstandard ernannt, der nur von einem nachweisbar besseren Standard ersetzt werden darf.<sup>341</sup> Als methodischer Ansatz für dieses Vorgehen wird der vom Amerikaner Deming entwickelte „Plan-Do-Check-Act-Kreis“ (PDCA-Zyklus) herangezogen, der mit der Ist-Analyse der gegenwärtigen Situation beginnt. Die aus dieser Erhebung gewonnenen Daten werden gesammelt und zur Ausarbeitung eines Verbesserungsplans verwendet („Plan“). Nach dessen Fertigstellung erfolgt seine Umsetzung („Do“), die in einem weiteren Schritt auf ihre erwartete Verbesserung hin überprüft wird („Check“). Sollte das Ergebnis dieser Handlungen positiv sein, erfolgt die Standardisierung der neuen Methoden („Act“), d.h. von diesem Zeitpunkt an wird die erreichte Qualität als Standard festgeschrieben. Dieser Vorgang ist

<sup>339</sup> Imai, M: Kaizen (1994), S. 27.

<sup>340</sup> Imai, M: Kaizen (1994), S. 27. Den Unterschied zwischen KAIZEN und Innovation hat Imai ein ausführliches Kapitel gewidmet. Zum Vergleich: Imai, M: Kaizen (1994), S. 47-63. Dazu auch Frehr, H. U.: Die Qualität des Unternehmens (1989), S. 127.

<sup>341</sup> Vgl. Simon, W.: Die neue Qualität der Qualität (1996), S. 31.

als nie endender Zyklus zu verstehen, durch den die etablierten Qualitätsstandards permanent hinterfragt und gegebenenfalls durch bessere Standards ersetzt werden sollen.

KAIZEN bzw. die kontinuierliche Verbesserung können entweder als Bestandteil des TQM oder als übergeordnete, umfassende Strategie betrachtet werden. Sowohl der wirtschaftliche Erfolg einer Organisation als auch deren Existenz hängen unmittelbar mit der Zufriedenstellung der Kundenbedürfnisse ab. Qualität wird als zentraler Erfolgsfaktor betrachtet, dessen Steigerung eine höhere Produktivität nach sich zieht. Bezeichnend für KAIZEN ist auch die Auslegung des Qualitätsbegriffs. Letztgenannter beschränkt sich nicht nur auf die Produktqualität, sondern umfaßt die Qualität der ganzen Organisation. Dabei wird die Problemerkennung als ein der Qualitätsverbesserung vorgelagerter Prozeß verstanden, die ihrerseits zur Verbesserung von Qualität und Produktivität und damit zu mehr Kundenzufriedenheit beiträgt. Aus dieser Perspektive kann KAIZEN auch als *kundenorientierte Verbesserungsstrategie* bezeichnet werden, nach der alle Verbesserungsaktivitäten in einer Organisation zu einer Steigerung der Kundenzufriedenheit führen sollten.<sup>342</sup>

Zusammengefaßt kann KAIZEN wie folgt definiert werden: „KAIZEN ist ein langfristiges Konzept, das auf graduelle, kontinuierliche Verbesserung der Unternehmensleitung in allen Unternehmensbereichen durch alle Beschäftigten abzielt und so Kosteneinsparungen mit sich bringt.“<sup>343</sup>

In Zeiten immer knapper werdender finanzieller Ressourcen verbunden mit einem verschärften Wettbewerb gewinnt das Konzept der kontinuierlichen Verbesserung bzw. KAIZEN auch für Krankenhäuser immer mehr an Bedeutung. Es ist davon auszugehen, daß mittel- bis langfristig nur diejenigen Krankenhäuser qualitativ gute und bezahlbare Leistungen anbieten können, die permanent an der Entwicklung ihrer Strukturen, Leistungsabläufe und Organisation arbeiten und deren Mitarbeiter zum permanenten Lernen bereit sind. Solche Krankenhäuser dürften die erforderlichen Veränderungen konsequenter und schneller umsetzen können als deren Konkurrenten.<sup>344</sup>

---

<sup>342</sup> Vgl. Kamiske, G. F.; Brauer, J. P.: Qualitätsmanagement von A-Z (1999), S. 90-91.

<sup>343</sup> Sebestyén, O. G.: Management- „Geheimnis“ Kaizen (1994), S. 13.

<sup>344</sup> Vgl. Eichhorn, S.: Integratives Qualitätsmanagement (1997), S. 154.



## 2.6 Definition von Akkreditierung und Zertifizierung

Wer sich mit dem Thema Qualitätsmanagement im In- und Ausland befaßt, stößt unweigerlich auf die Begriffe Akkreditierung und Zertifizierung. So bezeichnet man etwa den Aufbau und die Abnahme eines Qualitätsmanagementsystems einer Organisation anhand den ISO 9000 Normen als „Zertifizierung“. Einen ähnlichen Terminus verwendeten die Deutsche Krankenhausesellschaft und die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung, als sie in ihrem 1995 gemeinsam verabschiedeten Thesenpapier zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in Krankenhäusern von einem „Zertifikat A“ und „Zertifikat B“ sprachen.<sup>345</sup>

Demgegenüber sucht man in den anglo-amerikanischen „Accreditation Manuals for Hospitals“, die den zentralen Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit bilden, vergebens nach dem Begriff „Zertifizierung“. Vielmehr wird in diesen Ländern einem Krankenhaus, dessen organisatorische Strukturen und Prozesse nachweisbar die Standards des jeweiligen Akkreditierungshandbuchs erfüllen, eine „Akkreditierung“ erteilt.

Dieser verwirrende Sachverhalt veranschaulicht, wie wichtig vorab eine grundlegende inhaltlich-sprachliche Klärung der beiden Begriffe ist. Um dem gerecht zu werden, werden nachfolgend beide Begriffe erläutert und ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet.

### 2.6.1 Akkreditierung

Etymologisch betrachtet leitet sich „akkreditieren“ von dem lateinischen Wort *credere*, zu deutsch „glauben“, ab. In Wörterbüchern und Lexika wird „akkreditieren“ mit den Verben „bevollmächtigen“ und „beglaubigen“ übersetzt.<sup>346</sup> Dennoch existieren eine Vielzahl von Wörtern, mit denen Akkreditierung oft verwechselt wird. Nach Ellie Scrivens, Professorin für Gesundheitspolitik, gehören hierzu vor allem die Begriffe Lizenzierung, Zertifizierung, Ermächtigung, Inspektion und Regulierung, die in nachfolgend aufgeführter Übersicht stichwortartig zusammengefaßt sind:<sup>347</sup>

---

<sup>345</sup> Vgl. o.V.: DKG und GKV-Spitzenverbände verabschieden Thesenpapier (1995), S. 219-220.

<sup>346</sup> Vgl. Wahrig, Deutsches Wörterbuch (1994), S.169, oder zum Vgl. Meyers Grosses Handlexikon von A-Z (1988), S. 25, bzw. Deutsches Wörterbuch/Fremdwörterbuch (1982), S. 9.

<sup>347</sup> Vgl. Scrivens, E.: Accreditation (1995), S.11 und S.12. Zum Vergleich auch die im Collins Thesaurus aufgeführten Synonyme: **“accredit 1.** appoint, authorize, certify, commission, depute, empower, endorse, entrust, guarantee, license, recognize, sanction, vouch for **2.** ascribe, assign, attribute, credit.“ (Hervorhebungen des Verfassers) Collins Thesaurus (1995), S. 11.

<b>Lizenz</b>	Durch gesetzliche Erlaubnis oder Genehmigung berechtigt sein, etwas zu tun
<b>Zertifikat</b>	Ein schriftlicher Fähigkeitsnachweis
<b>Ermächtigung</b>	Durch eine höhere Stelle berechtigt sein, etwas zu tun
<b>Inspektion</b>	Offiziell Einsicht nehmen und überprüfen
<b>Regulierung</b>	Durch Einschränkungen kontrollieren und ordnen

Aus dem Englischen frei übersetzt nach: Scrivens, E.: Accreditation, Protecting The Professional Or The Consumer“ (1995), Buckingham, England, S. 12.

Akkreditierung äußert sich auch in Begriffen wie Erziehung, Beratung, Teilnahme und Professionalisierung. E. Scrivens führt weiterhin aus, daß der Begriff Akkreditierung auch zur Beschreibung des lizenzierten Trainings- bzw. Schulungsprozesses, für Einrichtungen oder Praktiker, die dazu qualifiziert sind, Mitarbeiter zu schulen (im besonderen Ärzte), angewendet wird.<sup>348</sup> In diesem Sinn muß auch die in der ISO 9000-Normreihe vorgenommene Begriffsbestimmung von Akkreditierung gesehen werden. Ihr zufolge ist Akkreditierung „eine vertrauensbildende Maßnahme, durch die eine autorisierte Stelle (Akkreditierungsstelle) die Kompetenz einer (...) Zertifizierungsstelle formell anerkennt. Sie bestätigt damit, daß diese Einrichtung in der Lage ist, bestimmte Aufgaben auszuführen. Die Überprüfung der Laboratorien, Zertifizierungs- und Überwachungsstellen erfolgt regelmäßig durch diese neutrale Akkreditierungsstelle.“<sup>349</sup> Letztgenannte kann auch als akkreditierter Zertifizierer bezeichnet werden.<sup>350</sup>

Diese Umschreibungen entsprechen aber nicht der von Scrivens verwendeten Definition von Akkreditierung. Unter ihr ist vielmehr ein Prozeß zu verstehen, der eine Bewertung der Funktion von Organisationen des Gesundheitswesens zum Gegenstand hat.<sup>351</sup> Dem schließt sich inhaltlich O’Leary und das Expertenteam der „Joint Commission“ an. Sie bezeichnen

<sup>348</sup> Vgl. Scrivens, E.: Accreditation (1995), S. 11.

<sup>349</sup> Hansen, W.: Zertifizierung und Akkreditierung (1993), S. 42. Die VESKA schließt sich in ihrem Leitfaden für Krankenhäuser dieser Definition an, indem sie konstatiert: „Akkreditierung heißt formelle Anerkennung der Kompetenz einer Stelle für genau definierte Aufgaben“. VESKA-Ausbildungszentrum, Leitfaden (1996), S. 63.

<sup>350</sup> Vgl. Köhler, K.: DIN ISO 9000 ff. (1995), S. 38.

<sup>351</sup> Vgl. Scrivens, E.: Accreditation (1995), S. 11. Die VESKA verweist ebenfalls auf die anderslautende Auslegung des Akkreditierungsbegriffs durch die JCAHO: „Akkreditierung = Beschluss durch JCAHO, dass eine Institution, welche bestimmte Bedingungen erfüllt (.), gemäss den entsprechenden JCAHO Standards arbeitet“.

Akkreditierung als ein formelles Verfahren. Es bewertet und anerkennt die Erfüllung bestimmter Anforderungen, z.B. Standards oder Kriterien, durch eine autorisierte Körperschaft, eine Einzelperson, eine Organisation (z.B. ein Krankenhaus), ein Programm oder eine Gruppierung.<sup>352</sup>

Auf eine noch umfassendere und ausführlichere Definition von Akkreditierung haben sich in einem im Jahre 1998 im *International Journal for Quality in Health Care* erschienenen Aufsatz übereinstimmend führende Repräsentanten von sieben internationalen Organisationen<sup>353</sup> geeinigt, die Gesundheitseinrichtungen Akkreditierungen erteilen. Dort heißt es: "Accreditation of health care organization is an external evaluation of the level of compliance against a set of organizational standards. The external evaluation is carried out by a team of surveyors who are practising senior health care professionals and who report their findings to the accrediting organization. This information is then used to determine the level of accreditation award the hospitals receives."<sup>354</sup>

Die bisherigen Ausführungen zum Begriff der Akkreditierung haben gezeigt, daß es sich bei diesem um einen außerordentlich komplexen und unterschiedlich auslegbaren Terminus handelt. Um Mißverständnissen bzw. Kontroversen vorzubeugen, sollte deshalb bereits im Vorfeld jeder Diskussion über das Thema Akkreditierung von den Diskutanten geklärt werden, ob sie den Begriff nach ISO 9000 oder anglo-amerikanischem Verständnis definieren.

Zum besseren Verständnis von Akkreditierung und Zertifizierung sind die wesentlichen Unterschiede beider Begriffe in der nachfolgend aufgeführten Tabelle 3 zusammengefaßt und gegenübergestellt worden.<sup>355</sup>

---

<sup>352</sup> Vgl. O'Leary, M. and Team of Joint Commission Experts, in: *Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations and Acronyms for the Era of Reform*. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Illinois, 11, 1994.

<sup>353</sup> Im einzelnen handelt es sich dabei um Lluís Bohigas, Avedis Donabedian Stiftung, Barcelona, Katalonien, Spanien; Tessa Brooks, Kings Fund, Großbritannien; Tina Donahue, Joint Commission International, USA; Barbara Donaldson, The New Zealand Council on Health Care Standards, Neuseeland; Elma Heidemann, Canadian Council on Health Services Accreditation, Kanada; Charles Shaw, Hospital Accreditation Programme, England; Denis Smith, The Australian Council on Health Care Standards, Australien.

<sup>354</sup> Bohigas, L. et al.: *A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998)*, S. 7.

<sup>355</sup> Eine solche Gegenüberstellung erscheint angebracht, da auch in Deutschland die Bezeichnungen Akkreditierung und Zertifizierung häufig als Synonyme verwendet werden. So verweist z.B. das KMS in seiner Kritik am KTQ-Modell auf die Einführung anglo-amerikanischer Akkreditierungssysteme in Europa, führt zur Klärung des Begriffs „Akkreditierung“ aber nur die ISO-Definition an. Vor dem Hintergrund der in diesem Un-

Tabelle 3: Unterschiede zwischen Akkreditierung und Zertifizierung

Akkreditierung (nach <u>angelsächsischem</u> Verständnis)	Zertifizierung (nach dem Verständnis der <u>ISO-Normen</u> )
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisatorische Bewertung erfolgt anhand der Übereinstimmung mit <i>Standards</i>.</li> <li>• Überprüfung und Bewertung der Organisation wird durch <i>unabhängige professionelle Gutachter/Experten</i> z.B. Ärzte, Pflegekräfte, Verwaltungsexperten/Klinikmanager) durchgeführt.</li> <li>• Die Ergebnisbeurteilung erfolgt in der Regel in Form verschiedener <i>Einstufungen</i> oder <i>Wertungen</i>, d.h. die „<i>Akkreditierungseinstufung</i>“ eines Krankenhauses richtet sich nach dem <i>Grad seiner Übereinstimmung mit den Standards</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisatorische Bewertung erfolgt anhand der Übereinstimmung mit <i>Normen</i>.</li> <li>• Prüfung und Beurteilung durch <i>neutrale Gutachter</i> bzw. <i>Praktiker</i> (<i>nicht immer aus dem Gesundheits- und Krankenhauswesen</i>).</li> <li>• Das Ergebnis der Überprüfung manifestiert sich im <i>Erteilen</i> oder <i>Nicht-Erteilen</i> eines Zertifikates nach ISO 9000. Eine Abstufung wie in angelsächsischen Akkreditierungssystemen existiert nicht.</li> </ul>

Quelle: Butthof, W.; Swertz, P.: Zur Definition von Akkreditierung und Zertifizierung, in: Swertz, P. et al.: Akkreditierung und Zertifizierung von Krankenhäusern im Ausland, Band 108 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 1998, S. 6.

Nach dieser differenzierten, etymologischen Betrachtung des Wortes Akkreditierung, werden in einem weiteren Schritt die wesentlichen grundlegenden Eigenschaften der Akkreditierungssysteme dargestellt und erläutert.

### 2.6.1.1 Charakteristika von Akkreditierungssystemen

Akkreditierungssysteme für Krankenhäuser sind nicht statisch. Genau wie die Gesundheitssysteme derjenigen OECD-Länder, in denen sie Anwendung finden, mußten sie sich im Laufe der Jahre veränderten strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen anpassen. Bei der Beschreibung der Merkmale von Akkreditierungssystemen ist daher deren Differenzierung

---

terpunkt vorgenommenen Ausführungen muß diese Definition als unzutreffend bezeichnet werden. Vgl. Bachleitner, W.; Seyfarth-Metzger, I.: KTQ-Pilotphase (2001), S. 507.

nach *traditionellen* bzw. *stereotypen* und *neueren Systemen* notwendig und sinnvoll.<sup>356</sup> Bevor eine nähere Beschreibung beider Systemtypen erfolgt, sollen zunächst einige Erwartungen bzw. Absichten aufgezeigt werden, die staatliche Stellen mit der Einführung eines solchen Systems in ihrem Land bezwecken.<sup>357</sup>

- Akkreditierung schafft das geeignete Umfeld zur klinischen Praxisausübung.
- Akkreditierung wird als ein Instrument zur Berichterstattung angesehen, daß sowohl die Sicherheit als auch die erfolgreiche Funktion der Krankenhausorganisation gewährleistet.
- Die von einem Akkreditierungssystem zur Verfügung gestellten Informationen können dazu verwendet werden, die Öffentlichkeit und die Kostenträger über den Akkreditierungsstatus ihres Krankenhauses oder lokaler Gesundheitsdienste in Kenntnis zu setzen und zu bestätigen, daß von diesen alle erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen getroffen worden sind.

Der Akkreditierungsstatus des Krankenhauses ermöglicht der Öffentlichkeit und den Kostenträgern einen Leistungsvergleich mit anderen Kliniken. Darüber hinaus bietet eine solche Einstufung dem Patienten eine Entscheidungshilfe bei der Wahl seines Krankenhauses oder erweist sich als indirektes Druckmittel zur Leistungsverbesserung desselben.

### **2.6.2 Charakteristika traditioneller-/anglophoner-/stereotyper Akkreditierungssysteme**

Bei der überwiegenden Anzahl derjenigen Organisationen, die eine Akkreditierung erteilen, handelt es sich um unabhängige, private Körperschaften, die ihre Dienstleistungen anbieten. Es besteht daher für Krankenhäuser keine Verpflichtung, an einem Akkreditierungsprogramm teilzunehmen, d.h. die Teilnahme ist grundsätzlich *freiwillig*.<sup>358</sup>

Akkreditierung setzt das Vorhandensein von *Standards* voraus. Sie bilden den eigentlichen Kern dieser Systeme. Ihr früherer Schwerpunkt war eher auf organisatorische Abläufe und Verfahrensweisen hin ausgerichtet als auf die Organisation der klinischen Aktivitäten. Die Bewertung der Organisation erfolgt anhand der Übereinstimmung mit den Standards. Dabei wird der Grad an Übereinstimmung der Organisation mit den Standards durch eine gestaf-

---

<sup>356</sup> Vgl. Scrivens, E.: Putting continuous quality improvement (1997), S. 212 und Scrivens, E.: Accreditation (1995), S. 12.

<sup>357</sup> Vgl. Scrivens, E.: A taxonomy of the dimensions of accreditation systems (1996), S. 118.

<sup>358</sup> Vgl. Scrivens, E.: Putting continuous quality improvement (1997), S. 212 und Scrivens, E.: Accreditation (1995), S. 12.

felte Punkteverteilung eines erfahrenen *externen* Gutachterteams ermittelt, daß sich gewöhnlich aus Ärzten, Krankenschwestern und Mitgliedern der Verwaltung bzw. des Managements zusammensetzt. Einhergehend mit der Gutachtertätigkeit ist das interdisziplinär zusammengesetzte Team dem Krankenhaus auch bei der Verbesserung der Prozesse behilflich und gibt Empfehlungen für das Erreichen bei der größtmöglichen Übereinstimmung mit den Standards.

Die Erkenntnisse der Gutachter werden vertraulich behandelt und durch einen *unabhängigen Ausschuß* gebilligt. Seine Mitglieder sind Repräsentanten von Körperschaften, die an der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen beteiligt sind. Des weiteren wird ihnen die wichtige Funktion zuteil, sowohl die Akkreditierungsstandards als auch den Begutachtungsprozeß zu legitimieren. Stichwortartig lassen sich die oben genannten Ausführungen zu den traditionellen/anglophonen bzw. stereotypen Akkreditierungssystemen wie folgt zusammenfassen:

Entnommen aus: Scrivens, E.: Putting continuous quality improvement into accreditation (1997), S. 212.

- A focus on organisational process and procedures
- Written Standards
- Compliance with the standards is assessed by trained surveyors with experience of working in the health service
- The degree of compliance is denoted by a graded score
- Recommendations are made by the surveyors for improving compliance
- Participation is voluntary
- The findings of the surveyors are kept confidential to the participating organization
- The whole process is administered by an independent board.

Bis in die achtziger Jahre hinein war der Typ des traditionellen, primär auf Krankenhäuser hin ausgerichteten Akkreditierungssystems am meisten verbreitet. Dies änderte sich mit der Adaption des aus der Industrie stammenden Ansatzes zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung ("continuous quality improvement") durch die Erbringer von Gesundheitsleistungen und mit der Gründung von Organisationen der kommunalen und häuslichen Pflege<sup>359</sup>. Um auch in Zukunft weiterhin wettbewerbsfähig bleiben zu können, mußten die Akkreditierungssysteme ihre Standards und Prozesse den neuen, umfassenderen Erfordernissen entsprechend überarbeiten. Das Ergebnis dieser Modifikation war ein Akkreditierungssystem neueren Typs, das sich in einigen Punkten von seinem Vorgänger unterscheidet.

---

<sup>359</sup> Vgl. Scrivens, E.: Putting continuous quality improvement (1997), S. 212.

### 2.6.3 Charakteristika neuerer Akkreditierungssysteme

Die neueren Akkreditierungssysteme basieren auf den Erfahrungen, die die weiter entwickelten Akkreditierungsorganisationen mit ihren Systemen gemacht haben.<sup>360</sup> Zusammengefaßt handelt es sich um nachfolgend aufgeführte Innovationen, die aus dem Konzept für eine kontinuierliche Verbesserung der Leistungsqualität und der Philosophie eines alle Bereiche umfassenden Qualitätsmanagements abgeleitet werden:

- Assimilation der „Continuous Quality Improvement“-Philosophie (CQI),
- Involvierung der Krankenhausärzte am Akkreditierungsprogramm,
- Einführung und Anwendung patientenorientierter Standards,
- Bessere und umfassendere „Konsumenteninformation“,
- Anwendung ergebnisorientierter Indikatoren zur Leistungsmessung.

Die „*Continuous Quality Improvement*“-Philosophie wirkt sich auf die Gestaltung der Strukturen und Prozesse von Akkreditierungssystemen aus. Von den Befürwortern des CQI-Ansatzes wurde der in traditionellen Akkreditierungssystem übliche Einsatz externer Gutachter als ungeeignet zur Förderung von CQI in Krankenhäusern angesehen. Externe Überprüfungen würden sich kontraproduktiv auf die Bestrebungen des medizinischen Personals auswirken, die Qualität zu verbessern, weil sie - wie bei der „peer review“ - primär eine personenbezogene und nicht prozeß- bzw. systembezogene Fehlersuche betreibt. Angesichts dieser Kritik sahen sich die Verantwortlichen in den Akkreditierungssystemen veranlaßt, einen Ansatz zu entwickeln, der eine Kompatibilität der Prinzipien des CQI-Ansatzes mit denen der externen Überprüfung ermöglicht.<sup>361</sup> Dazu mußten zunächst die strukturellen Hindernisse beseitigt werden, die einer verbesserten interdisziplinären prozessualen Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Management bzw. Verwaltung, Pflege und Ärzteschaft entgegenstanden.<sup>362</sup> Um dem nachzukommen, begann die JCAHO mit der inhaltlichen Überarbeitung ihrer Standards, indem sie diese innerhalb eines funktionalen Rahmens organisierte, der das Krankenhaus als integriertes System und nicht als eine Ansammlung separater, unabhängiger Bereiche mit de-

---

<sup>360</sup> Im einzelnen handelt es sich dabei um die US-amerikanische „Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations“ (JCAHO), den kanadischen „Canadian Council on Health Services Accreditation“ und den australischen „Australian Council on Health Care Standards“.

<sup>361</sup> Vgl. Scrivens, E.: Policy issues in accreditation (1998), S. 2-3.

<sup>362</sup> Vgl. Gayton Carroll, J.: Continuous quality improvement (1991), S. 31.

ren Mitarbeitern betrachtete. Die Strukturierung der Standards erfolgte nach patientenorientierten-, organisatorischen- und nach Strukturen mit Funktionen.<sup>363</sup>

### **Gliederung der JCAHO-Standards nach Funktionen**

#### **Patient-Focused Functions**

- Patient Rights and Organization Ethics
- Assessment of Patients
- Care of Patients
- Education
- Continuum of Care

#### **Organization Functions**

- Improving Organization Performance
- Leadership
- Management of Environment of Care
- Management of Human Resources
- Management of Information
- Surveillance, Prevention, and Control of Infection

#### **Structures with Functions**

- Governance
- Management
- Medical Staff
- Nursing

In Anlehnung an: The Joint Commission on accreditation of healthcare organisations. Accreditation manual for hospitals 1996, S. UM-11.

In den überarbeiteten Pflegestandards werden beispielsweise Konferenzen als Instrument zur besseren Förderung der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern abgehalten, deren Teilnehmer sich aus interdisziplinärer zusammengesetzten Pflgeteams zusammensetzen.<sup>364</sup>

Eine zentrale Funktion bei der Förderung und Unterstützung des CQI-Ansatzes und der Kooperation zwischen Mitarbeitern der verschiedenen Arbeits- und Aufgabenbereichen wird der *Führung* beigemessen.<sup>365</sup> Dies gilt im besonderen für die zukünftige Planung der Leistungsprozesse des Krankenhauses. Untersuchungen bei traditionellen Akkreditierungssystemen haben gezeigt, daß sogenannte „top-down“ Verfügungen der Krankenhausleitung in vie-

<sup>363</sup> Vgl. JCAHO im Internet. Kapitel: Hospitals, Standards.

<sup>364</sup> Vgl. Lumpkins, R.; Veal, J.: Interdisciplinary Collaboration (1993), S. 48L.

<sup>365</sup> Vgl. Gayton Carroll, J.: Continous quality improvement (1991), S. 30.



len Fällen von den praktizierenden Ärzten zurückgewiesen oder ignoriert wurden. Entsprechend der CQI-Philosophie ging man bei den neueren Akkreditierungssystemen dazu über, die im Krankenhaus arbeitenden Ärzte bei der Planung derartiger Prozesse mit einzubeziehen.<sup>366</sup> Somit muß die *Bereitschaft der Ärzte an einem Akkreditierungssystem aktiv partizipieren zu können*, als eine entscheidende Variable für dessen Erfolg angesehen werden.<sup>367</sup>

Wie bereits eingangs erwähnt, betrachteten die traditionellen Akkreditierungssysteme die organisatorische Struktur eines Krankenhauses als separate, aneinandergereihte Einheiten.<sup>368</sup> Diese Sichtweise wurde vermehrt kritisiert, weil sie einer *patientenorientierten Sichtweise* i.S. des CQI-Ansatzes widersprach. Vielmehr stehen alle Tätigkeiten und Funktionen des Leistungsprozesses zur Patientenversorgung in einer Wechselbeziehung, die es in den neuen Akkreditierungssystemen zu berücksichtigen galt.<sup>369</sup> Sowohl die JCAHO als auch der CCHSA versuchten dem durch Überarbeitung ihrer Standards gerecht zu werden. Dabei ähnelt die funktionale Einteilung der redigierten Standards des CCHSA in vielem derjenigen der JCAHO, wie unten aufgeführte Übersicht zeigt.

### **Gliederung der CCHSA-Standards nach Funktionen**

#### **Client/Patient Care Groups**

- Ambulatory Care
- Cancer Patient Care
- Continuing Care and Specialized Geriatrics
- Emergency/Trauma Care
- Maternal/Child Care
- Medical Care
- Mental Health Care
- Other Patient Care Group (as defined by the organization)
- Specialized/Intensive Care
- Surgical Care

#### **Information Management**

#### **Human Resources Development and Management**

#### **Environmental Management**

#### **Leadership and Partnerships**

In Anlehnung an: Canadian Council on Health Services Accreditation. Quality Improvement and The Client-centred Accreditation Program 1995, S. 15.

<sup>366</sup> Vgl. Scrivens, E.: Putting continuous quality improvement (1997), S. 215.

<sup>367</sup> Vgl. Scrivens, E.: Report. Recent Developments in Accreditation (1995), S. 430.

<sup>368</sup> Vgl. Scrivens, E.: Evaluating accreditation systems (1997), S. 5.

<sup>369</sup> Vgl. Scrivens, E.: Putting continuous quality improvement (1997), S. 215.

In seinem Akkreditierungshandbuch betont der CCHSA zudem die zentrale Bedeutung der patientenorientierten Standards. Dort heißt es: “The client/Patient Care Groups constitute the largest parts of the standards document. (...) The Organization of the Standards reflects the horizontal flow of care from pre-admission, to discharge and follow-up. These standards emphasize that the needs of the client/patient and family are the central focus of all activity within the organization.”<sup>370</sup>

Ein weiterer Aspekt der unter den Bereich der patientenorientierten Sichtweise subsumiert werden kann ist die „Kundeninformation“, die bei traditionellen Akkreditierungssystemen einen untergeordneten Stellenwert einnahm. Der Grund hierfür ist in der Sichtweise dieses Akkreditierungstyps zu finden, nach dem Akkreditierung als ein Instrument zur Organisationsentwicklung betrachtet wird. Die im Zusammenhang mit der Begutachtung der Organisation gewonnenen Erkenntnisse werden als vertraulich eingestuft und sind folglich nicht für die Öffentlichkeit bestimmt.<sup>371</sup>

In Anlehnung an die CQI-Philosophie vertreten neuere Akkreditierungssysteme die Ansicht, daß die Erfüllung von Kundenbedürfnissen eine zentrale Aufgabe ist. Zur Befriedigung dieser Bedürfnisse gehört sowohl die Versorgung des „Kunden“ mit Information als auch dessen Einbeziehung bei der Aufstellung von Standards. In diesem Zusammenhang sind als Kunde sowohl die Patienten, seine Angehörigen, die Öffentlichkeit (Kassen, Kostenträger etc.) anzusehen. Sowohl die JCAHO als auch der CCHSA suchen nach Möglichkeiten, ihre „Kunden“ mit in die Vorstände der Organisationen einzubeziehen, um deren Mitwirkung bei der Entwicklung und Aufstellung von Standards zu ermöglichen.<sup>372</sup> Des Weiteren veröffentlichen beide Organisationen die Ergebnisse ihrer Überprüfungen der medizinisch- pflegerischen Leistungserbringung von Krankenhäusern, damit Patienten und Öffentlichkeit sich ein umfassenderes Bild von diesen machen können.<sup>373</sup>

Seit Mitte der achtziger Jahren befassen sich immer mehr Einrichtungen des Gesundheitswesens mit der Messung der Wirksamkeit ihrer am Patienten erbrachten Leistungen der *Ergebnisqualität*. Diesem neuen Anliegen versuchten die Akkreditierungssysteme gerecht zu werden, indem sie mit der Entwicklung *ergebnisorientierter* Meßsysteme begannen, die auf *Indi-*

---

<sup>370</sup> Canadian Council on Health Services Accreditation. Quality Improvement and The Client-centred Accreditation Program 1995, S. 15.

<sup>371</sup> Vgl. Scrivens, E.: Putting continuous quality improvement (1997), S. 217.

<sup>372</sup> Vgl. Scrivens, E.: Report. Recent Developments in Accreditation (1995), S. 431.

<sup>373</sup> Vgl. Scrivens, E.: Report. Recent Developments in Accreditation (1995), S. 431.

katoren basierten.<sup>374</sup> Dabei ist die Ausrichtung der Indikatoren in den verschiedenen Systemen z.T. recht unterschiedlich. Während einige Akkreditierungssysteme eher *klinisch* ausgerichtete Indikatoren verwenden, liegt der Schwerpunkt bei anderen Systemen mehr auf *organisatorischen* oder stark *leistungsorientierten* Indikatoren. Zur letztgenannten Kategorie gehört beispielsweise der CCHSA. In seinem Handbuch definiert er Indikatoren als “performance measurement tool, screen or flag which is used as a guide to monitor, evaluate and improve the quality of client/patient care, support services, governance and management. Indicators relate to process and results outcomes.”<sup>375</sup>

Im Gegensatz zum CCHSA verwendet der ACHS *klinische* Indikatoren. Er definiert sie als „measures of the management and outcome of care“.<sup>376</sup> Eine Anzahl klinischer Indikatoren wurde durch das „ACHS Care Evaluation Program“ in Zusammenarbeit mit der Vereinigung australischer, medizinischer Institute, den sogenannten „Australian medical colleges“, entwickelt. Nach den Vorstellungen des ACHS müssen Indikatoren drei Anforderungen erfüllen: die zu erhebenden Daten sind in der Organisation verfügbar, die Indikatoren müssen relevant für die klinische Praxis sein und schließlich sollte das, was gemessen werden sollte, auch erreichbar sein.<sup>377</sup> Bei den vom ACHS seit Januar 1996 in Anwendung befindlichen klinischen Indikatoren handelt es sich im einzelnen um:

- Hospital-Wide Medical Indicators
- Obstetrics and Gynaecology Indicators
- Internal Medicine Indicators
- Anaesthetics Indicators
- Emergency Medicine Indicators
- Day Procedure Indicators
- Psychiatry Indicators

Entnommen aus: The EQUiP Guide: Standards and Guidelines for the ACHS Evaluation and Quality Improvement Program, Sydney/Australia, June 1996, S. 1-16.

Als Bestandteil der „Agenda for Change“ begann die JCAHO gegen Ende der achtziger Jahre mit der Entwicklung eines auf *patientenorientierten Indikatoren*<sup>378</sup> basierenden Meß- und

<sup>374</sup> Vgl. Scrivens, E.: Report. Recent Developments in Accreditation (1995), S. 432.

<sup>375</sup> Canadian Council on Health Services Accreditation. Quality Improvement and The Client-centred Accreditation Program 1995, S. 98.

<sup>376</sup> The EQUiP Guide. Standards and Guidelines for the ACHS (1996), S. 1-15.

<sup>377</sup> Vgl. The EQUiP Guide. Standards and Guidelines for the ACHS (1996), S. 1-15.

<sup>378</sup> Die Entwicklung der Indikatoren erfolgte in Projektgruppen, deren Teilnehmer sich aus Experten des Gesundheitswesens zusammensetzten. Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (1996), S. IMS-2.

Prüfsystems für Organisationen des Gesundheitswesens, dem "Indicator Measurement System"<sup>379</sup>, daß über mehrere Jahre hinweg freiwillig in hunderten von Krankenhäusern getestet wurde. Gegenstand dieser Erprobung war u.a. eine Evaluation der Indikatoren im Hinblick auf deren Zuverlässigkeit, Gültigkeit sowie Integrationsfähigkeit in die eigenen Maßnahmen des Krankenhauses zur Leistungsmessung und Leistungsverbesserung. Die Implementierung des QM-Systems erfolgte 1994 und beschränkte sich zunächst nur auf dessen freiwillige Anwendung in Akutkrankenhäusern. Für die kommenden Jahre ist die Einführung des IM-Systems in Organisationen bzw. Bereichen der Krankenhaus-, Langzeit- und Akutpflege sowie in verhaltenstherapeutischen Einrichtungen geplant.<sup>380</sup>

1997 setzte sich das IM-System aus 42 Indikatoren zusammen, die entweder prozeß- oder ergebnisorientiert sind. Während Prozeßindikatoren auf die Messung wichtiger patientenbezogener Pflegeabläufe bzw. Aktivitäten hin ausgerichtet sind, konzentrieren sich ergebnisorientierte Indikatoren auf die körperliche Verfassung des Patienten und seine Reaktion auf die ihm gegenüber erbrachte Pflege.<sup>381</sup> Die von der „Joint Commission“ entwickelten 42 Indikatoren für Akutkrankenhäuser umfassen nachfolgend aufgeführte sieben Bereiche:

- |   |  |
|---|--|
| • Perioperative care; Obstetrical care; | • Trauma care;                           |
| • Oncology care; Cardiovascular care;   | • Medication use; and Infection control. |

Entnommen aus: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (1996), S. IMS-1.

*Zusammenfassend* kann konstatiert werden, daß der Typus des neueren Akkreditierungssystems die erwiesenermaßen bewährten Elemente traditioneller Systeme, insbesondere der

<sup>379</sup> Das IM-System ist ein Instrument, daß Organisationen des Gesundheitswesens bei der Messung und Verbesserung der eigenen Leistungsfähigkeit unterstützt und damit somit einen Leistungsvergleich mit anderen Organisationen ermöglicht. Die Indikatoren des IM-Systems sind ebenfalls für die „Joint Commission“ bei der Leistungsbewertung von Gesundheitseinrichtungen während des Prüfungs- und Akkreditierungsprozesses sehr hilfreich. Darüber hinaus ermöglichen die gesammelten Informationen der Öffentlichkeit sich ein besseres Urteil über ihre eigene Pflegeversorgung machen zu können. Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. IMSystem General Information. An overview of the Joint Commission's indicator Measurement System, February 1995, S. 3 und vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. IMSystem General Information. The Joint Commission's Performance Measurement Initiative, 11/10/93.

<sup>380</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (1996), S. IMS-2.

<sup>381</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (1996), S. IMS-2.

Bewertung der Organisation anhand von Standards sowie Verwendung einer gestaffelten Punktebewertung, um den Grad an Übereinstimmung der Gesundheitseinrichtung mit den Standards zu ermitteln, mit zentralen Bestandteilen der „Continuous Quality Improvement“-Philosophie miteinander vereinigt. Vereinfacht könnte diese Synthese wie folgt aussehen:

- Freiwillige Teilnahme,
- Die Bewertung der Organisation erfolgt auf der Grundlage von Standards (stärkere Ausrichtung auf klinische Aktivitäten,
- Assimilation der „Continuous Quality Improvement“-Philosophie (CQI),
- Involvierung der Krankenhausärzte am Akkreditierungsprogramm,
- Einführung und Anwendung patientenorientierter Standards,
- Bessere und umfassendere „Konsumenteninformation“,
- Anwendung ergebnisorientierter Indikatoren zur Leistungsmessung.
- Grad an Übereinstimmung der Organisation mit den Standards erfolgt durch eine gestaffelte Punkteverteilung,
- Bewertung durch externe Gutachter,
- Billigung der Gutachterergebnisse durch einen unabhängigen Ausschuß.

Quelle: Zusammengestellte Übersicht des Verfassers.



### 3 Qualitätssicherungsmaßnahmen im Krankenhaus

#### 3.1 Allgemeines

Konkrete Aktivitäten zur Qualitätssicherung im Krankenhaus existieren nicht erst seit Inkrafttreten des § 137 SGB im Jahre 1989, der QS-Maßnahmen in Krankenhäusern zwingend vorschreibt. Sie werden schon seit vielen Jahren in mehreren medizinischen Fachgebieten angewandt, wie z.B. in der Perinatalogie, der Chirurgie oder der operativen Gynäkologie.

Neben diesen schon lange existierenden QS-Programmen zählen Fallbesprechungen, Röntgenbesprechungen, histologische Untersuchungen von Gewebsentnahmen, Sektionen und Sektionsbesprechungen zu weiteren Maßnahmen der QS in deutschen Krankenhäusern. Diese Aktivitäten beschränken sich jedoch vorwiegend auf den jeweiligen Fachbereich; eine das gesamte Krankenhaus umfassende QS stellen sie folglich nicht dar.<sup>382</sup> Auf weitere Nachteile der gegenwärtig praktizierten Maßnahmen zur Qualitätssicherung wird in einem separaten Unterpunkt genauer eingegangen.

#### 3.2 Externe und interne Qualitätssicherung

In der wissenschaftlichen und fachlichen Literatur wird zum Thema Qualitätssicherung mittlerweile zwischen einer externen und einer internen Anwendung der Qualitätssicherung unterschieden. Zum besseren Verständnis derselben soll vorweg die Aufgabenverteilung zwischen Krankenhausträger und Krankenhausleitung bei der Qualitätssicherung skizziert werden.

Dem Krankenhausträger (z.B. dem Bund, dem Land, der Kommune, einem gemeinnützigen oder privaten Eigentümer) obliegt die Verantwortung für die Leistungsfähigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses sowie für die Erfolgsüberwachung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Demgegenüber ist die Krankenhausleitung für die eigentliche Durchführung derartiger Maßnahmen zuständig.<sup>383</sup>

#### 3.3 Externe Qualitätssicherung

Die externe Qualitätssicherung basiert auf einem externen, überinstitutionellen und überregionalen<sup>384</sup> Vergleich von Krankenhäusern, Abteilungen oder Stationen. Derartige externe Vergleiche sollen den eigenen Leistungsstand im Vergleich zu anderen Hospitälern widerspiegeln

---

<sup>382</sup> Vgl. Niemann, F. M.; Beske, F.: Pilotprojekt Qualitätssicherung (1991), S. 231.

<sup>383</sup> Vgl. BMG, Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung (1994), S. 27 f.

<sup>384</sup> Vgl. Jaster, H. J.: Das Konzept der Qualitätssicherung (1997), S. 72.

und somit die Bereitschaft wecken, die eigenen Ergebnisse zu analysieren bzw. zu hinterfragen, um daraus Konsequenzen für das eigene Handeln zu ziehen.<sup>385</sup>

Aus der Perspektive des Krankenhauses gehören dazu alle Qualitätsprüfungen, bei denen die Qualität der Leistungserbringung von (neutralen) Institutionen oder Personen durchgeführt werden, die nicht zum Krankenhaus gehören.<sup>386</sup> Darüber hinaus können gute Ergebnisse, die sich aus der statistischen Auswertung der externen Qualitätssicherung ergeben haben, motivierend auf die Mitarbeiter auswirken und zu deren Zufriedenheit und Selbstbestätigung beitragen.<sup>387</sup>

In der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet der §137 des 5. Sozialgesetzbuches die Krankenhäuser, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen.<sup>388</sup> Er legt aber nicht fest, ob die geforderten "vergleichenden Prüfungen" intern oder extern erfolgen sollen. Eine entsprechende Regelung sehen die Verträge nach §112 SGB V vor.

### **3.4 Interne Qualitätssicherung**

Wie bereits eingangs erwähnt, ist die Durchführung der internen Qualitätssicherung Aufgabe eines Krankenhauses, einer Abteilung oder Station. In der Regel handelt es sich dabei um ein spezifisch zu lösendes Problem, für das die Merkmale festzulegen sind, anhand derer sich die Qualität ermitteln läßt. Nachdem für jedes Merkmal aufgrund empirischer oder normativ vorgegebener Soll-Werte das entsprechende Qualitäts-Soll festgelegt worden ist, werden die Soll-Ausprägungen der Qualitätsmerkmale zu einem Qualitäts-Anforderungsprofil aggregiert.<sup>389</sup> Durch einen Vergleich der Ist-Situation mit der Soll-Situation können dann ggf. Schwachstellen eruiert bzw. Konsequenzen aus dem Problem für die weiteren Maßnahmen zur Qualitätssicherung gezogen werden<sup>390</sup>

Wie auch bei anderen Qualitätssicherungsmaßnahmen erfordert die interne Qualitätssicherung eine Reihe von begleitenden Maßnahmen, die für deren Erfolg von Bedeutung sind. Hierzu gehören eine sorgfältige Personalauswahl, die Ausbildung und Schulung aller am Pro-

---

<sup>385</sup> Vgl. Niemann, F. M.; Beske, F.: Pilotprojekt Qualitätssicherung (1991), S. 44.

<sup>386</sup> Vgl. Selbmann, H. K.: Blick und Ausblick (1994), S. 2.

<sup>387</sup> Vgl. Jaster, H. J.: Das Konzept der Qualitätssicherung (1997), S. 73.

<sup>388</sup> "Die (...) Krankenhäuser (...) sind verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen möglich sind."

<sup>389</sup> Vgl. Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre (1987), S. 114 ff.

<sup>390</sup> Vgl. Niemann, F. M ; Beske, F.: Pilotprojekt Qualitätssicherung (1991), S. 44.



zeß beteiligter Mitarbeiter und die Schaffung eines Arbeits- und Betriebsklimas, das ein optimales Arbeiten aller Beteiligten ermöglicht.<sup>391</sup>

Obwohl eine Zweiteilung von externer und interner Qualitätssicherung existiert, stehen diese Aktivitäten nicht isoliert nebeneinander. Das Gegenteil ist der Fall. Externe Maßnahmen zur Qualitätssicherung können nur erfolgreich sein, wenn intern die vorhandenen Organisations- und Infrastrukturen gegeben sind. Deshalb empfiehlt es sich beispielsweise, krankenhausern einen Beauftragten zur Qualitätssicherung und eine ihm beigeordnete Qualitätssicherungskommission zu ernennen. Diese Kommission sollte interdisziplinär zusammengesetzt sein (Ärzte, Pflegekräfte und Verwalter) und folgende Aufgaben wahrnehmen:<sup>392</sup>

- Regelmäßige und systematische Suche nach Schwachstellen und Empfehlungen von Konsequenzen aus Qualitätsuntersuchungen
- Entgegennahme der Berichte über den Zustand von Medizin-, Labor- und Röntgengeräten und der Krankenhaushygiene
- Durchführen von speziellen Qualitätsstudien unter Beteiligung der Fachabteilungen
- Organisation von Einzelfallstudien
- Fortbildung und Motivation der Mitarbeiter zur Qualitätssicherung
- Erstellung eines jährlichen Qualitätssicherungsberichtes.<sup>393</sup>

### **3.5 Traditionelle Maßnahmen der Qualitätssicherung im Krankenhaus**

Wer sich mit dem Thema Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagement im Krankenhaus befaßt, sollte die bisher im klinischen Alltag angewandten traditionellen externen und internen Qualitätssicherungsmaßnahmen bei seiner Untersuchung nicht unerwähnt lassen. Bevor es nachfolgend zu einer kurzen Vorstellung der wichtigsten qualitätssichernden Maßnahmen kommt, muß vorausgestellt werden, daß der Begriff Qualitätssicherung im klinischen Alltag nicht unbekannt ist, weil er zum Selbstverständnis ärztlichen Handelns gehört. Zudem sind interne Qualitätssicherungsmaßnahmen in Form von *Routinemaßnahmen* bereits in den meisten Krankenhäusern etabliert, ohne jedoch bewußt von den Mitarbeitern als solche wahrgenommen zu werden.<sup>394</sup>

---

<sup>391</sup> Vgl. Jaster, H. J.: Das Konzept der Qualitätssicherung (1997), S. 71.

<sup>392</sup> Vgl. Selbmann, Stand der Qualitätssicherungsmaßnahmen, S. 77 f.

<sup>393</sup> Vgl. Selbmann, Stand der Qualitätssicherungsmaßnahmen, S. 77 f.

<sup>394</sup> Vgl. Jaster, H. J.: Qualitätssicherung im Krankenhaus (1997), S. 97.

Zu den *externen* Qualitätssicherungsmaßnahmen, die sich vorwiegend auf die Strukturqualität beziehen, gehören beispielsweise Qualifikations- und Weiterbildungsvorschriften, Fortbildungsverpflichtungen, Weiterbildungsermächtigungen für Chefarzte, Zulassungsverfahren für spezielle Behandlungsarten, Medizingeräteverordnung, Röntgenverordnung sowie juristische Vorgaben, deren Zweck in der Prävention von Behandlungsfehlern liegt.<sup>395</sup>

Während die externen Maßnahmen auf die Strukturqualität einwirken sollen, zielen die *klinikinternen* Mechanismen und Strukturen auf ein bestmögliches Behandlungsergebnis für den Patienten ab. Dazu gehören die bereits eingangs erwähnten Röntgen- und Sektionsbesprechungen, Fallvorstellungen oder Fallbesprechungen, deren Zweck in der Bereitstellung fachübergreifenden Wissens und der kritischen interkollegialen Diskussion besteht.<sup>396</sup>

Von Chef- und Oberärzten durchgeführte Visiten sind ein weiteres Mittel der Qualitätssicherung<sup>397</sup>, weil sie sowohl der Überwachung als auch der Anleitung unerfahrener Ärzte bei ihrer Arbeit dienen. Gleiches gilt für die vom Chef- oder Oberarzt unterzeichneten Arztbriefe, die den Behandlungsverlauf eines Patienten dokumentieren und somit dem Assistenzarzt wichtige Informationen über aufgetretene Probleme im Behandlungsverlauf liefern können.<sup>398</sup> Weiterhin verfügen die Mehrzahl der Krankenhäuser über verschiedene Typen von Kommissionen, wie z.B. eigene Hygiene- und Arzneimittelkommissionen oder solche, die strikt auf die Einhaltung der Vorgaben aus dem Medizinproduktegesetz und der Medizingeräteverordnung sorgen. Neben gezielten Fortbildungsprogrammen für Mitarbeiter sind in einzelnen Abteilungen bereits selbstentwickelte Standards und Leitlinien vorzufinden, nach denen im Klinikalltag vorzugehen ist. Ebenso weit verbreitet sind interne Richtigkeits- und Präzisionskontrollen in Laboratorien sowie externe Ringversuche, die zu einer Standardisierung im Labor und damit zu verbesserter Qualität der Laborleistungen führten<sup>399</sup>. Die Reihe der traditionellen Maßnahmen ließe sich noch weiter fortführen, was aber nicht Sinn und Zweck des Unterpunktes sein soll. Wichtiger erscheint vielmehr ihre Bedeutung im Hinblick auf die Sicherstellung der Qualität im Krankenhaus. Hans-Konrad Selbmann resümiert in diesem Zusammenhang, daß "(...) traditionelle Maßnahmen wenig spektakulär, kaum transparent und

---

<sup>395</sup> Vgl. Kersting, T.: Qualitätssicherung (1993), S. 19.

<sup>396</sup> Vgl. Kersting, T.: Qualitätssicherung (1993), S. 19.

<sup>397</sup> Vgl. Bundesärztekammer: Leitfaden: Qualitätsmanagement (1997), S. 31.

<sup>398</sup> Vgl. Kersting, T.: Qualitätssicherung (1993), S. 19.

<sup>399</sup> Vgl. Jaster, H.J.: Qualitätssicherung im Krankenhaus (1997), S. 97.

in ihrer Wirkung oft schwer zu beurteilen (sind). Auch Aufwandsschätzungen gibt es keine, obwohl der Aufwand dafür nicht gering sein dürfte".<sup>400</sup>

---

<sup>400</sup> Vgl. Selbmann, H. K.: Blick und Ausblick (1994), S. 2.



## 4 Etablierte Qualitätssicherungsprogramme

Wegen der großen Beachtung, die QS-Maßnahmen in der Perinatalogie, der Allgemeinchirurgie und der Gynäkologie in der Fachwelt finden, ist es unumgänglich, auf sie in dieser Arbeit noch einmal kurz einzugehen.

### 4.1 Qualitätssicherung in der Perinatalogie und Neonatologie

Zu Beginn der 70er Jahre trafen sich erstmals in München Geburtshelfer und PEDIATER in einem Arbeitskreis, aus dem später die „Perinatologische Arbeitsgemeinschaft“ hervorging, um über die Ursachen für die perinatale Sterblichkeit zu diskutieren und Konzepte zu deren Vermeidung zu entwickeln. Drei Jahre später beschäftigte man sich am selben Ort mit dem Thema, Zahlen und Informationen über den Verlauf der Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett zu sammeln, um nähere Erkenntnisse über die Ursachen der Mortalität bei Neugeborenen zu finden und Aufschlüsse über qualitative Unterschiede beim Geburtsmanagement in den einzelnen Abteilungen zu erhalten.<sup>401</sup>

Bis zur Entwicklung von qualitätssichernden Maßnahmen vergingen weitere 2 Jahre. Die ersten QS-Maßnahmen in der *Perinatalogie*, die ihren Schwerpunkt auf eine extern vergleichende Qualitätssicherung legen, gehen auf die Münchner Perinatal-Studie von 1975 zurück. Ihre Zielsetzung war:

- Planung und Erprobung einer dem Krankenhauspersonal zumutbaren Erhebungsform für die Erfassung aller Geburten in den beteiligten Krankenhäusern
- Sammlung relevanter Daten und deren wissenschaftliche Auswertung zur Beschreibung der perinatologischen Situation im Großraum München
- Unterstützung der internen Selbstkontrolle und Schaffung von differenzierten Vergleichsmöglichkeiten zur externen Selbstkontrolle der teilnehmenden Krankenhäuser
- Gewinnung von statistischen Unterlagen zur Beantwortung perinatologischer Fragestellungen
- Aufbau einer Datenbank für eventuelle spätere Einzelfallanalysen.<sup>402</sup>

---

<sup>401</sup> Vgl. Wolf, H. G.: Qualitätssicherung in der Perinatalogie (1997), S. 129.

<sup>402</sup> Vgl. Niemann, F. M.; Beske, F.: Pilotprojekt Qualitätssicherung (1991), S. 232.

Anhand der ersten Ergebnisse, die aus der statistischen Auswertung der Perinataldaten im Zeitraum von 1975 bis 1977 gewonnen wurden, konnten Verbesserungsvorschläge für den klinisch-stationären Bereich erarbeitet und umgesetzt werden, so daß es in den folgenden Jahren zu einer sukzessiven Verbreitung der qualitätssichernden Maßnahmen in ganz Bayern kam. Die Gründung weiterer perinatologischer Arbeitsgemeinschaften erfolgte 1979 in Niedersachsen und 1981 in Nordrhein Westfalen. Ihnen schlossen sich in den darauffolgenden Jahren weitere perinatologischen Arbeitsgemeinschaften an.<sup>403</sup>

Bis 1987 kam es sukzessiv zu einer Ausdehnung der QS-Aktivitäten auf alle alten Bundesländer. Auf Landesebene bildeten sich bei den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen Arbeitsgemeinschaften zur Registrierung, Dokumentation und Auswertung der von den Krankenhäusern ausgefüllten Erhebungsbögen.<sup>404</sup> Die Ergebnisse der Auswertung werden in Form von sechs Klinikprofilen, Klinikstatistiken und Gesamtstatistiken an die Krankenhäuser zurückgeschickt. Anhand dieser Statistiken können die Hospitale ihre Leistungen, gemessen an Qualitätsindikatoren, über einen längeren Zeitraum und im Vergleich zu anderen Krankenhäusern beurteilen.<sup>405</sup> Von einer Fremdbeurteilung der Klinikergebnisse wird bisher abgesehen.<sup>406</sup>

1989 beteiligten sich an den Perinatalerhebungen in den alten Bundesländern über 800 Kliniken. Dabei konnten ca. 76% aller Geburten erfaßt werden.<sup>407</sup> Zwei Jahre später erhöhte sich die Teilnehmerzahl auf über 880 Krankenhäuser. Etwa 88% aller Geburten wurden auf diese Weise registriert.<sup>408</sup> Die Teilnehmer der Koordinierungsgespräche der Perinatologischen Arbeitsgemeinschaften ("Münchner Perinatalgespräche") konstatierten 1992, daß mittlerweile auch in allen neuen Bundesländern Qualitätssicherung im perinatologischen Fachbereich praktiziert wird. Zu diesem Zeitpunkt waren in ganz Deutschland über 1000 Kliniken mit über 90% der Geburten an dieser Maßnahme zur Qualitätssicherung beteiligt.<sup>409</sup>

---

<sup>403</sup> Vgl. Wolf, H. G.: Qualitätssicherung in der Perinatalogie (1997), S. 129.

<sup>404</sup> Vgl. Niemann, F. M.; Beske, F.: Pilotprojekt Qualitätssicherung (1991), S. 232.

<sup>405</sup> Vgl. Selbmann, H.K: Stand der Qualitätssicherungsmaßnahmen (1994), S. 63.

<sup>406</sup> Vgl. Selbmann, H. K.: Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland (1989), S. 106.

<sup>407</sup> Vgl. Selbmann, H. K.: Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland (1989), S. 105.

<sup>408</sup> Vgl. Selbmann, H. K: Stand der Qualitätssicherungsmaßnahmen (1991), S. 63.

<sup>409</sup> Vgl. BMG, Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung (1994), S. 18.

Je nach Region werden heute in Deutschland zwischen 95 und 100% der Geburten erfaßt. Durch die Einführung der Neonatalerhebung wurde auch die statistische Erfassung und Auswertung der weiteren Betreuung von Neugeborenen möglich.<sup>410</sup>

Im Zusammenhang mit der Darstellung der QS-Aktivitäten wird in vielen Veröffentlichungen gerne darauf verwiesen, daß "seit Einführung der Perinatal-Erhebung die fetale Morbidität deutlich vermindert und die perinatale Mortalität von 19,1 Promille im Jahr 1975 auf 6 Promille im Jahr 1990 gesenkt werden konnte (...)".<sup>411</sup> Hier muß jedoch kritisch bemerkt werden, daß es angesichts fehlender Evaluationsmaßnahmen bei den Aktivitäten zur Qualitätssicherung im Bereich der Perinatologie -insbesondere zu deren Effektivität- voreilig erscheint, diese Veränderungen unmittelbar den QS-Aktivitäten zuzuschreiben. Vielmehr besteht auch zukünftig noch Handlungsbedarf, die Evaluationsmethoden zur Bewertung von QS-Programmen zu verbessern.<sup>412</sup>

#### **4.2 Qualitätssicherung in der Allgemeinchirurgie**

Genau wie in der Perinatologie reichen die Anfänge im Bereich der chirurgischen Qualitätssicherung bis Mitte der siebziger Jahre zurück.<sup>413</sup> Mit einer ersten Pilotstudie wurde im Jahr 1977 begonnen. An ihr beteiligten sich 5 chirurgische Abteilungen mit 5 *Tracerdiagnosen* (Appendizitis, Leistenhernie, Cholelithiasis, Oberschenkelhalsfraktur, Rektumkarzinom).<sup>414</sup> Der Begriff "tracer" stammt aus dem Englischen und bedeutet zu deutsch "Aufspürer". Als Auswahlkriterien für Tracerdiagnosen gelten:

---

<sup>410</sup> Vgl. Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ): Qualitätsbericht. Perinatologie und Neonatologie, (1999), S. 7.

<sup>411</sup> Selbmann, H. K. et al.: Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung (1994), S. 9.

<sup>412</sup> Vgl. Selbmann, H. K. et al.: Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung (1994), S. 7 ff. Eine Verbesserung der Evaluationsmethoden erscheint auch deshalb von Bedeutung, weil „(...) unzureichende geburtshilflliche Maßnahmen (...) nicht notwendigerweise zu schlechten perinatalen Ergebnissen führen müssen. Andererseits sollte schlechtes perinatales Outcome keineswegs zwingend auf Fehler im geburtshilflichen Vorgehen zurückgeführt werden. Diese (...) Erhebungen sind sehr sorgfältig zu interpretieren und kommentieren, um nicht Mißverständnisse entstehen zu lassen und Schlußfolgerungen etwa auf suboptimales Vorgehen nahezu legen. Statistische Zusammenhänge stellen noch nicht notwendigerweise ursächliche Verknüpfungen dar. Sie erhellen nur Angaben, die in enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der dokumentierenden Klinik zu bearbeiten sind. Erst durch die Analyse vor Ort wird es möglich, Schwachpunkte herauszuarbeiten und für Abhilfe zu sorgen.“ Wolf, H. G.: Qualitätssicherung in der Perinatologie (1997), S. 149.

<sup>413</sup> Selbmann, H. K.: Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland (1989), S. 108.

<sup>414</sup> Vgl. Kaltenbach, T.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1993), S. 111.

- Patienten in definierter Weise beeinträchtigt
- Exakte Definition und leicht diagnostizierbar
- Hohe Prävalenz
- Therapierbar
- Valide Behandlungsstrategien vorhanden
- Nichtmedizinische Einflüsse bekannt und beschreibbar
- Tracerdiagnosen zusammen sollen repräsentativ für alle Leistungen des Krankenhauses sein.<sup>415</sup>

1979 wurde eine zweite Pilotstudie initiiert, an der 22 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen mitwirkten. Neben den bereits in der ersten Pilotstudie aufgeführten Tracerdiagnosen wurde die Anzahl der zu untersuchenden Krankheitsbilder um zwei zusätzliche Tracerdiagnosen erweitert: Gastroduodenalulcus und Unterschenkelfraktur.<sup>416</sup> Gleich im Anschluß an die zweite Erhebung erfolgte eine dritte Pilotstudie an 14 Krankenhäusern, davon 12 in Nordrhein-Westfalen, die sich allerdings nur noch auf die Tracerdiagnosen für Leistenhernie, Cholelithiasis und Oberschenkelhalsfraktur beschränkte.<sup>417</sup> Das Ziel dieser Erhebung bestand in der Entwicklung und Erprobung von Verfahren, die für die Qualitätssicherung im Bereich der Krankenhauschirurgie passend sind.<sup>418</sup> Unter Verwendung von Erhebungsbögen wurden prospektive und retrospektive Daten erhoben sowie postoperative Patientenumfragen durchgeführt. Die Intention der Patientenbefragungen bestand darin, sechs Monate nach Verlassen des Krankenhauses Erkenntnisse über den Gesundheitszustand der Patienten zu erlangen, um somit den Operationserfolg besser beurteilen zu können.<sup>419</sup>

Die vierte und letzte Erhebung erfolgte 1982 in Form einer flächendeckenden Pilotstudie, der "Qualitätsstudie Chirurgie Nordrhein-Westfalen". An ihr beteiligten sich annähernd die Hälfte aller chirurgischen Abteilungen in diesem Bundesland.<sup>420</sup>

---

<sup>415</sup> Niemann, F. M.; Beske F.: Pilotprojekt Qualitätssicherung (1991), S. 235.

<sup>416</sup> Vgl. Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre (1987), S. 196.

<sup>417</sup> Vgl. Kaltenbach, T.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1993), S. 111.

<sup>418</sup> Vgl. Erkert, T.: Qualitätssicherung im Krankenhaus (1991), S. 107.

<sup>419</sup> Vgl. Niemann, F. M.; Beske, F.: Pilotprojekt Qualitätssicherung (1991), S. 235 f.

<sup>420</sup> Vgl. Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre (1987), S. 193.



Nach Auswertung der Daten erhält jedes an der Maßnahme beteiligte Krankenhaus eine Krankenhausstatistik, eine Gesamtstatistik, welche die Ergebnisse aller Teilnehmer enthält, eine Komplikationsliste mit Todesfällen und Reinterventionen zur Selbstüberprüfung, sowie ein Klinikprofil. Letzteres bezieht sich auf alle an der Maßnahme beteiligten Krankenhäuser. Es zeigt die Stellung des eigenen Krankenhauses im Vergleich zu allen anderen Hospitälern auf, indem es für jedes Qualitätsmerkmal Informationen über den Variationsbereich und die mittlere Leistungsbreite der erhobenen Ausprägungsformen liefert. Jedes Qualitätsmerkmal ist weiterhin durch sogenannte "Auffälligkeitsbereiche" oder "Unauffälligkeitsbereiche" gekennzeichnet, anhand derer jedes Krankenhaus bestimmen kann, ob es außerhalb des normalen Leistungsbereichs liegt oder nicht. Sind Abweichungen gegeben, sollte anhand von internen Analysen geklärt werden, inwiefern es sich dabei tatsächlich um Schwachstellen in der Leistungserbringung handelt oder nicht. Keinesfalls sind derartige statistische Abweichungen jedoch mit "guter" oder "schlechter" Qualität der Leistungserbringung gleichzusetzen, sondern nur als Hinweis zu werten, sie einer internen Einzelfallanalyse zu unterziehen.<sup>421</sup>

Auf freiwilliger bzw. vertraglicher Basis wird seit 1987/1988 sowohl in Nordrhein-Westfalen (87 Kliniken), Baden-Württemberg (118 Kliniken), Schleswig-Holstein, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen diese Maßnahme zur Qualitätssicherung flächendeckend angeboten.<sup>422</sup> Genau wie bei der Peri- und Neonatologie obliegt auch hier die Organisation der Qualitätssicherung bei den Landesärztekammern.<sup>423</sup>

Nach mehr als einem Jahrzehnt Qualitätssicherung in der Chirurgie konnten eine Reihe von Erkenntnissen gewonnen werden, die eine Bewertung bzw. Einschätzung des Erfolges dieser Maßnahme zulassen. So lieferten die statistischen Daten aus der chirurgischen Qualitätssicherung in Baden-Württemberg wichtige Informationen zu der Häufigkeit von Erkrankungen und Eingriffen. Es zeigte sich beispielsweise, daß die Inzidenz von Blinddarmentzündung weitaus geringer war als zuvor angenommen wurde. Des weiteren konnte ein Rückgang um 50% von thromboembolischer Komplikationen bei Gallenwegseingriffen innerhalb von sechs Jahren sowie eine Verminderung septischer Komplikationen innerhalb von 4 Jahren und ein Rückgang der Liegezeiten bei Schenkelhalsfrakturen beobachtet werden. Aus einer Um-

---

<sup>421</sup> Vgl. Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre (1987), S. 197.

<sup>422</sup> Vgl. Felsenstein, M.: Qualitätssicherung in der Chirurgie (1997), S. 121; vgl. BMG, Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung, S. 17 und S. 58 und vgl. Selbmann, H. K.: Stand der Qualitätssicherungsmaßnahmen (1994), S. 63.

<sup>423</sup> Vgl. Jaster, H. J.: Externe Qualitätssicherungsprogramme in der stationären Versorgung (1997), S. 120.

frage, an der sich 1992 in Baden Württemberg 159 chirurgische Abteilungen beteiligten, ergab sich, daß 21,9% der Einrichtungen aufgrund der Ergebnisse des Erhebungszeitraums entsprechende arbeitsorganisatorische Veränderungen durchgeführt oder geplant hätten. Leider steht auch die Qualitätssicherung in der Chirurgie vor dem Problem der Erfassung von Langzeitergebnissen und der Patientenzufriedenheit, was sich wiederum erschwerend bzw. nachteilig auf die Aussagekraft dieser Maßnahme auswirkt.<sup>424</sup>

### 4.3 Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie

Die Einführung von QS-Maßnahmen in der operativen Gynäkologie geht auf die von Stark initiierten Pilotstudien "Postoperative Studie-Gyn 80" und "Gyn 84" zurück.<sup>425</sup> Unter Verwendung eines standardisierten Papiererhebungsbogens beteiligten sich freiwillig an diesen beiden Untersuchungen 85 bzw. 101 Krankenhäuser, wobei 57.362 bzw. 32.213 operative Eingriffe von Stark ausgewertet wurden (z.B. aufgetretene Komplikationen, Risikofaktoren sowie Art der operativen Eingriffe).

Nach Ende der Auswertung erhielt jedes Krankenhaus, anonymisiert mit einer Codenummer, folgende Unterlagen:<sup>426</sup>

- alle Einzelergebnisse seiner Operationen
- den jeweiligen Mittelwert der Gesamtkomplikationen aller Krankenhäuser für den jeweiligen Eingriff
- die Streuung der Gesamtkomplikationsrate für den Eingriff in den einzelnen Krankenhäusern
- die eigene Komplikationsrate
- eine graphische Darstellung der untersuchten Operationen in Form eines Krankenhausprofils.<sup>427</sup>

Wie bei der Qualitätssicherung in der Allgemein Chirurgie wird auch in der operativen Gynäkologie dem Krankenhausprofil eine zentrale Bedeutung beigemessen, da es jedem Spital die

---

<sup>424</sup> Vgl. Felsenstein, M.: Qualitätssicherung in der Chirurgie (1997), S. 126-127.

<sup>425</sup> Vgl. Erkert, T.: Qualitätssicherung im Krankenhaus (1991), S. 109 f. und vgl. Kaltenbach, T.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1993), S. 111.

<sup>426</sup> Vgl. Niemann, F. M.; Beske, F.: Pilotprojekt Qualitätssicherung (1991), S. 234.

<sup>427</sup> Vgl. Niemann, F. M.; Beske, F.: Pilotprojekt Qualitätssicherung (1991), S. 234.

Möglichkeit eröffnet, seinen Leistungsstandard zu eruieren und die erforderlichen Konsequenzen daraus zu ziehen.

Eine weitere erwähnenswerte Studie im Fachgebiet der Frauenheilkunde ist die im Jahr 1984 in Nordrhein-Westfalen praktizierte "Pilotstudie Nordrhein-Westfalen", an der sich 12 hauptamtlich geführte Fachabteilungen/Kliniken, 4 Belegabteilungen und 4 Arztpraxen beteiligten. Als zentrales Analyseobjekt waren intra- und postoperative Komplikationen bei gynäkologischen Eingriffen sowie drei Indikationsstellungen ausgewählt worden.<sup>428</sup>

Abschließend soll im Rahmen dieser Retrospektive kurz auf das Pilotprojekt "Qualitätssicherung in Krankenhäusern Schleswig Holsteins", das im Zeitraum vom 1.09.1989 bis zum 28.02.1991 in 12 Krankenhäusern stattfand, eingegangen werden. Ziel dieses Pilotprojektes war es, ein das gesamte Krankenhaus umfassendes Konzept zur Qualitätssicherung unter wissenschaftlicher Betreuung des Institutes für Gesundheits-System- Forschung-GmbH (IGSF) zu entwickeln. Im einzelnen wurde in den Fachbereichen Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe, Hämotherapie und nosokomiale Infektionen Verfahren zur Qualitätssicherung erprobt.<sup>429</sup>

Während in allen anderen Bereichen neue Erhebungsinstrumente entwickelt werden mußten, konnte in der Chirurgie und der Gynäkologie/Geburtshilfe auf Vorarbeiten zurückgegriffen werden. Im Bereich der Frauenheilkunde wurde beispielsweise der Erhebungsbogen der "Studie-Gyn.84" modifiziert verwendet.<sup>430</sup>

Offenbar sind Aufbau und Untersuchungsgegenstand der Komplikationsstudie von 1984 immer noch Grundlage für die Entwicklung und Modifikation von Erhebungsbögen neuerer Studien. Zweifelsohne unverändert aktuell und richtungweisend für das weitere Vorgehen zur Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie sind die nachfolgend aufgeführten Empfehlungen von Stark:

- 1) Durchführung auf freiwilliger Grundlage
- 2) Anonym mit Codenummer
- 3) Einfache und praktikable Anwendung
- 4) Breite Basis (kleine und große Krankenhäuser)
- 5) Ausreichende Fallzahl

---

<sup>428</sup> Vgl. Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre (1987), S. 196.

<sup>429</sup> Vgl. Niemann, F. M.; Beske, F.: Pilotprojekt Qualitätssicherung (1991), S. 1.

- 6) Wenig Erhebungspunkte
- 7) Festlegung eines Standards
- 8) Informationsaustausch auf der Basis von Krankenhausprofilen
- 9) Frage der Finanzierung<sup>431</sup>

An die postoperative Studie "Gyn 84" knüpfte das Projekt „Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie“ (QSGyn) an, das im Zeitraum von 1992-1996 die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen durchführte.<sup>432</sup> An dem Projekt nahmen 51 gynäkologische Einrichtungen teil, die aus einer Gesamtmenge von ursprünglich 150 interessierten Kliniken ausgewählt wurden. Die überwiegende Mehrzahl der Teilnehmer stammte aus dem Bereich der Ärztekammer Nordrhein und Westfalen-Lippe, während Bayern, Hamburg, Niedersachsen, Hessen und Thüringen mit nur jeweils einer Klinik vertreten waren.<sup>433</sup>

Primäres Ziel der Studie war die Entwicklung einer fachlich versierten qualitätssichernden Maßnahme für die operative Gynäkologie, zu dessen Operationalisierung geeignete Dokumentationsinstrumente, Qualitätsindikatoren und grafische Monitore entwickelt werden mußten. Ein weiterer Aspekt des Projektes betraf die Evaluation der Auswirkungen von Informationsrückkopplungen auf die Versorgungspraxis sowie die Verhandlung mit den Kostenträgern über eine mögliche Übernahme der Maßnahme in die Regelfinanzierung. Darüber hinaus versuchte man Kriterien zu entwickeln, auf denen eine Bewertung der gesamten Leistungsfähigkeit und Qualität operativ-gynäkologischer Versorgungseinrichtungen basieren könnte.<sup>434</sup>

Die Auswertung der Studienergebnisse ergab, daß die angestrebten Ziele des Projekts erreicht wurden. Das Bundesland Hessen entschloß sich sogar ab 1. Januar 1997, die im Projekt entwickelte Qualitätssicherungsmaßnahme in die Regelversorgung und -Finanzierung zu übernehmen. Im einzelnen wurden nachfolgend aufgeführte Ergebnisse gewonnen:

---

<sup>430</sup> Vgl. Niemann, F. M.; Beske, F.: Pilotprojekt Qualitätssicherung (1991), S. 64.

<sup>431</sup> Vgl. Niemann, F. M.; Beske, F.: Pilotprojekt Qualitätssicherung (1991), S. 234.

<sup>432</sup> Vgl. Geraedts, M.: Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie (1998), S. 1.

<sup>433</sup> Vgl. Geraedts, M.: Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie (1998), S. 9.

<sup>434</sup> Vgl. Geraedts, M.: Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie (1998), S. 1.

1. „die Entwicklung und Evaluation von **20 Qualitätsindikatoren für die operative Gynäkologie**, anhand derer interne und externe Vergleiche der Prozeß- und Ergebnisqualität ärztlichen Handelns durchgeführt werden können,
2. die Weiterentwicklung von **graphischen Qualitätsmonitoren** zur Präsentation von Klinikprofilen und -vergleichen,
3. die **Rückkopplung von Ergebnissen** zur Epidemiologie und Qualität der Versorgung an die Teilnehmer,
4. die **Evaluation der Auswirkungen** einer Informations-Rückkopplung an die Kliniken,
5. die Entwicklung eines **Erhebungsinstruments** (Papierform), mit dem auf nur einer DIN A4-Seite (..) Daten dokumentiert werden können (...),
6. die **Datensatzbeschreibung** für eine EDV-Version des Erhebungsinstruments einschließlich der Festlegung von **Plausibilitätskontrollen** (...),
7. die Formulierung eines minimalen **Auswertungsplanes** zur Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie (...),
8. die Erprobung der **Integration einer Qualitätsdokumentation in ein bestehendes Abteilungsinformationssystem**,
9. die Entwicklung von **Kriterien zur umfassenden Bewertung** der Leistungsfähigkeit und Qualität der operativ-gynäkologischen Versorgung als Grundlage einer eventuellen Zertifizierung.“<sup>435</sup>

Ferner belegten die Ergebnisse der Studien das hohe qualitative Versorgungsniveau in der operativen Gynäkologie, deckten aber gleichzeitig auch Stellen auf, in denen eine verbesserte Versorgung zu erreichen wäre.<sup>436</sup>

---

<sup>435</sup> Geraedts, M.: Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie (1998), S. 83-84.

<sup>436</sup> Vgl. Geraedts, M.: Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie (1998), S. 84. Detailliertere Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in der operativen Gynäkologie schließen sich bei Geraedts den bisher getätigten Ausführungen unmittelbar an, sollen an dieser Stelle aber nicht näher ausgeführt werden.

#### 4.4 Weitere Aktivitäten der medizinischen Qualitätssicherung

Neben den traditionellen und etablierten Methoden zur Qualitätssicherung gibt es in anderen medizinischen Bereichen wie auch in Krankenhäusern verschiedene Initiativen zur Qualitätssicherung, von denen hier nur einige wenige exemplarisch umrissen werden sollen.

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften (Eichordnung, Strahlenschutzgesetz) im medizinisch-technischen Bereich müssen sich die klinisch-chemischen Laboratorien zweimal pro Jahr an sogenannten Ringversuchen beteiligen, bei denen Präzision und Richtung von Messungen kontrolliert werden.<sup>437</sup> Ähnlich wird in der Röntgendiagnostik und der Mammographie verfahren. Neben Abnahme und Konstanzprüfungen fordern die ärztlichen Stellen bei den Landesärztekammern regelmäßig einzelne Röntgenaufnahmen an, um Bildqualität und Röntgendiagnose zu überprüfen. Wer den Anforderungen dieser qualitätssichernden Maßnahmen entspricht, erhält ein entsprechendes Zertifikat.<sup>438</sup>

Von seiten der Gesetzlichen Krankenversicherung sind zwei Versuche auf dem Gebiet externer Leistungskontrollen initiiert worden. Zum einen handelt es sich um den Hamburger Modellversuch des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Er soll Daten für Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekte aller Kassen erfassen und auswerten, die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung der Region sind. Anhand der Erhebungsergebnisse erhofft man sich, sowohl im Krankenhaus wie auch in der gesamten Region eine Verbesserung der Transparenz der Krankenhausleistungen zu erreichen und somit den Kassen ausreichende Informationen für ihre Mitwirkung an der Planung der Leistungsstrukturen zu vermitteln.

Das zweite Projekt ist eine vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen begründete und mittlerweile vom Bundesverband der Angestellten-Ersatzkassen weitergeführte Datei auf Bundesebene, der Krankenhaus-Index. In diesem Projekt geht es primär um die Entwicklung von Indikatoren für die Krankenhäuser, die Auffälligkeiten in der Versorgungsstruktur sichtbar machen. Die so gewonnenen Daten können beispielsweise für einen verbesserten Betriebsvergleich herangezogen werden und stellen mittelfristig eine Informationsbasis zur Vorbereitung der Pflegesatzverhandlungen dar.<sup>439</sup>

---

<sup>437</sup> Vgl. Fiedler, E. Straub, C.: Die Rolle der Qualitätssicherung (1994), S. 430.

<sup>438</sup> Vgl. Selbmann, Stand der Qualitätssicherungsmaßnahme (1994), S. 62 f.

<sup>439</sup> Vgl. Kaltenbach, T.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1993), S. 113 f.

#### 4.5 Schwachstellen der Qualitätssicherung im Krankenhaus

Die gegenwärtig praktizierten Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Krankenhaus werden zur Zeit durch Mängel und Unzulänglichkeiten eingengt. Diese sind mitverantwortlich für ihren gegenwärtigen Entwicklungsstand und ihren verhältnismäßig geringen Verbreitungsgrad.

Traditionelle Qualitätssicherungsmaßnahmen sind im wesentlichen auf den Einzelfall ausgerichtet. Bei der Entscheidungsfindung orientieren sie sich nur selten an explizit definierten Kriterien. Die Fallauswahl erfolgt nicht systematisch, und die Fallbeurteilung ist eher subjektiv. Die eigene positive Intention bei der Leistungserbringung und die erkenntnistheoretische Erfahrungslimitation sind auf die abteilungseigenen Ergebnisse ausgerichtet. Erschwerend kommt hinzu, daß der Gesamtvorgang in eine hierarchische Entscheidungsstruktur eingebunden ist. Dadurch ist eine objektive und vergleichende Qualitätsbeurteilung kaum möglich.

Als ein weiterer Schwachpunkt muß die ausgesprochen weitläufige Datenbasis betrachtet werden, aus der die Informationen kommen (z.B. OP-Buch, Patientenakten, Patientenkurven, Pflegedokumentation usw.). Sie entspricht nicht den Anforderungen einer Qualitätssicherung, die kontinuierlich, systematisch, objektiv, explizit, vergleichbar und effektiv sein sollte, um Soll-Ist-Vergleiche der Behandlung zu ermöglichen.<sup>440</sup>

Von der Methodik her sind externe Qualitätskontrollen und vergleichende Prüfungen aus folgenden Gründen nicht unproblematisch:

- die Patientenklientel der Krankenhäuser ist nicht ohne weiteres vergleichbar (z.B. wegen unterschiedlicher Alters- und Schweregradverteilungen),
- die betreffenden Leistungen sind nur in einigen Krankenhäusern problemträchtig (z.B. überlange Wartezeiten für Laborbefunde) und kommen damit nicht überall für eine Qualitätsverbesserung in Frage,
- externe vergleichende Prüfungen entziehen sich einer standardisierten Datenerhebung (z.B. wegen fehlender expliziter Qualitätsindikatoren, nicht genormter Terminologien oder unterschiedlicher Erfassungstechniken).<sup>441</sup>

Weiterhin erfordert die richtige Interpretation vergleichender Darstellungen von Qualitätsindikatoren neben ärztlichem, pflegerischem und organisatorischem Sachverstand gute Kennt-

---

<sup>440</sup> Vgl. Kersting, T: Qualitätssicherung im Krankenhaus (1993), S. 20.

<sup>441</sup> Vgl. Selbmann, H. K. et al.: Maßnahmen der Medizinischen Qualitätssicherung (1994), S. 15.

nisse über die strukturellen Gegebenheiten eines Krankenhauses. Beispielsweise muß eine überdurchschnittlich hohe Komplikationsrate nicht unbedingt ein Indiz für die schlechte Behandlungsqualität des betroffenen Krankenhauses sein, vielmehr könnte sie auch durch eine Krankenhausbesonderheit erklärt werden (ältere Patientenklientel, Einzugsbereich der Klinik etc.). Um derartige Fehlinterpretationen zu vermeiden, müssen die externen vergleichenden Prüfungen einer regelmäßigen Evaluation unterzogen werden.<sup>442</sup>

Erschwerend kommt für die Umsetzung der etablierten Qualitätssicherungsprogramme hinzu, daß zwischen Erhebung und Auswertung der Ergebnisse bis zu zwei Jahre liegen können. Diese stark zeitversetzte Rückinformation über die Erhebungsergebnisse an die einzelnen Abteilungen zieht aber noch weitere Konsequenzen nach sich: Einerseits bricht mit der Rückmeldung des Abteilungsergebnisses das System als Regelkreislauf ab, andererseits ist jede einzelne Abteilung sowohl bei der Datenanalyse als auch bei deren Auswertung vollkommen auf sich selbst gestellt. In diesem Tatbestand offenbart sich ein großer Nachteil der Qualitätssicherungsprogramme: Sie enthalten keine weiteren Hinweise darüber, wie Qualitätssicherung oder -verbesserung zu erreichen sind.

Neben dem Ärger der langen Rücklaufzeiten der Auswertungen kommt noch die personelle Hierarchie innerhalb der ärztlichen Berufsgruppe als Erschwernis hinzu. Der einzelne behandelnde Arzt, der erheblich zur Erfassung und Registrierung der Daten beigetragen hat, erhält die Ergebnisse der Untersuchung, wenn überhaupt, oftmals nur "gefiltert" über seinen Vorgesetzten. Dieser Umstand wirkt sich äußerst negativ auf die Motivation des betreffenden Arztes aus, da ihm schlichtweg die fehlende Rückinformation für sein Handeln fehlt.<sup>443</sup> Angesichts dieser Tatbestände bleibt zu konstatieren, daß die Instrumente der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen im Hinblick auf ein zeitnäheres Feedback der Information unbedingt zu verbessern sind.<sup>444</sup>

Bemängelt werden muß weiterhin, daß bei den praktizierten Qualitätssicherungsprogrammen die Qualität der stationären Versorgung lediglich anhand einiger weniger Fälle dokumentiert wird. Die Gründe hierfür liegen im wesentlichen in der nur geringen Anzahl von untersuchten Krankheitsbildern je Fachgebiet, den wenigen Fachgebieten, in denen überhaupt

---

<sup>442</sup> Vgl. Selbmann, H. K.: Blick und Ausblick (1994), S. 2 f.

<sup>443</sup> Vgl. Kersting, T: Qualitätssicherung (1993), S. 20.

<sup>444</sup> Vgl. BMG, Maßnahmen der Medizinischen Qualitätssicherung (1994), S. 28.



ein Programm existiert, und in der nach wie vor verhältnismäßig geringen Verbreitung der Programme.<sup>445</sup>

Ein weiteres Defizit der QS-Programme besteht in der von der Chirurgie verwendeten Tracermethode, die zur Auswahl von Krankheitsbildern verwendet wird. Anhand einiger weniger Krankheitsbilder oder Diagnosen erfolgt hier die qualitative Bewertung einer ganzen medizinischen Abteilung. Diese Vorgehensweise birgt aber die Gefahr in sich, zu einem verzerrten Bild der qualitativen Leistungserbringung zu gelangen. Damit nicht immer nur dieselben Diagnosen im Mittelpunkt der Untersuchung stehen, empfiehlt es sich daher, die Tracerdiagnosen temporär zu wechseln. Dies geschieht aber in der Praxis bisher noch recht selten.<sup>446</sup>

Gegenwärtig fehlen den QS-Maßnahmen und -Aktivitäten klare Beurteilungsinstrumente, anhand derer die Programme umfassend evaluiert werden können, d.h. "(...) die bisher in Routine eingeführten bzw. sich in Entwicklung befindenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (mußten) kaum den Rechtfertigungsnachweis in Hinblick auf Effektivität und Effizienz erbringen (...) (vergleichbar und analog z.B. zum Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit von Arzneimitteln)." Somit muß konstatiert werden, daß es gegenwärtig in Deutschland weder eine ausgebildete Qualitätssicherungs- noch Evaluationskultur gibt.<sup>447</sup>

Erschwerend kommt noch hinzu, daß oftmals die Dokumentation von vielen Ärzten nur als zusätzlicher Papierkrieg betrachtet wird, als "bürokratisches Monster", das mit seinen Formularen und Computern, Daten und Statistiken die Ärzte bei ihrer Tätigkeit verfolgt.<sup>448</sup>

Darüber hinaus trifft Qualitätssicherung auf ein ärztliches Selbstverständnis, das von einer langen Erfahrung und anstrengenden Berufstätigkeit geprägt ist, die zudem noch einer Vielzahl von Kontrollen und Vorschriften sowie einer Menge diagnostischer und therapeutischer Verfahren zur routinemäßigen Qualitätskontrolle bzw. -sicherung unterworfen wird.<sup>449</sup> Vor diesem Hintergrund erscheint die vorherrschende Skepsis bzw. mangelnde Akzeptanz gegenüber weiteren Maßnahmen zur Qualitätssicherung verständlich. Aufklärungsarbeit scheint auch hier noch erforderlich. Dieser ablehnenden Haltung könnte z.B. durch Seminarveranstal-

---

<sup>445</sup> Vgl. Kaltenbach, T.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1993), S. 114.

<sup>446</sup> Vgl. Kaltenbach, T.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus (1993), S. 114 f.

<sup>447</sup> Vgl. Selbmann, H. K. et al.: Maßnahmen der Medizinischen Qualitätssicherung (1994), S. 14.

<sup>448</sup> Vgl. Häussler, B.: Qualitätssicherung, Warum das Thema (1993), S. 12.

<sup>449</sup> Vgl. Häussler, B.: Qualitätssicherung, Warum das Thema (1993), S. 12.

tungen für Ärzte und Pflegepersonal zu Themen wie Qualitätsphilosophie, Qualitätsverantwortung und Theorie und Praxis der Qualitätssicherung entgegengewirkt werden.<sup>450</sup>

#### **4.6 Ansätze zu Verbesserung der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in deutschen Krankenhäusern**

Wie im vorigen Unterpunkt aufgezeigt wurde, unterliegt die Qualitätssicherung in deutschen Krankenhäusern einer Reihe von Mängeln und Problemen, deren Behebung einen längeren Zeitraum beanspruchen dürfte. In diesem Unterpunkt sollen daher die wesentlichen Voraussetzungen umrissen werden, die zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation erforderlich sind.

Auf die Notwendigkeit einer regelmäßigen Evaluation der externen vergleichenden Qualitätsprüfungsverfahren wurde bereits hingewiesen. Darüber hinaus muß aber bedacht werden, daß gegenwärtig nicht die richtigen Voraussetzungen für effiziente, externe Qualitätsprüfungen bestehen. Zu diesen Voraussetzungen gehören insbesondere

- ein organisatorisches und inhaltliches Gesamtkonzept für die externe Qualitätskontrolle,
- geeignete Qualitätsindikatoren,
- funktionierende Infrastrukturen für die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern,
- externe Unterstützung der Krankenhäuser bei der Umsetzung der Ergebnisse der externen Vergleiche und
- eine angemessene Transparenz der Qualität nach innen und außen.<sup>451</sup>

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu erkennen, daß derartige externe Qualitätskontrollen nur erfolgreich sein können, wenn in den Krankenhäusern ein aktives Qualitätsmanagement betrieben wird. Dieses setzt das Vorhandensein entsprechender Infrastrukturen voraus, wie beispielsweise Qualitätskommissionen oder -koordinatoren, die mit gewissen personellen und finanziellen Ressourcen versehen sind.<sup>452</sup>

Unbestreitbar liegt der Schwerpunkt des Qualitätsmanagements primär auf der medizinischen Versorgung der Patientenkielentel. Dies darf aber nicht zu dem Trugschluß führen, daß Qualitätsmanagement ausschließlich eine Aufgabe von Ärzten und Pflegekräften ist. Vielmehr

---

<sup>450</sup> Vgl. BMG, Maßnahmen der Medizinischen Qualitätssicherung (1994), S. 28.

<sup>451</sup> Vgl. Selbmann, H. K. et al.: Maßnahmen der Medizinischen Qualitätssicherung (1994), S. 16.

<sup>452</sup> Vgl. Selbmann, H. K.: Blick und Ausblick (1994), S. 3.

bedarf es zur Erstellung und Sicherung der Qualität im Krankenhaus des Einbezugs der Mitarbeiter aller Berufsgruppen und Hierarchien, i.S. eines umfassenden Qualitätsmanagements.

Zu den wichtigsten Schlüsselementen des umfassenden Qualitätsmanagements gehören:

- die Kundenorientierung (z.B. Patient, Ärzte, Pflegekräfte, Verwaltungspersonal),
- die Verantwortung der obersten Leitungsebene (z.B. für die Erstellung des Qualitätsentwicklungsplans),
- die Einbeziehung der Krankenhausmitarbeiter (z.B. Qualitätszirkel, der Fortbildung, etc.),
- und die geeignete Struktur zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen (Qualitätskommission, Qualitätsmanager, etc.).<sup>453</sup>

#### 4.6.1 Das Münchner Modell

Daß es sich bei der Forderung nach einem umfassenden Qualitätsmanagement für Krankenhäuser nicht bloß um ein theoretisches Modell handelt, belegt beispielsweise das Modell "Vertrauen durch Qualität" der fünf Städtischen Krankenhäuser Münchens, das seit 1989 Qualitätsmanagement betreibt.<sup>454</sup>

Im Stadtratsbeschluß von 1988 wurde seinerzeit die Umsetzung der inhaltlichen Vorgaben des §137 SGB V festgelegt. Während dieser Paragraph aber die externen Vergleiche in den Mittelpunkt stellt, geht es den Initiatoren des Münchner Modells um interne Qualitätssicherung mit externer Begleitung, d.h. um die Schaffung von Strukturen, die Krankenhäuser unterstützen sollen, unter erschwerten wirtschaftlichen Bedingungen eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. Qualitätsverbesserung der Leistung im Sinne der internen Qualitätssicherung ist somit Aufgabe jedes einzelnen Mitarbeiters und jeder Leitung.<sup>455</sup>

Die Strukturen des Münchner Modells berücksichtigen im wesentlichen die oben genannten Schlüsselfaktoren des Qualitätsmanagements (Verantwortung und Unterstützung der ober-

---

<sup>453</sup> Vgl. Selbmann, H. K. et al.: Maßnahmen der Medizinischen Qualitätssicherung (1994), S. 17.

<sup>454</sup> Vgl. Piwernetz, K.; Hanel, I.: Für Qualitätssicherung haben wir keine Zeit (1994), S. 329. Neben dem Münchner Modell ist noch auf das TQM-Projekt am Klinikum Ludwigshafen zu verweisen, das sich seit 1995 als erstes akademisches Lehrkrankenhaus in Richtung Qualitätsmanagement und Kundenorientierung entwickelt. Vgl.: Graf, V.; Barnbold, J. F.: Total Quality Management am Klinikum Ludwigshafen (1995), S. 17 und S. 27-30 und vgl.: Mühlbauer, B. H.: Total Quality Management am Klinikum Ludwigshafen-Zwei Jahre praktische Erfahrung (1997), S. 113.

<sup>455</sup> Vgl. Hanel, I.; Metzger, I.: Vertrauen durch Qualität (1995), S. 7.

sten Leitungsebene, Bildung einer Qualitätskommission, Projektgruppen, Qualitätszirkel, Qualitätsmanagementteam, Kunden-, Patientenbefragungen, etc.) und lehnen sich zugleich an die DIN ISO 9004-2 Leitlinie an, von der folgende 4 Schlüsselemente übernommen wurden:

- Die Verantwortung für das Qualitätsmanagement hat die Krankenhausleitung
- Bereitstellung von Personal und Mitteln
- Schaffung von Strukturen und Organisation
- Kundenorientierung<sup>456</sup>

Nach einer schwierigen Einführungsphase nahm allein der Aufbau der Organisationsstrukturen drei Jahre in Anspruch. Gerade die engagierte Unterstützung der internen problembezogenen Qualitätssicherung seitens der Krankenhausleitung führte zu einer schnelleren Akzeptanz des Qualitätsmanagements durch die Mitarbeiter. Neben der Schaffung einer "corporate identity" für alle Mitarbeiter sowie der Verbesserung des Klimas im gesamten Krankenhaus konnte auch die Effektivität des Systems durch einzelne Projekte bzw. Studien, wie z.B. "Präoperative Liegezeiten bei Patienten mit Schenkelhalsfraktur", evaluiert werden.<sup>457</sup> Mit diesen Maßnahmen hat das Münchner Modell einige interessante Erkenntnisse im Hinblick auf die Möglichkeiten und Probleme bei der Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements zur internen Qualitätssicherung in einem deutschen Krankenhaus gebracht.

#### 4.6.2 Das KTQ-Modell

Neben den bisher exemplarisch dargestellten Qualitätssicherungsprogrammen und Qualitätsmanagementprojekten gab es Mitte der 90er Jahre erste Ansätze zu Entwicklung eines *krankenhausspezifischen* Zertifizierungsverfahrens, daß der Öffentlichkeit unter der Bezeichnung „Zertifikat A“ und „Zertifikat B“ vorgestellt wurde. Dabei handelte es sich um ein von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung gemeinsam verabschiedetes *Thesepapier* zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in Krankenhäusern.<sup>458</sup> Aus dem Thesepapier erstellte 1996 der Verband der Angestellten-Krankenkassen und der Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV) das „Ver-

---

<sup>456</sup> Vgl. Hanel, I.; Metzger, I.: Vertrauen durch Qualität (1995), S. 7.

<sup>457</sup> Vgl. Selbmann, H. K. et al.: Maßnahmen der Medizinischen Qualitätssicherung (1994), S. 11 f. und vgl. Hanel, I.; Metzger, I.: Vertrauen durch Qualität (1994), S. 9 f.

<sup>458</sup> Vgl. o.V.: DKG und GKV-Spitzenverbände verabschieden Thesepapier (1995), S. 219-220.

fahren zur Erstellung von Qualitätssicherungsberichten von Krankenhäusern“ (Zertifikat A).<sup>459</sup>

Da es sich bei dem Zertifikat A nicht um ein von allen Partnern des Gesundheitswesens akzeptiertes Verfahren handelte, blieb sein Erfolg aus. Ungeachtet der geringen Resonanz des Zertifikats A wurde weiter in den Spitzengremien vieler Institutionen des Gesundheitswesens über Zertifizierung als Mittel zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung nachgedacht. Diese Überlegungen führten 1997 zum Abschluß eines offenen Rahmenvertrages zwischen der Bundesärztekammer und dem VdAK/AEV. Seine Zielsetzung bestand in der Entwicklung eines Verfahrens zur Beurteilung und Zertifizierung von Krankenhäusern und der Initiierung der *Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ)*. An den Arbeiten des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten KTQ-Projekts beteiligte sich seit 1999 auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Noch im September desselben Jahres erklärte sie formell ihren Beitritt als Vertragspartner zur KTQ. Zu den weiteren Beteiligten am KTQ-Projekt gehören die Spitzenorganisation der Pflegeverbände, der Deutsche Pflegerat (DPR), Vertreter des Zusammenschlusses der konfessionellen Krankenhäuser (proCum Cert) sowie die Arbeitsgemeinschaft der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF). Eine Mitarbeit der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung steht kurz bevor.<sup>460</sup>

Als Ergebnis dieser breiten Zusammenarbeit wurde ein Zertifizierungskonzept entwickelt, das an internationalen Organisationen wie der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), des Canadian Council on Healthcare Standards (CCHSA) und des Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) ausgerichtet ist. Wie bei den Akkreditierungssystemen dieser Organisationen unterliegt auch das KTQ-Konzept dem Prinzip der freiwilligen Teilnahme. Unter Anwendung der im KTQ-Katalog enthaltenen *Kriterien* soll ein Krankenhaus zunächst eine *Selbstbewertung* durchführen, die vorhandene Schwachstellen aufdecken soll. Dabei wird ausdrücklich die Unabhängigkeit des Selbstbewertungsverfahrens von dem der Zertifizierung betont, d.h. eine Selbstbewertung ist einer

---

<sup>459</sup> Vgl.: KTQ-Manual (2000), S. 12. Darüber hinaus entwickelte 1997 die Bundesärztekammer einen „Leitfaden zum Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus“, der Krankenhäusern beim Aufbau eines Qualitätsmanagements behilflich sein sollte. Vgl. Bundesärztekammer: Leitfaden Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus (1997).

<sup>460</sup> Vgl. KTQ Internet Seite.

Zertifizierung zwar voranzustellen, sie kann aber auch losgelöst von dieser erfolgen.<sup>461</sup> Für die Durchführung der *Fremdbewertung* des Krankenhauses sind *Visitoren* vorgesehen, an deren Qualifikation hohe Ansprüche erhoben werden. Neben einer langjährigen beruflichen Erfahrung müssen sie eine leitende Funktionen im ärztlichen-, pflegerischen- oder Verwaltungsbereich eines Krankenhauses ausüben und über umfassende Kenntnisse im Bereich des Qualitätsmanagements verfügen. Zu ihren Tätigkeiten während einer Fremdbewertung gehört u.a. die Beratung der Fachkollegen und das Führen von Gesprächen mit Patienten, Angehörigen und Repräsentanten des Krankenhauses.<sup>462</sup>

Die obengenannten Kriterien des KTQ-Kataloges wurden von Arbeitsgruppen<sup>463</sup> aufgestellt, deren Mitglieder sich interdisziplinär aus den verschiedenen Bereichen des Krankenhauses zusammensetzen. Dabei erarbeiteten sie Kriterien, die sich *allgemein* auf die Qualität von Strukturen und Prozessen im Krankenhaus beziehen und solche, die auf die Qualität der fachabteilungsbezogenen Ergebnisse hin abzielen.<sup>464</sup> Im KTQ-Katalog sind die Kriterien in 6 Hauptkategorien angeordnet, die in einzelne Subkategorien diversifiziert sind:

- 1) Patientenorientierung in der Krankenversorgung
- 2) Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung
- 3) Sicherheit im Krankenhaus
- 4) Informationswesen
- 5) Krankenhausführung
- 6) Qualitätsmanagement

Vergleichbar mit der DIN ISO 9000 Zertifizierung soll auch bei KTQ die Zertifizierung im Krankenhaus durch unabhängige Organisationen (Zertifizierungsstellen) bzw. durch deren akkreditierte Visitoren erfolgen. Im Gegensatz zur ISO 9000 Zertifizierung ist die Erteilung

---

<sup>461</sup> Vgl. KTQ-Manual (2000), S. 14.

<sup>462</sup> Vgl. KTQ-Manual (2000), S. 15.

<sup>463</sup> Arbeitsgruppen wurden zu den Bereichen Krankenhausdirektorium, Patientenbefragung und Pflege unter Berücksichtigung der Ergebnisse externer Qualitätssicherungsverfahren etabliert. Weitere fachspezifische Arbeitsgruppen bildete man für die Chirurgie, Gynäkologie, Urologie, Orthopädie, Anästhesie und Intensivmedizin/-pflege sowie Innere Medizin. Vgl. KTQ-Internet Seite.

<sup>464</sup> Vgl. KTQ-Manual (2000), S. 15.

eines Zertifikates aber nur begrenzt. Bisher ist eine Gültigkeitsdauer von 3 Jahren geplant<sup>465</sup>, danach muß das betreffende Krankenhaus seine Zertifizierung erneut beantragen.

Im Kern verfolgen die Initiatoren des KTQ-Projektes folgende Zielsetzungen:<sup>466</sup>

- *Motivation der Krankenhäuser*; Durch die Zertifizierung eines Krankenhauses nach KTQ sollen Anstöße bzw. Impulse gegeben werden „(...) neue Elemente des Qualitätsmanagements auf der Grundlage einer Analyse und Weiterentwicklung bestehender Strukturen und Abläufe zu implementieren (...). Ziel ist eine bestmögliche Patientenversorgung unter optimierten Arbeitsbedingungen für die im Krankenhaus Tätigen sowohl hinsichtlich der Abläufe als auch der Ergebnisse“<sup>467</sup> Wie bereits erwähnt, ist die Teilnahme an der Zertifizierung *freiwillig*.
- *Patientenorientierung*; Im Mittelpunkt aller Qualitätsbemühungen steht die Verbesserung der Patientenversorgung. Sie umfassen sämtliche patientenbetreffenden Prozesse und Ergebnisse. Angesichts der Patienten- und Ergebnisorientierung des Zertifizierungsverfahrens wird der Prozeß- und Ergebnisqualität eine höhere Bewertung eingeräumt als der Strukturqualität.
- *Mitarbeiterorientierung*; Förderung und Stärkung der Leistungserbringer.<sup>468</sup> Die Zertifizierung fördert die „Optimierung der Leistungserbringung“. Dazu sollen alle Berufsgruppen eines Krankenhauses kollegial und abteilungsübergreifend als Team zusammenarbeiten.
- *Erhöhung der Transparenz*; Zertifizierung wird als Mittel zur Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens und der Qualität eines Krankenhauses gesehen. Zu den Adressaten einer verbesserten Transparenz gehören die Patienten, die niedergelassenen Ärzte, die Krankenkassen, die Mitarbeiter eines Krankenhauses und die Krankenhäuser selbst. Nach erfolgreicher Zertifizierung sollen deren Ergebnisse in Form eines standardisierten Zertifizierungsberichtes der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Mehr als 300 Krankenhäuser und knapp 400 Krankenhausmitarbeiter bewarben sich um die Teilnahme an der Pilotphase bzw. für die Visitorenschulung. Aus dieser Gesamtzahl wurden letztlich 25 Krankenhäuser für die KTQ-Erprobungsphase und je 15 Bewerber aus dem ärztlichen, pflegerischen und kaufmännischen Bereich ausgewählt.

---

<sup>465</sup> Vgl. KTQ Internet Seite.

<sup>466</sup> Vgl. KTQ Internet Seite und vgl. KTQ-Manual (2000), S. 13-14.

<sup>467</sup> KTQ-Manual (2000), S. 13.

<sup>468</sup> Vgl. Müller, M. L.: Pflege in KTQ (1999): KTQ-Internet Seite.

Die Projektverantwortlichen unterteilten das KTQ-Projekt in 2 Phasen: Phase I beinhaltete die *Selbstbewertung* der Krankenhäuser (01.05.2000 bis 31.7.2000) und Phase II deren *Fremdbewertung* (01.10.2000 bis 31.01.2001).<sup>469</sup> Fast zeitgleich zur ersten Phase erfolgte bei der Bayerischen Landärztekammer in München das 1. KTQ-Visitoren-Training, bei dem die Visitoren auch auf die Fremdbewertung vorbereitet wurden.<sup>470</sup>

Erste Ergebnisse aus den beiden Pilotphasen liegen mittlerweile vor. Der Erfahrungsbericht vom Dezember 1999 der Schlosspark-Klinik in Berlin zum KTQ-*Pretest* vermittelt einen ersten Eindruck von den potentiellen Stärken und Schwächen des KTQ-Entwurfs.<sup>471</sup> Als positiv wurde die Berufsgruppen übergreifende Zusammenarbeit bei der Zielplanung und die damit verbundenen Diskussionsprozesse hervorgehoben.<sup>472</sup> Nach Ansicht der Tester sollte der Aspekt der interdisziplinären Zusammenarbeit sogar noch stärker als bisher in den Katalogentwurf integriert werden. Des weiteren bewerteten die Mitarbeiter der Schloßparkklinik die krankenhausspezifischen qualitätsrelevanten Fragestellungen als positiv, da sie deutlich die Handschrift von fachkompetenten Experten aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereichen trugen. Als Schwachstellen eruierte man die wechselnde Wortwahl und Fragetechnik und die z.T. sehr unterschiedliche Gewichtung der Katalogbausteine. Als verbesserungsbedürftig wurden ebenfalls das Verhältnis der Katalogkategorien untereinander und deren Ausrichtung auf Strukturen, anstatt auf Prozesse und Ergebnisse, angesehen.<sup>473</sup>

---

<sup>469</sup> Vgl. KTQ-Pilotphase: KTQ-Internet Seite.

<sup>470</sup> Vgl. Erstes KTQ-Visitoren-Training durchgeführt: KTQ-Internet Seite.

<sup>471</sup> Vgl. Baumgarten, J.: Zertifiziert-demnächst nach KTQ? (2000), S. 103-105.

<sup>472</sup> Vgl. Baumgarten, J.: Zertifiziert-demnächst nach KTQ? (2000), S. 103.

<sup>473</sup> Vgl. Baumgarten, J.: Erfahrungsbericht-KTQ-Pretest (1999), o.A. Weitaus kritischer fällt die Stellungnahme des KMS zur KTQ-Pilotphase vom Juni 2001 aus. Bemängelt werden vermeintliche systematische und methodisch-inhaltliche Schwächen des Modells. Dazu gehört u.a. die Forderung nach einer verbesserten Transparenz der Leistungen und der Leistungsfähigkeit, eine größere Einbeziehung von Ergebniskriterien und eine grundlegende Überarbeitung der „unzulänglichen Bewertungssystematik“. Darüber hinaus kritisiert das KMS die unsystematische Vorgehensweise in den Kategorien, die mangelhafte Berücksichtigung wichtiger Bereiche und Abteilungen eines Krankenhauses, die Vernachlässigung wirtschaftlicher Kennzahlen für die Bewertung sowie den großen zeitlichen und finanziellen Aufwand, der für die Selbstbewertung erforderlich ist. Insgesamt lehnen die Verantwortlichen des KMS das KTQ®-Handbuch, Version 3.0, in der gegenwärtig vorliegenden Form als Verfahren zur Selbstbewertung von Krankenhäusern oder als Zertifizierungsinstrument ab. Vgl. Bachleitner, W.; Seyfarth-Metzger, I.: KTQ-Pilotphase (2001), S. 508-510.

Die Kritik des KMS wurde im wesentlichen von führenden Vertretern von BÄK, VdAK/AEV und DKG dezidiert mit dem Hinweis zurückgewiesen, daß sich „(...) viele Kritikpunkte des KMS auf derzeit noch of-



Zwei wichtige Empfehlungen können anhand der aus dem Pretest gewonnenen Erkenntnisse für die weitere Entwicklung des KTQ-Katalogs ausgesprochen werden. Zum einen legt man den Vertragspartnern bzw. Autoren einen verantwortungsvollen und vorsichtigen Umgang mit den aus der Selbst- und Fremdbewertung gewonnenen Ergebnissen aus Datenschutzgründen nahe. Denn nur wenn gewährleistet ist, welche internen Daten z.B. an die Zertifizierungsstelle, die Visitoren oder die Öffentlichkeit weiterzugeben sind, bestehen gute Aussichten auf eine weitere erfolgreiche Entwicklung des Zertifizierungsverfahrens. Zum anderen hängt die Akzeptanz des KTQ-Verfahrens maßgeblich von dem Verhalten und Fähigkeiten der Visitoren ab. In Anbetracht ihrer wichtigen Funktion sollten sie daher ihre Qualifikationen ebenfalls in einem Testlauf unter Beweis stellen, bevor sie Krankenhausbegehungen vornehmen.<sup>474</sup>

### 4.6.3 Das EFQM-Modell

Ein weiteres Modell zur Verbesserung des Qualitätsmanagements in deutschen Krankenhäusern bietet die European Foundation for Quality Management (EFQM-Modell) an. Obwohl es sich nicht um ein *speziell* für Krankenhäuser entwickeltes Qualitätsmanagementmodell handelt, kann es nicht nur auf Unternehmen und Organisationen aus nahezu allen Produktions- und Dienstleistungsbranchen angewendet werden, sondern auch auf Einrichtungen des Gesundheitswesens.<sup>475</sup> Diese universelle Anwendbarkeit überrascht nicht, wenn man sich die Entstehungsgeschichte und Elemente des EFQM-Modells betrachtet.

Die Gründung der European Foundation for Quality Management (E.F.Q.M) erfolgte 1988 auf Initiative von 14 führenden europäischen Unternehmen, um nach Vorbild des amerikanischen Qualitätspreises „Malcolm Baldrige Award“ einen Europäischen Qualitätspreis für Wirtschaftsunternehmen zu kreieren. Unter Einbeziehung von Experten aus ganz Europa begann man gegen Ende der achtziger Jahre mit der Entwicklung eines Modells zur Selbstbe-

---

fene Aspekte des Verfahrens abstellen, zu deren Erarbeitung die Pilotphase beitragen soll, das heißt, die beim derzeitigen Entwicklungsstand noch gar nicht vorhanden sein können“. Kolkmann, F. W.; Scheinert, H. D.; Schoppe, C.; Walger, M.: KTQ® auf dem Prüfstand (2001), S. 511.

<sup>474</sup> Vgl. Baumgarten, J.: Erfahrungsbericht-KTQ-Pretest (1999), o.A.

<sup>475</sup> Vgl. European Foundation for Quality Management: Selbstbewertung (1997), S. 5 und vgl. Eichler, A.: EFQM-Fremdassessments (1997), S. 132.

wertung<sup>476</sup> unternehmerischer Leistungen,<sup>477</sup> aus dem das Europäische Modell für Qualität (EFQM-Modell, Abbildung 6) hervorging.

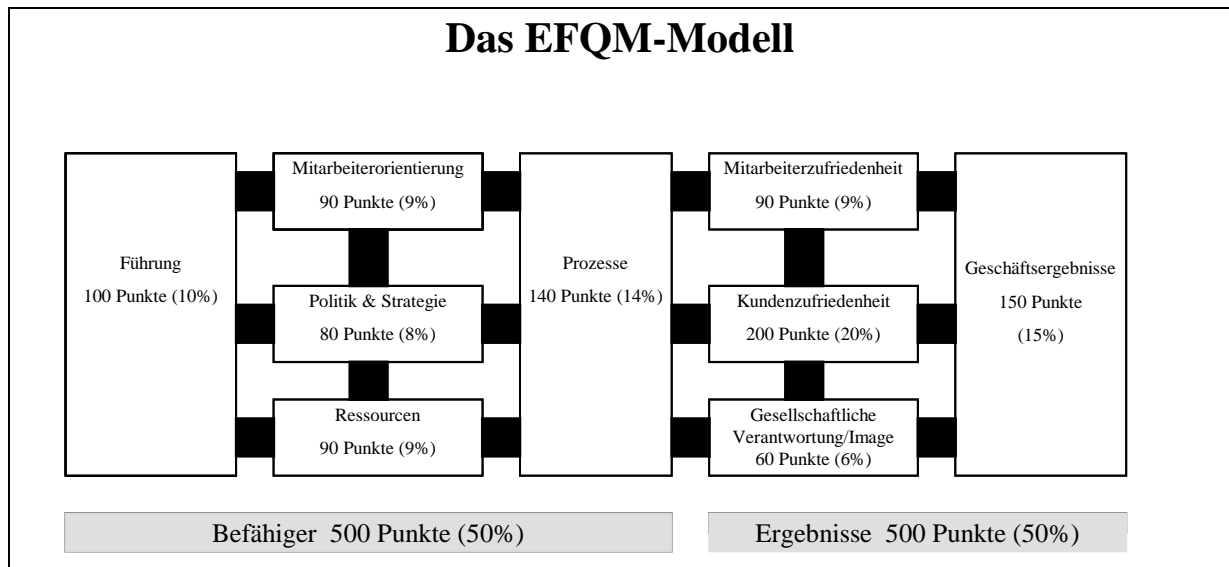


Abbildung 6: Das EFQM-Modell (Quelle: European Foundation for Quality Management: Selbstbewertung. Richtlinien für den Öffentlichen Sektor, Brüssel 1997, S. 13.)

Mit dem EFQM-Modell soll zum Ausdruck gebracht werden, daß Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und gesellschaftliche Verantwortung durch eine Führung erreicht werden, welche die Politik und Strategie sowie das Management von Mitarbeitern und Ressourcen lenkt und vorantreibt, was letztendlich zu herausragenden Geschäftsergebnissen führt. Dabei entspricht jedes der 9 Elemente des EFQM-Modells einem Kriterium zur Beurteilung der Leistung einer Organisation. Die in Klammern angegebenen Prozentangaben geben die relative Gewichtung der Kriterien zur Beurteilung des Fortschritts bzw. der Leistung einer Organisation oder eines Bewerbers um den European Quality Award wider. Zudem ermögli-

<sup>476</sup> Unter „(...)Selbstbewertung ist eine umfassende, systematische und regelmäßige Überprüfung der Tätigkeiten und Ergebnisse einer Organisation anhand eines Modell für Business Excellence (zu verstehen). (...) Der Selbstbewertungsprozeß ermöglicht es der Organisation, ihre Stärken und Verbesserungsbereiche klar zu erkennen und führt letztendlich zur Planung von Verbesserungsmaßnahmen, deren Fortschritte überwacht werden.“ European Foundation for Quality Management: Selbstbewertung (1997), S. 11. Eine ähnliche, wenn auch kürzere Definition findet sich bei Brereton: „Self assessment is a comprehensive, systematic and regular review of an organisation’s activities and business results, leading to planned improvement actions“. Brereton, M.: Introducing Self Assessment (1996), S. 22.

<sup>477</sup> Vgl. Ellis, V.: Der European Quality Award (1995), S. 279.

chen die Gewichtungen eines Unternehmens, sich mit den Branchenbesten- Organisationen in Europa vergleichen zu können,<sup>478</sup> um erfolgreiches Benchmarking<sup>479</sup> betreiben zu können.

Die 9 Kriterien des Modells sind in 2 Gruppen aufgeteilt: *Befähiger (enablers)* und *Ergebnisse (results)*. Die ersten 5 *Befähiger Kriterien* auf der linken Seite befassen sich mit der Art und Weise, *wie* das Unternehmen die Ergebnisse erzielt.<sup>480</sup> Jedes einzelne Befähiger-Kriterium ist nochmals in eine Anzahl von Unterpunkten unterteilt, die alle anzusprechen sind. Bei der Beantwortung der Unterpunkte sind insbesondere präzise Angaben über die konzeptionelle Vorgehensweise und den Grad der Umsetzung (z.B. durch Angabe qualitativer Daten der Umsetzung) zu machen. Für das Befähiger-Kriterium „Mitarbeiterorientierung“ müssen beispielsweise folgende Unterpunkte ausnahmslos beantwortet werden:<sup>481</sup>

**Kriterium 3: Mitarbeiterorientierung:**

*Der Umgang der Organisation mit ihren Mitarbeitern.*

**Wie** die Organisation das gesamte Potential ihrer Mitarbeiter freisetzt, um ihre Geschäftstätigkeit ständig zu verbessern.

Es ist nachzuweisen, wie:

- 3a: - Mitarbeiterressourcen geplant und verbessert werden.
- 3b: - Die Kompetenzen und Fähigkeiten der Mitarbeiter bei Personalplanung und Personalentwicklung erhalten und weiterentwickelt werden.
- 3c: - Mitarbeiter und Teams Ziele vereinbaren und ständig die Leistungen überprüfen.
- 3d: - die Beteiligung aller Mitarbeiter am Prozeß der ständigen Verbesserung gefördert wird und wie Mitarbeiter autorisiert werden, selbst zu handeln
- 3e: - eine wirksame Kommunikation von oben nach unten sowie umgekehrt und horizontal erzielt wird.

Quelle: European Foundation for Quality Management: Der European Quality Award. Bewerbungsbroschüre (1996), S. 14.

<sup>478</sup> Vgl. European Foundation for Quality Management: Selbstbewertung (1997), S. 13-14.

<sup>479</sup> Eine ausführliche Beschreibung des Begriffs „Benchmarking“ ist im Unterpunkt 2.9.3 zu finden.

<sup>480</sup> Vgl. Brereton, M.: Introducing Self Assessment (1996), S. 23.

<sup>481</sup> Vgl. European Foundation for Quality Management: Selbstbewertung (1997), S. 25-27.

Die 4 *Ergebniskriterien* auf der rechten Seite des Modells befassen sich damit, *was* die Organisation erreicht hat und gegenwärtig erreicht.<sup>482</sup> Sie sollten Trendinformationen liefern bezüglich der Leistungsergebnisse der Organisation und diese mit den internen Zielen sowie den Leistungen der Konkurrenten und Klassenbesten vergleichen. Wie bei den Befähiger- Kriterien sollten auch hier entsprechende Zahlenwerte, Meßgrößen oder relevante Leistungskennzahlen bei der Beantwortung jedes Kriteriums und Unterkriteriums beigefügt werden, aus denen ein Trend über einen mehrjährigen Zeitraum ersichtlich wird.<sup>483</sup> Für das Kriterium Kundenzufriedenheit sind beispielsweise Angaben zu folgenden Unterpunkten zu machen:<sup>484</sup>

#### **Kriterium 6: Kundenzufriedenheit**

**Was** die Organisation im Hinblick auf die Zufriedenheit ihrer externen Kunden leistet.

Es sind aufzuzeigen:

- 6a: - die Beurteilung bezüglich der Produkte, Dienstleistungen und der Kundenbeziehungen der Organisation aus der Sicht der Kunden.

Ansatzpunkte **könnten** die Beurteilung der Kunden (z.B. anhand von Kundenumfragen, Fokusgruppen, Lieferantenbewertungen etc.) bezüglich folgender Aspekte sein:

- Zugänglichkeit der Dienstleistung (...)
- Behandlung von Beschwerden (...).

- 6b. Zusätzliche Meßgrößen, die sich auf die Zufriedenheit der Kunden mit der Organisation beziehen.

Ansatzpunkte **könnten** Meßgrößen sein, die die Organisation verwendet, um die Zufriedenheit und Loyalität von externen Kunden zu verstehen, vorherzusagen und zu verbessern, und zwar bezüglich folgender Aspekte sein:

- (...) erhaltene Belobigungs- oder Dankeschreiben (...)
- Berichterstattung in den Medien (...).

Quelle: European Foundation for Quality Management: Selbstbewertung. Richtlinien für den öffentlichen Sektor (1997), S. 35.

<sup>482</sup> "Results are about what the business *has* achieved and is achieving." Brereton, M.: Introducing Self Assessment (1996), S. 23.

<sup>483</sup> Vgl. European Foundation for Quality Management: Selbstbewertung (1997), S. 15.

<sup>484</sup> Vgl. European Foundation for Quality Management: Selbstbewertung (1997), S. 15 und vgl. European Foundation for Quality Management: Der European Quality Award. Bewerbungsbroschüre (1996), S. 15.

Unter Zuhilfenahme einer Tabelle bewerten die Prüfer das Vorgehen und die Umsetzung jedes einzelnen Befähiger Kriteriums mit einem Prozentsatz zwischen 0% und 100%.<sup>485</sup> Analog erfolgt unter Beachtung des Erfüllungsgrads der Güte und des Umfangs eine prozentuale Bewertung der Ergebniskriterien. In einem letzten Schritt wird das Ergebnis jedes Kriteriums bzw. Unterkriteriums mit einem Faktor multipliziert, um eine Punktzahl zu ermitteln. Die Summe aller 9 Kriterien ergibt die Gesamtpunktzahl der Selbstbewertung.<sup>486</sup> Wie aus dem Schaubild zum EFQM-Modell zu entnehmen ist, kann eine Organisation in der Summe den Idealwert von 1000 Punkten erzielen, der erwartungsgemäß von keinem Unternehmen bisher erreicht worden ist. Vielmehr belegen die bisherigen Erfahrungen, daß Spitzenunternehmen sich in einem Bereich von 600 Punkten bewegen, während erstmalige Selbstbewertungen nach EFQM in vielen Fällen nur eine Gesamtpunktzahl von unter 300 Punkten hervorbringen.

Eine pilotartige Anwendung des EFQM-Modells auf deutsche Krankenhäuser erfolgte erstmals 1997 in den Bereichen der Akutmedizin des Deutschen Herzzentrums in München und in der Asklepios Klinik in Triberg, Bereich Rehabilitation.<sup>487</sup> Zwei Jahre später wurden bereits ca. 20 Anwendungen in deutschen Arztpraxen, mehreren Krankenhäusern der Akut- und Rehabilitationsmedizin sowie im komplementär stationären Bereich durchgeführt.<sup>488</sup> Bis Mitte des Jahres 2001 stieg diese Zahl auf rund 250 Kliniken in Deutschland.<sup>489</sup> Die Anwendung des EFQM-Modells ist aber nicht nur auf Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland beschränkt. Europaweit wenden mittlerweile ca. 400-700 Kliniken das EFQM-Modell an.<sup>490</sup>

Eine Auswertung der Verteilung der Gesamtpunktwerte von 17 begutachteten Einrichtungen des Gesundheitswesens ergab, daß ca. die Hälfte aller Einrichtungen eine Punktebewertung von 200 bis 300 Punkten erhielt. Lediglich 13% der begutachteten Institutionen lag zwischen 151 und 200 Punkten; die beste Einrichtung erreichte knapp über 400 Punkte.<sup>491</sup> Diese Ergebnisse korrelieren zum Teil mit den Resultaten von Industrie- und Dienstleistungsunter-

---

<sup>485</sup> Für jedes Befähiger- und Ergebniskriterien kann der Prüfer entweder 0%, 25%, 50%, 75% oder 100% wählen oder zwischen den Werten interpolieren. Vgl. European Foundation for Quality Management: Der European Quality Award. Bewerbungsbroschüre (1996), S. 16-17.

<sup>486</sup> Vgl. European Foundation for Quality Management: Selbstbewertung (1997), S. 86.

<sup>487</sup> Vgl. Vogt, W.; Möller, J. et al.: Premiere in Deutschland (1997), S. 734.

<sup>488</sup> Vgl. Swertz, P.; Möller, J.: EFQM-System auf Erfolgskurs (1999), S. 396.

<sup>489</sup> Vgl. Möller, J.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus (2001), S. 112.

<sup>490</sup> Vgl. Möller, J.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus (2001), S. 117.

<sup>491</sup> Vgl. Swertz, P.; Möller, J.: EFQM-System auf Erfolgskurs (1999), S. 397.

nehmen, die eine erstmalige Selbstbewertung nach den EFQM-Kriterien vorgenommen haben. Im Gegensatz zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens erzielten die Branchenbesten aber Ergebnisse von über 600 Punkten (siehe oben).

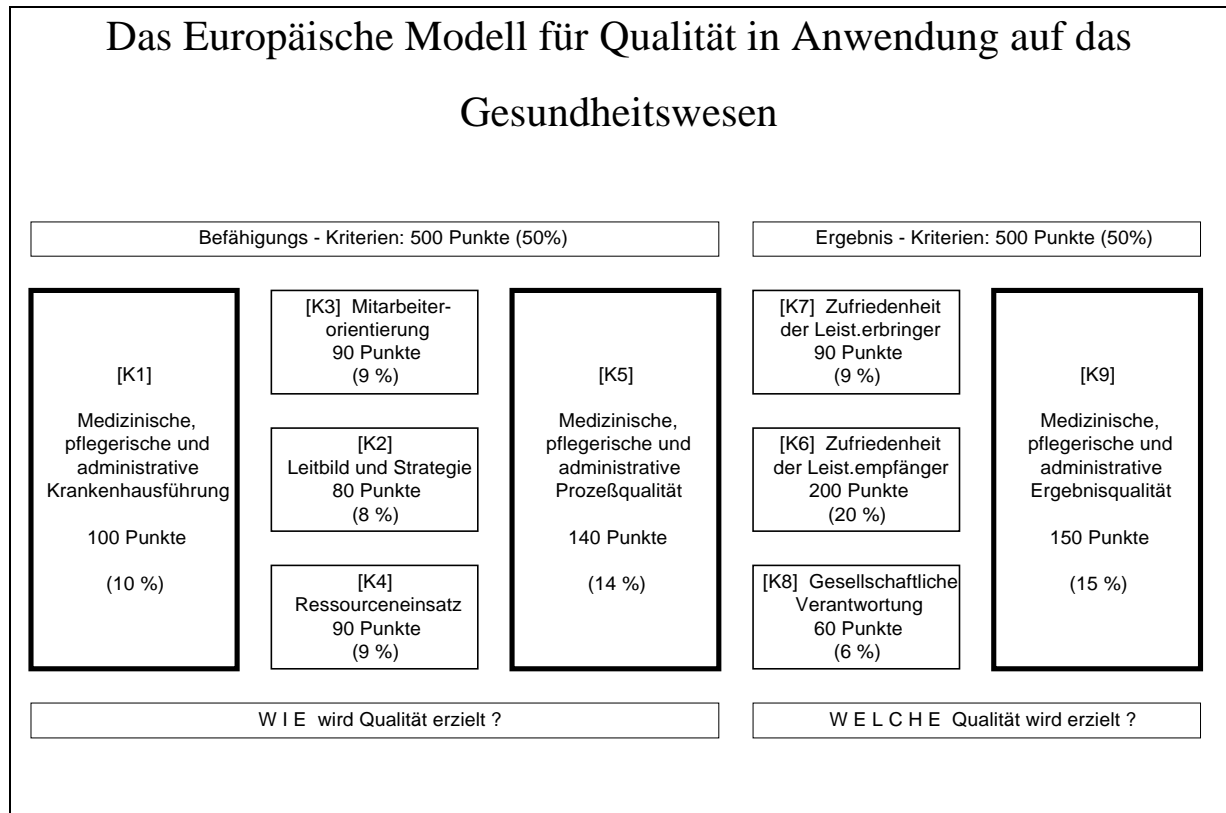


Abbildung 7: Das Europäische Modell für Qualität in Anwendung auf das Gesundheitswesen (Quelle: Möller, J./Van Houtte/Sonntag, H. G.: Das Europäische Modell für Qualität im Gesundheitswesen: Die Betonung liegt auf Ergebnisqualität (1998), S. 315.)

Um bei der Selbstbewertung die Spezifika eines Krankenhauses möglichst genau berücksichtigen zu können, adaptierte man unter Beibehaltung der Beurteilungsabläufe des EFQM-Modells dessen 9 Kriterien auf die besonderen Verhältnisse eines Krankenhauses. Wie aus Abbildung 7 zu entnehmen ist, erweiterte man beispielsweise das Kriterium 1, „Führung“, Kriterium 5, „Prozesse“ auf medizinische, pflegerische und administrative Krankenhausführung bzw. Krankenhausprozesse. Das EFQM-Kriterium „Kundenzufriedenheit“ wurde in „Zufriedenheit der Leistungsempfänger“ umbenannt. Unter dieser Bezeichnung sind sowohl direkte Leistungsempfänger (z.B. Patienten und deren Angehörige sowie Kostenträger) als auch indirekte Leistungsempfänger (z.B. niedergelassene Ärzte, Selbsthilfegruppen) zu subsumieren. Einer weiteren Differenzierung unterzog man das EFQM-Kriterium 9, Geschäftsergebnisse, indem man eine Differenzierung nach medizinischer, pflegerischer und finanzieller Ergeb-

nisqualität vornahm. Durch diese Maßnahme versprach man sich u.a. eine Abdeckung des gesamten Spektrums der Ergebnisqualität im Gesundheitswesen.<sup>492</sup>

Beide Kliniken bezogen im Verlauf der Selbstbewertung das gesamte Krankenhaus mit ein. Der internen Bewertung durch die Mitarbeiter des Krankenhauses schloß sich eine externe Bewertung durch eine Prüfungskommission an, deren Mitglieder überwiegend in verschiedenen Krankenhäusern arbeiteten. Letztere gelangten in einer sogenannten „Konsensuskonferenz“ zu einer einheitlichen Bewertung der jeweiligen Klinik, das in Form eines Ergebnisberichts der Klinikleitung übergeben wurde und die Grundlage für zukünftige Verbesserungsansätze bildete.

Am Beispiel der beiden Kliniken wurde ersichtlich, daß eine Übertragung und erfolgreiche Anwendung des EFQM-Modells in deutschen Krankenhäusern möglich ist. Damit bietet das EFQM-Modell durch die Selbst- und Fremdbewertung den Betroffenen in den jeweiligen Kliniken ein weiteres Instrument zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems, das nicht als Konkurrenz zum KTQ-System gesehen werden sollte, sondern als sinnvolle, ergänzende Alternative. Letztendlich wird die praktische Erfahrung im Umgang mit KTQ zeigen, ob eine Selbstbewertung der eigenen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, in Abhängigkeit von der Erfahrung des jeweiligen Hauses mit TQM, nach dem einen oder anderen System praktikabler erscheint oder nicht.<sup>493</sup>

---

<sup>492</sup> Dazu ausführlich Vogt, W.; Möller, J. et al.: *Premiere in Deutschland* (1997), S. 734-736.

<sup>493</sup> Eine Untersuchung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen EFQM-, und KTQ-System scheint diese Annahme zu bestätigen. Beide Modelle weisen methodische Gemeinsamkeiten auf, zu denen beispielsweise die standardisierte Selbst- und Fremdbewertung oder die Vor-Ort-Begehung gehört. Inhaltlich fokussieren die Kriterien des EFQM-Modells die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität, während das KTQ-System verstärkt auf Struktur-, und Prozeßqualität ausgerichtet ist. Aufgrund der vorhandenen Komplementarität zwischen beiden Modellen scheint eine Verknüpfung beider Systeme überlegenswert. Nähere Ausführungen zu diesem Punkt sind nachzulesen bei Möller. Vgl. Möller, J.: *Qualitätsmanagement im Krankenhaus* (2001), S. 113-117.

## 4.7 Exkurs: Die 2002 Health Care Criteria for Performance Excellence

### 4.7.1 Grundsätze

Im Gegensatz zum EFQM-Modell wird das nachfolgend dargestellte System bisher nicht in deutschen Krankenhäusern angewendet. Dennoch erscheint es sinnvoll und angebracht, das US-amerikanische Pendant zum EFQM-Modell in diesem Unterpunkt in seinen Grundzügen darzustellen, um auf die Möglichkeiten und den Nutzen eines weiteren Qualitätsmanagementsystems zur Selbstbewertung in deutschen Krankenhäusern aufmerksam zu machen.

Die 2002 Health Care Criteria for Performance Excellence basieren auf dem Modell der Malcolm Baldrige Award Kriterien. Beim Malcolm Baldrige Award<sup>494</sup> handelt es sich um einen im Jahre 1987 vom Wirtschaftsminister der USA geschaffenen Qualitätspreis, der jährlich amerikanischen Unternehmen für ihre überragenden Leistungen in bezug auf Qualität und Qualitätsmanagement verliehen wird. Seine Bezeichnung erfolgte zu Ehren des gleichnamigen Handelsministers der USA, der im selben Jahr bei einem Unfall tödlich verunglückte.<sup>495</sup>

Der Preis wird für folgende Kategorien vergeben:<sup>496</sup>

- Industrieunternehmen mit mehr als 500 Mitarbeitern,
- kleinere Industrieunternehmen mit weniger als 500 Mitarbeitern,
- Einrichtungen des Ausbildungs- und Schulwesens (education organizations) und
- Gesundheitseinrichtungen.

In jeder Kategorie können pro Jahr drei Preise vergeben werden. Die Preisverleihung unterbleibt jedoch, wenn keines der sich bewerbenden Unternehmen den Anforderungskriterien gerecht wird. Ausgezeichnete Organisationen sind dazu verpflichtet, Informationen über die eigene erfolgreiche Qualitätsstrategie mit anderen amerikanischen Unternehmen auszutauschen, sofern es sich dabei nicht um vertrauliche Angaben handelt. Dieser Austausch erfolgt

---

<sup>494</sup> Das Handelsministerium der USA (U.S. Department of Commerce) ist verantwortlich für das „Baldrige National Quality Programm“ und die damit verbundene Preisverleihung. Beauftragt mit der Verwaltung bzw. den Betrieb des Baldrige Programms wurde das „National Institute of Standards and Technology“, das eine Behörde der „Departments Technology Administration“ ist. Vgl. Baldrige National Quality Program. Health Care Criteria (2002), Einleitung.

<sup>495</sup> Vgl. Gump, G.: ISO 9000 entschlüsselt (1995), S. 181.

<sup>496</sup> Vgl. Baldrige National Quality Program. Health Care Criteria (2002), S. 62.



jährlich auf der offiziellen Konferenz des Malcolm Baldrige National Quality Award, der sogenannten „Quest for Excellence“ Konferenz.<sup>497</sup>

Die Funktion einer Selbstbewertung nach den „Health Care Criteria“ besteht in

- einer Verbesserung der eigenen Verfahren, Fähigkeiten und *Ergebnisse*,
- einer einfacheren und verbesserten Kommunikation und des Informationsaustauschs zwischen US-amerikanischen Unternehmen aller Kategorien über deren erzielte Bestleistungen sowie
- der Bereitstellung eines Instrumentes, das zu einem besseren Verständnis und Umgang mit dem Faktor „Leistung“ beiträgt und individuelles und organisationelles Lernen ermöglicht.

Alle „Health Care Criteria“ beruhen auf einer Anzahl von Grundsätzen und Werten, die in einer Wechselbeziehung zueinander stehen:<sup>498</sup>

#### *(1) Visionäre Führung*

Den leitenden Führungskräften aus dem verwaltungstechnischen und dem medizinischen Bereich obliegt die Aufgabe, Richtlinien zu setzen und eindeutige patientenorientierte Werte und Erwartungen zu determinieren. Zudem sind sie dafür verantwortlich, Strategien, Systeme und Methoden aufzustellen, die hervorragende Leistungen in der Gesundheitsversorgung hervorbringen. Durch ihr persönliches Auftreten sollen die Führungskräfte alle Mitarbeiter inspirieren und motivieren, sich zu entwickeln, innovativ und kreativ sowie offen für Lernprozesse zu sein.

#### *(2) Erbringung patientenorientierter Bestleistungen*

Die Erbringung patientenorientierter Bestleistungen wird als strategisches Konzept begriffen, das auf eine enge Patientenbindung und den damit verbundenen Ausbau von Marktanteilen von miteinander in Konkurrenz stehenden Krankenhäusern abzielt. Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, gilt es sämtliche Faktoren zu ermitteln (einschließlich derjenigen, die nicht unmittelbar mit dem Erbringen patientenorientierter Leistungen zu tun haben), die das

---

<sup>497</sup> Seit zwölf Jahren treffen sich auf dieser dreitägigen Konferenz leitende Angestellte, Ärzte, Manager und Führungskräfte aus dem Bereich des Qualitätswesens, um den Empfängern des „Baldrige Award“ zu erfahren, wie deren Unternehmen herausragende Leistungen durch die Anwendung der „Baldrige Kriterien“ erbracht haben. Vgl. Baldrige National Quality Program. Health Care Criteria (2002), S. ii.

<sup>498</sup> Vgl. Baldrige National Quality Program. Health Care Criteria (2002), S. 1-S.4.

Wertgefüge und die Zufriedenheit des Patienten maßgeblich bestimmen bzw. beeinflussen. Dies setzt wiederum die regelmäßige Messung dieser Faktoren voraus, damit ein Krankenhaus schnell und flexibel auf sich schnell verändernde Patientenbedürfnisse und Veränderungen im Gesundheitssektor zu reagieren vermag.

### *(3) Organisationales und individuelles Lernen*

Die Erbringung herausragender Leistungen erfordert das Vorhandensein eines gut funktionierenden Verfahrens, das organisationales und individuelles Lernen gewährleistet. *Organisationales Lernen* umfaßt die laufende Verbesserung bestehender Verfahren und das Anpassen an Veränderungen, was wiederum zur Aufstellung neuer Ziele und Methoden führt. Ideen und Anregungen von Mitarbeitern, Patienten und anderen „Kunden“, Forschungs- oder Ergebnissen von Benchmarkuntersuchungen können als Quellen des organisationalen Lernens herangezogen werden. Organisationen, die ihren Mitarbeitern Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten anbieten, eröffnen diesen die Möglichkeit zum *individuellen Lernen*. Im Ergebnis kann dies zu zufriedeneren und loyaleren Mitarbeitern führen, die unternehmensübergreifend in einer verbesserten, innovationsfreudigeren Umgebung arbeiten.

### *(4) Würdigung/Wertschätzung von Mitarbeitern und Teilhabern (Valuing Staff and Partners)*

Der Erfolg einer Organisation hängt zunehmend von den Kenntnissen, den Fähigkeiten, der Kreativität und der Motivation seiner Mitarbeiter und Teilhaber ab. Um diese Eigenschaften und Potentiale für den Unternehmenserfolg erschließen zu können, sollte ein Unternehmen interne und externe Partnerschaften errichten. *Interne Partnerschaften* beinhalten beispielsweise die Zusammenarbeit zwischen den Erbringern gesundheitsbezogener Leistungen und anderen Mitarbeitern, die Kooperation verschiedener Laboratorien oder Vereinbarungen zwischen der Unternehmensleitung und den Gewerkschaften. Mitarbeiterbezogene Partnerschaften erfordern hingegen Aspekte wie Personalentwicklung, unternehmensweites Training („cross training“) oder die Errichtung neuer Arbeitsstrukturen. Der Aufbau *externer Partnerschaften* kann z.B. mit Kunden, Lieferanten, der Gemeinde oder anderen sozialen Organisationen erfolgen. Aus ihnen könnten strategischer Partnerschaften oder Allianzen aufgebaut werden, die kosteneffektiveres Arbeiten ermöglichen.

### (5) *Beweglichkeit*

Erfolgreiches Agieren im Gesundheitswesen verlangt, schnell und flexibel auf sich verändernde Bedingungen in diesem Bereich reagieren zu können. Dies ist notwendig, weil Anbieter von Gesundheitsleistungen mit immer kürzer werdenden Zeiträumen für die Einführung neuerer oder verbesserter Leistungen konfrontiert werden und flexibler auf Patienten- und Kundenwünsche reagieren müssen. Damit wird der Faktor Zeit bzw. die Dauer eines Einführungszyklus zu einer kritischen prozessualen Größe, die es zu verbessern bzw. optimieren gilt. Der Nutzen der erzielten Zeitreduzierungen führt oftmals zu organisatorischen Verbesserungen, niedrigeren Kosten, verbesserter Qualität, erhöhter Produktivität und verbesserter Patientenorientierung.

### (6) *Zukunftsorientierte Ausrichtung*

Zukunftsorientiert arbeitende Einrichtungen im Gesundheitswesen müssen Kenntnis von den kurz- und langfristigen Faktoren haben, die Einfluß auf die eigene Positionierung im Markt haben.

Das Streben nach bestmöglicher Behandlung der Patienten erfordert eine stark ausgeprägte Zukunftsorientierung und die Bereitschaft, *langfristige* Verpflichtungen gegenüber den zentralen Akteuren im Gesundheitswesen (Patienten und deren Familien, Mitarbeitern, Kommunen, Kostenträgern, Medizinstudenten) einzugehen. Des weiteren sollten bereits bei der Planung eine Vielzahl von Faktoren berücksichtigt werden, wie z.B. Veränderungen in den Leistungssystemen, Verfügbarkeit von Ressourcen, Erwartungen von Patienten, Erwartungen der Öffentlichkeit und anderen Akteuren oder technologische Entwicklungen. Diese Einflüsse gilt es sowohl in den strategischen Überlegungen als auch bei der Einteilung von Ressourcen mit zu berücksichtigen. Zukunftsorientierung beinhaltet ferner die Förderung der Entwicklung von Mitarbeitern und Zulieferern, die Schaffung von Freiräumen, um Innovationen zu ermöglichen, und die Wahrnehmung öffentlicher Verantwortung.

Diese langfristig ausgerichtete Investition, verbunden mit einer bestmöglichen Behandlung der Patienten, bilden die Grundlage für die Errichtung eines Bewertungssystems, das auf die Behandlungsergebnisse ausgerichtet ist.

*(7) Förderung von Innovation*

Unter Innovation ist die Durchführung einer wichtigen Veränderung zu verstehen. Sie erfolgt, um organisatorische Dienstleistungen und Prozesse zu verbessern und um neue Werte für die Akteure der Organisation zu kreieren. Organisationen sollten so geführt und geleitet werden, daß Innovation zum Bestandteil der Unternehmenskultur und der täglichen Arbeit wird.

*(8) Faktenorientiertes Management*

Die Effektivität von Gesundheitsleistungen und Managementsystemen hängt von der Messung und Analyse der erbrachten Leistungen ab. Aus den Ergebnissen dieser Untersuchungen können kritische Daten und Informationen über Schlüsselprozesse, Arbeitsleistungen und Ergebnisse (z.B. Behandlungsergebnisse, finanzielle Leistungsdaten, Patientenzufriedenheit, Vergleiche mit Konkurrenten) gewonnen werden, die wiederum von großer Bedeutung für das Management der Leistungsverbesserung („performance management“) sind.

*(9) Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit und kommunale Gesundheit*

Die Führungskräfte von Gesundheitsorganisationen sollten ihrer Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit und der kommunalen Gesundheit nachkommen. Dies beinhaltet die Einhaltung von ethischen Verfahren, gesetzlichen Sicherheits-, Umweltschutz- und Gesundheitsvorschriften. Zu den ethischen Verfahren gehören beispielsweise nicht-diskriminierende Behandlungsverfahren für Patienten, die Einhaltung von Patientenrechten und die Respektierung der Privatsphäre des Patienten.

*(10) Konzentration auf Ergebnisse und Schaffen von Werten*

Die Messung der organisatorischen Leistung sollte sich auf die Bewertung von Schlüsselergebnissen („key results“) konzentrieren. Auf der Grundlage der Ergebnisse sollten ausgewogene Werte für die Hauptakteure (Patienten und deren Angehörige, Mitarbeiter, die Gemeinde, Kostenträger usw.) aufgestellt werden. Mit der Errichtung von Werten für *alle* Hauptakteure sichert sich eine Organisation deren Loyalität. Um den oftmals miteinander in Konflikt stehenden Werten oder Zielvorstellungen der Akteure zu entsprechen, sollten Organisationen unbedingt deren Bedürfnisse und Forderungen in die Unternehmensstrategie mit integrieren. Auf diese Weise wird sichergestellt, daß Handlungen und Planungen die unterschiedlichen Bedürfnisse der Hauptakteure berücksichtigen und gleichzeitig Benachteiligungen anderer Teilnehmer vermeiden.

#### 4.7.2 Das Modell der Baldrige Health Care Criteria for Performance Excellence

Die im vorherigen Unterpunkt beschriebenen Grundsätze sind Bestandteil der sieben Kategorien des Baldrige Modells, zwischen denen ein dynamischer Zusammenhang besteht.

Abbildung 8 verdeutlicht diesen Sachverhalt:

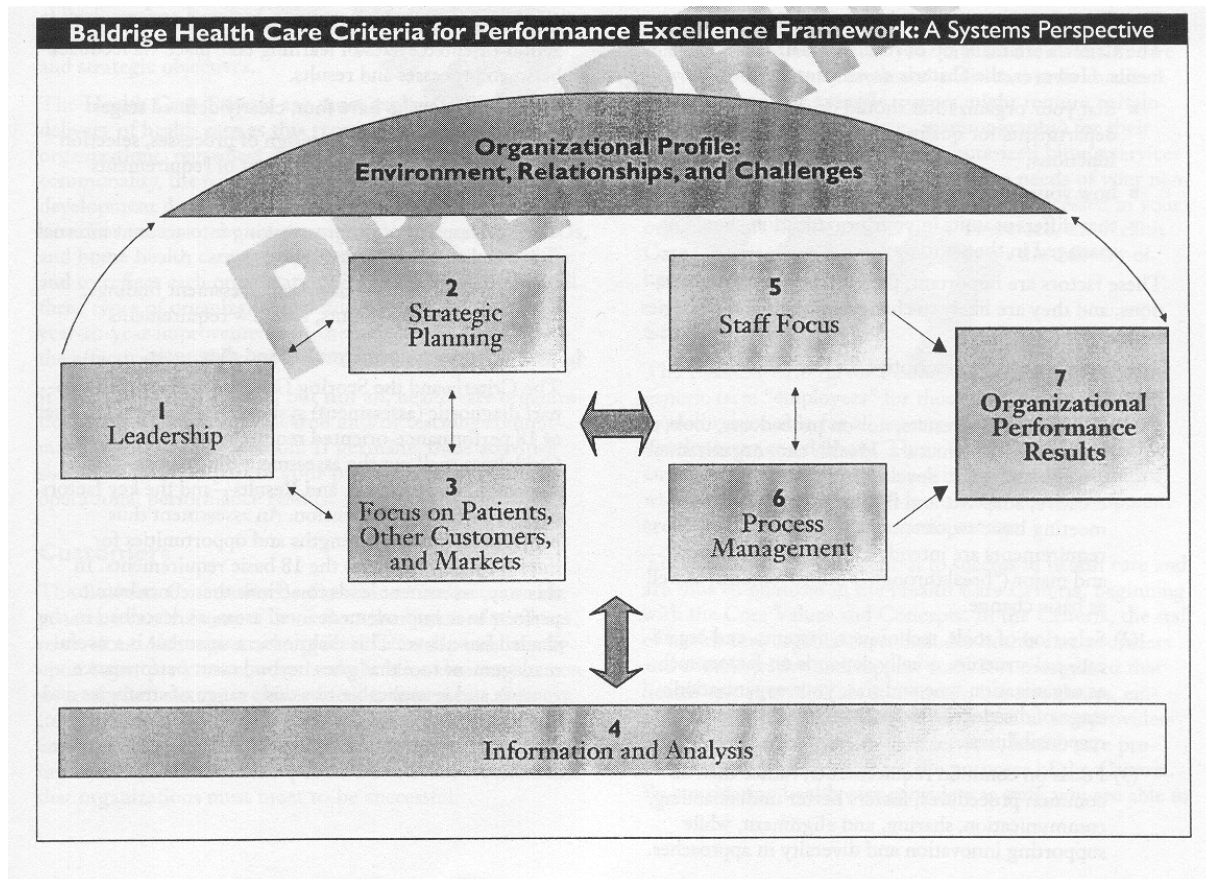


Abbildung 8: Der Zusammenhang zwischen den Kategorien des Baldrige Modells (Quelle: Baldrige National Quality Program. National Institute of Standards and Technology: Health Care Criteria for Performance Excellence 2002, S. 5.)

Im Mittelpunkt der Abbildung befinden sich die sechs Baldrige Kategorien. Sie beziehen sich auf die Organisation, deren Prozesse und deren Ergebnisse. Die sechs Kategorien sind wiederum in zwei Hauptbereiche aufgeteilt. Führung (Leadership/Category 1), Strategische Planung (Strategic Planning/Category 2) und Patientenorientierung, sonstige Kunden und Märkte (Focus on Patients, Other Customers and Markets/Category 3) repräsentieren die „*Führungstriade*“. Diese drei Kategorien wurden bewußt zusammengefaßt, um mit Nachdruck die Konzentration bzw. Ausrichtung der Führung auf die strategischen Planung, die Patienten und die Kunden zu betonen. Mitarbeiterorientierung (Staff Focus/Category 5), Management der Prozessqualität (Process Management/Category 6) und Leistungsergebnisse der Organisation (Organizational Performance Results/Category 7) stellen die „*Ergebnistriade*“ dar. Sie betont die Interaktion von Mitarbeitern und Schlüsselprozessen, die in ihrem Zusammenwirken entspre-

chende Leistungsergebnisse<sup>499</sup> in einer Organisation hervorbringen. Dabei wird von der Annahme ausgegangen, daß *alle* Aktivitäten innerhalb des Systems auf das Erlangen von patienten- und kundenbezogenen-, gesundheitlichen-, finanziellen- und betrieblichen Leistungsergebnissen ausgerichtet sind.<sup>500</sup>

Der in der Mitte der Abbildung befindende Pfeil verbindet die „Führungstriade“ mit der „Ergebnistriade“. Er symbolisiert eine kritische Verbindung, die maßgeblichen Einfluß auf den Erfolg der Organisation hat. Darüber hinaus betont der Doppelpfeil die Beziehung zwischen der Kategorie 1 (Führung) und der Kategorie 7 (Leistungsergebnisse der Organisation) und hebt die große Bedeutung der Rückkopplung („feedback“) innerhalb eines effektiven, leistungsbezogenen Managementsystems hervor.

Kategorie 4, Information und Analyse (Information and Analysis/Category 4) bildet die Grundlage des Managementsystems. Die von ihr gelieferten und aufgearbeiteten Informationen stellen eine kritische Größe für das effektive Management der gesamten Organisation dar, die auch die Verbesserung der Gesundheitsversorgung und der Arbeitsverfahren mit einbezieht.

Das organisatorische Profil (Organizational Profile: Environment, Relationships, and Challenges) bildet den Rahmen, in dem die Organisation arbeitet. Die Umwelt der Organisation, die zentralen Arbeitsbeziehungen und die strategischen Herausforderungen bestimmen das Managementsystem der Organisation.

---

<sup>499</sup> Die Leistungsergebnisse einer Organisation beinhalten alle Resultate, die sich auf Arbeitsverfahren, auf die Leistungen von Mitarbeitern und auf die Verantwortung der Organisation gegenüber der Öffentlichkeit beziehen.

<sup>500</sup> Vgl. Baldrige National Quality Program. Health Care Criteria (2002), S. 4–S. 5.

## 2001 HEALTH CARE CRITERIA FOR PERFORMANCE EXCELLENCE—ITEM LISTING

<b>P Preface: Organizational Profile</b>		
	P.1	Organizational Description
	P.2	Organizational Challenges
<b>2001 Categories/Items</b>		<b>Point Values</b>
<b>1</b>	<b>Leadership</b>	<b>120</b>
	1.1	Organizational Leadership 75
	1.2	Public Responsibility and Citizenship 45
<b>2</b>	<b>Strategic Planning</b>	<b>85</b>
	2.1	Strategy Development 40
	2.2	Strategy Deployment 45
<b>3</b>	<b>Focus on Patients, Other Customers, and Markets</b>	<b>85</b>
	3.1	Patient/Customer and Health Care Market Knowledge 40
	3.2	Patient/Customer Relationships and Satisfaction 45
<b>4</b>	<b>Information and Analysis</b>	<b>90</b>
	4.1	Measurement and Analysis of Organizational Performance 50
	4.2	Information Management 40
<b>5</b>	<b>Staff Focus</b>	<b>85</b>
	5.1	Work Systems 35
	5.2	Staff Education, Training, and Development 25
	5.3	Staff Well-Being and Satisfaction 25
<b>6</b>	<b>Process Management</b>	<b>85</b>
	6.1	Health Care Service Processes 45
	6.2	Business Processes 25
	6.3	Support Processes 15
<b>7</b>	<b>Organizational Performance Results</b>	<b>450</b>
	7.1	Patient- and Other Customer-Focused Results 125
	7.2	Financial and Market Results 125
	7.3	Staff and Work System Results 80
	7.4	Organizational Effectiveness Results 120
<b>TOTAL POINTS</b>		<b>1000</b>

Abbildung 9: Das Bewertungsschema der Baldrige Health Care Criteria 2002 (Quelle: Baldrige National Quality Program. National Institute of Standards and Technology: Health Care Criteria for Performance Excellence 2002, Gaithersburg 2002, S. 12.)

Die sieben Kategorien untergliedern sich in achtzehn Subkategorien, wie aus Abbildung 9 zu entnehmen ist. Alle Kriterien sind primär auf die Bewertung der Leistungsergebnisse in den zentralen Bereichen der Organisation ausgerichtet. Dazu gehören

- Patienten- und kundenbetreffende Ergebnisse,
- Ergebnisse der Gesundheitsversorgung,

- finanzielle Ergebnisse und Ergebnisse von Marktuntersuchungen,
- Leistungsergebnisse von Mitarbeitern und Arbeitsabläufen,
- Ergebnisse, die Informationen über die Effektivität der Organisation und von Lieferanten geben sowie
- Ergebnisse, die Aufschluß über eine verbesserte kommunale Gesundheitsversorgung und Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit ermöglichen.<sup>501</sup>

Weiterhin sehen die Kriterien keine Vorschriften über die Anwendung spezifischer Qualitätstechniken, Qualitätswerkzeuge oder bestimmter Organisationsformen vor. Alle Kriterien fördern die Betrachtung der Organisation als System. Diese Sichtweise bezweckt eine bessere Ausrichtung aller Mitarbeiter an den Zielen der Organisation.

Theoretisch kann ein ideal geführtes Unternehmen maximal 1000 Punkte innerhalb der sieben Kategorien und achtzehn Subkategorien erzielen. Nach Angaben des „Baldrige National Quality Program“ erreichen selbst Unternehmen, die hervorragende Ergebnisse vorweisen können, nicht mehr als 700 Punkte.

#### **4.7.3 Aufbau und Bewertung anhand der Kriterien**

Im Gegensatz zu den Kriterien des EQA-Modells sind die „Health Care Criteria“ nicht in die Kategorien Befähiger (enablers) und Ergebnisse (results) unterteilt. Statt dessen klassifiziert man sie nach der Art der Information, die man zu erhalten beabsichtigt, in „*Methode-Entwicklung*“ („Approach-Deployment“) und in „*Ergebnisse*“ („Results“).

Die Kriterien der Kategorie „Methode-Entwicklung“ sind ausgerichtet auf die Beurteilung der wichtigsten organisatorischen Prozesse, die Leistungsverbesserungen und wichtige Ergebnisse hervorbringen sollen. Organisationen müssen bei der Beantwortung dieser Kriterien Angaben bezüglich der eigenen verwendeten Methoden, Beurteilungs-, Entwicklungs-, Lern- und Verbesserungsmaßnahmen machen und plausibel erklären, *wie* diese Prozesse initiiert und umgesetzt wurden. Abbildung 10 belegt diesen Sachverhalt.

---

<sup>501</sup> Vgl. Baldrige National Quality Program. Health Care Criteria (2002), S. 6.



<b>3</b>	<b>Focus on Patients, Other Customers, and Markets (85 pts)</b>
<p>The <b>Focus on Patients, Other Customers, and Markets</b> Category examines how your organisation determines requirements, expectations, and preferences of patients, other customers, and markets. Also examined is how your organization builds relationships with patients/customers and determines the key factors that lead to patient/customer acquisition, satisfaction, and retention and to health care service expansion.</p> <p><b>3.1 Patient/Customer and Health Care Market Knowledge (40 pts.)</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Approach-Deployment</b></p> <p><b>Describe how your organisation determines requirements, expectations, and preferences of patients, other customers, and markets to ensure the continuing relevance of your health care services and to develop new health care service opportunities.</b></p> <p>Within your response, include answers to the following questions:</p> <p>a. Patient/Customer and Health Care Market Knowledge</p> <p>(1) How do you determine or target customers, patient and other customer groups, and/or health care market segments? How do you include customers of competitors and other potential customers and/or markets in this determination?</p> <p>(2) How do you listen and learn to determine key patient/customer requirements (including health care service features) and their relative importance/value to patients'/customers' health care purchasing decisions for purposes of health care service planning, marketing, improvements, and other business development? In this determination, how do you use relevant information from current and former patient/customers, including marketing information, patient/customer retention data, won/lost analysis, and complaints? If determination methods vary for different patients/customers and /or customer groups, describe the key differences in your determination methods.</p> <p>(3) How do you keep your listening and learning methods current with health care service needs and directions)</p>	

Abbildung 10: Kriterium 3 der Baldrige Health Care Criteria (Quelle: Baldrige National Quality Program. National Institute of Standards and Technology: Health Care Criteria for Performance Excellence 2002, Gaithersburg 2002, S. 18.)

Sollten bei der Beantwortung eines solchen Kriteriums nur unzureichende und nicht belegbare Angaben gemacht werden, kann das Kriterium bzw. die Kategorie entsprechend der Bewertungsrichtlinien nur mit „anekdotenhaft“ bewertet werden.<sup>502</sup>

„Ergebnis-Kriterien“ verlangen von der Organisation Angaben über das gegenwärtige Leistungsniveau, über das eigene Leistungsniveau im Vergleich zu Konkurrenten und über Verbesserungstendenzen. Dazu gehören auch Angaben, die Aussagen über das *Ausmaß der Verbreitung* von Leistungsergebnissen machen. Diesen Aspekt gilt es in Zusammenhang mit den Kriterien der Kategorie „Methode-Entwicklung“ zu untersuchen. Anhand einer solchen Gegenüberstellung läßt sich z.B. feststellen, inwieweit die eingeleiteten Verbesserungsprozesse mit den Ergebnissen tatsächlich korrespondieren. Im Gegensatz zu den Kriterien der Katego-

rie „Methode-Entwicklung“ verlangen „Ergebnis-Kriterien“ konkrete Angaben darüber, was für Leistungen eine Organisation erbracht hat. Diese Ergebnisse sind wiederum zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Managementsystems der Organisation zu verwenden.

Sechs der Sieben Kategorien des „Health Care Criteria“ Modells enthalten Kriterien der Kategorie „Methode-Entwicklung“ („Approach-Deployment“), lediglich Kategorie Nummer Sieben verlangt ausschließlich Angaben über die erzielten „Ergebnisse“ („Results“). Wie aus der Punkteverteilung der „Health Care Criteria“ zu entnehmen ist, sagt dieses Verhältnis aber nichts über die Gewichtung der Ergebniskategorie aus. Mit 450 von 1000 zu vergebenden Punkten vereinigt die Kategorie „Ergebnisse“ nahezu die Hälfte aller zu vergebenden Punkte auf sich und betont damit gleichzeitig die Ergebnisorientierung des Modells.

Die nachfolgend aufgeführte Abbildung 11 veranschaulicht die Intention der Ergebnis-Kriterien:

7	<b>Organizational Performance Results (450 pts)</b>
<p>The <b>Organizational Performance Results</b> Category examines your organisation’s performance and improvement in key areas-patient/Customer satisfaction, health care services, financial and marketplace performance, staff and work system results, and operational performance. Also examined are performance levels relative to those of competitors and other organizations providing similiar health care services.</p>	
<p><b>7.1 Patient- and Other Customer-Focused Results (125 pts)</b> <span style="float: right;"><b>Results</b></span></p> <p><b>Summarize your organisation’s key patient- and other customer-focused results, including patient/customer satisfaction and health care service performance results. Segment your results by customer groups and market segments, as appropriate. Include appropriate comparative data.</b></p> <p>Provide data and information to answer the following questions:</p>	
<p>a. Health Care Service Results</p> <p>What are your current levels and trends in key measures/indicators of health care outcomes, health care outcomes, health care service delivery results, and patients’ functional status?</p>	
<p>b. Patient/Customer Results</p> <p>(1) What are your current levels and trends in key measures/indicators of patient and other customer satisfaction, dissatisfaction, and satisfaction relative to competitors and other organizations providing similiar health care services?</p> <p>(2) What are your current levels and trends in key measures/indicators of patient-/customer-perceived value, patient/customer retention, positive referral, and/or other aspects of building relationships with patients/customers, as appropriate?</p>	

Abbildung 11: Ergebniskriterium der Baldrige Health Care Kriterien (Quelle: Baldrige National Quality Program. National Institute of Standards and Technology: Health Care Criteria for Performance Excellence 2002, Gaithersburg 2002, S. 28.)

Eine Selbstbewertung nach den „Health Care Criteria“ erfordert die Beantwortung sämtlicher Kriterien und Subkriterien. Für die Bestimmung des Ausmaßes an Übereinstimmung mit dem

<sup>502</sup> Vgl. Baldrige National Quality Program. Health Care Criteria (2002), S. 52.

betreffenden Kriterium sollte ein prozentualer Wert vergeben werden, der dem gesamten Leistungsniveau der Kategorie entspricht. Ob letztlich eine höhere oder niedrigere Bewertung der Kategorie erfolgen kann richtet sich danach, ob eine weitere präzisere Begutachtung der Kriterien eine solche Einstufung rechtfertigt. Wie aus Abbildung 12 zu entnehmen ist, bedeutet eine Bewertung von 50 Prozent in der Kategorie „*Methode-Entwicklung*“ („Approach-Deployment“), daß die grundlegenden Tätigkeiten und Arbeitsabläufe in diesem Bereich den Anforderungen des Kriteriums entsprechen. Prozentual höhere Bewertungen spiegeln hingegen einen größeren Reifegrad, verbesserte Integration und eine weitverbreitete Entwicklung der Organisation wider.<sup>503</sup>

Entsprechend ist eine Vergabe von 50 Prozent bei den Kriterien der Kategorie „Ergebnisse“ als Hinweis dafür zu werten, daß Verbesserungstendenzen und gute Leistungsergebnisse in den entsprechenden Bereichen vorliegen. Prozentual höhere Punktebewertungen werden für noch bessere Leistungsergebnisse erteilt, die innerhalb der Organisation und im Vergleich zu anderen Wettbewerbern erzielt wurden.

Organisationen des Gesundheitswesens, die anhand der Kriterien nicht nur eine Selbstbewertung vornehmen möchten, sondern sich um den „Malcolm Baldrige Award“ bewerben wollen, müssen einer externen Auditierung durch Experten des „National Institute of Standards and Technology“ zustimmen.<sup>504</sup> Diese bewerten die Organisation anhand der zuvor beschriebenen sieben Kategorien und unter Berücksichtigung des Unternehmensprofils. Nach Abschluß der vor Ort Besichtigung fertigen die Gutachter einen Bericht an, der dem Bewerber die Ergebnisse der Bewertung mitteilt. Der Bericht enthält eine detaillierte Stärken-Schwächen-Analyse. Er ermöglicht es der Organisation, Vergleiche mit anderen Organisationen über einen längeren Zeitraum vorzunehmen und spornt gleichzeitig zu einer Verbesserung der eigenen Prozesse und Ergebnisse an.

---

<sup>503</sup> Vgl. Baldrige National Quality Program. Health Care Criteria (2002), S. 51.

<sup>504</sup> Gewinn- und nicht profitorientierte Organisationen des Gesundheitswesens mit mehr als 500 Mitarbeitern haben eine pauschale Bewerbungsgebühr von \$ 5000 US-Dollar zu entrichten. Bei weniger als 500 Arbeitnehmer beläuft sich die Summe auf \$ 2000 US-Dollar. Vgl. Baldrige National Quality Program. Health Care Criteria (2002), S. 59.

SCORING GUIDELINES

SCORE	APPROACH-DEPLOYMENT	SCORE	RESULTS
0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>No systematic approach is evident; information is anecdotal.</li> <li>The beginning of a systematic approach to the basic purposes of the Item is evident.</li> <li>Major gaps exist in deployment that would inhibit progress in achieving the basic purposes of the Item.</li> <li>Early stages of a transition from reacting to problems to a general improvement orientation are evident.</li> </ul>	0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>There are no results or poor results in areas reported.</li> </ul>
10% to 20%	<ul style="list-style-type: none"> <li>An effective, systematic approach, responsive to the basic purposes of the Item, is evident.</li> <li>The approach is deployed, although some areas or work units are in early stages of deployment.</li> <li>The beginning of a systematic approach to evaluation and improvement of basic Item processes is evident.</li> </ul>	10% to 20%	<ul style="list-style-type: none"> <li>There are some improvements <i>and/or</i> early good performance levels in a few areas.</li> <li>Results are not reported for many to most areas of importance to your key organizational requirements.</li> </ul>
30% to 40%	<ul style="list-style-type: none"> <li>An effective, systematic approach, responsive to the overall purposes of the Item and your key organizational requirements, is evident.</li> <li>The approach is well deployed, although deployment may vary in some areas or work units.</li> <li>A fact-based, systematic evaluation and improvement process is in place for improving the efficiency and effectiveness of key processes.</li> <li>The approach is aligned with your basic organizational needs identified in the other Criteria Categories.</li> </ul>	30% to 40%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Improvements <i>and/or</i> good performance levels are reported in many areas of importance to your key organizational requirements.</li> <li>Early stages of developing trends and obtaining comparative information are evident.</li> <li>Results are reported for many to most areas of importance to your key organizational requirements.</li> </ul>
50% to 60%	<ul style="list-style-type: none"> <li>An effective, systematic approach, responsive to the multiple requirements of the Item and your current and changing health care needs, is evident.</li> <li>The approach is well deployed, with no significant gaps.</li> <li>A fact-based, systematic evaluation and improvement process and organizational learning/sharing are key management tools; there is clear evidence of refinement and improved integration as a result of organizational-level analysis and sharing.</li> <li>The approach is well integrated with your organizational needs identified in the other Criteria Categories.</li> </ul>	50% to 60%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Improvement trends <i>and/or</i> good performance levels are reported for most areas of importance to your key organizational requirements.</li> <li>No pattern of adverse trends and no poor performance levels are evident in areas of importance to your key organizational requirements.</li> <li>Some trends <i>and/or</i> current performance levels—evaluated against relevant comparisons <i>and/or</i> benchmarks—show areas of strength <i>and/or</i> good to very good relative performance levels.</li> <li>Organizational performance results address most key customer, market, and process requirements.</li> </ul>
70% to 80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>An effective, systematic approach, fully responsive to all the requirements of the Item and all your current and changing health care needs, is evident.</li> <li>The approach is fully deployed without significant weaknesses or gaps in any areas or work units.</li> <li>A very strong, fact-based, systematic evaluation and improvement process and extensive organizational learning/sharing are key management tools; strong refinement and integration, backed by excellent organizational-level analysis and sharing, are evident.</li> <li>The approach is fully integrated with your organizational needs identified in the other Criteria Categories.</li> </ul>	70% to 80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Current performance is good to excellent in areas of importance to your key organizational requirements.</li> <li>Most improvement trends <i>and/or</i> current performance levels are sustained.</li> <li>Many to most trends <i>and/or</i> current performance levels—evaluated against relevant comparisons <i>and/or</i> benchmarks—show areas of leadership and very good relative performance levels.</li> <li>Organizational performance results address most key customer, market, process, and action plan requirements.</li> </ul>
90% to 100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>An effective, systematic approach, fully responsive to all the requirements of the Item and all your current and changing health care needs, is evident.</li> <li>The approach is fully deployed without significant weaknesses or gaps in any areas or work units.</li> <li>A very strong, fact-based, systematic evaluation and improvement process and extensive organizational learning/sharing are key management tools; strong refinement and integration, backed by excellent organizational-level analysis and sharing, are evident.</li> <li>The approach is fully integrated with your organizational needs identified in the other Criteria Categories.</li> </ul>	90% to 100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Current performance is excellent in most areas of importance to your key organizational requirements.</li> <li>Excellent improvement trends <i>and/or</i> sustained excellent performance levels are reported in most areas.</li> <li>Evidence of health care sector and benchmark leadership is demonstrated in many areas.</li> <li>Organizational performance results fully address key customer, market, process, and action plan requirements.</li> </ul>

For a definition of the following key term, see page 34: systematic

Abbildung 12: Scoring Guidelines der Baldrige Health Care Kriterien (Quelle: Baldrige National Quality Program. National Institute of Standards and Technology: Health Care Criteria for Performance Excellence 2002, Gaithersburg 2002, S. 52).

Im Ergebnis führt dies zu verbesserter Patienten- bzw. Kundenzufriedenheit und stärkt damit die eigene Wettbewerbsfähigkeit der Gesundheitsorganisation.<sup>505</sup>

<sup>505</sup> Vgl. Baldrige National Quality Program. Health Care Criteria (2002), S. 58.

Seit 1988 ist der „Baldrige Award“ an 46 Organisationen verliehen worden. Zu den Preisträgern gehörten bis heute keine Einrichtungen des Gesundheitswesens.<sup>506</sup>

---

<sup>506</sup> Vgl. Internet-Homepage des National Institute of Standards and Technology.



## 5 Internationale Akkreditierungssysteme für Krankenhäuser

### 5.1 Der Australian Council on Healthcare Standards

#### 5.1.1 Entstehungsgeschichte und Rechtsform

In Australien befaßte man sich erstmals im Jahre 1926 mit dem Gedanken der Akkreditierung von Krankenhäusern. Auf Anfrage eines Zweiges der „British Medical Association“ erklärten sich die lokalen Regierungsbehörden von New South Wales, Victoria und New Zealand bereit, eine Studie zu finanzieren, die Empfehlungen über die mögliche Einführung eines US-amerikanischen Systems in Australien und Neuseeland abgeben sollte. Da nach Abschluß der Untersuchungen der Leiter der Studie keine spezifische Empfehlung zur Einführung eines „hospital standardization programme“ abgab, beschäftigte man sich bis gegen Ende der fünfziger Jahre nicht mehr mit der Einführung eines solchen Systems.<sup>507</sup>

Erst 1959 befaßte sich der in New South Wales befindliche Zweig der „*Australian Medical Association (AMA)*“ erneut mit dem Thema Akkreditierung und gründete zu diesem Zweck an der Universität von Sydney ein Akkreditierungskomitee, das sich aus Vertretern des „Royal Australian College of Surgeons“, dem „Royal Australian College of Physicans“, dem „College of General Practitioners“ sowie dem „Postgraduate Committee in Medicine“ zusammensetzte. Ein Jahr später wurde in New South Wales ein Akkreditierungssystem vorgestellt, das auf der Anwendung amerikanischer Standards basierte, sich aber nicht durchsetzen konnte. Zum einen verwehrte ihm die Krankenhauskommission von New South Wales die Unterstützung, zum anderen empfahl ein von der Regierung eingesetztes Komitee der „Organisation öffentlicher Krankenhausbetriebe“ *gesetzlich verbindliche Standards* gegenüber unabhängigen Standards vorzuziehen.<sup>508</sup>

Ungeachtet des Mißerfolges in New South Wales begann sich der Staat Victoria für die Akkreditierung von Krankenhäusern zu interessieren und errichtete ein vergleichbares Akkreditierungskomitee, daß sich bei seiner Arbeit von den in New South Wales entwickelten Standards leiten ließ. Zu seinen Mitgliedern gehörten Vertreter der 1946 gegründeten „*Australian Hospitals` Association (AHA)*“, die den Aufbau eines nationalen Akkreditierungssystems für Krankenhäuser unterstützten. AMA und AHA gründeten 1968 ein gemeinsames Komitee, das nach Möglichkeiten zur Errichtung eines nationalen Akkreditierungssystems suchte. Drei

---

<sup>507</sup> Vgl. Duckett, S. J.: *Assuring hospital standards* (1983), S. 385-386.

Jahre später bat das gemeinsame Komitee die australische Regierung um Hilfe bei der Errichtung eines nationalen Akkreditierungssystems, die 1973 durch die Bewilligung öffentlicher Gelder erfolgte und es dem Komitee ermöglichte, einen hauptamtlichen Direktor zu bestellen. Trotz dieser Fortschritte beteiligte sich an einigen Pilotstudien, die sich mit dem Einsatzmöglichkeiten eines Akkreditierungssystems befaßten, nur der Staat Victoria, weil New South Wales den Aufbau eines eigenen Systems in Betracht zog.<sup>509</sup>

Die Gründung des *Australian Council on Hospital Standards (ACHS)* erfolgte 1974 auf Initiative der Zweige der Australian Medical Association in New South Wales und der Australian Hospital Association in Victoria. Er wurde als *private, staatlich unabhängige, nicht profitorientierte Organisation* errichtet, die sich die Entwicklung und Erhaltung eines nationalen Akkreditierungssystems für Krankenhäuser zur Aufgabe machte, das durch eine Liaison mit der Regierung den Bedürfnissen des Krankenhauswesens entsprechen sollte.<sup>510</sup> Zu den weiteren Zielen der Organisation gehörte die Entwicklung, Überprüfung und Veröffentlichung von krankenhausspezifischen Standards.<sup>511</sup> Bereits 1975 konnte dem Geelong Hospital als erstem Krankenhaus in Australien eine Akkreditierung entsprechend den ACHS Standards erteilt werden.<sup>512</sup> In den folgenden Jahren wurde das ACHS-Akkreditierungsprogramm in New South Wales (1977), dem Northern Territory (1979) und in South Australia (1980) übernommen. Während dieses Zeitraumes erfolgten 217 Überprüfungen in Krankenhäusern, von denen 145 eine Akkreditierung erhielten.<sup>513</sup> Von 1979 bis zum Jahr 2000 erhielten weitere 739 Krankenhäuser eine Akkreditierung.<sup>514</sup> Mittlerweile nimmt der ACHS in Australien eine monopolartige Stellung bei der Akkreditierung von Krankenhäusern ein.

Die Vielfalt an Organisationen, die eine Akkreditierung durch den ACHS beantragten, nahm gegen Ende der achtziger Jahre immer mehr zu. Dieser Umstand veranlaßte 1988 den ACHS zu einer Namensänderung in „Australian Council on *Healthcare* Standards“, die diesen Veränderung widerspiegeln sollte. Des weiteren präsentierte der ACHS 1989 ein *Programm mit klinischen Indikatoren*, dessen Entwicklung in Zusammenarbeit mit den medizinischen Colleges erfolgt war. Damit besaß der ACHS erstmals ein eigenes Instrument zur Messung

---

<sup>508</sup> Vgl. Duckett, S. J.: *Assuring hospital standards* (1983), S. 392.

<sup>509</sup> Vgl. Scrivens, E.: *Accreditation* (1995), S. 24.

<sup>510</sup> Vgl. Australian Council on Healthcare Standards: *Annual Report* (1999/2000), S. 1.

<sup>511</sup> Vgl. Duckett, S. J.; Coombs, E. M.: *The Decision to Accredite* (1983), S. 319.

<sup>512</sup> Vgl. Australian Council on Healthcare Standards: *Annual Report* (1999/2000), S. 1.

<sup>513</sup> Vgl. Duckett, S. J.; Coombs, E. M.: *The Decision to Accredite* (1983), S. 320.

<sup>514</sup> Vgl. Australian Council on Healthcare Standards: *Annual Report* (1999/2000), S. 1.



patientenbezogener Behandlungsabläufe und Ergebnisse, daß 1999 in „Performance and Outcome Service“ umbenannt wurde.

Zu eine grundlegenden Überarbeitung der Standards kam es erstmals 1994, als man die Notwendigkeit erkannte, das Konzept des „Quality Improvement and measurement“ in das Akkreditierungsprogramm zu integrieren. Das Ergebnis dieser Überarbeitung war das „*Evaluation and Quality Improvement Programm (EQuIP)*“.<sup>515</sup> Die Anwendung dieses Handbuchs mit den darin enthaltenden Standards, Kriterien, Indikatoren und Richtlinien soll es den Krankenhäusern ermöglichen, ein effektives und kontinuierliches Qualitätsmanagementprogramm aufzubauen.<sup>516</sup> Mit der vollständigen Revision der EQuIP Standards und Kriterien beschäftigt sich seit Juli 2000 eine Projektgruppe des ACHS. Eine Veröffentlichung der überarbeiteten Standards ist für das Jahr 2002 vorgesehen, um diese ab Januar 2003 auf ihre Anwendbarkeit hin untersuchen zu können.<sup>517</sup>

### **5.1.2 Strukturelle Komponenten: Organisation, Mitarbeiter, Finanzen, Leistungsangebot und Kunden**

Der ACHS wird durch ein 26 Mitglieder umfassendes Komitee geleitet, das die wesentlichsten Akteure und Organisationen des Gesundheitswesens repräsentiert und viermal im Jahr tagt. Die Majorität des Komitees setzt sich aus Ärzten zusammen, gefolgt von Verwaltungs- und Wirtschaftsfachleuten, Vertretern der AMA und AHA, Repräsentanten aus staatlichen Organisationen (z.B. dem Health Department of Western Australia) oder Pflegeorganisationen (z.B. der Australian Nursing Federation) und Mitarbeitern aus Patienten- bzw. Konsumentenorganisationen (z.B. des Consumers' Health Forum of Australia). Sie sind es, die die 11 Mitglieder des Verwaltungsrates (board of directors) ernennen. Gleichzeitig arbeiten einige Komiteemitglieder parallel in permanent eingerichteten Ausschüssen wie dem beratenden Ausbildungskomitee, dem Standardkomitee und dem Forschungskomitee mit. Allen Mitgliedern des leitenden Komitees ist zudem gemein, daß sie über langjährige Erfahrung in ihrem Beruf verfügen und meist in verschiedenen Institutionen gearbeitet haben.<sup>518</sup>

Im Juni 2000 verfügte der ACHS über 39 Mitarbeiter, von denen 25 Personen hauptberuflich und je 4 Personen nebenberuflich bzw. gelegentlich für die Organisation arbeiteten. Dar-

---

<sup>515</sup> Vgl. Australian Council on Healthcare Standards: Annual Report (1999/2000), S. 1.

<sup>516</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. X.

<sup>517</sup> Vgl. Australian Council on Healthcare Standards: Annual Report (1999/2000), S. 13.

<sup>518</sup> Vgl. Australian Council on Healthcare Standards: Annual Report (1999/2000), S. 17 und S.32-35.

über hinaus befinden sich 6 weitere Personen als Trainees in Ausbildung. Offene Stellen werden sowohl intern als auch extern ausgeschrieben. Die Auswahl geeigneter Mitarbeiter erfolgt anhand eindeutig formulierter Auswahlkriterien, die sich u.a. nach den Qualifikationen, der Erfahrung und der persönlichen Eignung des Bewerbers richten. Weiterhin wird der Aus- und Fortbildung des Mitarbeiterstamms eine große Bedeutung beigemessen, indem der ACHS sie auf Seminaren, Konferenzen, externen Diskussionsveranstaltungen und Kursen laufend schulen läßt. Berufsanfänger (Trainees) durchlaufen das sogenannte „Adskill-Ausbildungsprogramm“, das ihnen in Zusammenarbeit mit der Belegschaft die Möglichkeit gibt, arbeitsplatzbezogene praktische Erfahrungen zu sammeln und berufsspezifische Fähigkeiten sich anzueignen.<sup>519</sup>

Der ACHS konnte im Jahr 2000 als nicht profitorientierte Organisation Betriebseinnahmen von \$ 5.351.691 Australischen Dollar verbuchen, wovon allein \$ 2.413.520 Australische Dollar aus EQUIP Mitgliedsgebühren und Gebühren für Aus- und Fortbildungsveranstaltungen stammen. Für den gleichen Zeitraum konnte nach Abzug von Ausgaben, Rückstellungen für unvorhersehbare Ereignisse sowie Rückstellungen für Mitarbeiter ein Überschuß von \$ 72.846 Australischen Dollar erwirtschaftet werden.<sup>520</sup>

Bezüglich des Leistungsangebotes bietet der ACHS nachfolgend aufgeführte Dienstleistungen an:<sup>521</sup>

- Unterstützung von Organisationen des Gesundheitswesens bei der Implementation von Qualitätsmanagement durch die Anwendung des EQUIP-Programms.
- Entwicklung und kontinuierliche Überprüfung der in Zusammenarbeit mit der Industrie entwickelten Standards und Richtlinien.
- Durchführung und Erstellung eines „Benchmark“ klinischer Behandlungsleistungen mittels Sammlung, Analyse und Verbreitung klinischer Indikatoren.
- Anbieten eines nationalen Ausbildungsprogramms.
- Abgabe von Empfehlungen und offerieren von Beratungsleistungen zu Fragen der Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen.
- Anbieten bibliothekarischer und informatorischer Dienstleistungen.

Neu im Leistungsangebot des ACHS ist das „ACHS Certification Program“. Dabei handelt es sich nicht um eine Adaption der ISO 9000 Standards, sondern um ein Qualitätsmanagement

---

<sup>519</sup> Vgl. Australian Council on Healthcare Standards: Annual Report (1999/2000), S. 17 und S. 18-19.

<sup>520</sup> Vgl. Australian Council on Healthcare Standards: Annual Report (1999/2000), S. 22.

<sup>521</sup> Vgl. Australian Council on Healthcare Standards: Annual Report (1999/2000), S. 1.

Werkzeug für *neue* Organisationen in und außerhalb des Gesundheitswesens, die bisher noch kein formales Qualitätsverbesserungsprogramm entwickelt haben. Das Zertifizierungsprogramm soll unterstützend wirken, damit eine solide Basis für die Bereitstellung qualitativ hochwertiger Versorgungs- und Leistungsqualität gegeben ist. Eine Organisation der eine ACHS Zertifizierung verliehen wurde ist in der Lage, seine Betriebsabläufe darzulegen, seine Ergebnisse und Leistungen zu überprüfen, Verbesserungsbereiche zu identifizieren und Handlungen zur Verbesserung zu ergreifen. Dabei ist das ACHS Zertifizierungsprogramm als *Ergänzung* zum EQuIP Programm zu verstehen. Für beide Programme werden dieselben Standards und nahezu die gleichen Kriterien angewendet. Während das Zertifizierungsprogramm den Aufbau geeigneter Systeme, Strukturen und Prozesse verlangt, damit *wünschenswerte* Ergebnisse erreicht werden *können*, fordern die Kriterien des EQuIP Programms den *Leistungsnachweis* bestehender Strukturen und Prozesse, detaillierte Ergebnismachweise sowie genaue Informationen über die ergriffenen Maßnahmen zur Leistungsverbesserung. Letzteres können Organisationen mit einem erst kürzlich aufgebauten Qualitätsmanagementsystem noch nicht nachweisen. Daher sollten diese nach Vorstellung des ACHS zuerst eine ACHS Zertifizierung anstreben, um später eine Bewertung durch das EQuIP Programm vorzunehmen zu können.<sup>522</sup> Abbildung 13 vermittelt eine Vorstellung über die Einbindung des ACHS Certification Program in das EQuIP Programm.

Anhand der berufs- und organisationsübergreifenden Zusammensetzung des Vorstandskomitees des ACHS wird gut ersichtlich, daß bei der Entwicklung der oben genannten Dienstleistungen die unterschiedlichsten Akteure des Gesundheitswesens beteiligt sind. Kooperationen mit der Gesundheitsbranche erfolgen ebenso selbstverständlich wie die Zusammenarbeit mit staatlichen Einrichtungen.<sup>523</sup> In seinem EQuIP Handbuch beschreibt der ACHS dieses Verhältnis wie folgt: „A central feature of EQuIP is the partnership between health care organisations participating in the program and the ACHS. Through this partnership the

---

<sup>522</sup> Vgl. EQuIP News: Autumn 2000, S. 4.

<sup>523</sup> So wurde bei der Entwicklung der Standards eng mit der Gesundheitsindustrie zusammengearbeitet, während die Einführung klinischer Indikatoren mit Unterstützung der „Medical Colleges“ und durch Zuschüsse des „Commonwealth Department of Community Service & Health“ erfolgte. Darüber hinaus wurde in den letzten Jahren die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen des Gesundheitswesens, wie beispielsweise gemeindeeigenen Gesundheitseinrichtungen, Tageskliniken (day procedure services) und Pflegeheimen, verstärkt. Vgl. Duggan, J. M.: Hospital accreditation programmes (1995), S. 130 und Collopy, B. T.: Developing clinical indicators (1990), S. 84.

ACHS supports organisations in their efforts to improve their performance. The services being provided by the ACHS have been tailored to facilitate this partnership.<sup>524</sup>

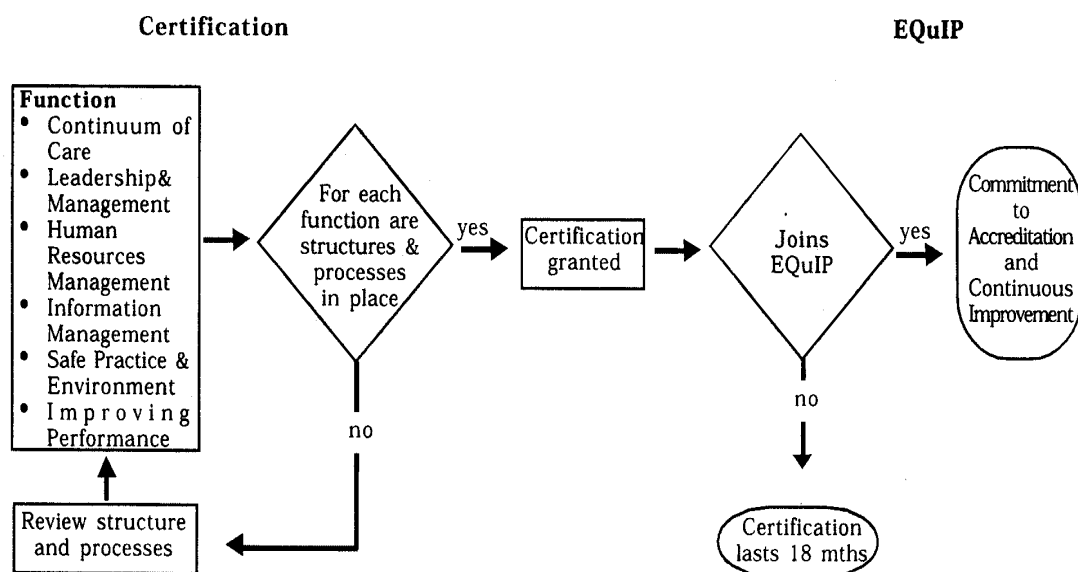


Abbildung 13: Der Zusammenhang zwischen dem ACHS Zertifizierungsprogramm und EquIP (Quelle: EquIP News. The Newsletter of The Australian Council on Healthcare Standards, Autumn 2000, Issue 13, S. 4.)

Hervorzuheben ist weiterhin die Anerkennung von Standards *konkurrierender Organisationen*, mit denen der ACHS ein Abkommen getroffen hat. Diese Maßnahme verfolgt den Zweck, doppelte Bewertungen bei inhaltlich gleichlautenden Standards zu verhindern, um bei allen Akteuren einen unnötigen Arbeitsaufwand zu vermeiden. Konkret bestehen derartige Abkommen mit dem *Community Health Accreditation and Standards Programm (CHASP)*,<sup>525</sup> und dem *Western Metropolitan Health Service Standards (WMHSS)*<sup>526</sup>. In ähnlicher Art und Weise kann bei der Präsentation und Verifikation von Laborleistungen während der Überprüfung verfahren werden, wenn diese nach dem Registrierungsschema der *National Association of Testing Authorities* und des *Royal College of Pathologists of Australia (NATA/RCPA)* erfolgt ist.<sup>527</sup>

<sup>524</sup> The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EquIP Guide (1996), S. IV.

<sup>525</sup> "The ACHS will review only those standards required for ACHS accreditation, as agreed between the ACHS and CHASP, and those relevant standards not substantially met in the CHASP review." The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EquIP Guide (1996), S. 1-27.

<sup>526</sup> Vgl. EquIP News: Autumn 2000, S. 1.

<sup>527</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EquIP Guide (1996), S. 1-27.

Wie aus der zuvor skizzierten Geschichte des ACHS zu entnehmen ist, war dieser bei seiner Gründung primär auf die Akkreditierung von Krankenhäusern hin ausgerichtet. Aufgrund der zunehmenden Verbreitung und Akzeptanz des Programmes in Australien gehörten zu seiner Klientel bald nicht nur Krankenhäuser, sondern Organisationen aus den unterschiedlichsten Bereichen des australischen Gesundheitswesens, wie die nachfolgend aufgeführte Auflistung belegt:<sup>528</sup>

- Öffentliche und private Krankenhäuser
- Gemeindenahe Einrichtungen der Gesundheitsversorgung
- Zentrale Gesundheitsleistungen; Kreiskrankenhäuser
- Altersheime
- Pflegeheime
- ambulante Zentren; Tageskliniken
- aerial medical services;
- Notfall Einrichtungen
- Rehabilitationseinrichtungen
- Medizinische Einrichtungen in Justizvollzugsanstalten
- Unfalleinrichtungen
- Psychiatrische Einrichtungen
- Kinderkrankenhäuser /Gesundheitseinrichtungen für Kinder
- sonstige Anbieter und Konsumenten von Gesundheitsleistungen

### **5.1.3 Rekrutierung, Einstellungsvoraussetzungen, Zusammensetzung, Training und Kosten des Prüfungsteams**

Der ACHS rekrutiert seine zukünftigen Prüfer durch öffentliche Ausschreibungen.<sup>529</sup> Er verfügt über eine Anzahl von Auswahlkriterien, anhand derer die Bewerber auf ihre Eignung ausgewählt werden. Dazu gehört der Nachweis über eine mindestens fünfjährige Erfahrung in einer leitenden Position in einem Krankenhaus mit mehr als 50 Betten, das Vorhandensein guter zwischenmenschlicher Fähigkeiten sowie gute Kenntnisse des australischen Gesundheitssystems. Nach Abschluß des Auswahlverfahrens erfolgt eine zweitägige Grundschulung der Prüfer, die durch drei bis vier Fortbildungen pro Jahr ergänzt wird. In den Schulungen

---

<sup>528</sup> Vgl. Australian Council on Healthcare Standards: Annual Report (1999/2000), S. 1.

<sup>529</sup> Vgl. Hayes, J.; Shaw, C.: Implementing accreditation systems (1995), S. 169.

werden die Auszubildenden mit der Anwendung bzw. Handhabung der Standards und ihrer Aufgabe als Prüfer sowie mit dem Ablauf des Prüfungsprozesses und dem damit einhergehenden Verfassen des Prüfungsberichtes vertraut gemacht. Die Vermittlung des Wissens erfolgt in partizipativer Form durch den Einsatz von „Workshops“, Seminaren und Satelliten- oder Videokonferenzen.<sup>530</sup> Durchschnittlich kostete 1996 den ACHS die Grundschulung \$ 6299 US Dollar pro Person, zu denen weitere \$ 511 US Dollar pro Person für jährliche Fortbildungen hinzukamen. Insgesamt wurden in dem Jahr \$ 157480 US Dollar pro Person, einschließlich der Aufwendungen für Reise und Kommunikationsmittel, ausgegeben worden.<sup>531</sup>

Gewöhnlich setzt sich ein Prüfungsteam aus 3 Personen<sup>532</sup> zusammen: einem Verwaltungsfachmann bzw. einem Manager, einem Arzt und einer Krankenschwester. Dabei variiert die Zusammensetzung des Teams nach dem Typ und den angebotenen Leistungen der zu bewertenden Einrichtung sowie der Größe des Krankenhauses bzw. der Anlage. Bis Mitte 2000 arbeiteten 375 Prüfer für den ACHS. Die Mehrzahl von ihnen waren Freiwillige (319 Personen), die lediglich ihre Unkosten zurückerstattet bekamen. Nur 55 Prüfer („Contractors“) erhielten ein Honorar für ihre Arbeit,<sup>533</sup> daß sich 1996 auf ca. \$ 129-157 US-Dollar pro Tag und Person belief.<sup>534</sup>

#### 5.1.4 Umfang und Aufbau des EQuIP Handbuchs

Das EQuIP Handbuch des ACHS umfaßt 156 Seiten, die in 5 unterschiedlich große Bereiche unterteilt sind. Nach der Einleitung werden auf den ersten 45 Seiten die Komponenten<sup>535</sup> vom EQuIP anschaulich und übersichtlich beschrieben. Das erste Kapitel „*The Program*“ ist pri-

---

<sup>530</sup> Vgl. Bohigas, L. et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998), S. 8-9.

<sup>531</sup> Vgl. Bohigas, L. et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998), S. 12.

<sup>532</sup> Nach Hayes und Shaw setzt sich ein Prüfungsteam des ACHS aus 2-8 Personen zusammen. In der Regel handelt es sich bei ihnen um die zuvor erwähnten Manager, Ärzte und Krankenschwestern. Größere Prüfungsteams bestehen hingegen aus weiteren „professionals“, die entweder mit den Ärzten oder besonders mit der Institution verbunden sind. Vgl. Hayes, J./Shaw, C.: Implementing accreditation systems (1995), S. 169.

<sup>533</sup> Vgl. Australian Council on Healthcare Standards: Annual Report (1999/2000), S. 14.

<sup>534</sup> Vgl. Bohigas, L. et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998), S. 11.

<sup>535</sup> EQuIP Komponenten sind: Standards, Self-assessment, clinical indicators, organisation-wide surveys, periodic reviews, self assessment support, quality action plan, ACHS accreditation. Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 1-1.

mär darauf angelegt, die Intention bzw. die Philosophie vom EQuIP zu erläutern sowie die Funktion jedes einzelnen Bestandteiles im EQuIP System zu definieren und seine Beziehung zu den anderen Elementen hervorzuheben.

Nach einer kurzen Auflistung der ACHS-Serviceleistungen wie z.B. Bibliothek, werden auf 26 Seiten 6 Funktionsbereiche mit 22 *Standards* und den dazugehörigen *Kriterien* aufgeführt, wie aus nachfolgender Übersicht zu entnehmen ist.

### **Gliederung der Standards des ACHS**<sup>536</sup>

- **Pflegeverlauf (continuum of care)**

Standard 1	Zugang (Access)
Standard 2	Eingang (Entry)
Standard 3	Beurteilung (Assessment)
Standard 4	Pflegeplanung (Care Planning)
Standard 5	Durchführung der Pflege (Implementation of Care)
Standard 6	Bewertung (Evaluation)
Standard 7	Entlassung (Separation)
Standard 8	Management der Gemeindeleistungen (Community Management)

- **Führung und Management (Leadership and Management)**

Standard 1

- **Management der Humanressourcen (Human Resources Management)**

Standard 1	Planung der Humanressourcen (Human Resources Planning)
Standard 2	Rekrutierung, Auswahl und Anstellung (Recruitment, Selection and Appoitment)
Standard 3	Verantwortung der Mitarbeiter (Staff Responsibilities)
Standard 4	Aus- und Fortbildung der Mitarbeiter (Staff Training and Development)
Standard 5	Beziehungen zur Industrie (Industrial Relations)
Standard 6	Unterstützung der Arbeitnehmer (Employee Assistance)

- **Informationsmanagement (Information Management)**

Standard 1	Planung des Informationsmanagements (Information Management Planning)
Standard 2	Datensammlung, Zusammenfassung und Verwendung (Data Collection, aggregation and Use)
Standard 3	Dokumentationsmanagement (Record Management)
Standard 4	Medizinisch-rechtliche Probleme oder Sachverhalte (Medico-Legal Issues)

---

<sup>536</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. VII.

Standard 5 Informationstechnologie (Information Technology)

- **Sicherheitspraktiken und Umgebung (Safe Practice and Environment)**

Standard 1

- **Leistungsverbesserung (Improving Performance)**

Standard 1

Den Standards, die an dieser Stelle noch nicht näher untersucht werden sollen, schließt sich der vorletzte, 56 Seiten umfassende Teil des Handbuchs mit den *Guidelines* an. Bei ihnen handelt es sich um Leitlinien im Sinne von Field, Lohr und Eddy<sup>537</sup>, d.h. sie sollen den Anwender bei seiner Entscheidung unterstützen, eine geeignete und zweckdienliche Vorgehensweise zu ergreifen. Dem schließt sich der ACHS in der Präambel an, indem er konstatiert: “The Guidelines provide direction on the application of the ACHS Standards. (...) The Guidelines are not comprehensive nor are they intended to be used as a checklist.”<sup>538</sup> Entsprechend findet sich im Handbuch zu jedem Standard und den ihm unmittelbar zugeordneten Kriterien eine Leitlinie (Guideline), die kurz die Funktion des Standards und/oder des Kriteriums definiert und mittels Empfehlungen oder Fragen den Anwender bei deren Umsetzung behilflich ist. An der nachfolgenden Zusammenstellung aller drei Instrumente wird ersichtlich, daß dieses quantitativ umfassendste Kapitel des Handbuchs keine „Guidelines“ im deutschsprachigen Sinne von verbindlichen „Richtlinien“ erhält. Beispielhaft soll dies am Bereich des Human Resource Management, Standard 6, Employee Assistance, belegt werden:<sup>539</sup>

### **Standard 6 Employee Assistance**

Employee assistance is supported by the organisation and made available to all staff.

#### **Criteria**

- 6.1 Staff are aware of, and have access to, employee assistance for a range of suitable services.
- 6.2 Managers understand their role in recognising employee needs and facilitate access to appropriate services.

#### **Guideline**

Staff experience a range of work and non-work related issues that may affect their work

<sup>537</sup> Vgl. Unterpunkt 2.3.7 Leitlinie.

<sup>538</sup> The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 4-1.

<sup>539</sup> The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 3-16 und S. 4-33.



performance. Support for staff in dealing with these issues can help the organisation to function more effectively.

Each organisation will need to decide the range of services it makes available to staff.

Assistance that can be given to staff includes:

- ◆ Immunisation services
- ◆ advice concerning personnel and pay issues
- ◆ first aid, medical attention and rehabilitation for workrelated incidents
- ◆ health promotion and leisure activities
- ◆ counselling services to help staff deal with a variety of circumstances
- ◆ child minding
- ◆ car parking

The range of services provided by the organisation will vary.

The effectiveness of the employee assistance program should be evaluated using information such as services accessed by staff, the cost and benefits of these services, and outcome indicators such as staff absenteeism and turnover. Regular review will ensure the program is appropriate to staff needs and achieving desired outcomes.

Ein Glossar, Danksagungen an Personen und Organisationen, die am ACHS EQuIP teilnehmen sowie Adressen- und Literaturverweise sind im letzten, 23 Seiten umfassenden Anhang des Handbuchs aufgeführt.

## 5.1.5 Standards und Kriterien

### 5.1.5.1 Anwendungsbereich, Ausrichtung und Fokus

Die Standards des ACHS sind die einzigen in Australien vorkommenden Standards, die in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsindustrie entwickelt worden sind. Von ihrer Konzeption her können sie auf *sämtliche* im Gesundheitsbereich agierenden Organisationen angewendet werden. Dabei sind die Standards auf die wesentlichen Elemente der *Pflegequalität* und die zu deren Erbringung erforderlichen *organisatorischen* Funktionen ausgerichtet,<sup>540</sup> was sich in deren Anordnung widerspiegelt. Wie aus der Abbildung „Gliederung der Standards des ACHS“ zu entnehmen ist, steht der Pflegeverlauf (Continuum of care) an erster Stelle, gefolgt von den ihn unterstützenden anderen Funktionen. Quantitativ gesehen beinhaltet der Pflege-

---

<sup>540</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 3-1.

verlauf die meisten Standards (8 Stück), während das Management der Humanressourcen und das Informationsmanagement sich aus 6 bzw. 5 Standards zusammensetzt. Im Gegensatz dazu fällt das Vorhandensein von nur je einem Standard bei den anderen 3 Bereichen auf, die zudem keine Überschrift haben.

Die relativ geringe und überschaubare Anzahl von 22 Standards wird durch 172 Kriterien unterstützt, die über die 6 Funktionsbereiche verteilt sind und deren Erfüllung oder Nicht-Erfüllung als Maß für die Übereinstimmung des jeweiligen Untersuchungspunktes mit dem dazugehörigen Standard verstanden wird. Dabei variiert die Anzahl der Kriterien je Standard zwischen 2 Kriterien (z.B. beim „Human Resource Management“, Standard 3 „Staff Responsibilities“)<sup>541</sup> und 12 Kriterien (z.B. bei „Leadership and Management“, Standard 1, Kriterium „Governing Body“)<sup>542</sup>. In den beiden Funktionsbereichen „Leadership and Management“ und „Safe Practise and Environment“ wurde eine Differenzierung der Kriterien jedes Standards nach verschiedenen Bereiche vorgenommen, ohne daß dies zu einer erhöhten Transparenz und damit zu einer benutzerfreundlicheren Handhabung beigetragen haben dürfte. Diese Kritik wird nachvollziehbar, wenn man sich vergegenwärtigt, daß der Funktionsbereich „Leadership and Management“ nur einen Standard aufweist, aber 43 Kriterien besitzt, die wiederum auf 13 Bereiche verteilt worden sind. Eine vergleichbare Gliederung besteht für den Standard des Funktionsbereichs „Safe Practise and Environment“, der ebenfalls 13 Bereiche mit 39 Kriterien aufweist. Für die letztgenannten Funktionsbereiche erscheint daher eine Reduktion der Kriterien bzw. die Einführung neuer Standards mit weniger Kriterien geboten.

### **Standard 1 Access**

The organisation is accessible to the designated community.

#### **Criteria**

- 1.1 The community that the organisation serves is defined and information gathered on its requirements is used for the planning and provision of services.
- 1.2 The community is made aware of services that the organisation provides.
- 1.3 The organisation and services within can be easily located.
- 1.4 Physical access to the organisation is appropriate to the needs of the community.

<sup>541</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 3-15.

<sup>542</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 3-8.

Die Ausrichtung der ACHS Standards und Kriterien des EQUIP Handbuchs kann als überwiegend *prozeßorientiert*<sup>543</sup> bezeichnet werden, wobei eine klare Zuordnung bei einzelnen Standards und Kriterien nicht ohne weiteres möglich ist wie nachfolgendes Beispiel aus dem Funktionsbereich „Continuum of Care“ zeigt:

Nach Berwick/Knapp<sup>544</sup> gehört u.a. zur Prozeßqualität der Zugang zur Versorgung, so daß oben genannter Standard mit seinen Kriterien den Merkmalen der Prozeßorientierung entspräche. Andererseits bestimmt die physische und organisatorische Umgebung, in der die Arbeit verrichtet wird, die Strukturqualität. Die planerische und organisatorische Ausrichtung der Organisation und seiner Strukturen nach den Bedürfnissen der Kommune ließe sich daher auch einer Strukturorientierung zuordnen.

Der Fokus und Anwendungsbereich der Standards und Kriterien kann als *organisations-, patienten-, umwelt-, und mitarbeiterorientiert* bezeichnet werden. In nahezu allen Bereichen stehen die Standards und Kriterien mit dem Aufbau und den Abläufen in der Organisation in Verbindung bzw. sind auf diese ausgerichtet.<sup>545</sup>

Eine große Patientenorientierung besteht nicht nur im Funktionsbereich „Continuum of Care“<sup>546</sup>, indem Krankenhausstrukturen und Krankenhausorganisation „Aufnahme-, Behandlungs-, und Entlassungsprozesse auf die Patienten ausgerichtet oder in Absprache und Zusammenarbeit mit diesen entwickelt worden sind, sondern findet sich auch in den anderen Funktionsbereichen, wenn auch in unterschiedlich starker Ausprägung, wieder. Die Patientenorientierung der Standards und Kriterien kommt beispielsweise in der Verpflichtung zum sorgfältigen Umgang und Aufzeichnung patientenbezogener Daten<sup>547</sup> oder bei sicherheitsrelevanten Maßnahmen zum Ausdruck.<sup>548</sup>

---

<sup>543</sup> Vgl. Unterpunkt 2.2.5.2 Prozeßqualität.

<sup>544</sup> Vgl. Unterpunkt 2.2.5.2 Prozeßqualität.

<sup>545</sup> Beispielhaft seien im Funktionsbereich „Continuum of Care“ der Standard 1, Access „The organisation is accessible to the designated community“ genannt, oder Leadership and Management, Standard 1, „The organisation is effectively and efficiently governed and managed (...)“, „Human Resources Management“, Standard 1, Human Resources Planning, „Human resources planning ensures the organisation is staffed to achieve its values and goals“. Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQUIP Guide (1996), S. 3-3, S. 3-8, und S. 3-14.

<sup>546</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQUIP Guide (1996), S. 3-3, S. 3-8, und S. 3-3-S. 3-7.

<sup>547</sup> Vgl. Funktionsbereich Information Management, Standard 2, 3 und 4, Data Collection, Aggregation and use, Record Management und Medical-Legal Issues. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQUIP Guide (1996), S. 3-19-S. 3-20.

Neben der Patientenorientierung ist auch eine klare Umweltorientierung erkennbar, die auf die berufs- und organisationsübergreifende Zusammensetzung des Vorstandskomitees des ACHS zurückgeführt werden könnte. Die Umweltorientierung manifestiert sich in der Berücksichtigung von Interessen der Kommune und von Lieferanten, oder in der Forderung nach Übereinstimmung von Strukturen und Leistungsprozessen mit den entsprechenden gesetzlichen Forderungen.<sup>549</sup>

Analog zu den drei oben aufgeführten Bereichen existiert ebenfalls eine Mitarbeiterorientierung, die ihren Schwerpunkt im Bereich „Human Resources Management“ hat. Sie spiegelt sich nicht nur in der Aus- und Fortbildung und Unterstützung der Mitarbeiter durch die Organisation und deren Führungskräfte wider, sondern auch in der Involvierung des Personals bei Fragen der strategischen Planung im Funktionsbereich „Safe Practise and Environment“.

### 5.1.5.2 Berücksichtigung von TQM/UQM Elementen

Die *Verantwortung der Führung für das Qualitätsmanagement*, respektive für die Qualität der organisatorischen Leistung, ist gut dem Funktionsbereich „Leadership and Management“, Standard 1, Kriterium „Governing Body“, Nr.1.3 zuzuordnen, denn „the governing body (...) has overall responsibility (...) for the quality of care (...)“.<sup>550</sup> Das Kriterium 1.43, „Improving Performance“ fordert ebenfalls die Führungskräfte dazu auf, aktiv zu führen und den Aufbau einer Unternehmenskultur zu betreiben. Zu diesem Element gehört weiterhin die Delegation von Verantwortung an untergeordnete Mitarbeiter, die vom ACHS im Kriterium 1.13 und 1.15 beschrieben wird.

Dem ACHS ist es gelungen, *Qualität als strategisches Unternehmensziel* in einige seiner Standards und Kriterien zu integrieren, ohne diesen Aspekt explizit zu erwähnen. So fordert er im Funktionsbereich „Leadership and Management“ die Führungskräfte auf, die Organisation in Übereinstimmung mit den Werten und Zielen effektiv und effizient zu leiten und zu führen,

---

<sup>548</sup> Vgl. Funktionsbereich Safe Practise and Environment, Standard 1, „The safety of all persons within the organisation is protected“ und das dazugehörige Kriterium „Infection Control“. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 3-21 und S. 3-22.

<sup>549</sup> Eine besonders große Umweltorientierung findet sich im Funktionsbereich „Safe Practice and Environment“, dessen Kriterien sich explizit mit den Auswirkungen der Tätigkeiten der Organisation auf seine Umwelt beschäftigt, wie z.B. bei der Notfallplanung oder beim Umgang mit Abfällen. Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 3-9, S. 3-10 und S. 3-21-S. 3-26.

<sup>550</sup> The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 3-8.

um die *Leistungsqualität* sicherzustellen.<sup>551</sup> Bereits im Kriterium 1.2 wird der Vorstand dazu angehalten, seine Ziele festzulegen.<sup>552</sup> Dieses TQM-Element kann auch aus zwei weiteren, zu diesem Funktionsbereich gehörenden Kriterien, abgeleitet werden. Im Kriterium 1.3 heißt es: „The governing body provides leadership and has overall responsibility for the organisation’s achievements, the *quality of care* (Hervorheb. d.V.) (...).“<sup>553</sup> Ebenso fordert Kriterium 1.27, daß „the organisation’s by-laws, Articles of Association, and each service’s policies and procedures *support the delivery of care*“<sup>554</sup> (Hervorheb. d.V.) (...).“ Die Verpflichtung zur Anerkennung von Qualität als strategischen Unternehmensziel findet sich weiterhin im „Human Resource Management“, Standard 4, „Staff Training and Development“, Kriterium 4.1 wieder: „An introduction program ensures staff understand their roles (..) and the organisation’s values and goals and *how these contribute providing quality care* and services (Hervorhebung d.V.).“<sup>555</sup>

Der TQM Forderung nach *systematischer Sammlung und Aufbereitung von Daten* wird durch den Funktionsbereich „Information Management“ mit seinen 5 Standards und 22 Kriterien weitestgehend erfüllt. Allerdings beschränkt er sich primär auf die patientenbezogene Datenerhebung, Aufbereitung, Verarbeitung, Dokumentation und Sicherung. Lediglich ein Standard beschäftigt sich mit den Einsatzmöglichkeiten der Informationstechnologie zur Unterstützung von Managementzielen.<sup>556</sup>

Die zentralen TQM Prinzipien *Prozeß-, Kunden- und Mitarbeiterorientierung* wurden bereits im vorherigen Unterpunkt untersucht und sollen daher nicht nochmals eingehend behandelt werden. Im Ergebnis kann konstatiert werden, daß die Mehrheit der Standards prozeßorientiert sind und insbesondere im Funktionsbereich „Continuum of Care“, aber auch bei den Kriterien von „Leadership and Management“ und „Safe Practise and Environment“ nach den Bedürfnissen der Kunden ausgerichtet sind. Die Bedeutung qualitativ hochwertig ausgebildeter Mitarbeiter, die mit den Werten und Zielen der Organisation vertraut gemacht worden sind und ihre Rechte und Pflichten kennen und von den Führungskräften unterstützt werden, wird durch die Standards und Kriterien der Funktionsbereiche „Human Resource Manage-

---

<sup>551</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 3-8.

<sup>552</sup> „The governing body specifies why the organisation exists (mission) and what it wants to achieve (goals)“. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 3-8.

<sup>553</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 3-8.

<sup>554</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 3-10.

<sup>555</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 3-15.

<sup>556</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 3-17-S. 3-20.

ment“, „Leadership and Management“ und „Safe Practise and Environment“ gewährleistet. Die *partizipative Grundhaltung* der Führung ist in dem schon wiederholt aufgeführten Kriterien des Funktionsbereichs „Leadership and Management“ enthalten, die eine gemeinsame Ausarbeitung strategischer Ziele und operationeller Pläne mit den Mitarbeitern, der Kommune und anderen wichtigen Lieferanten und Autoritäten vorsieht. Gleiches gilt für die Planung und den Kauf von Einrichtungen und erforderlichen Utensilien im Funktionsbereich „Safe Practise and Environment“.

Weder das *Null-Fehler-Konzept* noch die *Fehlervermeidung* sind explizit in den Standards oder Kriterien erwähnt worden. Dennoch lehnen sich einige Kriterien in den verschiedenen Funktionsbereichen an beide Prinzipien an, wenn es um sicherheitsrelevante Aspekte geht. Beispielsweise wird im Funktionsbereich „Leadership and Management“, Kriterium 1.38 (Environment) auf die Aufrechterhaltung des einwandfreien Zustandes von Gebäuden, Anlagen und Einrichtungsgegenständen aus Gründen der Sicherheit hingewiesen. Gleiches fordert der Funktionsbereich „Safe Practise and Environment“ in Kriterium 1.38: „Risks are identified, assessed and appropriately controlled. Where substitution is not able to be used or the risks are unable to be eliminated, adequate warning and protection devices are used.“<sup>557</sup>

Der ACHS versucht der Philosophie der *kontinuierlichen Verbesserung* in nahezu allen Funktionsbereichen durch regelmäßige, wiederholte Überprüfung der erbrachten Leistungen zu entsprechen. Die permanente Kontrolle umfaßt insbesondere

- die Leistungen des Vorstandes und seiner leitenden Angestellten,
- die strategischen und operativen Pläne,
- die Organisationsstruktur,
- die Politik und Prozeduren der Organisation,
- ethische Fragestellungen bei Forschungsprojekten,
- Rekrutierungs-, Selektions- und Auswahlverfahren für neue Mitarbeiter,
- Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter,
- die Überprüfung und Bewertung des Informationsmanagementsystems.

---

<sup>557</sup> Zu den Fehlervermeidungsmaßnahmen in diesem Bereich gehört auch der Verweis auf das Vorhandensein eines Berichtsystems, um rechtzeitig korrektive oder präventive Maßnahmen ergreifen zu können (Kriterium 1.7). Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 3-21.

Darüber hinaus verfolgt der ACHS mit der Aufstellung des separaten Funktionsbereichs „Improving Performance“ das Ziel, eine „Kultur der permanenten Verbesserung“ durch die Etablierung eines Systems zur Leistungsverbesserung aufzubauen.<sup>558</sup>

## 5.1.6 Bewertung

### 5.1.6.1 Bewertungsschema

Um die Leistung einer Organisation anhand der Standards und Kriterien messen und bewerten zu können, hat der ACHS ein fünf- bzw. sechsstufiges Bewertungssystem entwickelt, daß gleichermaßen von der Organisation und den Prüfern angewendet wird. Bei der Bewertungsarbeit sollten nach Möglichkeit nachfolgend aufgeführte drei Punkte beachtet werden:<sup>559</sup>

- (1) Die EQUIP Grundprinzipien Kundenorientierung, Führung und Verbesserung der organisatorischen Leistung. Folgende Fragen sollten u.a. berücksichtigt werden: Ist die Organisation auf ihre internen und externen Kunden ausgerichtet? Ist das Führungsverhalten in der gesamten Organisation ersichtlich? Schließt die kontinuierliche Verbesserung alle Mitglieder der Organisation mit ein?
- (2) Belege und Unterlagen, welche die Ergebnis- und Leistungsverbesserung belegen können. Folgende Fragen sollten u.a. berücksichtigt werden: Was für Ergebnisse erwartet der Standard bzw. das Kriterium? Sind diese erreicht worden?
- (3) Belege für das Streben nach bestmöglichem Handeln. Folgende Fragen sollten u.a. berücksichtigt werden: Inwieweit richtet sich die Organisation nach professionellen Leitlinien, Verfahrensregelungen, gesetzlichen Forderungen und australischen Standards? Was für Vergleiche sind mit anderen Leistungsanbietern gemacht worden?

Der Grad an Übereinstimmung eines Untersuchungspunktes mit dem Standard/Kriterium hat anhand des nachfolgend abgebildeten Bewertungsschemas zu erfolgen.<sup>560</sup> Dabei muß jedes Kriterium und jeder Standard bewertet werden.

---

<sup>558</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQUIP Guide (1996), S. 3-25.

<sup>559</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQUIP Guide (1996), S. 1-13.

<sup>560</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQUIP Guide (1996), S. 1-14.

*NA: Nicht zutreffend (Not Applicable)*

„Nicht zutreffend“ ist anzugeben, wenn das Kriterium/der Standard nicht von Bedeutung für die Organisation ist. Diese Bewertung fließt nicht in die Leistungsbewertung der Organisation ein.

*LA: Kaum wahrnehmbare Leistungserbringung (Little Achievement)*

Die Anforderungen des Kriteriums/des Standards sind kaum erfüllt worden. Es besteht nur eine geringfügige Anwendung der EQUiP Prinzipien Kundenorientierung, Führung und Verbesserung der organisatorischen Leistung. Ergebnisse werden nur selten überprüft, wenig Handlungsbereitschaft zur Verbesserung ist erkennbar. Es gibt keinen Beleg der darauf hindeutet, die Organisation würde sich bemühen, Bestleistungen erbringen zu wollen.

*SA: Etwas Leistungserbringung (Some Achievement)*

„Wenig Leistungserbringung“ liegt vor, wenn nur einige wenige Bedingungen des Kriteriums/des Standards erfüllt worden sind. Belege lassen auf wenig Anwendung der EQUiP Prinzipien Kundenorientierung, Führung und Verbesserung der organisatorischen Leistung schließen. Überprüfungen von Ergebnissen erfolgen gelegentlich, manchmal ist eine Handlungsbereitschaft zur Verbesserung erkennbar. Vereinzelte Belege deuten darauf hin, die Organisation würde sich bemühen, Bestleistungen erbringen zu wollen.

*MA: Mäßige Leistungserbringung (Moderate Achievement)*

Es gibt genügend Belege die beweisen, daß Überprüfungen von Ergebnissen und Handlungen zur Leistungsverbesserung vorgenommen worden sind. Einige Nachweise zur verbesserten Leistungsfähigkeit sind vorhanden und Anstrengungen zur Erbringung von Bestleistungen wurden unternommen.

*EA: Umfassende Leistungserbringung (Extensive Achievement)*

Die meisten Bedingungen des Kriteriums/des Standards sind durch die weitverbreitete Anwendung der EQUiP Prinzipien Kundenorientierung, Führung und Verbesserung der organisatorischen Leistung erfüllt worden. Umfassende Überprüfungen von Ergebnissen und Handlungen zur Leistungsverbesserung sind vorgenommen worden. Belege beweisen eine verbesserte, *kontinuierliche* Leistungsfähigkeit. Jeder nur denkbare Anstrengung zur Erbringung von Bestleistungen wurde unternommen.



*AC: Leistungserbringung mit Auszeichnung (Achievement with Commendation)*

Die Organisation zeigt einen hohen Leistungsgrad bei der Überprüfung der Ergebnisse und bei der Verbesserung der Behandlung und des Service, der fast als exzellent bezeichnet werden kann. Die Vergabe dieser Bewertung ist ausschließlich den Prüfern vorbehalten.

### 5.1.6.2 Anwendungsspektrum des Bewertungssystems

Die ACHS-Standards und Kriterien sind ein Instrument zur Leistungsbewertung der Organisation, das zur *Selbstbewertung*, bei der *organisationsweiten Überprüfung* durch externe Prüfer und zur *periodischen Überprüfung* zwischen den organisationsweiten Überprüfungen, angewendet wird.

Bei der Selbstbewertung hat jeder einzelne Bereich eines Krankenhauses seine Leistungen anhand *aller* für ihn *relevanten* Standards und Kriterien zu bewerten und Überlegungen darüber anzustellen,

- welchen Beitrag er zur (klinischen) Patientenversorgung leistet,
- wie überzeugend Führung und Management in seinem Bereich praktiziert werden,
- wie gut der Umgang mit den Humanressourcen und der Information ist,
- wie es um die Sicherheit der eigenen Handlungen und der Umwelt bestellt ist,
- was für Maßnahmen zur Verbesserung der eigenen Leistung und zur Beseitigung von aufgetretenen Problemen unternommen wurden.<sup>561</sup>

Darüber hinaus empfiehlt das EQUIP-Handbuch den Organisations- bzw. Gruppenmitgliedern, die dem Standard zugrundeliegenden Kriterien und Leitlinien nicht zu eng zu interpretieren, sondern deren Zweck bzw. Absicht zu hinterfragen. Erst nachdem die Bewertung der mit dem Standard verbundenen Kriterien abgeschlossen ist, erfolgt die Leistungsbewertung der Organisation anhand des Standards. Letzteres sollte aber keinesfalls auf der Grundlage des Durchschnitts aller Kriterienbewertungen erfolgen, sondern primär durch separate Betrachtung des mit dem Standard verbundenen Zwecks.<sup>562</sup>

Der Einsatz dieses Instruments zur Leistungsbewertung bei organisationsweiten und periodischen Überprüfungen soll im nächsten Unterpunkt in einem größeren Kontext dargestellt werden.

---

<sup>561</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQUIP Guide (1996), S. 1-8.

<sup>562</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQUIP Guide (1996), S. 1-8.

### 5.1.7 Prüfverfahren und Prüfablauf

Neben der zuvor beschriebenen Selbstbewertung hat der ACHS zwei weitere Verfahren etabliert, mit denen unter Anwendung der Standards und Kriterien die Organisation bewertet werden kann. Dabei handelt es sich um die *organisationsweite* und die *periodische* Überprüfung, die von externen Gutachtern, den sogenannten „peers“, vorgenommen wird.

*Organisationsweite* Überprüfungen vermitteln ein objektives Bild über die Leistung der gesamten Organisation. Während der Überprüfung untersuchen die Prüfer die Organisation und erhalten Informationen über die erbrachten Leistungen aller Bereiche. Sowohl der Zeitraum als auch die für die Überprüfung erforderliche Anzahl der Prüfer richten sich nach der Größe und dem Typ der zu bewertenden Organisation. Gewöhnlich variieren organisationsweite Überprüfungen zwischen einem und fünf Tagen. Entsprechend schwankt die Zahl der Prüfer zwischen zwei und neun Personen.

Zwischen den organisationsweiten Überprüfungen finden *periodische* Überprüfungen der Organisation statt. Sie untersuchen u.a., inwieweit die bei einer vorherigen organisationsweiten Überprüfung gemachten Handlungsempfehlungen bereits umgesetzt worden sind. Überprüft wird auch die Leistung der Organisation in Relation zum „improving Performance Standards“ sowie die erbrachten Leistungen und Ergebnisse im Verhältnis zum „Quality Action Plan“.<sup>563</sup> Darüber hinaus wird immer ein einzelner Arbeitsbereich innerhalb der Organisation überprüft. Sollten dabei spezifische Bereiche wie z.B. Sicherheit und Umgebung begutachtet werden, können hierzu auch Prüfer mit entsprechenden Expertenwissen hinzugezogen werden. In der Regel dauert eine periodische Überprüfung nicht länger als einen Tag.<sup>564</sup>

Organisationsweite und periodische Überprüfungen setzen sich aus genau denselben drei Komponenten *Vorprüfung (pre-survey)*, *Prüfung (survey)* und *Nachprüfung (post survey)* zusammen. Die Vorprüfung beinhaltet eine Selbstbewertung der Organisation nach der im vorigen Unterpunkt beschriebenen Vorgehensweise. Ihr Zweck besteht in der Anfertigung einer Dokumentation für die Prüfer und für den ACHS, aus der anhand von Belegen zu entnehmen sein sollte, wie jeder Standard und jedes Kriterium erfüllt wurde. Damit ist es den Prüfern möglich, sich bereits einige Wochen vor der Begehung einen Überblick über die erbrachten Leistungen der Organisation zu verschaffen und die Überprüfung sorgfältig vorzubereiten. Zusätzlich zur Dokumentation erhalten die Prüfer vom ACHS Informationen über die Ergeb-

---

<sup>563</sup> Am Ende der Überprüfung hat die Organisation den „Quality Action Plan“ aufzustellen, aus dem hervorzugehen hat, wie und bis wann die von den Prüfern gemachten Empfehlungen umgesetzt werden.

<sup>564</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQulP Guide (1996), S. 1-24.

nisse des letzten Prüfungsberichtes und des „Quality Action Plan“, die von der vorherigen organisationsweiten und periodischen Überprüfung stammen.<sup>565</sup>

Während der Prüfung erhält die Organisation die Gelegenheit, vor den Prüfern ihre Leistungen und Ergebnisse in Relation zu den ACHS-Standards zu präsentieren. Dabei ist insbesondere nachzuweisen, *wie* die Organisation ihre Leistungen verbessert hat, und zu was für Ergebnisverbesserungen es gekommen ist. Nach Abschluß der Präsentation gehen die Prüfer dazu über, die gemachten Angaben zu verifizieren. Zum einen überprüfen sie die Dokumente auf das Vorhandensein von Belegen aus denen hervorgeht, daß die Organisation den Anforderungen der Standards entspricht, zum anderen untersuchen sie wie die verschiedenen Bereiche der Organisation funktionieren. Formelle und informelle Gespräche mit Mitarbeitern, Patienten, Klienten und Pflegepersonal vervollständigen diesen Untersuchungspunkt. Bevor die Überprüfung mit einer Abschlußkonferenz beendet wird, trifft sich die Prüfungsgruppe und einigt sich auf die Bewertung jedes einzelnen Kriteriums und Standards nach oben beschriebener Bewertungsmethodik bzw. Bewertungsverfahren.<sup>566</sup> Bei der Abschlußkonferenz legen sie ihre gewonnenen Erkenntnisse dar, heben lobenswerte Leistungen hervor, sprechen Verbesserungsbereiche an und geben Empfehlungen zur Leistungsverbesserung ab.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse, Empfehlungen, Vorschläge und Anregungen der Prüfer, die auf den Beobachtungen der Begehung beruhen, werden in einem *Prüfungsbericht* zusammengefaßt, von dem jeweils ein Exemplar dem ACHS und der überprüften Organisation überreicht wird. Auf der Grundlage des Prüfungsberichtes hat die Organisation den bereits erwähnten „Quality Action Plan“ aufzustellen, der die Empfehlungen der Prüfer aufgreifen und unter Vorgabe eines zeitlichen Rahmens in konkrete Ziele und Maßnahmen umsetzen soll. Noch vor der nächsten Überprüfung ist eine Kopie des Plans an den ACHS zu schicken, die den tatsächlich erzielten Fortschritt im Verhältnis zum „Quality Action Plan“ dokumentiert. Sollte der ACHS Zweifel darüber haben, ob die Leistungen der Organisation den Anforderungen der Standards entsprechen werden, wird er eine Akkreditierung nur unter der Voraussetzung erteilen, daß die Organisation sich dazu bereit erklärt, die von den Prüfer vorgegebenen Empfehlungen auch umzusetzen. Sollte dies nicht innerhalb des vereinbarten Zeitraums geschehen, behält sich der ACHS vor, die erteilte Akkreditierung wieder zurückzunehmen.<sup>567</sup>

---

<sup>565</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQulP Guide (1996), S. 1-32-S. 1-34.

<sup>566</sup> Diese Bewertung stellt keine Akkreditierung dar. Nur der Vorstand des ACHS ist befugt eine solche zu erteilen.

<sup>567</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQulP Guide (1996), S. 1-42-S. 1-44.

### 5.1.8 Grundlagen, Stufen, Publikation und Kosten der Akkreditierung

Wie bereits im vorherigen Unterpunkt beschrieben, wird die Akkreditierung einer Organisation nur durch den ACHS-Vorstand auf der Grundlage der Übereinstimmung einer Organisation mit den Standards und Kriterien des ACHS gewährt. Die vom ACHS entwickelten klinischen Indikatoren werden für diesen Vorgang nicht berücksichtigt, da sich ihre Funktion primär auf die Messung von patientenbezogenen klinischen Prozessen und Ergebnissen beschränkt.

Der vom ACHS vergebene Akkreditierungsstatus richtet sich nach den Ergebnissen des Prüfungsberichtes aus der organisationsweiten Prüfung. Den Mitgliedern des Vorstandes stehen drei bzw. zwei Möglichkeiten für die Vergabe zur Auswahl:<sup>568</sup>

- (1) *Keine Akkreditierung*: Die Leistungen der Organisation stimmen nicht in signifikantem Umfang mit den Standards überein. Die Akkreditierung wird verweigert. Unabhängig von der Inanspruchnahme des Widerspruchsrechtes gegen diesen Beschluß, kann die betroffene Organisation zur Leistungsverbesserung die ACHS-eigenen Beratungsstellen konsultieren (z.B. Workshops). Voraussetzung für eine spätere Akkreditierung ist allerdings eine erneute organisationsweite Überprüfung.
- (2) *Akkreditierung unter Vorbehalt*: Die Akkreditierung wird nur unter der Voraussetzung gewährt, daß sie die von den Prüfern gemachten Empfehlungen innerhalb eines genau festgelegten Zeitraumes erfüllt. Gelingt ihr dies nicht, kann die Akkreditierung rückwirkend zurückgenommen werden.
- (3) *Akkreditierung*: Eine Übereinstimmung der Organisation mit den Kriterien und Standards des ACHS ist gegeben.

Akkreditierungen werden für einen Zeitraum von einem bis fünf Jahren gewährt. Eine fünfjährige Akkreditierung setzt Voraus, daß eine Organisation bei drei aufeinanderfolgenden organisationsweiten Überprüfungen eine jeweils dreijährige Akkreditierung erhalten hat.<sup>569</sup>

Der ACHS unterstützt die akkreditierte Organisation bei der Publizierung der Akkreditierung, indem er ihr ein „public relations kit“, mitsamt einem vollständigen Exemplar des

---

<sup>568</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 1-45.

<sup>569</sup> Vgl. Hayes, J.; Shaw, C. D.: Implementing accreditation systems (1995), S. 169. Nach eigenen Angaben hat der ACHS bis zum Juni 2000 insgesamt 739 Organisationen des Gesundheitswesens akkreditiert, von denen die Mehrzahl öffentliche Krankenhäuser (302) war, gefolgt von privaten Krankenhäusern (262) und Tageskliniken (102). Vgl. Australian Council on Healthcare Standards: Annual Report (1999/2000), S. 36.

ACHS Prüfungsberichtes, zukommen läßt.<sup>570</sup> Ob die akkreditierte Organisation ihre detaillierten Prüfungsergebnisse der Öffentlichkeit präsentiert oder sich auf die Veröffentlichung des Akkreditierungsstatus beschränkt, ist nicht ersichtlich.

Absolute Zahlen für die Kosten der Akkreditierung sind schwer zu ermitteln. Es ist anzunehmen, daß sie sich primär nach der Größe und des Typs der Organisation und der zu ihrer Überprüfung erforderlichen Anzahl von Prüfern richtet. Im Jahr 1995 belief sich die alle 3 Jahre zu entrichtende Akkreditierungsgebühr für Krankenhäuser mit 50 Betten auf \$ 4837 US-Dollar und für Krankenhäuser mit 200 Betten auf \$ 9674 US-Dollar.<sup>571</sup>

### 5.1.9 Zusammenfassung

Der Australian Council on Hospital Standards (ACHS) ist eine im Jahre 1974 gegründete private, nicht profitorientierte, staatlich unabhängige Organisation, die ein nationales Akkreditierungssystem für Krankenhäuser errichtet und die Entwicklung, Überprüfung und Veröffentlichung von krankenhausspezifischen Standards vorantreibt. In Anbetracht des zunehmenden Interesses krankenhausspezifischer Organisationen an einer Akkreditierung durch den ACHS, sah sich dieser gegen Ende der siebziger Jahre gezwungen, seinen Namen in Australian Council on Healthcare Standards umzuändern und seine Standards und Kriterien der erweiterten Klientel anzupassen. Im Jahre 1994 kam es zu einer grundlegenden Überarbeitung der Standards, die in Form des „Evaluation and Quality Improvement Programm (EQuIP)“ der Öffentlichkeit präsentiert wurde. Die Anwendung dieses Handbuchs mit den darin enthaltenden Standards, Kriterien, Indikatoren und Richtlinien soll es den Krankenhäusern ermöglichen, ein effektives und kontinuierliches Qualitätsmanagementprogramm aufzubauen. Gegenwärtig findet eine vollständige Revision der EQuIP Standards und Kriterien statt, die bis 2002 abgeschlossen sein soll. Darüber hinaus entwickelte der ACHS 1989 ein Programm mit klinischen Indikatoren, um über ein eigenes Instrument zur Messung patientenbezogener Behandlungsabläufe und Ergebnisse verfügen zu können, das 1999 in „Performance and Outcome Service“ umbenannt worden ist.

Der ACHS wird durch ein 26 Mitglieder umfassendes Komitee geleitet, das die wesentlichsten Akteure und Organisationen des Gesundheitswesens repräsentiert und viermal im Jahr tagt. Es setzt sich aus Ärzten, Verwaltungs- und Wirtschaftsfachleuten, Vertretern der

---

<sup>570</sup> Vgl. The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide (1996), S. 1-46.

<sup>571</sup> Die Gebühren beruhen auf der im Jahre 1995 von Bohigas et al. gemachten Erhebung. Bohigas, L. et al.: Accreditation Programs for hospitals: Funding and Operation (1996), S. 586.

AMA und AHA, Repräsentanten aus staatlichen Organisationen, Pflegeorganisationen und Mitarbeitern aus Patienten bzw. Konsumentenorganisationen zusammen, die parallel zu dieser Tätigkeit noch in anderen Ausschüssen des ACHS arbeiten. Gegenwärtig verfügt der ACHS über 40 Mitarbeiter, von denen die überwiegende Mehrheit hauptberuflich für ihn tätig sind. Für das Jahr 1999/2000 erwirtschafteten sie einen Überschuß von \$ 72.846 Australischen Dollar.

Zum Leistungsangebot des ACHS gehört die Unterstützung von Organisationen des Gesundheitswesens bei der Implementation von Qualitätsmanagement durch die Anwendung des EQUiP-Programms sowie die Entwicklung und kontinuierliche Überprüfung der in Zusammenarbeit mit der Industrie entwickelten Standards und Richtlinien. Vervollständigt wird dieses Leistungsangebot mit der Durchführung und Erstellung eines „Benchmark“ klinischer Behandlungsleistungen, die durch Sammlung, Analyse und Verbreitung klinischer Indikatoren erfolgt, sowie durch das „Clinical Accreditation Program“ und anderer Serviceangebote. Dieses Dienstleistungsangebot wird von einer Vielzahl von Organisationen des australischen Gesundheitswesens in Anspruch genommen, die sich u.a. aus öffentlichen und privaten Krankenhäusern, Tageskliniken oder Pflegeheimen zusammensetzen.

Der ACHS rekrutiert seine zukünftigen Prüfer durch öffentliche Ausschreibungen. Zu den Einstellungsvoraussetzungen gehören eine mindestens fünfjährige Erfahrung in einer leitenden Position in einem Krankenhaus mit mehr als 50 Betten, das Vorhandensein guter zwischenmenschlicher Fähigkeiten sowie gute Kenntnisse des australischen Gesundheitssystems. Die zweitägige intensive Schulung wird durch weitere drei bis vier Fortbildungen pro Jahr ergänzt. Je nach Typ, Leistungsangebot und Größe der Organisation variiert die Zusammensetzung des Prüfungsteams zwischen 2 und 10 Personen. Gewöhnlich setzt es sich aus einem Verwaltungsfachmann bzw. einem Manager, einem Arzt und einer Krankenschwester zusammen. Bei der Mehrzahl der für den ACHS arbeitenden Mitarbeiter handelt es sich um Freiwillige, lediglich eine Minorität wird für ihre Tätigkeit bezahlt.

Das EQUiP Handbuch des ACHS umfaßt 156 Seiten und ist in 5 Bereiche aufgliedert: The Program, ACHS Services, ACHS Standards, Guidelines und Appendices. Die Standards und ihre Kriterien sind wiederum nach den Funktionen Pflegeverlauf (continuum of care), Führung und Management (Leadership and Management), Management der Humanressourcen (Human Resources Management), Informationsmanagement (Information Management), Sicherheitspraktiken und Umgebung (Safe Practice and Environment) und Leistungsverbesserung (Improving Performance) unterteilt. Jedem Standard und Kriterium ist eine Leitlinie

(Guideline) zugeordnet, die kurz die Funktion des Standards und/oder des Kriteriums definiert und mittels Empfehlungen oder Fragen dem Anwender bei deren Umsetzung behilflich ist.

Die ACHS Standards sind die einzigen in Australien vorkommenden Standards, die in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsindustrie entwickelt wurden und auf sämtliche im Gesundheitsbereich agierenden Organisationen angewendet werden können. Primär sind die Standards auf die wesentlichen Elemente der Pflegequalität und die zu deren Erbringung erforderlichen organisatorischen Funktionen ausgerichtet. Ihr Fokus und Anwendungsbereich kann als organisations-, patienten-, umwelt-, und mitarbeiterorientiert bezeichnet werden. Dem ACHS ist es weitgehend gelungen, die zentralen Prinzipien des TQM/UQM in seinen Standards und Kriterien zu berücksichtigen, wenn auch in unterschiedlich starker Gewichtung und Ausprägung. Während TQM Elemente wie „Systematische Datensammlung und -analyse“ oder „Kontinuierlicher Verbesserungsprozeß“ eindeutig einem Funktionsbereich von EQUiP zugeordnet werden können, greift EQUiP andere TQM Prinzipien indirekt auf und integriert sie in seine Standards und Prinzipien.

Grundlage für die Überprüfung der Leistung einer Organisation mit den Standards und Kriterien ist ein fünf- bzw. sechsstufiges Bewertungssystem, das bei der Selbstbewertung, der organisationsweiten Überprüfung durch externe Prüfer und zur periodischen Überprüfung zwischen den organisationsweiten Überprüfungen Anwendung findet. Für die Bewertung stehen die Kategorien „Nicht zutreffend“ (Not Applicable), „Geringfügige Leistungserbringung“ (Little Achievement), „Wenig Leistungserbringung“ (Some Achievement), „Mäßige Leistungserbringung“ (Moderate Achievement), „Umfassende Leistungserbringung“ (Extensive Achievement) und „Leistungserbringung mit Auszeichnung“ (Achievement with Commendation) zur Auswahl. Auf der Grundlage der Ergebnisse des Prüfungsberichtes der organisationsweiten Überprüfung hat die Organisation einen „Quality Action Plan“ zu erstellen, der die Empfehlungen der Prüfer aufgreifen und unter Vorgabe eines zeitlichen Rahmens in konkrete Ziele und Maßnahmen umsetzen soll. Noch vor der nächsten Überprüfung ist eine Kopie des Plans an den ACHS zu schicken, die den tatsächlich erzielten Fortschritt im Verhältnis zum „Quality Action Plan“ dokumentiert.

Die eigentliche Akkreditierung einer Organisation erfolgt nur durch die Mitglieder des ACHS-Vorstands auf der Grundlage der Übereinstimmung der Leistungen einer Organisation mit den Standards und Kriterien. Dabei richtet sich der zu vergebene Akkreditierungsstatus nach den Ergebnissen des Prüfungsberichtes aus der organisationsweiten Prüfung. Die Mitglieder des Vorstandes können entweder „keine Akkreditierung“, eine „Akkreditierung unter

Vorbehalt“ oder eine „Akkreditierung“ erteilen. Der Zeitraum für Akkreditierungen variiert zwischen einem und fünf Jahren.



## 5.2 Das Hospital Accreditation Programme (HAP)

### 5.2.1 Entstehungsgeschichte und Rechtsform

Mit finanzieller Unterstützung des „Nuffield Provincial Hospitals Trust“ wurde 1986 in Südingland mit der Entwicklung von Standards für kleine Krankenhäuser begonnen. Bereits 1988 konnten die ersten Forschungsergebnisse der Öffentlichkeit in Form des Standarddokumentes „Towards Good Practice in Small Hospitals“ durch die „National Association of Health Authorities“ präsentiert werden.<sup>572</sup> Zwei Jahre später erfolgte auf Initiative der „South Western Regional Health Authority“ die Aufstellung des „Hospital Accreditation Programme“ (HAP), das unter Leitung von Charles Shaw die Entwicklung organisatorischer Standards für kleine Krankenhäuser verfolgte. Zu Beginn seiner Tätigkeit beschränkte sich das HAP auf die Begutachtung und Akkreditierung von öffentlichen Kleinkrankenhäusern im Südwesten Englands, bevor es 1993 landesweit expandierte.<sup>573</sup> Im April 1994 wurde das *staatlich unabhängige, nicht profitorientierte* HAP Bestandteil der in Bristol ansässigen CASPE-Gruppe. Letztere ist eine führende *unabhängige* Organisation des Gesundheitswesens in Großbritannien, die an der Schnittstelle zwischen Klinikern und Managern des National Health Service (NHS) arbeitet. Ursprünglich im Jahre 1979 als Forschungsgruppe gegründet, erweiterte CASPE gegen Mitte der achtziger Jahre sein Spektrum auf Beratungsaktivitäten.<sup>574</sup> Wegen des zunehmend größer werdenden Interesses, den das HAP in gesundheitlichen Einrichtungen des privaten Sektors hervorrief, erweiterte man seine Anwendung 1996 auch auf diesen Bereich.

### 5.2.2 Strukturelle Komponenten: Organisation, Mitarbeiter, Finanzen, Leistungsangebot und Kunden

Die 14 Mitglieder des HAP Vorstandes setzen sich aus Repräsentanten von Organisationen der Krankenhausärzte, der Allgemeinärzte, des Pflegepersonals, des medizinisch-technischen Personals sowie kommunaler und unabhängiger Krankenhausvereinigungen zusammen.<sup>575</sup>

---

<sup>572</sup> Vgl. Hospital Accreditation Programme: Standards for the accreditation (1996), foreword.

<sup>573</sup> Vgl. ExPeRt: Peer Review Systems in Europe (1997), S. 55.

<sup>574</sup> Vgl. Hospital Accreditation Programme: Annual Summary (1995/1996), S. 2.

<sup>575</sup> Der Vorstand des HAP setzt sich aus Repräsentanten der königlichen Akademie der Allgemeinmediziner, Anästhesisten, Chirurgen, Geburtshelfern, Gynäkologen, Pflegern, Vertretern rehabilitativer Berufe und des nationalen englischen Vorstandes für Pflege, der nationalen Vereinigung der Gesundheitsbehörden und Stiftungen, dem Institut für Gesundheitsmanagement, der Vereinigung kommunaler Krankenhäuser, der britischen

Jedes Vorstandsmitglied ist bestrebt, bei der Einführung sicherer Abläufe in Krankenhäusern beratend zur Seite zu stehen, deren Einführung zu unterstützen und zu überwachen sowie die Verantwortlichen in den verschiedenen Bereichen zur Einführung kontinuierlicher, qualitätsverbessernder Maßnahmen zu ermutigen. Des Weiteren treffen sich die Mitglieder des Vorstandes häufig zu Gesprächen mit Prüfern bzw. Gutachtern und Repräsentanten von Krankenhäusern zusammen, um gemeinsam mit ihnen an der Entwicklung des HAP zu arbeiten und sicherzustellen, daß das Programm auch weiterhin den Anforderungen der Kunden entspricht.<sup>576</sup>

Caspe beschäftigt heute mehr als 30 Mitarbeiter. Der überwiegende Teil von ihnen arbeitet in London, die übrigen Mitarbeiter verteilen sich auf die Geschäftsstellen in Bristol und Newcastle. Als Bestandteil der CASPE-Beratung ist das HAP ein sich selbstfinanzierendes, nicht profitorientiertes Unternehmen, das seine finanziellen Einkünfte vorwiegend aus den Prüfungen, dem Verfassen von Berichten, der Entwicklung von Standards, jährlichen Mitgliedsbeiträgen sowie durch Prüfungen erhält.<sup>577</sup> Der laufende Umsatz übertraf die Summe von mehr als 2 Mio englische Pfund.<sup>578</sup>

Bezüglich des Leistungsangebotes bietet das HAP nachfolgend aufgeführte Dienstleistungen an:<sup>579</sup>

- Partizipation kleinerer Krankenhäuser an einem freiwilligen Akkreditierungsprogramm.
- Fortlaufende Überwachung und Überprüfung von Gesundheits- und Krankenhausstandards. Dabei werden Benutzer und Fachleute im Praxisbereich konsultiert, um eine umfassende, dem neuesten Stand der Entwicklung entsprechende Beratung anzubieten.
- Angebot von Netzarbeit durch ein offizielles Nachrichtenblatt und ein jährlich stattfindendes Treffen.
- Förderung der professionellen Entwicklung von Prüfern.
- Zugriff auf eine nationale Datenbank, die statistische Unterlagen gleicher Einrichtungen zur Verfügung stellt.

---

geriatrischen Vereinigung, der unabhängigen Pflegevereinigung sowie gemeindenahen Gesundheitskomitees zusammen. Vgl. Scrivens, E.: Accreditation (1995), S. 53.

<sup>576</sup> Vgl. Hospital Accreditation Programme: Annual Summary (1995/1996), S. 8 und S. 2.

<sup>577</sup> Vgl. ExPeRt: Peer Review Systems in Europe (1997), S. 56.

<sup>578</sup> Vgl. Hospital Accreditation Programme: Annual Summary (1995/1996), S.2. Detailliertere Angaben über die an die Mitarbeiter gestellten Anforderungen und Qualifikationen sowie nähere Informationen über finanzielle Größen sind aus der Literatur nicht zu entnehmen.

<sup>579</sup> Vgl. Hospital Accreditation Programme: Annual Summary (1995/1996), S. 2.

- Angebot eines umfassenden Aus- und Fortbildungsprogramms.

Zu der Klientel, die diese Dienstleistungen in Anspruch nehmen können, gehören kleine Akutkrankenhäuser des „National Health Service“ (NHS) und private Krankenhäuser mit weniger als 150 Betten, die nur kleinere chirurgische Eingriffe vornehmen, sowie Pflegeheime und Rehabilitationseinrichtungen, deren Patientenklientel sich meist in ländlichen Gemeinden befindet und nur eingeschränkten Zugang zu den großen Akutkrankenhäusern hat.<sup>580</sup>

### **5.2.3 Rekrutierung, Einstellungsvoraussetzungen, Zusammensetzung, Training und Kosten des Prüfungsteams**

Das HAP verfügt über insgesamt 27 Prüfer.<sup>581</sup> Sie werden aus bereits akkreditierten Organisationen rekrutiert und müssen eine mindestens dreijährige Erfahrung als Allgemeinmediziner, Facharzt, Krankenschwester oder Klinikmanager vorweisen können sowie Managementfahrung und interpersonelle Fähigkeiten besitzen.<sup>582</sup> Des Weiteren verlangt das HAP einen Teilnahmenachweis an sechs ausführlichen Prüfungen, von denen je drei als Trainee und drei im Beisein von erfahrenen Prüfern absolviert sein müssen. In Abhängigkeit von der Größe des zu bewertenden Krankenhauses, der Art von Einrichtung oder des Leistungsangebotes wird das zwei- bis dreiköpfige Prüfungsteam aus den zuvor beschriebenen Berufsgruppen zusammengesetzt.<sup>583</sup>

Für die Schulung der Prüfer veranschlagt das HAP ein viertägiges Training, das u.a. die Vermittlung von erforderlichem Wissen für die Begutachtung der Krankenhausdokumente vorsieht. Zu den weiteren Schulungsmethoden gehören Vorträge, Rollenspiele und simulierte Begehungen von Krankenhäusern. Bereits nach dem ersten Schultag sollte sichergestellt sein, daß der angehende Prüfer über genaue Kenntnisse der HAP-Standards verfügt, die Grundlagen der Akkreditierung verstanden hat und die Technik des Berichtverfassens beherrscht. Um die Kenntnisse seiner Gutachter auf den aktuellen Wissensstand zu bringen, veranstaltet das HAP zudem eine einmal jährlich stattfindende eintägige Fortbildungsver-

---

<sup>580</sup> Vgl. Scrivens, E.: Accreditation (1995), S. 58-59.

<sup>581</sup> Vgl. Hayes, J.; Shaw, C.: Implementing accreditation systems (1995), S.169. Bohigas, L. et al. geben für das Jahr 1995 40 Prüfer an, die für das HAP arbeiten. Bohigas, L., Smith, D., Brooks, T., Donahue, T., Heide-  
mann, E., Donaldson, B., , Shaw, C.: Accreditation Programs for hospitals, (1996), S. 587.

<sup>582</sup> Vgl. ExPeRt: Peer Review Systems in Europe (1997), S.55. Neben diesen 3 Personen kann zum Prüfungsteam noch ein Trainee oder anderer Mitarbeiter hinzugezogen werden.

<sup>583</sup> Vgl. Bohigas, L. et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998), S. 8-11.

staltung, die nach Angaben des HAP 1996 \$222 US Dollar Kosten pro Prüfer, zuzüglich der \$952 US Dollar Grundschulungskosten pro Person, verursacht hat.<sup>584</sup>

Alle Prüfer des HAP sind Freiwillige („volunteers“). Hauptberuflich arbeiten sie in einer Einrichtung des Gesundheitswesens. Für ihre Arbeit als Prüfer erhalten sie nur eine Unkostenerstattung.<sup>585</sup>

#### **5.2.4 Umfang und Aufbau des HAP-Handbuchs**

Das HAP-Handbuch umfaßt insgesamt 170 Seiten, die in 4 große Bereiche unterteilt sind. Die ersten 5 Seiten beinhalten neben einer kurzen Einleitung eine Beschreibung zur Anwendung der Standards, eine Erläuterung des Akkreditierungsprozesses sowie eine ausführliche Anerkennung und Würdigung der Verfasser des Dokumentes. Diesem einleitenden Kapitel schließt sich der Bereich „Krankenhausprofil“ an, auf dessen 10 Seiten strukturelle und statistische Angaben auf vorgedruckten Formblättern zu machen sind, die den organisatorischen Aufbau des Krankenhauses, seine Umgebung, das medizinische Personal (z.B. die Zahl der Zu- und Abgänge), die Bettenbelegung, die Anzahl der ambulanten Sitzungen und Anzahl neuer Unfallaufnahmen einschließlich der Entbindungen, betreffen. Entsprechend den Verfahrensanweisungen des HAP sind die Angaben zum Krankenhausprofil von den leitenden Stellen im Krankenhaus auszufüllen und 3 Monate vor der Begehung an das HAP zu senden, damit dieser die geeigneten Prüfer für die Inspektion auswählen kann. Der dritte und größte Bereich beinhaltet auf 114 Seiten die krankenhausspezifischen Standards. Die verbleibenden 40 Seiten des Handbuchs enthalten Tabellen und graphische Übersichten, die den Prüfern bei ihrer Bewertung behilflich sein sollen.

Wie aus nachfolgender Gliederung zu entnehmen ist, sind die insgesamt 1318 HAP-Standards in 6 unterschiedlich große Abschnitte aufgeteilt, die zusammen 114 Seiten umfassen.

---

<sup>584</sup> Vgl. Bohigas, L. et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998), S. 8-12.

<sup>585</sup> Vgl. Bohigas, L. et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998), S. 9.

## Gliederung der HAP-Standards<sup>586</sup>

### **Abschnitt 1 Management/Verwaltung (Management/Administration)**

- 1.1 Allgemeine Management Vereinbarungen (General Management Arrangements)
- 1.2 Gesundheit und Sicherheit (Health & Safety)
- 1.3 Qualitätsmanagement (Quality Management)
- 1.4 Gesundheitsakten/ -protokolle (Health Records)
- 1.5 Bibliotheksdienste (Library Services)

Anzahl der Standards: 276

### **Abschnitt 2 Allgemeine Einrichtungen (General Facilities)**

- 2.1 Zugang und Information (Access and Information)
- 2.2 Allgemeine stationäre Bereiche (General In-Patient Areas)
- 2.3 Dienste für tägliche Krankheitsfälle (Day Case Services)
- 2.4 Ambulante Einrichtungen (Ambulant Facilities)
- 2.5 Tagesklinik (Day Hospital)

Anzahl der Standards: 355

- Abschnitt 2 ist ausgerichtet auf Einrichtungen für Patienten, Zugang zu den Versorgungsdiensten und die Bereitstellung von Informationen, einschließlich der Patientenrechte.

### **Abschnitt 3 Professionelle klinische Dienste (Professional Clinical Services)**

- 3.1 Klinische Dienste (Clinical Services)
  - 3.1.1 Fußpflege (Chiropody)
  - 3.1.2 Klinische Psychologie (Clinical Psychology)
  - 3.1.3 Leistungen für Personen mit Ernährungsstörungen (Dietetics Services)
  - 3.1.4 Beschäftigungstherapie (Occupational Therapy)
  - 3.1.5 Krankengymnastik (Physiotherapy)

---

<sup>586</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S.: ohne Angabe.

3.1.6	Sprach- und Ausdrucksvermögen (Speech and Language)
3.2	Medizinische Dienste (Medical Services)
3.3	Pflegerische Dienste (Nursing Services)
3.4	Laboratorische Dienste (Laboratory Services)
3.5	Dienstleistungen der Apotheke (Pharmacy Services)
3.6	Radiologie (Radiology)

Anzahl der Standards: 335

- Abschnitt 3 ist ausgerichtet auf die Organisation jedes einzelnen klinischen Dienstleistungsbereichs.

#### **Abschnitt 4 Fachbezogene Dienstleistungen für Patienten (Specialist Patient Services)**

4.1	Dienstleistungen für Kinder (Children's Services)
4.2	Überwachungstationen für Patienten (High Dependency Unit) <sup>587</sup>
4.3	Dienstleistungen für Entbindende (Maternity Services)
4.4	Mentale Gesundheitsleistungen (Mental Health Services)
4.5	Abteilung für Unfälle und geringfügige Verletzungen (Minor Injuries And Casualty Departments)
4.6	Operative Bereiche (Operating Department)
4.7	Palliative Pflege (Palliative Care)
4.8	Wiederbelebung (Resuscitation)

Anzahl der Standards: 352

- Abschnitt 4 umfaßt klinische Besonderheiten einschließlich der Kinderversorgung und enthält Einheiten für hochgradig abhängige psychische Betreuung.

---

<sup>587</sup> Definition: "An area where patients are continuously monitored, and appropriately trained nurses are constantly present." HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 73.

## **Abschnitt 5 Unterstützende Dienstleistungen (Support Services)**

- 5.1 Versorgungsdienstleistungen (Catering Services)
- 5.2 Häusliche Dienstleistungen (Domestic Services)
- 5.3 Vermögensbereich (Estates Department)
- 5.4 Dienstleistungen der Wäscherei (Linen & Laundry Services)
- 5.5 Beerdigungs Dienstleistungen (Mortuary Services)
- 5.6 Geistliche Betreuung (Pastoral Services)
- 5.7 Versorgung mit sterilen Materialien (Sterile Supplies Services)
- 5.8 Freiwillige Dienstleistungen (Voluntary Services)

Anzahl der Standards: 162

- Abschnitt 5 enthält genaue Anforderungen für unterstützende Dienstleistungen, um den Bedürfnissen von Benutzern (Patienten und Mitarbeitern) zu entsprechen; zur Ergänzung und effektiven Zusammenfassung mit anderen Fachbereichen und Funktionen, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Krankenhauses.

Am umfassendsten sind die Abschnitte 2 (Allgemeine Einrichtungen), 3 (Professionelle klinische Dienste) und 4 (Fachbezogene Dienstleistungen für Patienten) mit jeweils über 300 Standards. Sämtliche 5 Abschnitte enthalten ausschließlich Standards. Kriterien, Indikatoren oder Leitlinien sind nicht vorhanden.

### **5.2.5 Standards und Kriterien**

#### **5.2.5.1 Anwendungsbereich, Ausrichtung und Fokus**

Der Anwendungsbereich der HAP Standards beschränkt sich ausschließlich auf kleine, ländliche Krankenhäuser des „National Health Service“ (NHS) und private Krankenhäuser mit weniger als 150 Betten sowie Pflegeheime und Rehabilitationseinrichtungen.

Nahezu alle 5 Abschnitte der Standards beinhalten nachfolgend aufgeführte 5 Sektoren.<sup>588</sup>

---

<sup>588</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996): Introduction.

## Fokus und Management

- Verfahrens- und Vorgehensweisen
- Einrichtungen und Ausstattung
- Humanressourcen
- Bewertung und Qualitätssicherung

Einen Hinweis auf die Ausrichtung der HAP-Standards geben die Sektionen „Verfahrens- und Vorgehensweisen“ und „Einrichtung und Ausstattung“, die ihrer Bezeichnung nach bereits auf eine Prozeß- und Strukturorientierung hinweisen. Eine nähere Betrachtung bestätigt diese Annahme. Es zeigt sich, daß die überwiegende Anzahl der Standards *prozeßorientiert* ist. Allerdings enthält nahezu jeder Abschnitt ebenfalls eine gewisse Anzahl von *Strukturstandards*, die zwischen 2 bis 3 Standards (z.B. im Abschnitt 5.4 „Dienstleistungen der Wäscherei“) und 24 Standards (z.B. Abschnitt 3.5 „Dienstleistungen der Apotheke“) variieren kann.<sup>589</sup> Wie strukturorientierte Standards des HAP aussehen können, veranschaulicht nachfolgende Darstellung:<sup>590</sup>

### **Ein ausgewähltes Beispiel für Strukturstandards des HAP-Handbuchs**

#### **1.2 Health And Safety**

##### **C Facilities And Equipment**

**Facilities and equipment should meet the standards required by health and safety legislation.**

1. Facilities and equipment are available for the safe and efficient operation of each service.
2. The environment is conducive to work which is performed there.
3. Equipment and facilities conform to health and safety regulations and are certified as such.
4. All equipment is subject to planned preventative maintenance. (HSE 1992).
5. There is sufficient storage space for the safe and efficient operation of each service.
6. First aid equipment is provided and easily accessible for use by the appointed “First Aider”.
7. The equipment is checked regularly against a written contents list.
8. Appropriate protective clothing is provided for staff in each department.
9. As far as is reasonably practical, appropriate lifting aids are provided wherever required according to assessed need.
10. Facilities and equipment for fire prevention and control are available as required by legislation and local fire regulations.
11. There is a system for communicating defects in equipment which is known to all staff.

<sup>589</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 108 und S. 60.

<sup>590</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 9.



Im Vergleich zu den Strukturstandards beschränkt sich die Prozeßorientierung der HAP-Standards nicht nur auf die Sektion „Verfahrens- und Vorgehensweisen“, sondern erstreckt sich auch auf die weiteren zwei Sektionen „Humanressourcen“ und „Bewertung und Qualitätssicherung“, wie aus den Abschnitten 3.3 „Pflegerische Dienste“ und 4.4 „Mentale Gesundheitsleistungen“ entnommen werden kann.<sup>591</sup>

### **Ausgewählte Beispiele für Prozeßstandards des HAP-Handbuchs**

#### **3.3 Nursing Services**

##### **C Human Resources**

**Staff qualifications and experience are appropriate to the care group being looked after.**

1. Levels of staffing and patterns of deployment of nursing staff are evaluated to meet patient care needs.
2. (...)
3. Mechanisms exist to identify and meet development needs of individual staff in relation to clinical services provided by the hospital.
4. There is a record development programme for each nurse, updated annually or as necessary, based on systematic appraisal of skills, knowledge and competencies required for the post held.
5. (...)
6. Specific programmes are available for nursing staff to develop skills associated with current care initiatives and legislation.

#### **4.4 Mental Health Services**

##### **E Evaluation And Quality Assurance**

1. There is a defined programme for quality improvement of mental health services.
2. Patient advocacy systems are encouraged and facilitated.
3. Records are kept of all violent incidents.
4. The ward manager ensures that reports of visits by the Mental Health Act Commissioners are readily available to staff and that appropriate action is taken as required.
5. There is evidence of current, systematic clinical audit.

Anhand der exemplarisch ausgewählten Standards kann konstatiert werden, daß die Verfasser des Handbuchs bei der Aufstellung der Standards einen eindeutigen Schwerpunkt auf die *Prozeßorientierung* gelegt haben, ohne die Bedeutung der *strukturorientierten Standards* für die Bewertung eines Krankenhauses zu vernachlässigen. Ungeachtet dieser eindeutigen Ausrich-

tung sind einzelne Standards im Bereich „Bewertung und Qualitätsmanagement“ zu finden, die eine *Ergebnisorientierung* aufweisen.<sup>592</sup> Wie aus unten aufgeführten Beispielen zu entnehmen ist, verlangen alle Standards den Nachweis für eine erbrachte Leistung, mit anderen Worten: entscheidend ist, *was* geleistet wurde, und nicht *wie* das Krankenhaus beabsichtigt, eine Leistung erbringen zu wollen.

### **Ausgewählte Beispiele für Ergebnisstandards des HAP-Handbuchs**

#### **1.3 Quality Management**

##### **E Evaluation And Quality Assurance**

1. There is a mechanism for obtaining information from patients about their perception of the quality of the service provided, and for reporting action taken *as a result of that feedback* (Hervorh. d. Verf.) .

#### **2.4 Outpatient Facilities**

##### **E Evaluation And Quality Assurance**

**The monitoring and evaluation of activities fit within the hospital's overall strategy for quality management.**

1. *Evidence* (Hervorh. d. Verf.) of a patient satisfaction survey, undertaken within the past two years, is available.

#### **4.4 Children Services**

##### **E Evaluation And Quality Assurance**

2. There is *evidence* (Hervorh. d. Verf.) of current, systematic clinical audit.

#### **4.3 Maternity Services**

##### **E Evaluation And Quality Assurance**

3. Data available for clinical review includes:
  - number of women initially booked for GP unit or GP care (...)
  - perinatal mortality in cases transferred to consultant care (...).

#### 4.7. Palliative Care

##### **E Evaluation And Quality Assurance**

4. There is *evidence* (Hervorh. d. Verf.) of consumer views being obtained and used to develop standards.

<sup>591</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 51 und S. 80.

<sup>592</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 35, S. 72, S. 78 und S. 95.

Des weiteren kann der Fokus und Anwendungsbereich der HAP Standards als besonders *klinisch-organisatorisch* und *patientenorientiert* bezeichnet werden. Es zeigt sich, daß die überwiegende Zahl von Standards auf *Prozesse* ausgerichtet ist, um eine effektive Versorgung der Patienten sicherzustellen. Insbesondere Abschnitt 3, „Professionelle klinische Dienste“, weist eine starke Ausrichtung auf die Organisation jedes einzelnen medizinischen Dienstes auf, damit die bestmöglichen Leistungen gegenüber den Patienten erbracht werden können. Dieses Bestreben kommt beispielsweise in dem Grundsatz zum Ausdruck, daß dem Abschnitt 3.1, „Klinische Dienstleistungen“, vorangestellt ist: “Clinical Services should assist patients to achieve the optimum level of independence after loss of function (...). This should be achieved through the individual and co-ordinated use of skills of the multi disciplinary team. The level of therapy input to the hospital is conducive to the needs of patients.”<sup>593</sup> Dabei beschränkt sich die Kombination von klinisch-organisatorischen und *patientenorientiert* ausgerichteten Standards nicht nur auf die Prozeß-, sondern auch auf die Strukturstandards, wie Abschnitt 2, „Allgemeine Einrichtungen“, belegt. Seine Standards sind daraufhin angelegt, die Organisation und Einrichtungen sämtlicher Bereiche eines Krankenhauses auf die Bedürfnisse der Patienten auszurichten.<sup>594</sup> Ein weiterer Nachweis für die *Patientenorientierung* der HAP Standards ist in der Forderung des Nachweises von Patientenbefragungen zu sehen und in der Aufnahme von Standards, welche die Sicherheit der Patienten und ihrer Angehörigen sowie die Patientenrechte im Krankenhaus ausdrücklich betonen.<sup>595</sup>

Der Anwendungsbereich der Standards erstreckt sich nicht nur auf die zuvor erwähnten klinisch-organisatorischen Standards, sondern berücksichtigt ebenso *mitarbeiterorientierte Standards*. Gleich zu Beginn von Abschnitt 1, „Management/Verwaltung“, Unterpunkt 1.1 „Allgemeine Management Vereinbarungen“, ist im Unterpunkt C, „Management der Humanressourcen“, eine Anzahl von „Basisstandards“ aufgeführt, die in nahezu allen 5 Abschnitten des Handbuchs zu berücksichtigen sind. Hierzu gehört neben der Einweisung von neuen Mitarbeitern in ihren neuen Aufgabenbereich und der damit verbundenen Unterrichtung und dem Verständnis von Rechten und Pflichten auch deren *Schulung und Training*. Letzteres umfaßt Einführungsprogramme für neue Mitarbeiter, deren Inhalt sich u.a. mit dem Verständnis der

---

<sup>593</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 41.

<sup>594</sup> “The hospital should provide facilities and equipment for the assessment, management, treatment and rehabilitation of patients requiring medical, surgical or other specialist care, appropriate to the clinical services provided.” HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 27.

<sup>595</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 70 und S. 82.

Werte und der Aufträge des Krankenhauses befassen und der Vermittlung von sicherheitsrelevanten Leitlinien. Die Teilnahme aller Mitarbeiter an Fortbildungs- und Trainingsprogrammen und die Aufstellung eines persönlichen, schriftlich festgelegten Entwicklungsprogramms für jeden Mitarbeiter sind ebenso Gegenstand dieser Standards wie die Forderung nach mitarbeiterbezogenen Einrichtungen im Krankenhaus.<sup>596</sup> Nicht zuletzt die Möglichkeit zur Teilnahme von Mitarbeitern, Patienten und deren Angehörigen an Programmen zur Krankheitsprävention und Gesundheitserhaltung kann als ein weiterer Aspekt der Mitarbeiterorientierung gewertet werden.<sup>597</sup>

### 5.2.5.2 Berücksichtigung von TQM/UQM Elementen

Standards, die eine aktive *Vorbildfunktion* und *Verantwortung* des Top Managements für das Qualitätsmanagement fordern, sind im HAP-Handbuch nicht explizit aufgeführt. Die einzigen Ansätze, die dieser Forderung indirekt entsprechen könnten, befinden sich im Abschnitt 1.1 „Allgemeine Management Vereinbarungen“ und 1.3 „Qualitätsmanagement“. Letzterer fordert das Vorhandensein einer Qualitätspolitik (“There should be a written policy on quality management and documented plans for its implementation”),<sup>598</sup> beschränkt die Aufgabe von leitenden Ärzten und Angestellten des Managements aber nur auf das Verständnis der Qualitätsbestimmungen (“Senior clinicians and managers are aware of quality clauses for the delivery of clinical services in contracts”).<sup>599</sup> Obwohl im unmittelbar darauffolgenden Unterpunkt „Organisation“ die Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Organisationsstruktur festgelegt werden soll, fordert kein Standard dessen Bestimmung durch das Top Management. Statt dessen verweist er nur darauf, daß „responsibility or quality is defined in management job descriptions“ und „a member of the management team has documented defined responsibility and authority for the co-ordination of quality“.<sup>600</sup> Offensichtlich richten sich beide Standards nur an die Verantwortlichen in den verschiedenen Abteilungen, nicht aber an die verantwortlichen Führungskräfte in der Krankenhausleitung.

Im Abschnitt 1.1 „Allgemeine Management Vereinbarungen“ wird ebenfalls nicht an die Vorbildfunktion und Verantwortung des Top Managements für das Qualitätsmanagement appelliert. Im Gegensatz zum oben genannten Abschnitt verlangt aber der Grundsatz in diesem

---

<sup>596</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 4, S. 5 und S. 9.

<sup>597</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 25.

<sup>598</sup> HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 15.

<sup>599</sup> HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 15.

<sup>600</sup> HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 15.

Abschnitt die Errichtung einer Aufbauorganisation durch den Krankenhausmanager, um zu einer Verbesserung der Effektivität und Effizienz aller Abläufe im Krankenhaus zu gelangen und die Bereitstellung qualitativ hochwertiger Leistungen sicherzustellen.<sup>601</sup> Zudem kann Standard 9, „Allgemeines Management“, als Delegation von Verantwortung an hierarchisch untergeordnete Stellen interpretiert werden, die entsprechend der Ausführungen im Kapitel „Zentrale Prinzipien des TQM“, als Bestandteil der Verantwortung des Top Managements für das Qualitätsmanagement angesehen werden.<sup>602</sup>

Als wesentlich unproblematischer erweist sich die Identifikation von *Qualität als strategischem Unternehmensziel*. Die zuvor erwähnten Abschnitte 1.1 und 1.3 enthalten bzgl. dieses TQM Bausteins die entsprechenden Standards, wie die nachfolgende Darstellung belegt:<sup>603</sup>

## **1.1 General Management Arrangements**

### **A General Management**

**The hospital should be managed effectively and efficiently in accordance with its mission and objectives.**

1. There is a mission statement which sets out the values and objectives of the hospital.
2. This has been agreed by the hospital's governing body.
3. There is a Business Plan for the implementation of the objectives of the hospital and a mechanism for its regular review.
4. The objectives of each clinical service are clearly defined.

## **1.3 Quality Management**

### **A Policy**

**There should be a written policy on quality management and documented plans for its implementation.**

1. The hospital has, or is included in, a comprehensive written programme for quality management and evaluation.
2. The programme:
  - integrates patient, clinical and managerial approaches
  - specifies the nature and purpose of clinical audit
  - actively involves all staff.

<sup>601</sup> "There is a manager with clearly defined responsibility and accountability for the efficient and effective operation of the hospital." HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 2.

<sup>602</sup> "Each service within the hospital has an identified manager who is responsible for its operation and management." HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 2.

<sup>603</sup> HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 15.

Die Entwicklung einer Mission durch den Vorstand und der damit im Zusammenhang stehenden Werte und Ziele eines Krankenhauses, nach denen sich die Handlungen aller Mitarbeiter richten sollen, entspricht der Aufstellung *strategisch ausgerichteter Unternehmensziele* i.S. eines TQM. Deren Umsetzung unterstützt die in Abschnitt 1.3 beschriebene umfassende Qualitätspolitik, die ein Qualitätsmanagementprogramm verlangt, das die Belange von Patienten, Klinikern und der Verwaltung berücksichtigt.

Die Verfasser des HAP-Handbuchs haben in den Abschnitten 2, 3 und 4 eine Anzahl von Standards eingefügt, die sich mit der *systematischen und routinemäßigen Sammlung statistischer Daten* befaßt. Unter der Rubrik „Bewertung und Qualitätssicherung“ (Evaluation and Quality Assurance) erfolgt die Sammlung, Aufarbeitung und Bereitstellung von patienten- und mitarbeiterbezogenen Daten, die ein Bild über den aktuellen Ist-Zustand der klinischen Abläufe und Behandlungsergebnisse abgeben sollen. Je nach Standard können die ausgewerteten und aufbereiteten Daten für klinische Audits und/oder zur Verbesserung der Prozeß- und Ergebnisqualität verwendet werden, wie nachfolgende Übersicht einiger exemplarisch ausgewählter Standards zeigt.<sup>604</sup>

### Ergebnisstandards des HAP

#### **2.3 Day Case Services**

##### **E Evaluation And Quality Assurance**

1. Data are routinely used to monitor performance e.g. utilisation of beds, theatres (...), number of patients treated by procedure and type of anaesthetic used etc.

#### **2.4 Out Patient Facilities**

##### **A Scope And Management**

4. Statistical Information on staffing and patient activity of the unit is routinely available.

##### **E Evaluation And Quality Assurance**

4. Routinely available data are used to document and improve the service provided.

#### **3.2 Medical Services**

##### **E Evaluation And Quality Assurance**

3. Data available to medical staff for audit in the past year includes:
  - admissions and discharges by speciality (...)
  - length of stay (...)
  - transfers to more acute facilities

<sup>604</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 33, S. 35, S. 48, S. 72.

## 4.1 Childrens Services

### E Evaluation And Quality Assurance

2. Data on recent volume and casemix of children's services are available for clinical and management review.

Eine erneute Untersuchung der Standards auf deren *Prozeß-, Kunden-, und Mitarbeiterorientierung* erscheint an dieser Stelle weder sinnvoll noch erforderlich, da sie bereits im vorherigen Unterpunkt vorgenommen wurde. Zusammengefaßt läßt sich feststellen, daß alle drei Punkte im HAP ausreichend berücksichtigt worden sind. Sowohl die Prozeß- als auch die Kunden- bzw. Patientenorientierung der Standards ist klar erkennbar. Durch eine Mitarbeiterorientierung, die u.a. in Form von Aus- und Fortbildungsmaßnahmen zum Ausdruck kommt, unterstreicht das HAP die wichtige Funktion, die gut geschulte und motivierte Mitarbeiter für das Umsetzung und damit für das Erreichen einer qualitativ hochwertigen Prozeß- und Kundenorientierung haben. Angesichts der Mitarbeiterorientierung des HAP überrascht es, daß es den Standards an einer *partizipativen Grundhaltung mangelt*. Eine wirkliche Partizipation der Mitarbeiter i.S. einer Mitbestimmung oder einem Mehr an Verantwortung findet sich nur bei 4 Standards. Abschnitt 1.1 „Allgemeine Management Vereinbarungen“ ermöglicht den Mitarbeitern im Zusammenwirken mit den Abteilungsleitern über die effiziente Verteilung finanzieller Mittel zu diskutieren und Empfehlungen zu deren besserer Verwendung abzugeben.<sup>605</sup> Lediglich in den Abschnitten 1.3 „Qualitätsmanagement“, 3.4 „Laboratorische Dienste“ und „Abschnitt 4.2 „Überwachungstationen für Patienten“ wird das Personal der Abteilung in die Überprüfung und Überarbeitung von Verfahren und Abläufen mit einbezogen.<sup>606</sup> Alle weiteren Standards räumen den Mitarbeitern gegenüber lediglich eine Informationspflicht ein, was z.B. den Einsatz neuer Verfahren bei der Behandlung von Patienten betrifft.<sup>607</sup>

In keinem der HAP-Standards wird das *Null-Fehler-Konzept* und die mit ihm in unmittelbarem Zusammenhang stehende *Fehlervermeidung* explizit erwähnt. Obwohl im ersten Abschnitt „Allgemeine Management Vereinbarungen“ von „Mission“, „Werten“ und „Zielen“ die Rede ist, gehört das „Null-Fehler-Konzept“ für die Verfasser des Handbuchs offensichtlich nicht dazu. Dennoch könnte dessen Philosophie in einigen Standards berücksichtigt worden sein, sofern man das Konzept inhaltlich erweitert und darunter ebenso Aus- und Fortbil-

<sup>605</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 6.

<sup>606</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 16, S. 54 und S. 73.

<sup>607</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 55 und S. 80.

dungsmaßnahmen als auch vorgeschriebene Verfahrensabläufe subsumiert. Auch wenn es sich in einem solchen Fall nicht um Standards handelt, die auf eine Veränderung der Unternehmenskultur und der damit beabsichtigten Denk- und Verhaltensänderung i. S. Crosbys abzielen, stellen sie i.w.S. Präventivmaßnahmen zur Fehlervermeidung dar. Da das HAP in seinem Handbuch wiederholt der Sicherheit von Strukturen und Prozessen eine große Bedeutung beimißt, enthält es eine Anzahl von Standards, die dies gewährleisten sollen. In der Grundsatzerklärung zum Abschnitt 1.2 „Gesundheit und Sicherheit“ heißt es: “A duty of any hospital should be to protect patients, visitors and staff from harm. Promotion of health and safety and the *avoidance of risk* (Hervorh. d. Verf.) should be integrated within the organisation and among all levels of staff.”<sup>608</sup> Wie dieser Forderung entsprochen werden soll, beschreibt ein Standard im nachfolgenden Unterpunkt „Betriebliche Verfahrensweisen“: “ Each area has protocols for standard operating procedures. The protocols include information on:

- risks assessments, which should be written and reviewed.
- *Preventative and protective* (Hervorh. d. Verf.) means of ensuring health and safety and guidance on personal protective equipment.
- identifiable control measures in the event of serious or immanent danger to staff, patients or visitors.”<sup>609</sup>

Dieser Präventionsaspekt bezieht sich ebenfalls auf die Ausbildung der Mitarbeiter und deren Handlungsbefugnisse, wie die nachfolgend aufgeführten 2 Standards belegen:<sup>610</sup>

## **4.2 High Dependency Unit**

### **D Human Resources**

3. All staff working in the unit have completed formal in service training or a recognised course in special care.

## **1.2 Health And Safety**

### **D Staffing**

4. Staff are not required to undertake tasks, or use equipment or machinery until trained and certified competent.

<sup>608</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 8.

<sup>609</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 8.

<sup>610</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 75 und S. 9.



Wie aus den Beispielen hervorgeht, versuchen beide Standards Fehler im Vorfeld zu verhindern, indem sie für die vorgesehenen Tätigkeiten nur fachlich qualifiziertes und geschultes Personal zugelassen.

Das Prinzip der *kontinuierlichen Verbesserung* wird in den Standards sehr unterschiedlich umgesetzt. Vergegenwärtigt man sich, daß es sich dabei um eine übergeordnete, die ganze Organisation umfassende Strategie handelt, verwundert es, daß es nicht im ersten Abschnitt „Allgemeine Management Vereinbarungen“ als integraler Bestandteil der gesamten Organisation explizit erwähnt wird. Statt dessen ist es in den HAP Standards meist indirekt und zudem in recht unterschiedlichem Umfang integriert worden. Zum einen kann in der bereits erwähnten routinemäßigen Erhebung von Daten oder der Aktualisierung von Prozeduren und Verfahren<sup>611</sup> ein Ansatz bzw. die Bereitschaft zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung gesehen werden. Eindeutig zuzuordnen ist hingegen das Grundsatzprinzip im Unterpunkt „Bewertung und Qualitätssicherung“ des Abschnitts 3.2 „Medizinische Dienstleistungen“, das ein klares Bekenntnis zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung fordert: “There should be a formal mechanism by which the medical staff are involved in the *systematic assessment and improvement* (Hervorh. d. Verf.) of clinical practice.” Einer der Standards in diesem Unterpunkt verlangt deshalb „participation in defined hospital quality improvement programmes is a condition of membership of the medical staff.“<sup>612</sup>

Standards mit vergleichbarem Inhalt enthält ebenfalls der Abschnitt 1.3 „Qualitätsmanagement“, der das Vorhandensein umfassender Mechanismen und Verantwortungsbereiche verlangt, anhand derer die Leistungsverbesserung innerhalb der Organisation gemessen und verbessert werden kann. „There is documented review of the quality improvement programme to ensure continuing suitability and effectiveness.“<sup>613</sup>

Des weiteren wendet das HAP das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung für die Verbesserung der Krankenpflege an, indem es die stationären Leitungs- bzw. Führungskräfte zur Bewertung der bestehenden Programme auffordert, um aus den daraus gewonnenen Erkenntnissen eine bessere Rekrutierung und Fortbildung seiner Mitarbeiter zu ermöglichen.<sup>614</sup>

---

<sup>611</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 33 und S. 42.

<sup>612</sup> HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 48.

<sup>613</sup> HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 15.

<sup>614</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 52.

## 5.2.6 Bewertung

### 5.2.6.1 Bewertungsschema

Das HAP wendet ein einfaches Bewertungsschema an, das für die Bewertung der Übereinstimmung jedes einzelnen Standards mit einem Punkt nur ein „ja“ oder „nein“ vorgibt. Diese beschränkte Auswahlmöglichkeit haben nur die Mitarbeiter des Krankenhauses bei der Selbstbewertung, die vor der eigentlichen Begehung durch die Prüfer vorzunehmen ist und deren Ergebnisse 3 Wochen vor der Visitation an das HAP zu schicken sind. Ungeachtet dessen besteht die Möglichkeit, weitere detailliertere Angaben jedem Standard hinzuzufügen, um die vorgenommene Bewertung besser begründen zu können. Eine Vorstellung vom HAP Bewertungsschema vermittelt nachfolgendes Beispiel.<sup>615</sup>

<b><u>Ein Beispiel für das HAP Bewertungsschema</u></b>		
<b>C Human Resource Management</b>		
The human resource function should be managed and organised to support managers and staff in the achievement of the principal objective of the hospital.		
	<b>Yes</b>	<b>No</b>
1 The hospital has a strategy for the management of staff	___	___

Im Gegensatz zur Selbstbewertung stehen den Prüfern des HAP für die Bewertung jeder einzelnen Sektion des Dokumentes 4 Kriterien zur Auswahl, nach denen sie den Grad an Übereinstimmung mit den Standards vornehmen können. Konkret handelt es sich dabei um die nachfolgend aufgeführten Kriterien:<sup>616</sup>

- NA = non accreditable
- PC = partially compliant with the standard
- C = fully compliant with the standard
- C+ = exceeds the standard and worthy of commendation

Anhand dieser Kriterien bewerten die Prüfer die Standards jedes einzelnen Unterpunktes eines Abschnitts und fassen die Ergebnisse in einer Übersicht zusammen. Stellvertretend für die

<sup>615</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996), S. 3.

<sup>616</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996): Introduction.

anderen Abschnitte des Handbuchs ist nachfolgendes Tabelle für den Abschnitt 1.1 „Allgemeine Management Vereinbarungen“:

### 1.1 General Management Arrangements

		NA	PC	C	C+
A	General Management				
B	Communications				
C	Personal Management				
D	Financial Control				
E	Stock Control				
F	Security				
G	Registered Homes Act				
H	Evaluation and Quality Assurance				

Please comment particularly on:

- leadership
- Appropriateness on the statement of the role of the hospital
- Effectiveness of communication systems
- Contracting arrangements
- Night security

Surveyors' overall Rating	NA	PC	C	C+

Die Summe der Bewertungen jedes einzelnen Abschnitts mit seinen Unterpunkten wird wiederum in einer Gesamtübersicht zusammengefaßt, die ihrerseits eine wichtige Entscheidungsgrundlage für den Vorstand des HAP bei der Gewährung der Akkreditierung ist.

### Overall Graphic Profile (Surveyors' ratings)

		Not App	NA	PC	C	C+
	<b>Hospital Profile</b>					
<b>Section 1</b>	<b>Management/Administration</b>					
1.1	General Management					
1.2	Health and Safety					
1.3	Quality Management					
1.4	Health Records					
1.5	Library Services					

<b>Section 2</b>	<b>General Facilities</b>					
2.1	Access and Information					
2.2	General In-Patient Areas					
2.3	Day Case Services					
2.4	Out-Patient Facilities					
2.5	Day Hospital					

### **5.2.6.2 Anwendungsspektrum des Bewertungssystems**

Wie aus den näheren Ausführungen zum Anwendungsbereich der Standards bereits zu entnehmen war, sind diese auf die *Untersuchung bzw. Überprüfung der organisatorischen Strukturen und Prozesse* eines Krankenhauses ausgerichtet. Sie bilden nicht nur die Grundlage für die Bewertung einer Organisation durch geschulte Prüfer des HAP, sondern eignen sich auch als *Instrument zur Selbstbewertung* für die Mitarbeiter einer Klinik. Somit ist die größtmögliche Übereinstimmung aller Strukturen und Prozesse einer Organisation mit den Standards nicht nur unerlässlich für die Gewährung einer Akkreditierung durch den Vorstand des HAP, sondern schafft gleichzeitig eine Basis zur organisatorischen Entwicklung.

### **5.2.7 Prüfverfahren und Prüfablauf**

Strebt ein Krankenhaus eine Akkreditierung nach den Standards des HAP an, sollte es sich ca. 6 Monate vor der beabsichtigten Begutachtung mit einer Geschäftsstelle des HAP in Verbindung setzen, um das Handbuch mit den Standards anzufordern. Nach Erfahrungen des HAP ist diese frühzeitige Kontaktaufnahme unbedingt erforderlich, weil die Vorbereitungen eines Krankenhauses auf die Prüfung annähernd 3 Monate Zeit in Anspruch nehmen. Während dieses Zeitraums arbeiten die Mitarbeiter daran, die organisatorischen Strukturen und Prozesse an die Anforderungen der Standards anzupassen. Dabei kann es auch vorkommen, daß Klinikmanager Kontakt zu Kollegen in anderen Krankenhäusern aufnehmen, um sich von ihnen Empfehlungen und Anregungen im Hinblick auf die beabsichtigte Akkreditierung einzuholen

<sup>617</sup>

Die letzten 3 Monate vor der Prüfung sind durch eine Anzahl von Aktivitäten geprägt. Zwölf Wochen vor der Prüfung muß das Krankenhausprofil fertiggestellt und an dem HAP zugesendet worden sein. Ungefähr acht Wochen vor dem Prüfungsdatum besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, eine freiwillige, halbtägige Voruntersuchung und Beratung

---

<sup>617</sup> Vgl. Scrivens, E.: Accreditation (1995), S. 54.

durch einen erfahrenen Prüfer vornehmen zu lassen, der alle bis dahin erzielten Fortschritte bewertet.

Vier Wochen vor der Prüfung nimmt ein Prüfungskoordinator des HAP Kontakt mit den für das Krankenhaus spezifisch ausgewählten Prüfern auf, um deren Zustimmung für die Begehung einzuholen. Sobald die Übereinstimmung mit den Prüfern erfolgt ist, sendet der Koordinator dem Krankenhaus eine Liste mit deren Namen und Lebensläufen und einem Exemplar des Zeitplans für den Prüfungstag zu.

Das komplette Dokument mit den Standards wird drei Wochen vor dem Prüfungstag zusammen mit Kopien von sämtlichen Verträgen mit Zuliefererbetrieben, einer Kopie des aktuellen Berichts des „environmental health officer“ und des Berichtes zur Infektionskontrolle sowie einem Exemplar des Strahlungsschutzbeauftragten an das HAP geschickt. Dort leitet man es weiter an den Vorsitzenden des Prüfungsteams, damit sich dieser mit den anderen Mitgliedern der Prüfgruppe auf die Begehung vorbereiten kann.

Am Prüfungstag bewerten die Prüfer die Einrichtung anhand der Akkreditierungsstandards. Noch bevor am Abend der Prüfungsbericht verfaßt wird, kommt es zu einer mündlichen Unterrichtung der Krankenhausleitung über die Ergebnisse der Untersuchung. Innerhalb der nächsten vier Wochen bearbeitet der Prüfungskoordinator des HAP den Prüfungsbericht, um ihn an die Prüfer zur Revision weiterzuleiten. Der fertiggestellte Bericht wird schließlich an den HAP Vorstand weitergeleitet, der über die Vergabe des Akkreditierungsstatus innerhalb der nächsten 12 Wochen entscheidet.<sup>618</sup> Gewährt der Vorstand eine Akkreditierung, erhält das betreffende Krankenhaus ein Zertifikat über die vergebene Akkreditierung, dem ein Bericht beigelegt ist, der sowohl Auskunft über die Stärken der Institution als auch Verbesserungsvorschläge beinhaltet.<sup>619</sup>

### **5.2.8 Grundlagen, Stufen, Publikation und Kosten der Akkreditierung**

Obwohl das HAP die Entwicklung von klinischen Indikatoren betreibt,<sup>620</sup> die eine verbesserte Ergebnismessung ermöglichen sollen, gewährt es bisher nur eine Akkreditierung auf der Basis von detaillierten Standards. Kriterien werden bei der Bewertung der organisatorischen Strukturen und Prozesse nicht hinzugezogen.

---

<sup>618</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996): The process of accreditation.

<sup>619</sup> Vgl. Scrivens, E.: Accreditation (1995), S. 54.

<sup>620</sup> Vgl. HAP: Standards for the accreditation of small hospitals (1996): Introduction.

In Abhängigkeit vom Prüfungsergebnis bzw. vom Grad der Übereinstimmung mit den Standards stehen dem HAP Vorstand 5 bzw. 4 Möglichkeiten zur Vergabe eines Akkreditierungsstatus zur Auswahl, die unterteilt sind nach

- Akkreditierung für 3 Jahre;
- Akkreditierung für 2 Jahre;
- Akkreditierung für 1 Jahr;
- Fokus Überprüfung („schwebende Akkreditierung“);
- Keine Akkreditierung.<sup>621</sup>

Bei einer „Fokus Überprüfung“ haben die Prüfer drei oder vier Punkte zu beanstanden gehabt, die aber nach Ansicht des HAP Vorstands innerhalb von 6 Monaten behoben werden können, so daß eine Akkreditierung nachträglich erteilt werden kann.<sup>622</sup>

Primär ist davon auszugehen, daß insbesondere kleine Krankenhäuser in ländlicher Umgebung die vom HAP gewährte Akkreditierung der Öffentlichkeit bekanntmachen, indem sie die Nachricht in lokalen Zeitungen publizieren oder den „Community Health Council“ und ihrer „Klientel“ über die Verleihung in Kenntnis setzen.<sup>623</sup>

Über die Höhe der Gesamtkosten einer Akkreditierung nach den HAP Standards sind in der Literatur fast keine Angaben gemacht worden. Auch im Jahresbericht des HAP wird lediglich auf eine jährlich von den Mitgliedern des Programms zu entrichtende Beitragsgebühr hingewiesen, deren Höhe jedoch nicht genannt wird.<sup>624</sup> Die einzigen konkreten Zahlen liefern Ellie Scrivens und Lluís Bohigas. Ihren Angaben zufolge belaufen sich die Kosten einer Akkreditierung auf über 1000 Englische Pfund bzw. auf \$ 3125 US-Dollar.<sup>625</sup> Diese Summe stellt für ein Krankenhaus eine beträchtliche finanzielle Ausgabe dar, wenn ihm statt der erhofften zweijährigen Akkreditierung nur eine einjährige erteilt wurde. In einem solchen Fall wäre es gezwungen, bereits nach einem Jahr dieselbe Gebühr an das HAP zu entrichten, um die begehrte Akkreditierung zu erhalten.

---

<sup>621</sup> Vgl. Bohigas, L.; Heaton, C.: *Methods for external evaluation* (2000), S. 237.

<sup>622</sup> Vgl. Scrivens, E.: *Accreditation* (1995), S. 112.

<sup>623</sup> Vgl. Scrivens, E.: *Accreditation* (1995), S. 67.

<sup>624</sup> Da die jährliche Beitragsgebühr u.a. die Kopie des Standarddokumentes einschließt, ist davon auszugehen, daß sich die Kosten der Akkreditierung aus der Beitragsgebühr zuzüglich der Kosten für die Prüfer pro Tag zusammensetzen. Vgl. *Hospital Accreditation Programme: Annual Summary (1995/1996)*, S. 7.

<sup>625</sup> Vgl. Scrivens, E.: *Accreditation* (1995), S.79 und vgl. Bohigas, L. et al.: *Accreditation Programs for Hospitals: Funding and Operation* (1996), S. 586.

### 5.2.9 Zusammenfassung

Das „Hospital Accreditation Programme“ (HAP) überprüft und akkreditiert seit 1990 kleine Akutkrankenhäuser des „National Health Service“ (NHS) mit weniger als 150 Betten sowie Pflegeheime und Rehabilitationseinrichtungen. Nach der landesweiten Expansion des HAP im Jahre 1993 wurde das staatlich unabhängige, nicht profitorientierte Akkreditierungsprogramm Bestandteil der in Bristol ansitzigen CASPE-Gruppe. Als Reaktion auf das zunehmende Interesse privater Einrichtungen am HAP erfolgte 1996 die Erweiterung des Programms auf diesen Bereich.

Der 14 Mitglieder umfassende Vorstand des HAP setzt sich aus Repräsentanten von Organisationen der Krankenhausärzte, der Allgemeinärzte, des Pflegepersonals, des medizinisch-technischen Personals sowie kommunaler und unabhängiger Krankenhausvereinigungen zusammen. Ihm obliegt die Aufgabe, auf der Grundlage des Prüfungsberichtes seiner Inspektoren, eine Akkreditierung zu erteilen oder zu verweigern. Des Weiteren stehen die Mitglieder des Vorstandes Krankenhäusern bei der Einführung qualitätsverbessernder Maßnahmen beratend zur Seite und arbeiten zusammen mit Prüfern, Gutachtern und Repräsentanten von Krankenhäusern an der Entwicklung der HAP Standards. Entsprechend dieser Tätigkeiten ist das Angebot des HAP primär auf die Akkreditierung von Krankenhäusern, die Aus- und Fortbildung von Prüfern und anderer, im Krankenhausbereich arbeitenden Personen, ausgerichtet.

Die Prüfer des HAP werden aus bereits akkreditierten Organisationen rekrutiert und müssen eine mindestens dreijährige Erfahrung als Allgemeinmediziner, Facharzt, Krankenschwester oder Klinikmanager vorweisen sowie Managementenerfahrung und interpersonelle Fähigkeiten besitzen. Für die Schulung der Prüfer veranschlagt das HAP ein viertägiges Training, das u.a. die Vermittlung von erforderlichem Wissen für die Begutachtung der Krankenhausdokumente vorsieht. Um die Kenntnisse der Gutachter stets auf dem aktuellen Stand des Wissens zu halten, veranstaltet das HAP eine einmal jährlich stattfindende eintägige Fortbildungsveranstaltung.

Das HAP-Handbuch umfaßt insgesamt 170 Seiten, die in 4 Bereiche unterteilt sind: Einleitung und allgemeine Handlungsanweisungen, Krankenhausprofil, Standards und graphische Übersichten für Prüfer. Erwartungsgemäß stellen die 1318 Standards des Handbuchs den größten aller Bereiche dar. Letzterer gliedert sich in die Abschnitte „Management/Verwaltung“ (Management/Administration), „Allgemeine Einrichtungen“ (General Facilities), „Professionelle klinische Dienste“ (Professional Clinical Services), „Fachbezogene Dienstleistungen für Patienten“ (Specialist Patient Services) und „Unterstützende Dienstlei-

stungen“ (Support Services). Sämtliche Abschnitte des Handbuchs enthalten ausschließlich Standards. Kriterien, Indikatoren oder Leitlinien sind nicht vorhanden.

Obwohl im Handbuch des HAP z.T. viele Strukturstandards vorzufinden sind, überwiegen eindeutig die Prozeßstandards. Ergebnisstandards spielen hingegen eine untergeordnete Rolle. Unübersehbar ist zudem der klinisch-organisatorische-, patienten- und mitarbeiterorientierte Fokus und Anwendungsbereich der Standards. Demgegenüber sind TQM-Elemente z.T. recht unterschiedlich in den Standards berücksichtigt worden bzw. bedürfen einer genaueren Interpretation. Während Elemente wie „Qualität als strategisches Unternehmensziel“, „Datensammlung und Analyse“, „Prozeß-, Kunden- und Mitarbeiterorientierung“ in den Standards gut wiederzufinden sind, sucht man vergeblich nach der „Verantwortung und Vorbildfunktion der Führung für das Qualitätsmanagement“ und nach einer „partizipativen Grundhaltung.“ Obwohl die Aufnahme des „Null-Fehler Konzeptes“ und das „Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung“ nicht ausdrücklich in der Qualitätspolitik festgelegt worden ist, hat es inhaltlich eine Anzahl von Standards übernommen.

Für die Selbstbewertung des Krankenhauses steht den Mitarbeitern ein einfaches „ja“ oder „nein“ Bewertungsschema für jeden Standard zur Verfügung. Anders verhält es sich bei den Prüfern. Ihnen stehen für die Bewertung jeder einzelnen Sektion des Dokumentes 5 Kriterien zur Auswahl: "non accreditable" (NA), "partially compliant with the standard" (PC),

"fully compliant with the standard" (C) und "exceeds the standard and worthy of commendation" (C+). Anhand dieser Kriterien bewerten die Prüfer die Standards jedes einzelnen Unterpunktes eines Abschnitts und fassen die Ergebnisse in einer Übersicht zusammen. Die Summe der Bewertungen jedes einzelnen Abschnitts mit seinen Unterpunkten wird wiederum in einer Gesamtübersicht zusammengefaßt, die ihrerseits eine wichtige Entscheidungsgrundlage für den Vorstand des HAP bei der Gewährung der Akkreditierung ist.

Handbuch und Prüfungsunterlagen sollten wenigstens 6 Monate vor der Begehung durch die Prüfer vom HAP angefordert werden. Weitere 3 Monate sind für die Anpassung der organisatorischen Strukturen und Prozesse einzuplanen. Während bereits ein Vierteljahr vor Prüfung das Krankenhausprofil an das HAP geschickt werden muß, bleiben dem Krankenhaus noch weitere 9 Wochen Zeit, bis es das Dokument mit den Standards beim HAP einreicht. Noch am Prüfungstag erhält die Krankenhausleitung von den Prüfern das mündliche Ergebnis der Begehung. Über die eigentliche Erteilung einer Akkreditierung entscheidet letztlich der HAP Vorstand auf der Basis des schriftlichen Prüfungsberichtes innerhalb eines Zeitraums von 12 Wochen. Dabei stehen ihm folgende Möglichkeiten zur Auswahl: Akkreditierung für 3



Jahre, Akkreditierung für 2 Jahre, Akkreditierung für 1 Jahr, Fokus Überprüfung („schwebende Akkreditierung“) oder keine Akkreditierung. Für eine Akkreditierung nach den Standards des HAP sollte ein Krankenhaus Kosten in Höhe von mehr als 1000 Englische Pfund veranschlagen.

### 5.3 Der Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)

#### 5.3.1 Entstehungsgeschichte und Rechtsform

Die Entstehungsgeschichte des CCHSA geht bis in das Jahr 1917 zurück. Als aktives Mitglied des „American College of Surgeons (ACS)“ arbeitete man an der Entwicklung eines Standardisierungsprogramms für Krankenhäuser. Noch im selben Jahr wurde der erste Minimalstandard für Krankenhäuser der Fachwelt präsentiert, dessen Anforderungen lediglich eine Seite umfaßten. Bereits im darauffolgenden Jahr erfolgte die erste vor Ort Begutachtung eines Krankenhauses. Obwohl die Inspektion der Krankenhäuser lediglich auf der Basis eines einzigen Standards beruhte, erfüllten gerade einmal 89 von 692 untersuchten Kliniken dessen Anforderungen. Weitere 8 Jahre vergingen, bis 1926 das erste, 18 Seiten umfassende Handbuch, gedruckt wurde.<sup>626</sup>

Zu Beginn der Fünfziger Jahre erkannte das ACS, daß die Handhabung und Verwaltung des Akkreditierungsprogramms zu groß und komplex für eine einzige Organisation wurde. Deshalb entschloß er sich im Jahr 1951 zusammen mit dem „American College of Physicians“, der „American Hospital Association“, der „American Medical Association“ und der „Canadian Medical Association“, die „Joint Commission on Accreditation of Hospitals“ (JCAH) zu gründen. Sie war eine unabhängige, nicht profitorientierte Organisation, deren Zweck in der freiwilligen Akkreditierung von Krankenhäusern bestand. Im Dezember 1952 wurde ihr formal die Verantwortung für das Krankenhaus Standardisierungsprogramm übertragen.<sup>627</sup>

Im selben Jahr kam es zu einem gemeinsamen Treffen der „Canadian Medical Association“ mit Vertretern der „Canadian Hospitals Association“, des „Royal College of Physicians“ und der „L'Association des médecins de langue française du Canada“, auf dem die Gründung der *Canadian Commission on Hospital Association* beschlossen wurde. Ihr Ziel war die Errichtung eines spezifisch kanadischen Programmes zur Akkreditierung von Krankenhäusern, das dem nationalem Status von Kanada, seinen verschiedenen Sprachen und Bevölkerungsgruppen und veränderten Wirtschaftsverhältnissen im Krankenhausservice entsprechen sollte. Bereits 1953 beendeten die Kanadier ihre Mitgliedschaft in der „Joint Commission“ und gründeten die *Canadian Commission on Hospital Accreditation*, um den Bedürfnissen des neu errichteten kanadischen Gesundheitssystems besser gerecht werden zu können.<sup>628</sup> Fünf Jahre

---

<sup>626</sup> Vgl. CCHSA Internet Homepage: Our History.

<sup>627</sup> Vgl. CCHSA Internet Homepage: Our History.

<sup>628</sup> Vgl. Scrivens, E.: Accreditation (1995), S. 21.

später verkündete die Kommission die Gründung des *Canadian Council on Hospital Accreditation*. Der Zweck dieser *autonomen, unabhängigen, nicht profitorientierten, zweisprachigen Körperschaft* bestand in der Aufstellung von Standards für kanadische Krankenhäuser und in der Bewertung der Übereinstimmung mit ihnen.<sup>629</sup> Noch im selben Jahr erhielt der Canadian Council on Hospital Accreditation durch den „Secretary of State“ (Minister/Staatssekretär) seine offizielle Anerkennung, Krankenhäuser akkreditieren zu dürfen.<sup>630</sup>

Zu Beginn der sechziger Jahre beschränkten sich die Aktivitäten des Canadian Council on Hospital Accreditation noch auf die Akkreditierung von kleineren Krankenhäusern. Bis in die neunziger Jahre hinein erweiterte sich das Anwendungsspektrum der Standards auf Sonderkrankenhäuser<sup>631</sup> (long term care centers), psychiatrische, rehabilitative und kommunale Einrichtungen sowie auf Allgemeinkrankenhäuser. Dieser Angebotserweiterung versuchte sich der Canadian Council durch eine veränderte Namengebung anzupassen, indem er sich ab 1988 „*Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA)*“ nannte. Nur 7 Jahre später

---

<sup>629</sup> Vgl. CCHSA Internet Homepage: Our History.

<sup>630</sup> Zwischen dem Canadian Council und der kanadischen Regierung besteht bis heute *formal* keine Beziehung. Seine rasche Anerkennung durch die Regierung geschah u.a. aus politischen Gründen, deren Ursache in der Organisation des kanadischen Gesundheitswesens zu finden ist. Obwohl in Kanada für die ambulanten und medizinischen Leistungen ein nationaler Gesundheitsdienst besteht, obliegt die Verwaltung der Krankenkassen und die Organisation des Gesundheitswesens den zehn Provinzen Kanadas. Dies bedeutet, daß jede einzelne Provinz über eine obligatorische Krankenversicherung verfügt und eigene Lösungen bzgl. der Organisation und Finanzierung ihres Gesundheitswesens entwickelt hat. Vgl. Schneider, M. et al.: Gesundheitssysteme (1992), S. 295 und S. 297.

Ungeachtet dieser organisatorischen Struktur ist die kanadische Bundesregierung verpflichtet, den Provinzen Ressourcen zur Verfügung zu stellen, damit sie zufriedenstellende gesundheitliche Dienstleistungen erbringen können. Da deren unmittelbare Kontrolle aufgrund der zuvor geschilderten Gründe nicht möglich ist, fungiert der Canadian Council mit seiner Akkreditierung als eine Kontrollinstanz, durch dessen Tätigkeit teilweise der auf der Bundesregierung liegende politische Druck zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung vermindert wird. Indirekt hat die Bundesregierung diese Aufgabe auch an die akkreditierten Einrichtungen delegiert, da letztere mit der verliehenen Akkreditierung den Nachweis der geforderten Gesundheitsleistungen erbracht haben. Damit haben der Canadian Council und die akkreditierten Einrichtungen indirekt einen Teil der Aufgaben bzw. der Verpflichtungen der Bundesregierung übernommen, wodurch die Bundesregierung weniger kritikanfällig wird. Vgl. Scrivens, E.: Accreditation (1995), S. 132.

<sup>631</sup> Sonderkrankenhäuser sind „Krankenhäuser, die nicht der Akutversorgung zuzurechnen sind. Hierzu zählen insbesondere die Bereiche Psychiatrie; Versorgung chronisch Kranker, Kur- und Rehabilitationskrankenhäuser und geriatrische Krankenhäuser.“ Schneider, M.: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich (1997), S. 245.

nannte er sich erneute um in „*The Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)*“ mit der Begründung, diese Bezeichnung würde der Klientel und den Kunden<sup>632</sup> des CCHSA noch mehr entsprechen.<sup>633</sup>

Die Überarbeitung aller CCHFA Standards im Jahre 1990 führt zu einer größeren Struktur- und Prozeßorientierung, die im „client-centered accreditation program“ seit 1995 weiterentwickelt wird und zu einer Ausweitung der kundenorientierten Standards auf Einrichtungen der Akutversorgung und der Krebsbehandlung führt. Zeitgleich startet der CCHSA das „Performance Indicators Projekt,“ das sich mit der Entwicklung von Indikatoren befaßt.

Im Rahmen des „Achieving Improvement Measurement“ (AIM) Projektes begann man 1997 mit der Revision des Akkreditierungsprogramms, das im Ergebnis zu einer erhöhten Meßgenauigkeit der Standards führen sollte. Nach Beendigung der AIM-Pilotphasen 1998 und 1999 wurde das AIM Standard Dokument im Jahr 2000 fertiggestellt.<sup>634</sup>

Nach Angaben des CCHSA sind bis Ende der 80er Jahre 850 Krankenhäuser und mehr als 1.300 andere Einrichtungen des Gesundheitswesens nach den Standards in Kanada akkreditiert worden.<sup>635</sup> Bis heute partizipieren freiwillig 1830 Organisationen<sup>636</sup> an den verschiedenen Programmen des CCHSA. Damit nimmt der CCHSA eine monopolartige Stellung bei der Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen in Kanada ein.

### **5.3.2 Strukturelle Komponenten: Organisation, Mitarbeiter, Finanzen, Leistungsangebot und Kunden**

Der CCHSA wird durch einen 15 Mitglieder umfassenden Vorstand geleitet, der sich dreimal im Jahr trifft, um neben der Wahrnehmung von Führungsaufgaben die Unternehmenspolitik festzulegen und die Einhaltung der langfristigen organisatorischen Planung zu beaufsichtigen. Von den 15 Vorstandsmitgliedern sind nur 13 Personen stimmberechtigt, bei den verbleibenden 2 Mitglieder handelt es sich um Abgesandte der kanadischen Regierung, die lediglich

---

<sup>632</sup> Das englische Wort „client“ ist mit Kunde übersetzt worden. Der CCHSA definiert „client“ in seinem Glossar wie folgt: „(..) any individual, family, group and/or community receiving care and/or service from the organization. Clients are internal or external to the organization. Departments, services and programs of the organization are clients of each other.“ Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for comprehensive, Glossary of Terms (1997), S. 43.

<sup>633</sup> Vgl. CCHSA Internet Homepage: Our History.

<sup>634</sup> Vgl. CCHSA Internet Homepage: Our History.

<sup>635</sup> Aktuellere Zahlen sind in der CCHSA Homepage nicht angegeben.

<sup>636</sup> Vgl. CCHSA Annual Report 2000, S. 11.

einen Beobachterstatus einnehmen. Wie aus der näheren Betrachtung der Zusammensetzung des Vorstandes zu entnehmen ist, überwiegen die Vertreter aus ärztlichen und pflegerischen Berufen bzw. aus deren Vereinigungen mit je 5 Mitgliedern. Darüber hinaus muß die Berücksichtigung von 2 Repräsentanten der Konsumenten als stimmberechtigte Mitglieder des Vorstandes hervorgehoben werden.<sup>637</sup>

Im Jahr 2000 arbeiteten in der Zentrale des CCHSA in Ottawa, Provinz Ontario, hauptberuflich 78 Mitarbeiter, die Prüfer für die Bewertung der Gesundheitseinrichtungen nicht eingeschlossen.<sup>638</sup>

Das Nettovermögen des CCHSA belief sich im Jahr 2000 auf \$ 1,84 Millionen Kanada Dollar. Einnahmen von \$ 9,35 Millionen Kanada Dollar standen Ausgaben von \$ 9,42 Millionen Kanada Dollar gegenüber. Das daraus resultierende Defizit von \$ 64 Tausend Kanada Dollar wurde durch Überschüsse des Vorjahres ausgeglichen. Mit mehr als 30% (\$ 3,36 Millionen Kanada Dollar) sind die Jahresgebühren (Annual fees<sup>639</sup>) die Haupteinnahmequellen des CCHSA, gefolgt von den Einnahmen aus Akuteinrichtungen (\$ 1,71 Millionen Kanada Dollar), dem Gesundheitssystem (\$ 1,66 Millionen Kanada Dollar) und aus der Primärversorgung (\$ 1,63 Millionen Kanada Dollar). Gemessen an diesen Summen stellt der Betrag von \$ 88 Tausend Kanada Dollar aus Mitgliedsbeiträgen nur eine vergleichsweise kleine Einnahmequelle dar. Von den Einnahmen wurde über ein Viertel (\$ 2,46 Millionen Kanada Dollar) für die Unterstützung bzw. für den Unterhalt von Körperschaften verwendet. Zu den größten Posten auf der Ausgabenseite der Bilanz gehören weiterhin die Mittelverwendung für das Gesundheitssystem (\$ 1,722 Millionen Kanada Dollar), die Primär- und Fortlaufende Pflege (\$ 1,619 Millionen Kanada Dollar) sowie die Akutversorgung (\$ 1,448 Millionen Kanada Dollar). Weitere 10% der Gesamtausgaben entfielen auf den Bereich Forschung und Entwicklung, obwohl der CCHSA lediglich Einnahmen von \$ 10.000 Kanada Dollar aus diesem Bereich erhielt.<sup>640</sup> Dieses Verhältnis könnte den hohen Stellenwert, den der CCHSA der Forschung und Entwicklung einräumt, widerspiegeln.

Das *Leistungsangebot* des CCHSA ist schwerpunktmäßig auf die Bewertung und Verbesserung der Leistungsqualität von Gesundheitseinrichtungen in Kanada ausgerichtet. Zu diesem

---

<sup>637</sup> Vgl. CCHSA Internet Homepage: Our Board of Directors.

<sup>638</sup> Vgl. CCHSA Annual Report 2000, S. 11.

<sup>639</sup> Die Größe einer Einrichtung bestimmt die Höhe der jährlich zu entrichtenden Gebühr an den CCHSA. Vgl. Scrivens, E.: Accreditation (1995), S. 113.

<sup>640</sup> Vgl. CCHSA Annual Report 2000, S. 12-13.

Zweck wurden eine Vielzahl nationaler Standards in Zusammenarbeit mit Professionalisten des Gesundheitswesens entwickelt, anhand derer das Leistungsvermögen einer Einrichtung gemessen werden kann. Konkret bietet der CCHSA Standards für nachfolgend aufgeführte Einrichtungen an, die gleichzeitig auch seinen *Kunden* sind:<sup>641</sup>

- Einrichtungen der Akutversorgung (Acute Care Organizations)
- Schädel-Hirn Trauma (Acquired Brain Injury)
- Behandlungszentren gegen den Krebs (Cancer Treatment Centres)
- Kommunale Gesundheitseinrichtungen (Community Health Services)
- Gesundheitseinrichtungen der Vollversorgung (Comprehensive Health Services)
- Einrichtungen der Intensivpflege (Critical Care Services)
- Erste Hilfe und Suchteinrichtungen für Inuit (First Nations and Inuit Addiction Services)
- Erste Hilfe und kommunale Gesundheitseinrichtungen der Inuit (First Nations and Inuit Community Health Services)
- Organisationen der häuslichen Pflege (Home Care Organizations)
- Einrichtungen der Langzeit- und kontinuierlichen Pflege (Long Term Care/Continuing Care Organizations)
- Mütter- und Säuglingsstation (Maternal Child Services)
- Mentale Gesundheitsleistungen (Mental Health Services)
- Rehabilitative Einrichtungen (Rehabilitation Organizations)

Im Rahmen seines Akkreditierungsprogramms überprüft der CCHSA nicht nur den Grad an Übereinstimmung einer Organisation anhand seiner Standards, sondern offeriert auch Lösungsvorschläge zur Beseitigung von Schwachstellen. Letzteres erfolgt in der Regel durch die vom CCHSA eigens ausgebildeten Prüfer im Rahmen der sogenannten „On-site surveys.“<sup>642</sup> Zudem berät er die im Gesundheitswesen tätigen Organisationen nicht nur, sondern bietet ihnen, einzelne im Gesundheitssektor hauptberuflich arbeitende Mitarbeiter und Mitarbeitergruppen, sowie der breiten Öffentlichkeit Schulungsprogramme über die Akkreditierung an.<sup>643</sup>

---

<sup>641</sup> Vgl. CCHSA Internet Homepage: What is Accreditation?

<sup>642</sup> Die Bezeichnung „on-site survey“ kann frei übersetzt werden mit „vor Ort Prüfung.“

<sup>643</sup> Vgl. CCHSA Internet Homepage: Statement of Mission.

Im Sommer 2000 veröffentlichte der CCHSA den Abschlußbericht zum „Performance Indicators Project.“<sup>644</sup> Er beinhaltet neben den Projektergebnissen 5 generische Indikatoren der Akutversorgung (generic acute care indicators), die auf Empfehlung des CCHSA in das AIM Akkreditierungsprogramm integriert werden sollen. Ob sich der CCHSA auch weiterhin an der Entwicklung und Erprobung von Indikatoren beteiligen wird, bleibt abzuwarten.

Seit einigen Jahren ist der CCHSA weltweit aktiv und stellt sein Wissen und Leistungsspektrum ausländischen Institutionen zur Verfügung. So ist er seit 1997 aktiv in Frankreich am Aufbau einer nationalen Agentur zur Akkreditierung französischer Krankenhäuser, der „L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)<sup>645</sup>, beteiligt, in dessen wissenschaftlichen Beirat der Exekutivdirektor des CCHSA Mitglied ist. Des weiteren werden Gespräche mit den „Stakeholders“ des dänischen Gesundheitswesens über die Möglichkeiten zur Entwicklung eines Akkreditierungsprogramms in Dänemark geführt. In Irland und Kolumbien unterstützt der CCHSA mit einem Team von Beratern die Entwicklung und den Aufbau eines eigenen Akkreditierungssystems. Darüber hinaus veranstaltet der CCHSA „Workshops“ und andere Informationsveranstaltungen in Neuseeland, Kolumbien, Italien, Portugal und Barbados.<sup>646</sup>

### **5.3.3 Rekrutierung, Einstellungsvoraussetzungen, Zusammensetzung, Training und Kosten des Prüfungsteams**

Im Jahr 2000 arbeiteten 320 Prüfer im Auftrag des CCHSA, die aus vier Berufsgruppen stammten: Ärzte, Krankenschwestern, Verwaltungspersonal und Atmungstherapeuten (respiratory therapists). Von den 320 Personen sind 264 als Teilzeitprüfer („part-time“)<sup>647</sup> aktiv für

---

<sup>644</sup> Bei dem „Performance Indicators Project“ handelt es sich um ein landesweites Projekt, das über einen Zeitraum von 2 Jahren die Zuverlässigkeit und Zweckmäßigkeit generischer Indikatoren der Akutversorgung bewertet. Im einzelnen soll festgelegt werden, was für (verläßliche) Sachverhalte jedem einzelnen Indikator zugrunde liegen, ob die Angaben des Indikators hilfreich für die Entscheidungsfindung innerhalb der Organisation sind und ob sie der Meinung waren, die Indikatoren seien für die Verbesserung von Qualität und Service hilfreich. Zu diesem Zweck übermittelten 14 Organisationen in ganz Kanada ihre Ergebnisse an das „Canadian Institute for Health Information,“ das auf der Basis des zur Verfügung gestellten Datenmaterials Berichte für die am Projekt beteiligten Organisationen verfaßte, die einen Vergleich mit anderen Einrichtungen ermöglichte. Vgl. CCHSA Internet Homepage: Indicators.

<sup>645</sup> Vgl. France Summary Report (1997), S. 17.

<sup>646</sup> Vgl. CCHSA Annual Report 2000, S. 10.

<sup>647</sup> Sogenannte Teilzeitprüfer („part-timers“) sind einen im voraus genau festgelegten Teil ihrer Arbeitszeit für die akkreditierende Organisation als Prüfer tätig. In der verbliebenen Zeit gehen sie ihrem erlernten Beruf

den CCHSA tätig, weitere 12 sind neue Gutachter, bei den verbleibenden 44 Prüfern handelt es sich um Pensionäre.<sup>648</sup>

Der CCHSA stellt eine Vielzahl von Forderungen an seine Bewerber: Sie müssen gegenwärtig eine leitende Position in einer Institution des Gesundheitswesens inne haben,<sup>649</sup> gute Kenntnisse des kanadischen Gesundheitswesens nachweisen können, sowie über exzellente kommunikative, interpersonelle und analytische Fähigkeiten verfügen.<sup>650</sup> Dieses hohe Anforderungsniveau spiegelt sich auch im Bewerbungsprozedere wider, das nachfolgend in seinen Grundzügen dargestellt werden soll. Nachdem ein Interessent die Bewerbungsformulare des CCHSA vollständig ausgefüllt hat, muß er den Unterlagen jeweils ein Empfehlungsschreiben eines persönlichen Vorgesetzten, eines Arbeitskollegen, eines Arbeitnehmers und zwei weitere außerhalb der Organisation arbeitender Kollegen, beifügen. Sollte der Bewerber nach Auswertung aller Unterlagen geeignet erscheinen, wird er in einem weiteren Schritt einer telefonischen Befragung unterzogen. Fällt diese Befragung ebenfalls positiv aus, lädt der CCHSA ihn zur Teilnahme an einer 4 Tage umfassenden Grundschulung, dem sogenannten Orientierungsprogramm ein. Inhalt dieses Programms ist u.a. die Vermittlung didaktischer Fähigkeiten, simulierte Begehungen von Einrichtungen oder das Abhalten von Gruppen- und Rollenspielen, bei dem der Prüfling auf seine besonderen Fähigkeiten beurteilt werden soll.<sup>651</sup> Nachdem der Bewerber für die Tätigkeit als Prüfer geeignet erscheint, erhält er den Status eines Assistenten, der im Rahmen des „internship program“ an zwei Begehungen einer Einrichtung teilzunehmen hat. Erst nach dem Durchlaufen des Programms entscheidet der CCHSA auf Grundlage der vorliegenden Bewertungen und Kommentare über die Übernahme des „Assistenten“ als vollwertigen Prüfer. Darüber hinaus verlangt der CCHSA von seinen Prüfern die

---

(z.B. als Arzt oder Krankenschwester) in einer Institution des Gesundheitswesens nach. Vgl. Bohigas, L. et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998), S. 9.

<sup>648</sup> Damit hat sich die Anzahl an Prüfern im Vergleich zu 1994 lediglich um 20 Mitarbeiter erhöht. Vgl. CCHSA Annual Report 2000, S. 10. und vgl. Hayes, J.; Shaw, C.: Implementing accreditation systems (1995), S. 169.

<sup>649</sup> Nach Bohigas et al. müssen Bewerber seit mindestens 3 Jahre in dieser leitenden Funktion tätig sein. Vgl. Bohigas, L. et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998), S. 8.

<sup>650</sup> Vgl. CCHSA Internet Homepage: CCHSA Surveyors und CCHSA Surveyor Competencies.

<sup>651</sup> Weitere Trainingsinhalte sind die Vermittlung von Wissen bezüglich der strategischen Ausrichtung des CCHSA sowie über Qualität und Leitlinien, Vorstellung der CCHSA Standards, Ablauf des Prüfungsprozesses (z.B. Anleitung zur Durchführung von Team Interviews oder zum Verfassen von Berichten), Aneignung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die ein Prüfer für seine Arbeit benötigt). Vgl. Bohigas, L. et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998), S. 10.



Teilnahme an zweimal jährlich stattfinden Fortbildungsveranstaltungen von je drei Tagen Dauer. Zudem müssen die Prüfer den Nachweis erbringen, wenigstens zwei Wochen pro Jahr an Begehungen von Einrichtungen teilgenommen zu haben.<sup>652</sup>

Ein Prüfteam besteht aus bis zu fünf Personen und kann sich aus Ärzten, Krankenschwestern, Verwaltungsangestellten und Atmungstherapeuten zusammensetzen, oder nur aus einzelnen Vertretern der zuvor beschriebenen Berufsgruppen. Seine genaue *Zusammenstellung* hängt von den individuellen Besonderheiten der zu begutachtenden Einrichtung und den Erkenntnissen ab, die der CCHSA aus der Auswertung der Ergebnisse früherer Begutachtungen und aus den Angaben gewonnen hat, die die Gutachter gemacht haben.<sup>653</sup>

Für die Grundschulung eines angehenden Prüfers mußte der CCHSA 1996 \$ 1471 US Dollar bezahlen, zuzüglich der Kosten von \$ 662 US Dollar pro Person für die zweimal jährlich vorgesehene Fortbildung.<sup>654</sup> Die Vergütung der Prüfer richtet sich nach ihrem Status. Während für den Leiter einer Prüfgruppe und eines einzelnen Prüfers ein Tageshonorar von \$ 250 Kanada Dollar pro Tag veranschlagt ist, beläuft sich der Tagessatz eines Gruppenmitglieds auf lediglich \$ 175 Kanada Dollar pro Tag, zuzüglich der Kosten für Anreise und Unterbringung.<sup>655</sup> Sollten niedergelassene Ärzte durch ihre Prüfertätigkeit gezwungen sein, ihre Praxis am Tag der Prüfung zu schließen, hat die eine Akkreditierung beantragende Organisation den Ärzten neben deren Tageshonorar auch einen festgesetzten Satz für den „Verdienstausfall“ von \$ 250 Kanada Dollar pro Tag zu entrichten.

### 5.3.4 Umfang und Aufbau des CCHSA Handbuchs

Wie aus der Auflistung im Unterpunkt „Strukturelle Komponenten“ zu entnehmen ist, hat der CCHSA eine Anzahl von Standards für die im kanadischen Gesundheitswesen agierenden Organisationen entwickelt, ohne dabei die klassische englische Bezeichnung für Krankenhaus („hospital“) zu verwenden. Angesichts dieser begrifflichen Problematik er-

---

<sup>652</sup> Vgl. CCHSA Internet Homepage: CCHSA Surveyors.

<sup>653</sup> Vgl. Bohigas, L. et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998), S. 11.

<sup>654</sup> Vgl. Bohigas, L. et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998), S. 12.

<sup>655</sup> Vgl. CCHSA Internet Homepage: Outline of Required Commitment for Surveyors. Zum Vergleich: Im Jahre 1996 veranschlagte der CCHSA noch \$ 184 US Dollar pro Tag und Gruppenleiter bzw. Solo Prüfer und \$ 129 US-Dollar für ein Teammitglied pro Tag. Vgl. Bohigas, L. et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998), S. 12.

weist sich die Auswahl des adäquaten Handbuchs bzw. Standarddokumentes für diese Untersuchung als ein schwieriges Unterfangen. Am ehesten erscheinen die Standards für Einrichtungen der Akut- und Vollversorgung („Acute Care Organizations und Comprehensive Health Services“) dem Krankenhaus zuzuordnen, weil sich beide mit der Behandlung und Versorgung von Patienten befassen. Weiterhin ist davon auszugehen, daß jedem vom CCHSA und dessen Experten entwickelte Standarddokument dieselbe Qualitätsmanagementphilosophie und Aufgabe (Mission) zugrundeliegt, und daher dieselben zentralen Elemente des Qualitätsmanagements, wenn auch in unterschiedlich detaillierter Ausprägung, einheitlich in den Standards berücksichtigt.

Für die nachfolgenden Ausführungen wurden die „Standards For Comprehensive Health Services“ verwendet, die nicht als gebundenes Handbuch, sondern im ASCII – Format auf einer 3,5 Zoll Diskette vorlagen. Dieser Sachverhalt führt dazu, daß die überwiegende Zahl der Standards in verschiedene Dateien unterteilt wurde, die lediglich Bezeichnungen wie „CPC-1“ oder „MED-1“ anstelle von Seitenzahlen vorweisen und folglich in der Fußnote nur mit dieser Quellenangabe aufgeführt werden können.

Das Handbuch des CCHSA ist in 8 unterschiedlich große Bereiche unterteilt, die ausgedruckt ca. 420 Seiten umfassen. Kapitel 1 „Program Administration“ vermittelt dem Anwender einen Überblick über den Sinn, Zweck und Nutzen einer Akkreditierung einschließlich der damit verbundenen Kosten. Über die erforderlichen organisatorischen Vorbereitungen, die für die Selbstbewertung und die nachfolgende Überprüfung durch die Inspektoren notwendig sind, gibt Kapitel 2 „Preparation For The Accreditation Survey“ Auskunft. In unmittelbarem Zusammenhang damit stehen die Kapitel 3 „Description Of The Compliance Scale“ und Kapitel 4 „Survey Report And Evaluation Of The Accreditation Process,“ die den Benutzer mit dem Beurteilungsschema und dem Bewertungsprozeß des CCHSA vertraut machen. Das Wörterverzeichnis mit den wichtigsten begrifflichen Erläuterungen schließt sich in Kapitel 5 „Glossary Of Terms,“ an. Entsprechend der Bezeichnung „Standards“ enthält Kapitel 6 die 280 Standards des Handbuchs mit den dazugehörigen Kriterien, die in 8 große Bereiche unterteilt worden sind. Die Ergebnisse der Begutachtung werden in einem tabellarischen Profil zusammengefaßt, dem „Overall Graphic Profile“ in Kapitel 7. Der „Profile And Planning Guide For Comprehensive Health Services“ bildet das achte und letzte Kapitel am Ende des Handbuchs. Es beinhaltet im wesentlichen Leitlinien für die Anwendung des Handbuchs mitsamt seinen Standards, die den betroffenen Mitarbeitern ihre Arbeit erleichtern sollen.

Einen zusammenfassenden Überblick über den Aufbau des Handbuchs vermittelt abschließend die nachfolgend aufgeführte Übersicht.<sup>656</sup>

### **Gliederung des Handbuchs und der Standards des CCHSA**

- **Program Administration**
  - 1.0 Introduction
  - 2.0 Purpose of Accreditation
  - 3.0 Survey Eligibility Criteria
  - 4.0 Acceptance for Survey
  - 5.0 Accreditation Fees
  - 6.0 Survey Schedule
  - 7.0 Accreditation Awards and Duration
  - 8.0 Review of the Accreditation Award Decision
  - 9.0 Right to Resurvey
  - 10.0 Confidentiality
  - 11.0 Public Recognition
- **Preparation For The Accreditation Survey**
  - 1.0 Introduction
  - 2.0 Planning for the Survey
  - 3.0 Organization Documents Required for Survey
  - 4.0 Educational Support
  - 5.0 Organization of the Standards
  - 6.0 Procedure for Self-Assessment
    - 6.1 Identification of Teams
      - 6.1.1 Client/Patient Care and Service Teams
      - 6.1.2 Teams Supporting Client/Patient Care and Service
      - 6.1.3 Leadership Team
    - 6.2 Rating Standards
  - 7.0 The Survey Process
    - 7.1 Client/Patient Care and Service Teams
      - 7.1.1 Sampling of Care and Service
      - 7.1.2 Composition of the Teams
    - 7.2 Teams Supporting Client/Patient Care and Service
    - 7.3 Leadership Team
    - 7.4 Client/Patient and Family Interviews
    - 7.5 Departmental Visits
    - 7.6 Flow of the Survey
      - Sample Survey Visit

---

<sup>656</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Table of Contents (1997).

•	<b>Description Of The Compliance Scale</b>	
1.0	Description of the Levels on the Compliance Scale	
2.0	Assessing Compliance	
•	<b>Survey Report And Evaluation Of The Accreditation Process</b>	
1.0	Survey Report	
2.0	Evaluation After the Survey	
•	<b>Glossary Of Terms</b>	
•	<b>Standards</b>	
I.	Establishing the Strategic Directions	ESD-1
II.	Community Services:	
	Individual Client Services	ICS-1
	Population-focused Services	POP-1
	Home Care Services	HOM-1
III.	Pre-hospital Emergency Care	PEC-1
IV.	In-patient Care and Service Delivery:	
	Cancer Patient Care	CPC-1
	Continuing Care and Specialized Geriatrics	CCS-1
	Emergency/Trauma Care	EMR-1
	Maternal/Newborn Care	MAT-1
	Medical Care	MED-1
	Mental Health Services	MTL-1
	Other Client/Patient Care Group	OTH-1
	Rehabilitation	REH-1
	Specialized/Intensive Care	SPI-1
	Surgical Care	SRG-1
V.	Implementing the Strategic Directions	ISD-1
VI.	Information Management	
VII.	Human Resources Development and Management	HRD-1
VIII.	Management of the Physical Environment	MPE-1
•	<b>Overall Graphic Profile</b>	
•	<b>Profile And Planning Guide For Comprehensive Health Services</b>	

Die 8 Standardsektionen enthalten neben den Standards auch *Kriterien*, deren Zahl zwischen 1 und 7 Kriterien liegt. Insbesondere im Bereich „Quality Monitoring and Improvement,“ der Bestandteil jeder Sektion ist, wird in den Kriterien auf Indikatoren zur Leistungsbewertung Bezug genommen.

### 5.3.5 Standards und Kriterien

#### 5.3.5.1 Anwendungsbereich, Ausrichtung und Fokus

Die „Standards For Comprehensive Health Services“ sind anwendbar auf alle Einrichtungen des kanadischen Gesundheitswesens, die präventiv, fördernd, heilend und unterstützend tätig sind.<sup>657</sup> Das Spektrum der Standards umfaßt „Community Services“ (z.B. Einrichtungen von Ärzten und deren Kliniken sowie soziale oder häusliche Dienste), „Pre-hospital Emergency Care“ (z.B. ambulante medizinische Versorgung) und „In-patient<sup>658</sup> Care and Service Delivery“ (z.B. Versorgung von Not- bzw. Unfallpatienten). Letztgenannte Einrichtungen weisen die meisten Standards vor (166 Stück), im Abstand folgen die „Community Services“ (38 Stück) und „Pre-hospital Emergency Care“ (14 Stück).

Die *Ausrichtung* der Standards kann als *prozeßorientiert* bewertet werden und verteilt sich nahezu gleichmäßig auf alle Bereiche des Dokuments, wie nachfolgende Beispiele belegen:

#### **IV. In-Patient Care And Service Delivery: Cancer Patient Care<sup>659</sup>**

##### **Preparing For Care and Service**

##### **2.0 There is a process to initiate/access services.**

##### 2.1 Team members co-ordinate the following activities

- identifying which individuals and/or groups will be offered care and service
- monitoring client/patient demand for services
- waiting lists are regularly reviewed and revised in accordance with changing
- client/patient needs
- determining the fit between client/patient needs and services offered

<sup>657</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Glossary (1997), S.5.

<sup>658</sup> In-patient: “Person who has been admitted to, and lodged in a health care organization, and who receives diagnostic and/or therapeutic services.“ Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Glossary (1997), S. 11.

<sup>659</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, In-Patient Care And Service Delivery (1997), CPC-1.

#### **IV. In-Patient Care And Service Delivery: Emergency/Trauma Care<sup>660</sup>**

##### **Ongoing Care And Service**

##### **8.0 There is a process to meet the need for ongoing care and service.**

8.1 Related needs are identified during the emergency visit. (...).

#### **VII. Human Resources Development And Management<sup>661</sup>**

##### **1.0 There is response to client needs**

1.1 There are processes which address client needs related to  
- interpreting legislation (...).

1.2 The process are consistent with the mission, values and vision of the  
organization.

Obwohl die überwiegende Mehrheit der Standards prozeßorientiert ist, enthält das Handbuch auch eine Anzahl von *Strukturstandards*, die aber im Gegensatz zu den Prozeßstandards weniger verbreitet sind, und zudem schwerpunktmäßig im Bereich I „Establishing The Strategic Directions,“ und dem Bereich VII. „Human Resources Development and Management“ vorkommen. Dabei fällt auf, daß sich die Strukturstandards nicht auf bauliche bzw. räumliche Verhältnisse abzielen, sondern auf die organisatorische Struktur der Aufbauorganisation und auf die Qualifikation des Personals. Dieser Sachverhalt soll exemplarisch durch die nachfolgend aufgeführten Standards belegt werden:

---

<sup>660</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Emergency/Trauma Care (1997), EMR-1.

<sup>661</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Human Resources Development And Management (1997), HRD-1.

## **VII. Human Resources Development And Management<sup>662</sup>**

**7.0 The organizational structure and report in relationships of staff, physicans and other practitioners with privileges, volunteers and students are defined.**

7.1 The organizational structure and reporting relationships support

- the structure and functions of the organization
- efficient and effective leadership and team work throughout the organization

**9.0 Physicans and other practitioners with privileges, staff, volunteers and students are qualified and competent.**

In jedem der zehn Standardsektionen „IV. In-Patient Care And Service Delivery“ ist der Unterpunkt „Quality Monitoring And Improvement“ integriert, der eine Anzahl *ergebnisorientierter* Standards vorweist. Diese sind in geringerer Zahl auch im Bereich „I. Establishing The Strategic Directions,“ dem Bereich „VI. Information Management“ sowie im Bereich „VII. Human Resources Development And Management“ zu finden. Die Ergebnisstandards beziehen sich vorwiegend auf die Bewertung von erbrachten Leistungen im Hinblick auf zuvor aufgestellte Ziele oder werden in Verbindung mit einem Verweis auf einen Indikator erwähnt, wie folgende Beispiele belegen:

## **II. Community Services: Individual Client Services<sup>663</sup>**

**9.1 Indicators of performance (measures) are identified for individual client services. (...).**

9.2 The indicators of performance

- relate to process of service delivery
- relate to results outcomes) of service delivery, including cost and client and community satisfaction (...).

<sup>662</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Human Resources Development And Management (1997), HRD-1.

<sup>663</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Community Services: Individual Client Services (1997), ICS-1.

## **VI. Information Management<sup>664</sup>**

### **9.0 There are demonstrated efforts to improve the selected activities.**

9.1 The resultant improvements are identified, implemented, documented and communicated.

- the results (outcomes) are communicated to the team and the appropriate clients through
  - reports
  - newsletters or bulletins (...)
  - meetings
  - public forums
  - interaction between individuals
  
- team receives feedback on the quality improvement information that has been communicated.

## **IV. In-Patient Care And Service Delivery<sup>665</sup>**

### **Emergency/ Trauma Care**

**7.0 The actual results (outcomes) of care and service are reviewed against the expected results (outcomes).**

Einen ersten Hinweis über den *Fokus der Standards* gibt die Bezeichnung des Standarddokumentes „Client-centred Approach,“ den der CCHSA als „(..) identifying the client<sup>666</sup> and simplifying, refocusing and redesigning the organization’s process so that resources are organized and allocated based on client needs“<sup>667</sup> definiert. Diese angekündigte *patienten- und umweltorientierte* Ausrichtung findet sich in den Standards und Kriterien wieder. Nahezu alle Standardbereiche sind darauf ausgerichtet, die Bedürfnisse von Patienten, Angehörigen und der Gemeinde (community) zu erfüllen bzw. deren Erwartungen zu entsprechen. Dem hat bei-

<sup>664</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Community Services: Information Management (1997), IM-1.

<sup>665</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Community Services: In-Patient Care And Service Delivery (1997), EMR-1.

<sup>666</sup> Unter der Bezeichnung „Client“ subsumiert der CCHSA „any individual, family, group and/or community receiving care and/or service from the organization. Clients are internal or external to the organization. Departments, services and programs of the organization are clients of each other.“ Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Glossary (1997), S. 3.

<sup>667</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Glossary (1997), S.4.



spielsweise eine Organisation bei der Festlegung der strategischen Ausrichtung nachzukommen, indem sie dies unter Berücksichtigung der Kenntnis der politischen, ökonomischen und sozialen Fragen und Probleme der Gemeinde (Community) vollzieht. Analog findet diese Vorgehensweise Berücksichtigung bei der Bewertung des Gesundheitsstandes der Einwohner einer Kommune.<sup>668</sup> Ebenso sind bei der Aufstellung des Auftrages (Mission), der Vision und den Werten der Organisation die Patienten und deren Familien mit einzubeziehen wie bei der Bewertung des Gesundheitszustandes des einzelnen Patienten. Die Ausrichtung von organisatorischen Prozessen an den Patientenbedürfnissen und die Berücksichtigung von Patientenrechten und Sicherheitsaspekten in den patienten- und umweltbezogenen Standards können als ein weiteres Merkmal für die Patientenorientierung des Handbuchs gewertet werden.<sup>669</sup>

Ein weiterer Fokus des Handbuchs ist die *Mitarbeiter- und Umweltorientierung*. Im Vergleich zur Patientenorientierung beschränken sich beide Aspekte primär auf die zwei Standardkapitel „Human Resources Development And Management“ und „Management of The Physical Environment.“ Mitarbeiterorientierte Standards beinhalten die Planung der Humanressourcen, die Aus- und Fortbildung bzw. Personalentwicklung sowie die Sicherheit und Gesundheit des gesamten Personals (z.B. Präventivmaßnahmen zur Vermeidung von Infektionen).<sup>670</sup> Zu ihnen gehört auch die Einbeziehung der Mitarbeiter bei der Entwicklung des Auftrages (Mission), der Vision und den Werten der Organisation oder bei der Aufstellung, Implementierung und Überwachung von Budgetplänen.<sup>671</sup> In der Summe können diese Maßnahmen als „Empowerment“ i.S. eines umfassenden Qualitätsmanagements bezeichnet werden, da sie ein erhöhtes Maß an Verantwortung, Mitbestimmung, Entscheidungskompetenz und Macht für die Mitarbeiter mit sich bringen.

---

<sup>668</sup> Nach Auffassung des CCHSA stellt der gegenseitige Austausch bzw. die Entsendung von Repräsentanten in leitende Gremien von Krankenhäusern oder Gemeinden ein Instrument dar, um an diese wichtigen Informationen zu gelangen Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive Health Services: Establish The Strategic Directions (1997), ESD-1.

<sup>669</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive Health Services: Human Resources Development And Management (1997), HRD-1 und vgl. Management Of The Physical Environment, MPE-1.

<sup>670</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive Health Services: Human Resources Development And Management (1997), HRD-1.

<sup>671</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive Health Services: Implementing The Strategic Directions (1997), ISD-1 und vgl. Management Of The Physical Environment, (MPE-1).

### 5.3.5.2 Berücksichtigung von TQM/UQM Elementen

Der CCHSA hat eindeutig die *Verantwortung und Vorbildfunktion der Führung* für das Qualitätsmanagement in dem bereits oft zitierten ersten Standardkapitel „Establishing The Strategic Directions“ festgelegt. Unter der Rubrik „Quality Monitoring And Improvement“ heißt es: „12.0 The governing body assumed overall accountability for quality“ und „13.0 The governing body and management team demonstrate leadership in support of quality monitoring and improvement.“<sup>672</sup> Auch wenn in diesem Zusammenhang der Terminus „Qualitätspolitik“ nicht explizit erwähnt wird, ist die aktive Verpflichtung der Krankenhausleitung zur Unterstützung und Umsetzung des Qualitätsmanagements unübersehbar. Diese Verpflichtung ist bereits bei den Standards im selben Kapitel ersichtlich, die sich mit der Errichtung der Mission und Vision befassen. In beiden Aspekten verlangen die zum jeweiligen Standard gehörenden Kriterien vom Vorstand eine aktive Rolle bei der Umsetzung beider strategischer Komponenten.

*Qualität als strategisches Unternehmensziel* festzuschreiben, ist nicht ausdrücklich in den CCHSA Standards genannt. Indirekt kann dieses Prinzip aber in dem zuvor beschriebenen Standard Nr.13 als gegeben betrachtet werden, wenn man den Inhalt des zum Standard gehörenden Kriterium dahingehend interpretiert, daß die Forderung nach Koordination sämtlicher Qualitätsmanagementaktivitäten innerhalb der gesamten Organisation im Umkehrschluß nichts anderes als eine Umsetzung einer zuvor festgelegten strategischen Größe darstellt. Zum besseren Verständnis der bisherigen Ausführungen wird nachfolgend der betreffende Standard Nr. 13 mit seinem Kriterium abgebildet.

---

<sup>672</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive Health Services: Implementing The Strategic Directions (1997), ISD-1.

## **I. Establishing The Strategic Directions<sup>673</sup>**

### ***Quality Monitoring And Improvement***

#### **13.0 The governing and management team demonstrate leadership in support of quality monitoring and improvement.**

##### 13.1 Support is demonstrated through

- co-ordinating quality improvement activities throughout the organization
- promoting initiative and creative process improvement
- coaching
- mentoring
- removing barriers to improving performance
- encouraging individuals to assume responsibility for the quality of the process with which they are involved
- rewarding and recognizing staff, physicians, other practitioners with privileges, volunteers and students
- promoting the measurement of results (outcomes) and implementing change accordingly

Der CCHSA mißt der *systematischen Datensammlung und Analyse* eine wichtige Bedeutung bei. Dies erfolgt zum einen durch die Anwendung von Indikatoren zur Datenerhebung und Datenauswertung, wie sie einheitlich in jedem Standardkapitel im Unterpunkt „Quality Monitoring And Improvement“ festgelegt worden ist und zum anderen durch permanentes Monitoring: „13.0 Quality improvements are maintained through ongoing monitoring, evaluation and implementation of necessary change.“ (...) „13.2 Monitoring activities include repeat survey/evaluation of client feedback“ and „*ongoing data collection and analysis*, as required (Hervorh. d. Verf.).“<sup>674</sup> Darüber hinaus widmen sich die Standards und Kriterien im Standardkapitel VI. „Information Management“ ausschließlich der Aufbereitung und Bereitstellung von Daten, um aus deren Analyse Pläne zur Qualitätsverbesserung aufzustellen, und ei-

---

<sup>673</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive Health Services: Establishing The Strategic Directions (1997), ESD-1.

<sup>674</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive Health Services: Inpatient Care And Service Delivery: Emergency/Trauma Care(1997), EMR-1.

nen reibungslosen Informationsfluß innerhalb- und außerhalb der Organisation sicherzustellen.<sup>675</sup>

Wie bereits im vorherigen Unterpunkt dargelegt wurde, sind die drei TQM-Prinzipien *Prozeß-, Kunden-, und Mitarbeiterorientierung* in den Standards ausführlich berücksichtigt worden und werden deshalb nicht nochmals dargestellt.

In der Beteiligung von Mitarbeitern und Patienten bei der strategischen Ausrichtung (Mission, Vision und Werte) der Organisation und beim Aufstellen der Haushaltspläne kommt die *partizipative Grundhaltung* der Führung zum Ausdruck. Ein weiterer Beleg für die Berücksichtigung dieses TQM-Prinzips kann in der gemeinsamen Diskussion über die erzielten Ergebnisse der Qualitätsverbesserung zwischen dem Vorstand der Organisation, den Teams und den Patienten gesehen werden, die in Form von Teambesprechungen, Sitzungen oder in öffentlichen Foren abgehalten werden können.<sup>676</sup>

Das *Null-Fehler Konzept* wurde offensichtlich nicht oder nur in geringen Ausmaß in den Standards berücksichtigt. Weder in den Standardkapiteln, die sich mit der Errichtung und der Umsetzung der strategischen Ausrichtung befassen, noch in den anderen Bereichen des Dokumentes finden sich Hinweise auf die Verbreitung dieses TQM-Konzeptes durch Repräsentanten der Führung. Anders verhält es sich mit dem Aspekt der *Fehlervermeidung*, die als ein elementarer Bestandteil des Null-Fehler Konzeptes zu sehen ist. So schließt die Integration und Koordination der Leistungen innerhalb verschiedener Bereiche der Organisation die Berücksichtigung präventiver Aspekte mit ein.<sup>677</sup> Ansonsten sind präventive Maßnahmen auf die Krankheitsvermeidung in gesundheitlichen Einrichtungen und auf die Etablierung von Evakuierungsplänen beschränkt. Unübersehbar ist der Stellenwert, den der CCHSA der *kontinuierlichen Verbesserung* beimißt. Mit Ausnahme des Standardkapitels „Management of The Physical Environment“ enthält jedes einzelne Standardkapitel den Bereich „Quality Monitoring And Improvement“, deren Standards und Kriterien einer permanenten oder periodischen Beobachtung („monitoring“) und Verbesserung von Prozessen und *erzielten Ergebnissen* verlangen. Im Zusammenwirken mit den anderen TQM-Prinzipien werden auf diese Weise die

---

<sup>675</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive Health Services: Information Management (1997), IM-1.

<sup>676</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive Health Services: Implementing The Strategic Directions (1997), ISD-1.

<sup>677</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive Health Services: Community Services (1997), ICS-1.

eigenen Leistungen laufend hinterfragt, und bereichsübergreifende Verbesserungsprozesse initiiert.

### 5.3.6 Bewertung

#### 5.3.6.1 Bewertungsschema

Das Bewertungsschema des CCHSA läßt sich anschaulich am Aufbau des nachfolgend aufgeführten Standarddokumentes erläutern.

#### Example of The Elements of the Compliance Scale Narrative

(Standards for Longterm/Continuing Care Organizations: A Client-centred Approach, 1996, SUP-16, Standard 2.0, 2.1, 2.2)

Sample standard and criteria

Sample narrative for this standard

2.0 There are processes for human resources planning	Organization`s Rating				
	N	M	P	S	
2.1 The processes consider changes in the internal and external environments and relate to <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mission</li> <li>• strategic directions</li> <li>• organizational structure</li> <li>• models of care and service delivery</li> <li>• available resources</li> <li>• union-related issues</li> <li>• relevant legislation, and government policy priorities</li> </ul> 2.2 Staffing patterns at all levels of the organization reflect <ul style="list-style-type: none"> <li>• Needs of patients/residents</li> <li>• Changes in workload</li> <li>• Adjustment to a withdrawal of services</li> </ul>				X	
	<u>Completeness</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Human resources issues are identified as part of the internal and an external environmental analysis during strategic planning</li> <li>- There is a human resource</li> </ul>				

	<p>component to the strategic plan related to recruitment, retention, promotion, education/training and collective bargaining</p> <p>- Attention is given to employment equity, local collective agreements, the labour relations code, and the Employment Standards Act in the planning process</p>
--	--

Quelle: Canadian Council on Health Services Accreditation: A Practical Guide to Preparing (1996), S. 17.

Jede Seite des Handbuchs ist in drei große Spalten unterteilt. Die linke Spalte benennt einen Standard und seine Kriterien, die beiden rechten Spalten bieten jeweils Platz für die Bewertung desselben durch die Organisation und durch die Prüfer.<sup>678</sup> Gegenüber dem Standard befindet sich das Bewertungsschema mit den Bezeichnungen N, M, P und S, das gemeinsam von Teammitgliedern und Inspektoren verwendet wird. Jeder der zuvor erwähnten vier Buchstaben des Bewertungsschemas bezeichnet einen bestimmten Grad an Übereinstimmung mit dem Standard und folgendem Inhalt:<sup>679</sup>

#### **N – Nicht passend oder nicht erfüllt (Non-Applicable or Non-Compliant)**

Dieser Bewertung ist zu vergeben, wenn der Standard keine Anwendung findet oder wenn den Anforderungen des Standards nicht entsprochen wird.

#### **M – Minimale Erfüllung (Minimal Compliance)**

Nur wenige Bestimmungen bzw. Bedingungen des Standards und seiner Kriterien werden erfüllt. Ineffektive Kommunikation und Koordination führten zu erheblichen Lücken bei der Ausführung von Prozessen. Systematische Prozesse zur Auswertung des Kunden - „Input“ und Kunden-„Feedback“ sind nicht vorhanden, so daß nur wenig Wissen über die Kundenbedürfnisse und –erwartungen besteht.

<sup>678</sup> Oben verwendetes Beispiel hat allerdings nicht die Spalte für die Prüfer mit aufgeführt.

<sup>679</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Description of the levels on the compliance scale (1997), S. 33.

### **P-Teilweise Erfüllung (Partial Compliance)**

Wesentliche Bestimmungen bzw. Bedingungen des Standards und seiner Kriterien werden erfüllt. Effektive Kommunikation und Koordination verhinderte das Auftun größerer Lücken bei der Ausführung von Abläufen. Prozesse zur Auswertung des Kunden -„Input“ und Kunden -„Feedback“ bestehen und liefern wichtige Informationen, die als Grundlage für Entscheidungen verwendet wurden.

### **S – Erhebliche Erfüllung (Substantial Compliance)**

Die Bestimmungen bzw. Bedingungen des Standards und der ihm zugehörigen Kriterien wurden durchweg erfüllt. Effektive Kommunikation und Koordination spiegeln sich in der Ausführung von Prozessen wider. Es besteht ein umfassendes und systematisches Verfahren zur Auswertung des Kunden -„Input“ und Kunden -„Feedback.“ Die daraus gewonnene Information wurde zum Aufbau und zur Unterstützung von Verbesserungen verwendet. Nachweislich konnten erwartete bzw. in Aussicht gestellte Ergebnisse (Resultate) erreicht werden.

Der unter dem Bewertungsraster vorhandene Freiraum bietet ausreichend Platz für ausführlichere Kommentare. Beispielsweise kann hier vermerkt werden, wie die Übereinstimmung mit dem Standard erreicht wurde, welche Indikatoren zur Kontrolle der Leistungsfähigkeit Anwendung fanden oder was für Möglichkeiten zur Verbesserung festgestellt wurden.<sup>680</sup>

Die Bewertung des Umfangs an Übereinstimmung mit dem Standard verläuft in drei Schritten. Zunächst erfolgt die Beurteilung des Erfüllungsgrades für einen *einzelnen* Standard. Sollte ein Gutachter bereits bei diesem ersten Schritt zu der Erkenntnis gelangen, daß überhaupt keine Übereinstimmung mit dem Standard vorliegt, muß die Beurteilung „nicht passend“ bzw. „nicht erfüllt“ (N) lauten. Anderenfalls hat er sich für eine der zuvor beschriebenen drei Bewertungen *minimal (M)*, *teilweise (P)* oder *wesentlich (S)*, unter Berücksichtigung der drei Elemente *Vollständigkeit (Completeness)*, *Kommunikation und Koordination (Communication and Co-ordination)* und *Kundenorientierung (Client Focus)*, zu entscheiden.<sup>681</sup>

Letztere beinhalten folgende Fragen:

---

<sup>680</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Description of the compliance scale (1997), S. 33.

<sup>681</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Assessing compliance (1997), S. 34.

- **Vollständigkeit (Completeness)**

In welchem Ausmaß besteht eine Übereinstimmung mit den Standards und Kriterien? Inwiefern erfüllen die vorhandenen Prozesse die Bedürfnisse der Organisation und wie werden die erwarteten bzw. in Aussicht gestellten Ergebnisse (Resultate) erreicht?

- **Kommunikation und Koordination (Communication and Co-ordination)**

Inwieweit wurden wichtige Informationen mit sämtlichen sie betreffenden Einzelpersonen, Klientengruppen, Mitarbeitern oder Lieferanten geteilt? Wie wirkungsvoll ist die Implementation von Kommunikation und Koordination?

- **Kundenorientierung (Client Focus)**

In welchem Ausmaß sorgen Prozesse für Kunden -„Input“ und Kunden -„Feedback und wie wird diese Information zur Verbesserung von Prozessen und Ergebnissen verwendet?

Das Verhältnis zwischen den vier Stufen der Übereinstimmung und den drei Elementen kann in einer einfachen, leicht verständlichen Matrix, anschaulich dargestellt werden:

*Levels of Compliance*

<b>Elements</b>	<b>Non-Applicable Non-Compliant</b>	<b>Minimal</b>	<b>Partial</b>	<b>Substantial</b>
Completeness (standards criteria)	NO	Meet few provisions	Meets most provisions	Meets all provisions on a consistent basis
Communication and Co-ordination	PROCESS	Significant gaps exist	No Significant gaps exist	No gaps exist
Client Focus	EXISTS	No mechanisms for client input and feedback - Limited knowledge of client needs and expectations	Mechanisms for client input and feedback - input is used in decision- making	Systematic mechanisms for client input and feedback - processes are "client- driven"

Quelle: Canadian Council on Health Services Accreditation: A Practical Guide to Preparing for Accreditation (1996), S. 21.

In der Matrix ist die Spalte „Substantial“ grau eingefärbt, weil die Inspektoren zu dem Ergebnis gelangten, daß unter Berücksichtigung der drei Elemente der Standards substantiell erfüllt worden ist. Entsprechend lautet das Endergebnis der Bewertung für den einzelnen Standard



„Substantial (S)“. Einzelne Standards sind klassifiziert nach Sektionen (z.B. chirurgische Versorgung oder Informationsmanagement). In einem zweiten Schritt wird jede dieser *einzelnen Sektionen* unter Zuhilfenahme der Matrix einer Beurteilung unterzogen. Der letzte Schritt des Bewertungsprozesses beinhaltet die Bewertung der *gesamten Organisation*. Dazu werden am Ende des Standarddokumentes die Bewertungsergebnisse der verschiedenen Sektionen in einem Schaubild eingetragen. Die feststehenden Bewertungen jeder einzelnen Sektion fungieren hier als Basis zur Bestimmung einer umfassenden Bewertung der gesamten Organisation. Dem Gesamtergebnis wird eine große Bedeutung beigemessen, weil es oft in bezug steht zu den Empfehlungen, welche die Inspektoren gegenüber dem Vorstand des CCHSA aussprechen.<sup>682</sup>

### 5.3.6.2 Anwendungsspektrum des Bewertungssystems

Die Standards des CCHSA bewerten unter Berücksichtigung von *Leitlinien (guidelines)* primär das Ausmaß an *Führung (leadership)*, *Qualitätsverbesserung*, *Teamwork*, *Patienten-, Prozeß-*, und *Ergebnisorientierung* einer Gesundheitseinrichtung. Sie bilden nicht nur die Grundlage für die Bewertung einer Organisation durch die Prüfer des CCHSA, sondern eignen sich auch als *Instrument zur Selbstbewertung* für die Mitarbeiter einer Klinik.

### 5.3.7 Prüfverfahren und Prüfablauf

Akkreditierungswilligen Organisationen wird nach der ersten Kontaktaufnahme mit dem CCHSA ein Informations- und Bewerbungspaket zugesandt, das die Standarddokumentation, unterstützendes Begleitmaterial und die Anschriften von Ansprechpartnern des CCHSA beinhaltet. Nach Erhalt der Materialien und Fertigstellung der Bewerbungsunterlagen schlägt die Organisation einen Tag für die „initial survey“<sup>683</sup> vor, der nach Überprüfung vom CCHSA übernommen und festgesetzt wird. Parallel dazu schließt die betreffende Einrichtung die Selbstbewertung entsprechend den CCHSA Standards als Teil des Akkreditierungsprozesses ab.

Für den Fall, daß die zu begutachtende Einrichtung Unterstützung wünscht, um sich auf die Akkreditieren bzw. auf den Beginn des Akkreditierungsprozesses vorbereiten zu können,

---

<sup>682</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Levels of compliance (1997), S. 35.

<sup>683</sup> Initial survey: „A (..) survey available to organizations that are not currently accredited and that are seeking accreditation. The full scope of applicable standards will be reviewed during the survey.“ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards (2001), S. 324.

ist der CCHSA gewillt, diesem Anliegen gegen entsprechende Kostenerstattung zu entsprechen.

Sechs Monate vor dem Untersuchungstag stellt der CCHSA die Prüfungsgruppe zusammen und bespricht mit der zu bewertenden Organisation die erforderlichen logistischen Einteilungen und Zusammenstellungen für die Begutachtung.

Am festgelegten Prüfungstag erscheint die Prüfungsgruppe zur Besichtigung vor Ort. In Abhängigkeit von der Anzahl der zu befragenden Personen und Teams sowie von der Menge der zu inspizierenden Räumlichkeiten, variiert die Dauer der Prüfung.<sup>684</sup> Während der Begehung diskutiert die Prüfungsgruppe mit dem Vorstand, leitenden Mitarbeitern, Verwaltungspersonal, Ärzten, multidisziplinären Pflege- und Serviceteams, unterstützenden Teams, Patienten, Kunden, Bewohnern und Familien über deren Erfahrungen, Wahrnehmungen und Erwartungen.<sup>685</sup> Zum Untersuchungsprogramm der Prüfer gehört auch die Besichtigung der Ausstattung und Räumlichkeiten, in denen die Leistungen erbracht werden. Dies schließt einen Blick in die Akten von Patienten, Kunden bzw. ortsansässigen Bewohnern mit ein, damit die Gutachter einen möglichst umfassenden Überblick über die Organisation bekommen. Gleich nach dem Ende der Besichtigung präsentieren die Inspektoren ihre Erkenntnisse den Verantwortlichen in der Organisation und beginnen mit dem Verfassen eines schriftlichen Abschlußberichtes für den CCHSA. Dieser beinhaltet neben den Untersuchungsergebnissen auch eine Empfehlung über den Status der Akkreditierung. Der CCHSA überprüft den Report hinsichtlich seiner Übereinstimmung mit den Standards und leitet ihn weiter an den Vorstand, der sich für eine Akkreditierungsoptionen entscheidet (accreditation, accreditation with report, accreditation with focused visit und non-accreditation).<sup>686</sup> Eine Kopie des Abschlußberichtes<sup>687</sup> und ein

---

<sup>684</sup> Allein 371 Inspektionen, die insgesamt 2910 Tage erforderten, wurden im Jahr 2000 von Prüfern des CCHSA durchgeführt. Vgl. CCHSA Annual Report 2000, S. 11.

<sup>685</sup> Vgl. CCHSA Internet Homepage: Our Organisation. Die Bewertung jedes einzelnen Pflege- und Serviceteams beginnt mit der Bewertung der Übereinstimmung der Gruppe mit den sie spezifisch betreffenden Standards. Dazu gehört ebenfalls eine Besichtigung vor Ort (z.B. die Begutachtung der Räumlichkeiten, Bewertung der Einhaltung der Privatsphäre oder Aspekte der Sicherheit und Gesundheit), die Überprüfung der Krankenakten, eine Besprechung mit den Teammitgliedern und die Befragung von Familien und Kunden. Letzteres gibt den Prüfern die Gelegenheit, u.a. Fragen nach deren Zufriedenheit mit der Behandlungsqualität zu stellen. Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: A Practical Guide to Preparing (1996), S. 26-27.

<sup>686</sup> Der CCHSA verwendet ein stufenloses Schema für die Bewertung von Einrichtungen des Gesundheitswesens, daß nur zwischen der Erteilung oder Nichterteilung einer Akkreditierung differenziert. Gewöhnlich wird die Entscheidung über die Verleihung einer Akkreditierung alle 3 Jahre nach einer Begutachtung durch Prüfer des CCHSA gefällt. In Abhängigkeit von den Empfehlungen der Prüfer, finden zusätzlich zwischen den regulären

Zertifikat, das den verliehenen Akkreditierungsstatus indiziert, sendet der CCHSA innerhalb eines Zeitraumes von 6 Wochen nach Prüfungsende der Organisation zu.<sup>688</sup> Unabhängig vom Ergebnis der Inspektion wird jede Organisation vom CCHSA gebeten, nach Ende der Prüfung eine schriftliche Evaluation des Prüfungsprozesses vorzunehmen und an den CCHSA zu schicken, damit dieser auf der Basis der erhaltenen Beurteilungen die Möglichkeit erhält, seine Produkte und Leistungen zu verbessern.<sup>689</sup>

Sollte eine Einrichtung des Gesundheitswesens nicht mit der verliehenen Auszeichnung einverstanden sein, hat sie das Recht, einen schriftlichen Antrag auf Überprüfung der Akkreditierung an den leitenden Direktor des CCHSA zu stellen. Dieser leitet das Anliegen an ein Revisionskomitee weiter, dessen Mitglieder ausnahmslos nicht an der Prüfung oder Erteilung der Akkreditierung beteiligt waren.<sup>690</sup>

Andererseits hat auch der CCHSA das Recht, *jederzeit* eine Nachprüfung zu beantragen, wenn Grund zu der Annahme besteht, die akkreditierte Institution hätte mittlerweile schwerwiegende Verstöße gegen die Standards begangen oder erhebliche organisatorische Änderungen vorgenommen (z.B. eine Veränderung der Besitzverhältnisse, die Fusion mit einer anderen Einrichtung, eine größere Veränderung der Bettenanzahl oder die Erbringung veränderter Pflege- und Versorgungsleistungen).<sup>691</sup>

### 5.3.8 Grundlagen, Stufen, Publikation und Kosten der Akkreditierung

Der CCHSA macht die Vergabe des Akkreditierungsstatus von drei wesentlichen Faktoren abhängig: dem von den Prüfern ermittelten Maß an Übereinstimmung mit den Standards des

---

Überprüfungen sogenannte „focus surveys“ oder „progress reports“ statt, die Informationen über den aktuellen Stand der von der Organisation unternommenen Maßnahmen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit liefern sollen. Vgl. CCHSA Internet Homepage: Accreditation Recognition Summary.

<sup>687</sup> Der Prüfungsbericht enthält eine detaillierte Begründung der Entdeckungen, die die Prüfer gemacht haben und umfaßt die 8 Hauptsektionen der Standards. Zu jedem Bereich wurden einleitende Bemerkungen und formale Empfehlungen gemacht, die auf einen spezifischen Standard verweisen. Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, 1.0 Survey Report (1997), S. 39.

<sup>688</sup> Vgl. CCHSA Internet Homepage: What Does Accreditation involve?

<sup>689</sup> Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, 2.0 Evaluation after the survey (1997), S. 39.

<sup>690</sup> Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, 8.0 Review of the accreditation award decision (1997), S. 11.

<sup>691</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, 9.0 Right to survey (1997), S. 11.

CCHSA, den innerhalb der Organisation vorgefundenen Initiativen zur Qualitätsverbesserung und dem Risikomanagement.<sup>692</sup> Unter Berücksichtigung dieser Faktoren hat der CCHSA spezielle *Leitlinien* (guidelines) entwickelt, welche die Prüfer bei der Entscheidung über den jeweiligen Akkreditierungsstatus mit berücksichtigen können. Dabei handelt es sich um nachfolgend dargestellte vier Optionen mit den entsprechenden Leitlinien:<sup>693</sup>

### **Option 1: Akkreditierung (Accreditation)**

Eine Akkreditierung wird derjenigen Einrichtung erteilt, die *alle* drei Faktoren (Übereinstimmung mit den Standards, Qualitätsverbesserung und Risikomanagement), erfüllt. Im Detail erfordert dies eine *teilweise* oder *wesentliche* Übereinstimmung der Organisation mit den Standards, wobei kein Standardbereich mit „minimal“ oder „nicht erfüllt“ bewertet worden sein darf. Des Weiteren muß eine organisationsweite Verpflichtung zur Qualitätsverbesserung und Anwendung seiner Prinzipien erkennbar sein. Dies schließt die Anwendung von Indikatoren zur Überwachung und Verbesserung der Pflege- und Servicequalität in die Bewertung mit ein. Ebenso müssen Risiko-Managementverfahren vorhanden sein, die effektiv potentiell auftretende Risiken minimieren und die Sicherheit von Patienten, Einwohnern, Kunden und/oder Besuchern gewährleisten.

### **Option 2: Akkreditierung mit Bericht/Gutachten (Accreditation with Report)**

Der CCHSA erteilt eine Akkreditierung mit Bericht, wenn eine *teilweise* oder *wesentliche* Übereinstimmung der Organisation mit den *Standards* gegeben ist und kein Standardbereich mit „minimal“ oder „nicht erfüllt“ bewertet wurde. Die Prinzipien der *Qualitätsverbesserung* werden ebenso wie das „*Risk Management*“ nicht in der gesamten Organisation angewendet, was bei letzterem zu einer unnötigen Gefährdung von Patienten, Einwohnern, Kunden und/oder Besuchern führt. Im Unterschied zu Option 1 wird dieser Status erteilt, wenn eine

---

<sup>692</sup> „Der Begriff Risikomanagement umfasst alle Maßnahmen, die ein Unternehmen ergreift, um relevante Risiken zu erkennen und sich davor zu schützen. (...) Wenn Risiko verstanden wird als die Unsicherheit über das Erreichen von Zielen (Definition nach Elmar Helten), dann muß das Risikomanagement in allen Bereichen untersuchen, welche Gefahren dem Unternehmen drohen, seine Ziele nicht erfüllen zu können. In einem geschlossenen Steuerungsprozess (Risikoanalyse, Maßnahmeplanung, Maßnahmedurchführung, Erfolgskontrolle) kann dann in jedem Funktionsbereich Gefahrenvorsorge, -abwehr bzw. Schadensvermeidung und -begrenzung getroffen werden.“ Bühner, R.: Management-Lexikon (2001), S. 675-676.

<sup>693</sup> Vgl. CCHSA Internet Homepage: Accreditation Recognition Summary.

Übereinstimmung mit den Standards wie beschrieben gegeben ist, *und/oder* die Qualitätsverbesserung *und/oder* das Risikomanagements erfüllt worden sind. Damit wird eine Akkreditierung auch dann noch erteilt, wenn wenigstens 2 der 3 zentralen Faktoren i.S. der Option 2 erfüllt wurden.

### **Option 3: Akkreditierung mit Fokus Inspektion (Accreditation with Focus Visit)**

Die Voraussetzung für die Vergabe einer Akkreditierung mit Fokus Inspektion ist der Nachweis erheblicher Risiken innerhalb der Organisation. Lediglich ein *minimaler* Grad an Übereinstimmung mit den Standards ist gegeben. Zudem mangelt es organisationsweit an einer Verpflichtung zur Qualitätsverbesserung und zur Anwendung der dazugehörigen Prinzipien. Ebenso konnte der Nachweis ineffektiver, organisationsweiter oder bereichsspezifischer Risikomanagementverfahren erbracht werden.

### **Option 4: Nicht akkreditiert (Non-accreditation)**

Der CCHSA verweigert eine Akkreditierung, wenn *fast keine*, oder nur eine minimale Übereinstimmung der Organisation mit den *Standards* gegeben ist. Es konnte kein Nachweis für eine organisationsweite Verpflichtung zur Qualitätsverbesserung und zur Anwendung der dazugehörigen Prinzipien erbracht werden. Verfahren zur Entwicklung von Indikatoren fehlen ebenso wie solche für die Beseitigung aufgetretener Probleme der Qualitätsverbesserung. Ein effektiver Umgang mit Risiken besteht ebenfalls nicht. Die Ursachen hierfür liegen in einer schlechten Versorgungsqualität, unsicherer ärztlicher Planung und/oder eines inadäquaten Umgangs des Personals bei der Lösung wichtiger patientenbezogener Behandlungsprobleme, die meistens sicherheitsrelevante Fragen betreffen.

Nachdem eine Organisation den Prüfungsbericht des CCHSA erhalten hat, sollte sie sämtliche an der Prüfung beteiligten Personen über dessen Inhalt in Kenntnis setzen. Es bleibt ihr überlassen, die Allgemeinheit (community<sup>694</sup>) über das Prüfungsergebnis zu informieren,<sup>695</sup> da der

---

<sup>694</sup> Unter der Bezeichnung „Community“ subsumiert der CCHSA Individuen, Familien, Gruppen, Agenturen, Einrichtungen oder sonstige Institutionen, denen eine Organisation dienlich ist. Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, Glossary of Terms (1997), S. 44.

<sup>695</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: A Practical Guide to Preparing (1996), S. 39. Nach einer erfolgreichen Prüfung erhält die betroffene Organisation ein Akkreditierungszertifikat verliehen, das sie in ihren Räumlichkeiten ausstellen kann. Früher erteilte Zertifikate sind aufzubewahren oder direkt an den

CCHSA laut Gesetz nicht berechtigt ist, ohne schriftliche Erlaubnis der Organisation die Prüfung betreffende Information freizugeben. Dies schließt ebenso unternehmensbezogene Auskünfte wie Informationen ein, die aus Gesprächen mit Patienten, Kunden und Familien resultieren.<sup>696</sup> Dagegen ist eine Mitteilung des CCHSA an das betreffende Provinz- bzw. Territorialministerium und an die Gesundheits- bzw. Krankenhausvereinigung betreffend der Gültigkeit des verliehenen Akkreditierungsstatus zulässig.<sup>697</sup> Darüber hinaus stellt der CCHSA jährlich eine Liste aller von ihm akkreditierten Organisationen zusammen, die Interessenten auf Anfrage gegen Entrichtung einer Gebühr ausgehändigt wird.

Im Jahr 2000 verlieh der CCHSA 355 Akkreditierungen. Der Status „Akkreditierung“ wurde 218 mal erteilt, „Akkreditierung mit Bericht“ 115 mal und „Akkreditierung mit Fokus Inspektion“ nur 22 mal. Der Status „Nicht akkreditiert“ mußte nie vergeben werden.<sup>698</sup> Insgesamt akkreditierte der CCHSA seit seinem Bestehen 1830 Einrichtungen und Bereiche in Kanada, wovon 1120 regionale und 710 unabhängige Organisationen waren. Bei der überwiegenden Anzahl von akkreditierten Organisationen handelte es sich um Einrichtungen der Langzeit- und kontinuierlichen Pflege (521 Long Term Care/Continuing Care Organizations) und Krankenhäuser der Akutversorgung (232 Acute Care Organizations), kommunale Gesundheitseinrichtungen (203 Community Health Centres) und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (116 Public Health Services).<sup>699</sup>

Die *Akkreditierungsgebühren* setzen sich aus 4 Elementen zusammen: der *Bewerbungsgebühr*, einer *Jahresgebühr*, der *Prüfungsgebühr* und der Gebühr für *Fortbildungssitzungen*.<sup>700</sup>

- Die *Bewerbungsgebühr* ist eine einmalig zu entrichtende Gebühr von \$400 Kanada Dollar, die zu bezahlen ist, sobald die Bewerbung um eine Akkreditierung beantragt wurde. Sie beinhaltet sämtliche anfallenden Geschäftskosten, die für die Bearbeitung der Bewerbung erforderlich sind (z.B. Versand der Bewerbungsunterlagen, etc.).

---

CCHSA zurückzuschicken. Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: 11.0 Public Recognition, (1997), S. 12.

<sup>696</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, 10.0 Confidentiality (1997), S. 12.

<sup>697</sup> Vgl. Canadian Council on Health Services Accreditation: Standards for Comprehensive, 7.0 Accreditation awards and duration (1997), S. 10.

<sup>698</sup> Vgl. CCHSA Annual Report 2000, S. 11.

<sup>699</sup> Vgl. CCHSA Annual Report 2000, S. 14 und S. 15.

<sup>700</sup> Vgl. CCHSA Internet Homepage: Fees.

- Die Zahlung der *Jahresgebühr* bezweckt die Unterstützung des Akkreditierungsprogramms. Laufende Betriebskosten und Ausgaben für Forschung, Entwicklung, Repräsentation und Geschäftskosten sollen durch sie abgedeckt werden. Ihre Höhe ist abhängig von der Summe der Einnahmen, die in der Bilanz des letzten Jahres ausgewiesen wurde. Außerhalb der Provinzen Ontario und Quebec beläuft sich diese Gebühr auf 0,0116 % der jährlichen Einnahmen, minimal beträgt sie \$500 Kanada Dollar (z.B. für Einrichtungen der Langzeitpflege (Long Term Care) in der Provinz New Brunswick).
- Organisationstyp, Leistungs- und Versorgungsausmaß einer Organisation bestimmen die Zahl der Prüfer und den für die Prüfung erforderlichen Zeitaufwand. Entsprechend den Vorgaben des CCHSA bestimmen diese Faktoren die Höhe der *Prüfungsgebühr*. Darüber hinaus bestehen festgelegte Gebührensätze für Prüfer des CCHSA, die sich beispielsweise bei Krankenhäusern der Akutversorgung und Einrichtungen zur Krebsbehandlung auf \$1600 Kanada Dollar pro Prüfer an einem Tag belaufen.<sup>701</sup>
- *Fortbildungssitzungen* und der mit ihnen verbundene Nutzen (z.B. Betreuung und Beratung durch Inspektoren des CCHSA) sind für jede Einrichtung unerlässlich, die eine Akkreditierung anstreben. Sämtliche Sitzungen werden auf Basis des Selbstkostendeckungsprinzips abgehalten und schließen eine kleine *Verwaltungsgebühr* für die Bereitstellung von Unterlagen mit ein.

Im Durchschnitt kostete im Jahr 1995 die Akkreditierung eines 50 Betten großen Krankenhauses \$ 9264 US-Dollar bzw. \$ 21618 US-Dollar (200 Betten).<sup>702</sup>

### 5.3.9 Zusammenfassung

Die Anfänge des CCHSA gehen bis in das Jahr 1917 zurück, als er als aktives Mitglied des „American College of Surgeons (ACS)“ an der Entwicklung eines Standardisierungsprogramms für Krankenhäuser mitarbeitete. Im Jahr 1951 schloß sich das ACS mit anderen kanadischen und US-amerikanischen Gesundheitseinrichtungen zur „Joint Commission on Accreditation of Hospitals“ (JCAH) zusammen. Bereits 1953 beendeten die Kanadier ihre Mitgliedschaft in der „Joint Commission“ und gründeten die Canadian Commission on Hos-

---

<sup>701</sup> Vermutlich schließt die Summe von \$1600 Kanada Dollar pro Tag und Prüfer sämtliche anfallenden Kosten (Spesen, Übernachtungs- und Reisekosten) mit ein und steht deshalb nicht im Gegensatz zu den im Unterpunkt „Rekrutierung, Einstellungsvoraussetzungen, Zusammensetzung, Training und Kosten des Prüfungsteams“ aufgeführten \$250 bzw. \$175 Kanada Dollar.

pital Accreditation, die den Bedürfnissen des neu errichteten kanadischen Gesundheitssystems besser gerecht werden sollte. Fünf Jahre später verkündete die Kommission die Gründung einer autonomen, unabhängigen, nicht profitorientierten, zweisprachigen Körperschaft, des Canadian Council on Hospital Accreditation. Seine Aufgabe bestand in der Entwicklung und Aufstellung von Standards für kanadische Krankenhäuser und in der Bewertung der Übereinstimmung von Organisationen mit ihnen. Seit seiner Gründung erweiterte der CCHSA kontinuierlich das Anwendungsspektrum seiner Krankenhausstandards auf Langzeitkrankenhäuser (long term care centers), psychiatrische, rehabilitative und kommunale Einrichtungen sowie auf Allgemeinkrankenhäuser. Der Namensänderung von 1988 folgte 1995 eine vorerst letzte Überarbeitung in „Canadian Council on Health Services Accreditation“ (CCHSA).

Die Überarbeitung aller CCHFA Standards im Jahre 1990 führte zu einer größeren Struktur- und Prozeßorientierung, die im „client-centered accreditation program“ von 1995 weiterentwickelt wurde und zu einer Ausweitung der kundenorientierten Standards auf Einrichtungen der Akutversorgung und der Krebsbehandlung führte. Zeitgleich startete der CCHSA das „Performance Indicators Projekt,“ das sich mit der Entwicklung von Indikatoren befaßte.

Im Rahmen des „Achieving Improvement Measurement“ Projektes begann man 1997 mit der Revision des Akkreditierungsprogramms, das im Ergebnis zu einer erhöhten Meßgenauigkeit der Standards führen sollte. Nach Beendigung der AIM-Pilotphasen 1998 und 1999 wurde das AIM Standard Dokument im Jahr 2000 fertiggestellt.

Nach Angaben des CCHSA sind bis Ende der 80er Jahre 850 Krankenhäuser und mehr als 1.300 andere Einrichtungen des Gesundheitswesens in Kanada 1988 nach den Standards akkreditiert worden. Bis heute partizipieren freiwillig 1830 Organisationen an den verschiedenen Programmen des CCHSA. Damit nimmt der CCHSA eine monopolartige Stellung bei der Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen in Kanada ein.

Der CCHSA wird durch einen 15 Mitglieder umfassenden Vorstand geleitet, der sich dreimal im Jahr trifft, um neben der Wahrnehmung von Führungsaufgaben die Unternehmenspolitik festzulegen und die Einhaltung der langfristigen organisatorischen Planung zu beaufsichtigen. Die Mitglieder des Vorstandes sind interdisziplinär zusammengesetzt und setzen sich aus Vertretern ärztlicher und pflegerischer Berufe sowie aus Repräsentanten der kanadischen Regierung zusammen. Insgesamt arbeiteten im Jahr 2000 hauptberuflich 78 Mitarbeiter für den CCHSA.

---

<sup>702</sup> Vgl. Bohigas, L. et al.: Accreditation Programs for Hospitals: Funding and Operation (1996), S. 586.



Das *Leistungsangebot* des CCHSA ist schwerpunktmäßig auf die Bewertung und Verbesserung der Leistungsqualität von Gesundheitseinrichtungen in Kanada ausgerichtet. Zu diesem Zweck wurde eine Vielzahl nationaler Standards in Zusammenarbeit mit Experten des Gesundheitswesens entwickelt, anhand derer das Leistungsvermögen einer Einrichtung gemessen werden kann.

Im Rahmen seines Akkreditierungsprogramms überprüft der CCHSA nicht nur den Grad an Übereinstimmung einer Organisation anhand seiner Standards, sondern bietet auch Lösungsvorschläge zur Beseitigung von Schwachstellen, berät im Gesundheitswesen tätige Organisationen und offeriert Schulungsprogramme zum Thema Akkreditierung. Darüber hinaus ist der CCHSA weltweit aktiv tätig und stellt sein Wissen und Leistungsspektrum ausländischen Institutionen zur Verfügung. Hierzu gehören u.a. die Unterstützungsleistungen zum Aufbau einer nationalen französischen Agentur zur Akkreditierung nationaler Krankenhäuser, der „L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé“ (ANAES), beratende Tätigkeiten zur Entwicklung eines Akkreditierungsprogramms in Dänemark, Irland und Kolumbien sowie das Abhalten von „Workshops“ und anderen Informationsveranstaltungen in Neuseeland, Kolumbien, Italien, Portugal und Barbados.

Im Jahr 2000 arbeiteten 320 Prüfer („surveyors“) für den CCHSA. Sie kamen aus der Berufsgruppe der Ärzte, der Krankenschwestern, der Verwaltung und der Atmungstherapeuten (respiratory therapists) und wurden mittels eines aufwendigen Bewerbungsverfahrens für diese Tätigkeit ausgewählt. Sämtliche Gutachter müssen gegenwärtig eine leitende Position in einer Institution des Gesundheitswesens inne haben, gute Kenntnisse des kanadischen Gesundheitswesens nachweisen können, sowie über exzellente kommunikative, interpersonelle und analytische Fähigkeiten verfügen. Darüber hinaus verlangt der CCHSA von seinen Prüfern die Teilnahme an zweimal jährlich stattfindenden Fortbildungsveranstaltungen von je drei Tagen Dauer. Zudem müssen die Prüfer den Nachweis erbringen, wenigstens zwei Wochen pro Jahr an Begehungen von Einrichtungen teilgenommen zu haben. Ein Prüfteam besteht in der Regel aus bis zu fünf Personen und kann sich aus Ärzten, Krankenschwestern, Verwaltungsangestellten und Atmungstherapeuten zusammensetzen, oder nur aus einzelnen Vertretern der zuvor beschriebenen Berufsgruppen bestehen.

Das Handbuch des CCHSA ist in 8 unterschiedlich große Bereiche unterteilt, die ca. 420 Seiten umfassen: Kapitel 1 „Program Administration“, Kapitel 2 „Preparation For The Accreditation Survey“, Kapitel 3 „Description Of The Compliance Scale“, Kapitel 4 „Survey Report And Evaluation Of The Accreditation Process,“ Kapitel 5 „Glossary Of Terms,“. Ent-

sprechend der Bezeichnung „Standards“ enthält Kapitel 6 die 280 Standards des Handbuchs mit den dazugehörigen Kriterien, die in 8 große Bereiche unterteilt worden sind. Die Ergebnisse der Begutachtung werden in einem tabellarischen Profil in Kapitel 7 zusammengefasst, dem „Overall Graphic Profile“. Der „Profile And Planning Guide For Comprehensive Health Services“ bildet das achte und letzte Kapitel am Ende des Handbuchs. Es beinhaltet im wesentlichen Leitlinien für die Anwendung des Handbuchs mitsamt seinen Standards, die den betroffenen Mitarbeitern ihre Arbeit erleichtern sollen. Darüber hinaus enthält das Handbuch in seinem letzten Kapitel Leitlinien, die den Mitarbeitern den Umgang mit dem Handbuch und den Standards erleichtern sollen.

Die „Standards For Comprehensive Health Services“ sind anwendbar auf alle Einrichtungen des kanadischen Gesundheitswesens, die präventiv, fördernd, heilend und unterstützend tätig sind. Ihre Ausrichtung ist primär prozessorientiert und erstreckt sich fast gleichmäßig auf alle Bereiche des Dokuments. Im Gegensatz dazu enthält das Handbuch nur eine begrenzte Anzahl von Strukturstandards, die sich zudem primär auf die Struktur der Aufbauorganisation und auf die Qualifikation des Personals beschränken. In weitaus geringerer Zahl finden sich auch ergebnisorientierte Standards im Handbuch. Sie beziehen sich vorwiegend auf die Bewertung von erbrachten Leistungen im Hinblick auf zuvor aufgestellte Ziele oder werden in Verbindung mit einem Verweis auf einen Indikator erwähnt.

Der Fokus der Standards ist patienten- und umweltorientiert. Nahezu alle Standardbereiche sind darauf ausgerichtet, die Bedürfnisse von Patienten, Angehörigen und der Gemeinde (community) zu erfüllen bzw. deren Erwartungen zu entsprechen. Unübersehbar ist ebenfalls die Mitarbeiter- und Umweltorientierung, die sich aber primär auf die zwei Standardkapitel „Human Resources Development And Management“ und „Management of The Physical Environment“ konzentriert.

Dem CCHSA ist es gelungen, nahezu alle TQM-Prinzipien in seinen Standards und Kriterien zu implizieren. Besonders hervorzuheben ist die unübersehbare Patienten-, Umwelt-, und Mitarbeiterorientierung sowie die konsequente Berücksichtigung des Prinzips der kontinuierlichen Verbesserung in fast allen Standardbereichen, die mit einer systematischen Datensammlung und Datenanalyse einhergeht. Gut erkennbar ist auch die Verantwortung und Vorbildfunktion der Führung für das Qualitätsmanagement und deren partizipative Grundhaltung gegenüber den Mitarbeitern und den Patienten. Wünschenswert wäre es „Qualität“ als ein zu erreichendes strategisches Ziel in die Standards mit aufzunehmen und das Null-Fehler Konzept in der Mission, den Werten und der Vision festzuschreiben.

## 5.4 Die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

### 5.4.1 Entstehungsgeschichte und Rechtsform

Die Geschichte der „Joint Commission“ geht auf das Jahr 1910 zurück, in welchem Dr. Ernest Codman von einer Europareise aus London nach Amerika zurückkehrte und seinem Kollegen Dr. Edward Martin von seiner Vorstellung eines „*end result system of hospital standardization*“ berichtete. Codmans Ausführungen zufolge sollte dieses System einem Krankenhaus ermöglichen, jeden behandelten Patienten so lange zu beobachten, bis festzustellen werden kann, ob dessen Behandlung effektiv gewesen ist. Sollte letzteres nicht der Fall sein, müßte das Krankenhaus den Ursachen nachgehen und präventive Maßnahmen ergreifen, die eine Wiederholung derartiger Fehler in Zukunft ausschließen.<sup>703</sup>

Dr. Martin zeigte sich von den Möglichkeiten beeindruckt, die dieses System für die Verbesserung der medizinischen Qualität in amerikanischen Krankenhäusern mit sich bringen könnte. Um die elementaren Bestandteile des „end result system“ in die Krankenhäuser integrieren zu können und die *Standardisierung* von Serviceleistungen für Patienten voranzutreiben, setzte er sich für die Gründung eines amerikanischen chirurgischen Colleges ein. Auf seine Initiative wurde 1913 das American College of Surgeons (ACS) gegründet, dessen Aktivitäten auf der Grundlage des „end result system“ basierten. Vier Jahre nach seiner Gründung etablierte das ACS das *Hospital Standardization Program*. Nur wenige Monate später folgte die Präsentation des „*Minimum Standard*“ für Krankenhäuser, der den zentralen Bestandteil des Programs verkörperte. Er füllte lediglich eine Seite aus, wie nachfolgende Abschrift des Originalstandards belegt.

#### **The Minimum Standard**

1. That physicans and surgeons privileged to practice in the hospital be organized as a definite group or staff. Such organization has nothing to do with the question as to whether the hospital is “open” or “closed,” nor need it affect the various existing types of staff organization. The word STAFF is here defined as the group of doctors who practice in the hospital inclusive of all groups such as the “regular staff” “the visiting staff,” and the “associate staff.”
2. That membership upon the staff be restricted to physicans and surgeons who are (a) full graduates of medicine in good standing and legally licensed to practice in their respective states of provinces, (b) competent in their respective fields, and (c) worthy in character and in matters of professional ethics; that in this latter connection the practice of the division of fees, under any guise whatever, be prohibited.
3. That the staff initiate and, with the approval of the governing board of the hospital, adopt rules, regulations, and policies

<sup>703</sup> Vgl. Roberts, J. S. et. al.: A History of the Joint Commission (1987), S. 936.

governing the professional work of the hospital; that these rules, regulations, and policies specifically provide: (a) That staff meetings be held at least once each month. (in large hospitals the departments may choose to be separately) (b) That the staff review and analyze at regular intervals their clinical experience in the various departments of the hospital, such as medicine, surgery, obstetrics, and other specialties; the clinical records of patients, free and pay, to be the basis for such review and analyses.

4. That accurate and complete records be written for all patients and filed in an accessible manner in the hospital- a complete case record being one which includes identification data; complaint; personal and family history; history of present illness; physical examination; special examinations, such as consultations, clinical laboratory, X-ray and other examinations; provisional or working diagnosis; medical or surgical treatment; gross and microscopical pathological findings; progress notes; final diagnosis; condition on discharge; follow-up and, in case of death, autopsy findings.
5. That diagnostic and therapeutic facilities under competent supervision be available for the study, diagnosis, and treatment of patients, these to include, at least (a) a clinical laboratory providing chemical, bacteriological, serological, and pathological services; (b) an X-ray department providing radiographic and fluoroscopic services.

Quelle: Roberts, J. S. et. al.: A History of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals, in JAMA, Vol. 258, No.7 (1987), S. 937.

Im Jahr 1918 begann das ACS mit der Inspektion amerikanischer Krankenhäuser. Anhand des „Minimum Standards“ wurden 689 Krankenhäuser untersucht, von denen lediglich 89 den Anforderungen des Standards entsprachen. Selbst unter Berücksichtigung der damaligen Verhältnisse in amerikanischen Krankenhäusern schockierte das Ergebnis der Untersuchung die Mitglieder des ACS. Gleichzeitig zeigte es, wie dringend notwendig die Einführung eines nationalen Akkreditierungssystems für Krankenhäuser in den USA war.<sup>704</sup> Bis zur Veröffentlichung des ersten 18-Seiten umfassenden Handbuchs mit Standards für Krankenhäuser sollten aber noch weitere 8 Jahre vergehen. Infolge des unübersehbaren Nutzens, den das Programm für Patienten und Krankenhäuser brachte, kam es im Laufe der nächsten Jahre zu seiner sukzessiven, landesweiten Verbreitung. Ein Beleg dafür ist die im Zeitraum von 1919 bis 1950 gestiegene Anzahl inspizierter und durch den ACS anerkannter Krankenhäuser, welche sich in diesem Zeitraum von 89 auf 3200 erhöhte.<sup>705</sup>

Zu Beginn der 50er Jahre veranlaßte der medizinische Fortschritt, die zunehmende Anzahl und wachsende Komplexität der Krankenhäuser sowie die rasante Zunahme nichtchirurgischer Fächer in der Medizin, den ACS zu einer Überarbeitung seiner Standards. Des Weiteren gelangten die Verantwortlichen des ACS zu der Einsicht, daß angesichts der zuvor beschriebenen Entwicklung eine Unterstützung des „Hospital Standardization Program“ durch sämtliche Bereiche der Medizin und des Krankenhaussektors unerlässlich sei. Diese Entwicklung führte 1951 zum Zusammenschluß des „American College of Physicians,“ der „American

<sup>704</sup> Vgl. Roberts, J. S. et. al.: A History of the Joint Commission (1987), S. 937.

<sup>705</sup> Vgl. Joint Commission Internet Homepage: Joint Commission Mission & History.

Hospital Association,“ der „American Medical Association“ und der „Canadian Medical Association,“<sup>706</sup> zur Gründung einer *unabhängigen, nicht profitorientierten Organisation*, der „Joint Commission on Accreditation of Hospitals“ (JCAH). Erstmals wurden im Januar 1953 Krankenhäusern eine Akkreditierung durch die JCAH erteilt<sup>707</sup> und die „JCAH Standards for Hospital Accreditation“ der Öffentlichkeit vorgestellt.<sup>708</sup>

In Zusammenarbeit mit anderen nationalen Organisationen erweiterte in den 60er und 70er Jahren die „Joint Commission“ die Standards und Akkreditierungsprogramme auf andere Einrichtungen des amerikanischen Gesundheitswesens aus. Dazu gehörten ab 1965 Einrichtungen der Langzeitversorgung („long-term care facilities“) sowie Organisationen, die sich der Betreuung geistig- und körperlich behinderter Menschen widmeten (1969). Parallel dazu knüpfte die JCAH engere Kontakte zur US-Regierung, die sich bei der Verabschiedung des „Medicare Act“ im Jahr 1965 durch den US-Kongreß als nützlich erwiesen. Das Gesetz erlaubte einem Krankenhaus die Teilnahme am staatlich finanzierten Medicare<sup>709</sup> bzw. Medicaid Programm nur unter der Voraussetzung, daß es sich zuvor entweder einer staatlich durchgeführten Inspektion unterzog und zertifiziert wurde oder eine Akkreditierung seitens der „Joint Commission“ bekam. Somit sicherte der „Medicare Act“ der „Joint Commission“ die Teilnahme an dieser lukrativen Einnahmequelle.<sup>710</sup>

---

<sup>706</sup> Die Canadian Medical Association verließ bereits 1959 die JCAH, um in Kanada ein eigenes, spezifisches Akkreditierungssystem zur Beurteilung von kanadischen Krankenhäusern aufzubauen. Vgl. Scrivens, E.: Accreditation (1995), S. 21.

<sup>707</sup> Vgl. Roberts, J. S. et. al.: A History of the Joint Commission (1987), S. 938.

<sup>708</sup> Vgl. Joint Commission Internet Homepage: Joint Commission Mission & History.

<sup>709</sup> Bei *Medicare* handelt es sich um ein Versicherungsprogramm für Personen über 65 Jahre, an dem gegenwärtig ca. 30 Mio Amerikaner partizipieren. Seine Finanzierung erfolgt über Beiträge und Steuern. Medicare umfaßt ärztliche- und zahnärztliche Leistungen, die Versorgung im Krankenhaus und eine limitierte Anzahl von Tagen in betreuten Pflegeeinrichtungen. Demgegenüber wird *Medicaid* gemeinsam vom Bund und den Einzelstaaten mit Geldmitteln ausgestattet. Zu seiner Klientel gehören, unabhängig von ihrem Alter, 24 Mio Amerikaner mit geringfügigem Einkommen. Ähnlich wie Medicare kommt Medicaid für die ärztliche,- zahnärztliche und stationäre Behandlung sowie für den Aufenthalt in Pflegeeinrichtungen auf. Während beim *Medicare* Programm Krankenhausleistungen nach diagnosebezogenen Fallpauschalen abgerechnet werden, vergütet Medicaid die stationären Behandlungsleistungen anhand im voraus kalkulierter Tagessätze in Verbindung mit Kostenkontrollen. Vgl. Getzen, T. E.: USA (1997), S. 115 und vgl. Reinhardt, U. E.: The Health System of the United States (1995), S. 440-441.

<sup>710</sup> Vgl. Roberts, J. S. et. al.: A History of the Joint Commission (1987), S. 939.

Ab 1970 wurde das Anwendungsspektrum der „Joint Commission“ auf psychiatrische Einrichtungen und Organisationen, Programme zur Betreuung mißhandelter Personen und kommunale Programme zur Behandlung geistig verwirrter Menschen („community mental health programs“) ausgeweitet. Darüber hinaus entwickelte die JCAH bis Mitte der 70er Jahre ein Akkreditierungsprogramm für die ambulante Versorgung und 1983 ein weiteres Programm für Hospitzkliniken. Vor dem Hintergrund dieser sich permanent verändernden Bedingungen sah sich die „Joint Commission“ veranlaßt, ihre Standards in den Jahren 1966 und 1970 einer gründlichen Revision zu unterziehen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Standards des „1970 Accreditation Manual for Hospitals“ hervorzuheben, bei denen es sich erstmals um *optimale* Standards für Krankenhäuser handelte.<sup>711</sup>

Während der 80er Jahre kam es neben der Verlängerung der Akkreditierungszyklen von 2 auf 3 Jahre für Krankenhäuser und obengenannte Einrichtungen zu einer Anzahl organisatorischer Veränderungen bei der JCAH. Beispielsweise sah sich die JCAH wegen der zunehmenden Ausweitung ihrer Akkreditierungsaktivitäten 1987 gezwungen, sich in *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* umzubenennen.<sup>712</sup> Zu einer weiteren Veränderung führte die „*Agenda for Change*“, die auf einer Analyse von Untersuchungsergebnissen von Organisationen und Kliniken beruhte. Aus den Ergebnissen wurde ersichtlich, daß die Organisationen und Kliniken nur geringfügig an der Bewertung der Pflegequalität durch die „Joint Commission“ interessiert waren. Dieser Umstand führte zu einer veränderten strategischen Ausrichtung der JCAHO, die als „*Agenda for Change*“ bezeichnet wurde. Im Kern bestand sie aus drei Komponenten: (1) Umfassende Überarbeitung des Prüfungsprozesses. (2) Eine verstärkte Betonung *klinischer* Monitoring-Aktivitäten durch Ausweitung der Leistungsmessungen oder den Einsatz von Indikatoren mit dem Ziel, (3) eine größere erzieherische Wirkung bei den betreffenden Organisationen erreichen zu können.<sup>713</sup>

Mit der Entwicklung des „Indicator Measurement System“ (IMS) gegen Ende der 80er Jahre begann die „Joint Commission“ ein auf Indikatoren basierendes System zur Kontrolle der Leistung von Organisationen aufzubauen, daß einer Organisation einen Leistungsvergleich mit den in einer nationalen Datenbank gespeicherten Leistungsdaten anderer Organisationen ermöglichen sollte. Bis heute wird die Entwicklung von Indikatoren für Einrichtungen des

---

<sup>711</sup> Vgl. Roberts, J. S. et. al.: A History of the Joint Commission (1987), S. 938.

<sup>712</sup> Vgl. Scrivens, E.: Accreditation (1995), S. 17.

<sup>713</sup> Vgl. Scrivens, E.: Accreditation (1995), S. 17 und vgl. Kowalkowski, A.; Kobs, A. E. J.: The Joint Commission and quality patient outcomes: Role of material management (1992), S. 11 und S. 12.

Gesundheitswesens konsequent weiter betrieben (u.a. existieren perioperative, obstetrische, onkologische, kardiovaskuläre, infektiöse Indikatoren).<sup>714</sup>

Im Mittelpunkt der Aktivitäten der 90er Jahre stand die Überarbeitung sämtlicher „Joint Commission“ Standards und Handbücher in Richtung Patientenorientierung (z.B. 1993 und 1996) sowie der Beginn der *ORYX-Initiative* (1997). Letztere stellte einen weiteren, bedeutenden Schritt in der Entwicklung der Akkreditierung dar, weil das Programm erstmals die Integration von Ergebnissen und anderen leistungsbezogenen Daten in den Akkreditierungsprozeß umsetzte. Durch die Implementation ergebnisbezogener Daten in den Akkreditierungsprozeß beabsichtigte die JCAHO Organisationen des Gesundheitswesens stärker als bisher zur Bewertung ihrer Behandlungsprozesse zu bewegen und zu Handlungen zu stimulieren, die eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse bewirken.<sup>715</sup> Neben den zuvor beschriebenen Maßnahmen kam es auch zur Modifizierung der Prüfungsprozesse und einer Zunahme der Akkreditierungsvereinbarungen mit anderen Akkreditierungsprogrammen und akkreditierenden Organisationen (z.B. 1998 mit der Accreditation Association for Ambulatory Care). Gleichzeitig wurde die JCAHO weltweit durch ihre Tochtergesellschaft „Joint Commission International“ aktiv, die im Jahr 2000 eine umfassende Anzahl von internationalen Standards für Krankenhäuser publizierte.<sup>716</sup>

#### **5.4.2 Strukturelle Komponenten: Organisation, Mitarbeiter, Finanzen, Leistungsangebot und Kunden**

Der Vorstand der JCAHO besteht aus einer 28-köpfigen Kommission, die sich dreimal im Jahr trifft. Zentrale Aufgabe des Vorstandes ist die Festlegung von Verfahrensweisen sowie die Führung und Beaufsichtigung der Organisation. Die Mitglieder setzen sich aus Ärzten, „Konsumenten“, ärztlichen Direktoren, Verwaltungsfachleuten, Krankenschwestern, Lieferanten, Mitarbeitern, Repräsentanten des Laborpersonals, Leitern der Gesundheitsplanung (health plan leaders), Qualitätsexperten, Ethikern, Vertretern der Krankenversicherung und Pädagogen zusammen. Alle Angehörigen dieses Gremiums kennen sich gut in der Gesundheitsversorgung aus, besitzen diverse betriebswirtschaftliche und juristische Kenntnisse und

---

<sup>714</sup> Vgl. Joint Commission Internet Homepage: Joint Commission Mission & History.

<sup>715</sup> Umfassende und detaillierte Ausführungen zur ORYX-Initiative finden sich auf der Internet-Homepage der „Joint Commission“. Vgl. Internet-Homepage der Joint Commission: ORYX: The Next Evolution in Accreditation und vgl. Internet-Homepage der Joint Commission: Facts about ORYX for Health Care Organizations.

<sup>716</sup> Vgl. Joint Commission Internet Homepage: Joint Commission Mission & History.

haben praktische Erfahrungen in jedem der von der JCAHO angebotenen Gesundheitsbereiche gesammelt. Diese Interdisziplinarität ermöglicht die Entwicklung von Bewertungsverfahren, die den aktuellen Veränderungen in den verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens angepaßt sind.<sup>717</sup>

Die „Joint Commission“ hat fünf ständige Ausschüsse eingerichtet: einen Ausschuß für Exekutivangelegenheiten, einen Akkreditierungsausschuß, einen Ausschuß für Standards und Prüfungsprozeduren, einen Finanz- und Auditierungsausschuß sowie einen Nominierungsausschuß. Daneben bestehen noch weitere Komitees und Projektgruppen („task forces“), die sich z.B. mit den Humanressourcen oder der Patientensicherheit beschäftigen.

Über 500 Mitarbeiter sind in der Zentrale der „Joint Commission“ in Chicago, Oakbrook Terrace und in einer Nebenstelle in Washington D.C. beschäftigt. Weitere 650 Personen (u.a. Ärzte, Krankenschwestern, Psychologen etc.) leiten Inspektionen, die eine Akkreditierung zum Ziel haben.<sup>718</sup>

Im Zeitraum von 1990 bis 1998 stiegen die Einnahmen der „Joint Commission“ kontinuierlich von \$ 55,0 Mio US-Dollar auf \$ 122,8 Mio US-Dollar an<sup>719</sup>. Im Jahre 1999 kam es erstmals zu einer Verminderung der Einnahmen um 4% auf \$ 117,9 Mio US-Dollar. Einhergehend mit diesem Ertragsrückgang reduzierte sich der Profit der Organisation von \$ 4,1 Mio US-Dollar (1998) auf \$ 3,1 Mio US-Dollar (1999). Im selben Jahr konnten die Aufwendungen im Vergleich zum Vorjahr um 3,8 Mio US-Dollar auf \$ 114,9 Mio US-Dollar verringert werden. Die Gründe für diese Entwicklung liegen in der geringeren Anzahl von Prüfungen, die die Haupteinnahmequelle der JCAHO bilden. Konnte die „Joint Commission“ 1998 noch 10.222 Inspektionen durchführen, die dem Unternehmen \$ 92,0 Mio US-Dollar an Einnahmen bescherte, waren es 1999 nur noch 9.375 Inspektionen, mit \$ 90,8 Mio US-Dollar an Ertrag. Angesichts dieser verschlechterten Bilanz sah sich die „Joint Commission“ gezwungen, Maßnahmen der Kostenreduzierung zu ergreifen. Hierzu gehörte u.a. die Entlassung von 79 Mitarbeitern im September 1999 und der Freisetzung weiterer 97 Mitarbeiter im Juli 2000. Des Weiteren kam es zu Kürzungen bei den Reiseausgaben für das Personal und die Prüfer, die im

---

<sup>717</sup> Vgl. Joint Commission Internet Homepage: Facts About the Board of Commissioners.

<sup>718</sup> Vgl. Joint Commission Internet Homepage: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

<sup>719</sup> Gleichzeitig erwies sich dieses Jahr als das ertragreichste in der Geschichte der JCAHO. Vgl. Burda, D.: JCAHO revenue, net income slide (2000), S. 7.



Ergebnis zu einer Kostenreduktion in diesem Bereich von \$2,0 Mio US-Dollar auf \$ 17,5 Mio US-Dollar führte.<sup>720</sup>

Wie aus dem Namen der „Joint Commission“ zu entnehmen ist, gehört zu ihrem *Leistungskatalog* die Überprüfung und Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen anhand der von ihr entwickelten Standards. Zu diesem Zweck wurden 10 verschiedene Handbücher (comprehensive accreditation manuals, „CAM“) mit spezifischen Standards für nachfolgend aufgeführte Einrichtungen verfaßt:<sup>721</sup>

- CAM for Ambulatory Care (CAM für Einrichtungen der ambulanten Versorgung);
- CAM for Behavioral Health<sup>722</sup> Care (CAM für Versorgungseinrichtungen, die verhaltensgestörte Patienten behandeln);
- CAM for Health Care Networks (CAM für Einrichtungen, die integrierte Gesundheitsleistungen einer vorher genau festgelegten Einwohnerschaft anbieten);
- CAM for Home Care (CAM für Einrichtungen der häuslichen Pflege);
- CAM for Hospitals: The Official Handbook (CAM Handbuch für Krankenhäuser);
- CAM for Long Term Care (CAM für Einrichtungen der Langzeitversorgung, z.B. für chronisch kranke Personen);
- CAM for Pathology and Clinical Laboratory Services (CAM für pathologische und klinische Laborleistungen);
- Accreditation Manual for Preferred Provider Organizations<sup>723</sup>;
- CAM for Managed Behavioral Health Care;
- Accreditation Manual for Assisted Living (CAM für betreutes Wohnen).

Zum Leistungsangebot der JCAHO gehört ebenfalls das „Indicator Measurement System“ (IMS). Bei ihm handelt es sich um ein auf Indikatoren basierendes System zur Kontrolle der

---

<sup>720</sup> Vgl. Burda, D.: JCAHO revenue, net income slide (2000), S. 7.

<sup>721</sup> Vgl. Joint Commission Accreditation Standards 2001: Scope of Accreditation Surveys (2001), S. 16.

<sup>722</sup> „A broad array of mental health, chemical dependency, forensic, mental retardation, developmental disabilities, and cognitive rehabilitation services provided in settings such as acute, long term and ambulatory.“ Joint Commission Accreditation Standards 2001: Glossary (2001), S. 315.

<sup>723</sup> Preferred Provider Organizations „(..) schließen Verträge mit Versicherern oder Arbeitgebern und erbringen die Versorgung zu reduzierten Preisen. Diese Verträge sind von Fall zu Fall sehr unterschiedlich geregelt. Die Patienten haben in den PPOs die Wahl, bestimmte Leistungsanbieter aufzusuchen und eine volle Kostendeckung (oder reduzierte Kostenbeteiligung) zu erhalten.“ Schneider, M. et. al: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich (1993), S. 431.

Leistung von Organisationen, die entweder bereits akkreditiert worden sind oder noch eine Akkreditierung anstreben. Das „Indicator Measurement System“ ermöglicht einer solchen Einrichtung, die eigenen Leistungen mit den Leistungsdaten anderer Organisationen, die in einer nationalen Datenbank gespeichert worden sind, zu vergleichen.<sup>724</sup>

Einen ähnlichen Zweck wie das IMS verfolgt „Quality Check“, ein auf der Internet Homepage der „Joint Commission“ eingerichtetes Verzeichnis, das Auskunft über das Leistungsvermögen aller von der JCAHO akkreditierten Organisationen erteilt. Gegenwärtig enthält „Quality Check“ die Daten von annähernd 20.000 Organisationen und Programmen des US-amerikanischen Gesundheitswesens. Dieses Leistungsangebot soll es Interessenten ermöglichen, mehr über die Qualität von Gesundheitseinrichtungen in Erfahrung zu bringen. Zu diesen Informationen gehören organisationsbezogene Daten wie Anschrift, erteilter und aktueller Akkreditierungsstatus, genaues Inkrafttreten der Akkreditierung, und Leistungsergebnisse, die einen Vergleich mit anderen Einrichtungen ermöglichen. Darüber hinaus fördert und finanziert die „Joint Commission“ eine Vielzahl von Schulungs- und Bildungsprogrammen und versorgt Mitarbeiter des Gesundheitswesens mit einschlägigen Publikationen.<sup>725</sup>

Die Aktivitäten der „Joint Commission“ beschränken sich nicht nur auf die USA. Im Zusammenwirken mit „Quality Healthcare Resources, Inc.“ wurde 1994 die „Joint Commission International“ (JCI) gegründet, um die weltweit im Gesundheitswesen agierenden Organisationen beratend bei der Einführung qualitätssichernder Maßnahmen zur Seite zu stehen. Die JCI ist ausgerichtet auf die Entwicklung pragmatischer Lösungen, die die kulturellen, politischen und ökonomischen Verhältnisse des jeweiligen Landes zu berücksichtigen versuchen. Im einzelnen unterstützt sie öffentliche und private Organisationen in den Bereichen Prozeßverbesserung, Systembewertungsentwicklung, kundenbezogene Bewertungen und Qualitätsverbesserung. Bisher hat die JCI weltweit für Regierungen und Organisationen in mehr als 26 Ländern<sup>726</sup> gearbeitet. Im Februar 2000 kam es erstmals zur Erteilung einer Akkreditierung

---

<sup>724</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: IMSsystem. Question & Answers (1994), S.1.

<sup>725</sup> Vgl. Joint Commission Internet Homepage: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

<sup>726</sup> Dazu gehören Länder wie Albanien, Argentinien, Brasilien, Tschad, Chile, Kolumbien, Tschechei, Ecuador, Fiji, Frankreich, Gabon, Guatemala, Ungarn, Kasakstan, Kirgisien, Mexiko, Polen, Rumänien, Rußland, Saudi Arabien, Slowakei, Südafrika, Spanien, Schweiz, Ukraine, Venezuela. Vgl. Joint Commission Internet Homepage: Joint Commission International.

nach den internationalen Standards der JCI. Bei der betreffenden Einrichtung handelte es sich um ein brasilianisches Krankenhaus mit 410 Betten in São Paulo.<sup>727</sup>

Zu den *Kunden* der JCAHO gehören eine Vielzahl von Einrichtungen, die bereits bei der Auflistung der Handbücher genannt worden sind. Der Vollständigkeit wegen werden diese Organisationen nachfolgend noch einmal benannt:<sup>728</sup>

- Allgemein- und Kinderkrankenhäuser, psychiatrische- und rehabilitative Krankenhäuser;
- Health Care Networks (einschließlich Preferred Provider Organizations);
- Einrichtungen der häuslichen Pflege;
- Einrichtungen der Langzeitversorgung;
- Einrichtungen für betreutes Wohnen;
- Versorgungseinrichtungen, die verhaltensgestörte Patienten behandeln;
- Einrichtungen der ambulanten Versorgung und
- klinische Laboratorien.

#### **5.4.3 Rekrutierung, Einstellungsvoraussetzungen, Zusammensetzung, Training und Kosten des Prüfungsteams**

Die „Joint Commission“ *rekrutiert* ihre Inspektoren über Stellenangebote, die entweder auf der eigenen Internet-Seite der JCAHO oder in der Fachpresse erscheinen. Interessenten, die sich auf eine Annonce bewerben oder zum Prüfer ausbilden lassen wollen, müssen eine Anzahl von *Qualifikationen* vorweisen können. Von jedem Kandidaten verlangt die „Joint Commission“ einen Nachweis über fünf Jahre Berufserfahrung, die sich aus einer dreijährigen Tätigkeit in einer Institution des Gesundheitswesens und zwei Jahren Managementenerfahrung in einer leitenden Funktion zusammensetzt. Letztere sollte nicht länger als zwei Jahre zurückliegen. Weiterhin werden aktuelle Kenntnisse und Erfahrungen über die Arbeitsabläufe in Gesundheitseinrichtungen, über klinische Verfahrensweisen und über die Anwendung von Methoden des Qualitätsmanagements vorausgesetzt. Die kritische Bewertung von Sachverhalten, interpersonelle und organisatorische Fähigkeiten, die Bereitschaft zur Teamarbeit, die

---

<sup>727</sup> Vgl. Joint Commission Internet Homepage: Hospital Israelita Albert Einstein Becomes First Hospital Accredited by Joint Commission International.

<sup>728</sup> Vgl. Joint Commission Internet Homepage: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Befähigung zur Problemlösung, ein gutes mündliches und schriftliches Kommunikationsvermögen sowie ein sicherer Umgang mit Computern sind weitere Qualifikationen, die ein Bewerber vorweisen muß. Darüber hinaus verlangt das Anforderungsprofil für Prüfer die ununterbrochene Partizipation an Fortbildungsprogrammen, die Befähigung zu unterrichten und zu beraten, genaue Kenntnisse der gesetzlichen Vorschriften sowie eine frühere Beteiligung an Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung bzw. ein gutes Verständnis der Tätigkeiten in diesem Bereich.<sup>729</sup>

Neben diesen allgemeinen, für jeden Bewerber zutreffenden Rekrutierungsbestimmungen, hat die „Joint Commission“ noch berufsgruppenspezifische Ausbildungsanforderungen festgelegt. Ärzte müssen beispielsweise promoviert sein („Doctor of Medicine“). Krankenschwestern, medizinisch technisches Personal, Pharmazeuten, und Atmungstherapeuten haben den akademischen Grad eines Bakkalaureus (bachelor's degree) vorzuweisen. Verwaltungsangestellten und Sozialarbeitern müssen die Magisterwürde und Psychologen den „Ph.D.“ (Doctor of Philosophy) besitzen.

Die *Zusammensetzung des Inspektorenteams* ist abhängig von den Angaben, die ein Krankenhaus in seinem Antrag auf Akkreditierung<sup>730</sup> gemacht hat. In den meisten Fällen setzt sich das Prüfungsteam aus drei Personen zusammen: einem Mitarbeiter der Verwaltung, einem Arzt und einer Krankenschwester. Bei kleineren Krankenhäusern mit durchschnittlich weniger als 40 Patienten am Tag beschränkt sich die Anzahl der Prüfer auf zwei Personen, i.d.R. einen Arzt und eine Krankenschwester. In Abhängigkeit von der spezifischen Leistungskonfiguration des Krankenhauses (z.B. bei Einrichtungen der Langzeitversorgung) können neben den zuvor erwähnten Gutachtern noch zusätzliche, auf den Bereich spezialisierte Prüfer, das Team ergänzen. Jedes Team bestimmt einen Teamleiter, der verantwortlich ist für die Integration, Koordination und Kommunikation aller Gutachtertätigkeiten. Gleichzeitig fungiert er als Ansprechpartner und Vermittler zwischen dem jeweiligen Krankenhaus und der Joint Commission.<sup>731</sup>

Die Ausbildung der angehenden Prüfer ist umfassend und praxisbezogen und dauert zwei bis drei Wochen. Sie beginnt mit der Grundschulung („initial training“) im „Joint Commis-

---

<sup>729</sup> Vgl. Joint Commission Internet Homepage: Surveyors.

<sup>730</sup> Dieses Dokument enthält essentielle Informationen über die Eigentumsverhältnisse, Typ und Demographie des Krankenhauses sowie über den Umfang der erbrachten Leistungen. Vgl. Joint Commission Accreditation Standards 2001: Application for Survey (2001), S. 28.

<sup>731</sup> Vgl. Vgl. Joint Commission Accreditation Standards 2001: During the Survey (2001), S. 34.

sion Department of Education“. Dort vermitteln ihnen hauptamtlich für die JCAHO arbeitende Mitarbeiter und externe Berater einen Überblick über ihr zukünftiges Aufgabengebiet. Zu den Kenntnissen, die ihnen während dieser Zeit vermittelt werden, gehört die korrekte Interpretation der Standards und das Verfassen von Prüfungsberichten. Ein weiterer Bestandteil der Ausbildung ist das Lernen und Beherrschen von Interviewtechniken, der sichere Umgang mit Methoden der Datenerhebung sowie das Durchspielen verschiedener Prüfungssituationen.<sup>732</sup> Nach erfolgreichem Abschluß der gemeinsamen Orientierungsschulung erfolgt eine praxisnahe vor Ort Unterweisung in die verschiedenen Prüfungstechniken erfahrener Inspektoren. Bei dieser Gelegenheit wird den angehenden Prüfern sukzessiv die Verantwortung für die Durchführung einer Inspektion übertragen, bis diese in der Lage sind, eine solche Untersuchung selbständig leiten zu können. Eine eigenverantwortliche Durchführung eines Audits ist aber erst nach erfolgreicher Beendigung des „initial training“ möglich.<sup>733</sup>

Die Ausbildung der Prüfer endet nicht mit dem Abschluß ihrer Schulung. Um sicherzustellen, daß alle Gutachter sich auf dem neuesten Stand des Wissens befinden, müssen sie weitere 5 Tage im Jahr an Fortbildungsmaßnahmen der JCAHO teilnehmen.<sup>734</sup> Auf diesen Veranstaltungen werden die Inspektoren über die neuesten Entwicklungen auf dem Gebiet der Akkreditierungs-Standards und der Prüfungsabläufe informiert. In der Regel geschieht dies durch das Abhalten von Telefonkonferenzen oder unter der Anwendung anderer Hilfsmittel (z.B. über „Newsletter“) und Techniken. Darüber hinaus finden während der Fortbildungen Diskussionen über Probleme und Fragen statt, die in Zusammenhang mit der Prüfungstätigkeit aufgetreten sind.<sup>735</sup>

Die Gutachter der „Joint Commission“ sind in die drei Kategorien Vollzeit-, Teilzeit- und intermittierende Prüfer unterteilt. Während erstere verpflichtet sind, der „Joint Commission“ 12 Monate im Jahr zur Verfügung zu stehen, erwartet man von den Teilzeitprüfern lediglich an zwei aufeinanderfolgenden Wochen pro Monat für die Organisation zu arbeiten. Bei inter-

---

<sup>732</sup> Seit 1996 verfassen die Prüfer der „Joint Commission“ am letzten Tag ihrer Inspektion den vorläufigen Abschlußbericht auf „Laptops“. Daher wurde der sichere Umgang bei der Anwendung dieses Mediums mit in die Grundschulung aufgenommen. Vgl. Joint Commission Internet Homepage: Surveyors.

<sup>733</sup> Vgl. Joint Commission Internet Homepage: Surveyors.

<sup>734</sup> Vgl. Bohigas, L. et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998), S. 9.

<sup>735</sup> Vgl. Joint Commission Internet Homepage: Surveyors.

mittierenden Prüfern beschränkt sich diese Verpflichtung auf wenigstens fünf Tage pro Monat bzw. 36 Tage im Jahr.<sup>736</sup>

Infolge des umfangreichen Grundschulungstrainings beliefen sich 1996 die Kosten pro Prüfer auf \$25.000 US-Dollar, zzgl. \$5000 US-Dollar Rekrutierungskosten. Weitere \$1.348.413 US-Dollar Kosten fielen für Fortbildungsmaßnahmen (Vergütung und Reisekosten der Inspektoren mit eingeschlossen) an.<sup>737</sup> Die Bezahlung der Voll- und Teilzeitprüfer richtet sich nach deren Berufsausbildung. Ärzte erhielten 1996 \$336 US-Dollar Vergütung am Tag, ihre Kollegen aus dem Management- bzw. administrativen Bereich lediglich \$247 US-Dollar. Entsprechend dem größeren Maß an Verantwortung erhalten Gruppenleiter eine zwölfprozentige Gehaltzulage für ihre Tätigkeit. Zusätzlich zu ihrer Vergütung gewährt die „Joint Commission“ den Voll- und Teilzeitprüfern zusätzliche Vergünstigungen wie Urlaubstage oder Fortbildungsurlaub.<sup>738</sup>

#### 5.4.4 Umfang und Aufbau des JCAHO Handbuchs

Krankenhäuser, die eine Akkreditierung nach den Standards der JCAHO anstreben, benötigen für die Vorbereitung zur Inspektion durch die Prüfer das *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook (CAMH)*. Das Handbuch ist bei der „Joint Commission“ gegen eine Gebühr von \$ 565 US-Dollar<sup>739</sup> zu beziehen. Für die Darstellung und Untersuchung der Standards, einschließlich des Bewertungs- und Prüfverfahrens und der Akkreditierungsstufen wurde in diesem Unterpunkt auf das CAMH von 1997 und die Hospital Accreditation Standards von 2001 Bezug genommen. Die Anschaffung des aktuellen CAMH 2001 war nicht erforderlich, weil die Hospital Accreditation Standards von 2001 sämtliche Modifikationen gegenüber dem 97er Handbuch enthalten. Eine korrekte und aktuelle Darstellung dieses Akkreditierungssystems ist damit möglich.

Das Handbuch der „Joint Commission“ umfaßt 928 Seiten mit 562 Standards und beinhaltet die nachfolgend aufgeführten Kapitel:<sup>740</sup>

---

<sup>736</sup> Vgl. Joint Commission Internet Homepage: Surveyors.

<sup>737</sup> Angaben über die laufenden Fortbildungskosten *pro Prüfer* sind leider nicht vorhanden. Vgl. Bohigas, L. et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998), S. 12.

<sup>738</sup> In der Regel sind die intermittierenden Gutachter von diesen Sonderleistungen ausgeschlossen. Vgl. Bohigas, L. et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes (1998), S. 12.

<sup>739</sup> Bei einem Dollar-Deutsche Mark Kursverhältnis von gegenwärtig (Stand Mai 2001) \$1 US-Dollar zu 2.25,- DM, kostet das Handbuch annähernd 1270,- DM bzw. 650 Euro.

<sup>740</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations CAMH (1997), S. III.

<b>Foreword.....</b>	<b>FW-1</b>
<b>How to Use This Manual.....</b>	<b>UM-1</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>IN-1</b>
<b>The Accreditation Cycle: Official Accreditation Policies and Procedures.....</b>	<b>AC-1</b>
<b>The Joint Commission Performance Report.....</b>	<b>PR-1</b>
<b>Standards, Scoring, and Aggregation Rules</b>	
<b>Section I: Patient-Focused Functions</b>	
Patients' Rights and Organization Ethics (RI).....	RI-1
Education (PF).....	PF-1
Assessment of Patients (PE).....	PE-1
Continuum of Care (CC).....	CC-1
Care of Patients (TX).....	TX-1
<b>Section II: Organization-Focused Functions</b>	
Improving Organization Performance (PI).....	PI-1
Management of Information (IM).....	IM-1
Leadership (LD).....	LD-1
Surveillance, Prevention, and Control of Infection (IC).....	IC-1
Management of the Environment of Care (EC).....	EC-1
Management of Human Resources (HR).....	HR-1
<b>Section III: Structures with Functions</b>	
Governance (GO).....	GO-1
Medical Staff (MS).....	MS-1
Management (MA).....	MA-1
Nursing (NR).....	NR-1
<b>Using Standards and Indicators to Measure and Improve Performance.....</b>	<b>USI-1</b>
<b>Performance Measurement Systems: Evaluation and Selection.....</b>	<b>PM-1</b>
<b>The IMSys<sup>®</sup>: Leading the Way to Performance Measurement.....</b>	<b>IMS-1</b>
<b>1997 Hospital Accreditation Decision Rules.....</b>	<b>DR-1</b>
<b>Simplifying Compliance Activities.....</b>	<b>SCA-1</b>
<b>Accreditation and Appeal Procedures.....</b>	<b>AAP-1</b>
<b>Whom Do I Call?.....</b>	<b>WD-1</b>
<b>Glossary.....</b>	<b>GL-1</b>
<b>Index.....</b>	<b>IX-1</b>

Diese Kapitel *können* wiederum in drei Hauptbereiche zusammengefaßt werden:

- (1) „Foreword (FW-1)“ bis „The Joint Commission Report (PR-1)“,
- (2) „Standards“, sowie

(3) „Scoring, and Aggregation Rules“ („Using Standards and Indicators to Measure and Improve Performance (USI-1)“ bis „Index (IX-1)“).

Nimmt man auf der Grundlage dieser Einteilung eine *rein quantitativ-zahlenmäßige Bewertung* der Hauptbereiche vor, so zeigt sich, daß die Standards eindeutig den Schwerpunkt des Handbuchs bilden. Auf 616 Seiten füllen sie zwei Drittel des Handbuchs aus. Die verbliebenen zwei Bereiche verteilen sich paritätisch auf das Handbuch der „Joint Commission“ (128 bzw. 112 Seiten).

Wie bereits aus den Kapitelbezeichnungen zu entnehmen ist, sind die 128 Seiten des ersten Bereichs des Handbuchs darauf angelegt, dem Anwender einen Überblick über das gesamte Prozedere der Akkreditierung zu vermitteln. Detaillierte Erläuterungen zur Anwendung des für die Standards zugrunde liegenden Akkreditierungsschematas sind ebenso vorzufinden wie kurze, überblicksartige Zusammenfassungen des Prüfungsablaufs.

Die Standards sind in die Sektionen „Section I: Patient-Focused Functions“ (195 Standards), „Section II: Organization-Focused Functions“ (178 Standards) und „Section III: Structures with Functions“ (189 Standards) unterteilt. Alle drei Funktionsbereiche verfügen über nahezu die gleiche Anzahl von Standards. Innerhalb jeder Sektion dominiert zahlenmäßig jeweils ein Standardkapitel. Bei den „Patient-Focused Functions“ sind es beispielsweise diejenigen Standards, die sich auf die Versorgung der Patienten beziehen („Care of Patients“ mit 90 Standards). In der Sektion II handelt es sich hingegen um die Führung betreffende Standards (63 Stück) und im Funktionsbereich „Structures with Functions“ heben sich die 169 Standards des „Medical Staff“ (Medizinisches Personal) gegenüber den übrigen Standards deutlich hervor. Zum besseren Verständnis dieser Ausführungen sind in der Tabelle 4, Tabelle 5 und Tabelle 6 sämtlichen Standardkapiteln die dazugehörigen Standards und Seiten zahlenmäßig zugeordnet worden. Alle Angaben beziehen sich auf das CAMH und die aktuelle Ausgabe der „2001 Hospital Accreditation Standards“.



Tabelle 4: Anzahl der Standards und Seiten pro Kapitel in der Sektion I des Handbuchs

**Section I: Patient Focused Functions**

	Standards	Seiten
Patients' Rights and Organization Ethics (RI)	35	32
Assessment of Patients (PE)	45	48
Care of Patients (TX)	90	92
Education (PF)	14	22
Continuum of Care (CC)	11	18
<b>Summe</b>	<b>195</b>	<b>212</b>

Tabelle 5: Anzahl der Standards und Seiten pro Kapitel in der Sektion II des Handbuchs

**Section II: Organization-Focused Functions**

	Standards	Seiten
Improving Organization Performance (PI)	16	48
Leadership (LD)	63	52
<b>Management of the Environment of Care (EC)</b>	40	128
Management of Human Resources (HR)	12	30
Management of Information (IM)	38	50
Surveillance, Prevention, and Control of Infection (IC)	9	26
<b>Summe</b>	<b>178</b>	<b>282</b>

Tabelle 6: Anzahl der Standards und Seiten pro Kapitel in der Sektion III des Handbuchs

**Section III: Structures with Functions**

	Standards	Seiten
Governance (GO)	10	12
Management (MA)	6	8
Medical Staff (MS)	169	92
Nursing (NR)	4	10
<b>Summe</b>	<b>189</b>	<b>122</b>

Im dritten und letzten Hauptbereich des CAMH wird das „Indicator Measurement System“ (IMSsystem) und die Entscheidungsrichtlinien für die Akkreditierung („Hospital Accreditation Decision Rules“) detailliert beschrieben und anhand von Beispielen anschaulich erläutert. Darüber hinaus findet sich in diesem Hauptbereich ein Anschriften- und Kontaktverzeichnis der „Joint Commission“, ein Glossar und genaue Verfahrensweisen für die Akkreditierung und die Vorgehensweise bei Beschwerden und Einsprüchen („Accreditation and Appeal Procedures“).

## 5.4.5 Standards und Kriterien

### 5.4.5.1 Anwendungsbereich, Ausrichtung und Fokus

Wie aus der Bezeichnung des Handbuchs bereits zu entnehmen ist, sind die „Hospital Accreditation Standards“ der „Joint Commission“ für die Anwendung in Krankenhäusern, unabhängig von deren Größe, konzipiert worden. Entsprechend sind allen drei Sektionen mit den dazugehörigen Standards auf die besonderen Verhältnisse und Erfordernisse eines Krankenhauses ausgerichtet, auch wenn einige Kapitel wie „Leadership“, „Management of Human Resources“ oder „Governance“ von anderen Gesundheitseinrichtungen angewendet bzw. übernommen werden könnten. Da die „Joint Commission“ neben den „Hospital Accreditation Standards“ noch weitere neun Handbücher mit eigens für diese Organisationen des Gesundheitswesens entwickelten Standards anbietet, sollten an einer Akkreditierung interessierte Einrichtungen das Handbuch auswählen, dessen Standards auf die Verhältnisse der eigenen Organisation am besten adaptiert bzw. zugeschnitten sind.

Bei den „Hospital Accreditation Standards“ der JCAHO ist eine schwerpunktmäßige *prozessorientierte* Ausrichtung<sup>741</sup> in den Sektionen I („Patient-Focused Functions“) und II („Organization Focused Functions“) gegeben, während Sektion III („Structures with Functions“) überwiegend Strukturstandards enthält. Berücksichtigt man die im vorherigen Unterpunkt vorgenommene quantitativ tabellarische Auswertung aller Standards, so ergibt sich ein Verhältnis von annähernd zwei zu eins zwischen Prozeß- zu Strukturstandards.

Die *strukturorientierteren* Standards der Sektion III befassen sich vornehmlich mit *aufbau- und ablauforganisatorischen* Regelungen, die Aufgaben, Befugnisse, Verantwortlichkeiten, Partizipation und Mitbestimmung von Führungskräften bzw. leitenden Mitarbeitern

---

<sup>741</sup> „The standards in these 15 functional chapters have been adopted to hospitals and focus on processes, activities, and outcome related to both the patient and the hospital itself.“ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 2.

und medizinischem und pflegerischen Personal beinhalten, wie die nachfolgend aufgeführten Standards beispielhaft belegen:

### **Ausgewählte Beispiele für strukturorientierte Standards der JCAHO**

**GO.1** The hospital identifies how it is governed and the key individuals involved.

#### **Intent of GO.1**

The hospital has a document that shows how it is governed. The document includes lines of authority relative to key planning, management, operations, and evaluation of responsibilities at each level of governance.

**GO.2.2** The hospitals governing body or authority provides for appropriate medical staff participation in governance

**MA.1** The chief executive officer, selected by the governing body, is responsible for operating the hospital according to the authority conferred by the governing body.

**MA.1.1** The chief executive officer has the education and experience necessary to carry out the responsibilities of the position.

Quelle: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 250-251 und S. 256.

Neben den oben beschriebenen Regelungen wird in dem quantitativ umfangreichsten Kapitel „Medical Staff“ (169 Standards) detailliert vorgegeben, welche beruflich-fachlichen Qualifikationen und Zertifizierungen das medizinische Personal vorzuweisen hat, um seine Arbeit verrichten zu können. Die Bedeutung dieses Punktes setzt sich in dem Unterpunkt „Beglaubigung“ („Credentialing“<sup>742</sup>) desselben Kapitels fort, dessen 62 Standards sich ausschließlich mit den Befugnissen von Belegärzten auseinandersetzen.<sup>743</sup>

Darüber hinaus betont die „Joint Commission“ die Bedeutung des Managements der Umgebung eines Krankenhauses für das Erreichen guter Behandlungsergebnisse. Im Kapitel „Management of the Environment of Care“ nennt die „Joint Commission“ eine Anzahl soge-

<sup>742</sup> „Credentialing: The process of obtaining, verifying, and assessing the qualifications of a health care practitioner to provide patient care services in or for a health care organization.“ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 264.

<sup>743</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 264–S. 269.

nannter „key elements“, die das Behandlungsergebnis positiv beeinflussen können: „Certain key elements and issues that can be significant in their ability to positively influence patient outcomes are light, (both natural and artificial), orientation and access to nature and the outside, clarity of access (both exterior and interior circulation), physical cues to way finding outside and inside the building(s), control, privacy (..), order, space size and configuration appropriate and consistent with the clinical philosophy, colour, security, convenient patient flow, and efficient layouts that support staffing and overall functional operation.“<sup>744</sup> Dieser Sachverhalt kommt beispielsweise im Standard EC.3 zum Ausdruck, der sich aber nicht in der Sektion III, sondern in der Sektion II („Organization Focused Functions“) befindet. Dort heißt es:<sup>745</sup>

**EC.3.1** The hospital establishes an environment that meets the needs of patients, encourages a positive self-image, and respects their human dignity.

Bedenkt man, daß in der Fachliteratur zum Qualitätsmanagement die Bedeutung der Strukturkomponente für das Erreichen guter Ergebnisse eine eher untergeordnete Rolle spielt, kommt die Aufnahme der oben dargestellten Strukturstandards in das Handbuch der „Joint Commission“ und die ausdrückliche Betonung ihrer Funktion für das Erzielen eines guten Behandlungsergebnisses durchaus einer Aufwertung gleich.

Die *prozeßorientierten* Standards des Handbuchs können in zwei Kategorien unterteilt werden: Standards, die sich ausschließlich auf die Verbesserung von Prozessen beziehen und solche, bei denen die Prozeßverbesserung zu einem guten *Behandlungsergebnis* führen soll. Der letztgenannte Sachverhalt wird in der Einleitung bzw. Einführung von zwei Kapiteln in der Sektion I („Patient-Focused Functions“) und Sektion II („Organization Focused Functions“) wie folgt beschrieben: „The goal of the patient and family education function is to improve patient health outcomes by promoting healthy behaviour and involving the patient in care and care decisions,“<sup>746</sup> und „The goal of the improving organization function is to ensure that the organization designs processes well and systematically monitors, analyzes, and im-

---

<sup>744</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 193.

<sup>745</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 215.

<sup>746</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 143.

proves its performance to improve patient outcomes.<sup>747</sup> Exemplarisch für einen „ergebnisorientierten Prozeßstandard“ ist nachfolgend aufgeführter Standard PF.1.<sup>748</sup>

**PF.1** The hospital plans and supports the provision and coordination of patient education activities.

**Intent for PF.1**

Within its mission and scope of care and services, the hospital plans and supports patient and, when appropriate, family education to promote and maintain health, foster self-care, and improve outcomes.(...).

Im Gegensatz zu den prozeßorientierten Standards sind *eindeutig* ergebnisorientierte Standards weniger verbreitet. Sie befinden sich in den Sektionen I und II und befassen sich beispielsweise mit den Ergebnissen von Datenerhebungen (z.B. der Qualitätskontrolle, von Mitarbeiterbefragungen, den Ergebnissen von Prozessen und Dienstleistungen oder finanziellen Daten) die einen Aufschluß über die erbrachten Leistungen ermöglichen sollen, wie Standard PI 3.1 belegt:<sup>749</sup>

**PI.3.1** The organisation collects data to monitor its performance

**Intent of PI.3.1**

Performance monitoring and improvement are data driven. The stability of important processes can provide the organization with information about its performance. Every organization must choose, which processes and outcomes (and thus which types of data) are important to monitor based on its mission and the scope of care and services it provides. (...) Data that the organization considers for collection to monitor performance include the following: (...) Quality control; Staff opinions and needs; (...) Outcomes of processes or services; (...); Performance measures from acceptable databases; Customer demographics and diagnosis; Financial data (...); Performance data identified in various chapters of this manual (...).

<sup>747</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 157.

<sup>748</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 145.

<sup>749</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 163–164.

Organizations are required to collect data about the needs, expectations, and satisfactions of individuals and organizations served. Individuals served and their family members can provide information that will give an organisation insight about process design and functioning. The organization asks them about their specific needs and expectations; their perceptions of how well the organizations meets these needs and expectations; and how the organization can improve. The organization can use a number of ways to get input from these groups, including satisfaction surveys, regulary scheduled meetings held with these groups, and focus groups.

Als ebenso wichtig betrachtet die „Joint Commission“ die Aufnahme von Ergebnisstandards im Handbuch, welche sich mit der Messung von den Ergebnissen der Implementation von Verbesserungsmaßnahmen befassen, und in unmittelbaren Zusammenhang mit dem „management of the environment of care“ stehen.<sup>750</sup> Andere Ergebnisstandards entsprechen wiederum der Definition Donabedians, indem sie sich ausschließlich auf das Behandlungsergebnis beziehen: „Rehabilitation outcomes are restoration, improvement, or maintenance of the patient's optimal level of functioning, self-care, self-responsibility, independence, and quality of life.“<sup>751</sup>

Das Handbuch der „Joint Commission“ enthält keine Kriterien, die *unmittelbar* für die Bewertung einer Organisation hinzugezogen werden. Ungeachtet dessen verlangen einige Standards das vorhanden sein bzw. die Erfüllung von Kriterien, die für eine positive Bewertung eines Unterpunktes unumgänglich sind. Diese Kriterien beziehen sich auf die Zusammenstellung und Gewährleistung eines individuellen Behandlungsablaufs für Patienten (z.B. Standard CC.2.1), auf die Messung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses (z.B. Standard PI.2.1 und PI.2.2) und auf die beruflich-fachlichen Anforderungen des medizinischen Personals (Standard MS.5.4).<sup>752</sup>

Zusammenfassend ist zu konstatieren, daß struktur-, prozeß- und ergebnisorientierte Standards nicht zusammenhangslos aneinandergereiht sind, sondern sich ergänzen und sogar gegenseitig aufeinander Bezug nehmen.

---

<sup>750</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 218–219.

<sup>751</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 103.

<sup>752</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 153, S. 161 und S. 265.

Der *Fokus und der Anwendungsbereich* der Standards läßt sich bereits bei der Betrachtung des Inhaltsverzeichnisses des Handbuchs erkennen. Wie aus der Gliederung der Sektionen zu entnehmen ist, wurde der Schwerpunkt der Standards eindeutig auf *patientenorientierte* und *klinisch-organisatorische* Standards gelegt. Eine nähere Betrachtung der Standards zeigt, daß sich die Patientenorientierung nicht nur auf die Sektion I (Patient-Focused Functions) beschränkt, sondern auch in den Standards der anderen beiden Sektionen vorzufinden ist. Beispielsweise verlangt die „Joint Commission“ in dem Kapitel „Leadership“ von den Führungskräften eines Krankenhauses schon bei der Planung und Entwicklung der Aufgabe („mission“), der Vision und der strategisch-operationellen Pläne die Wünsche und Bedürfnisse von Patienten mit einzubeziehen: „The plan(s) includes patient care services based on identified patient needs and is consistent with the hospital's mission“ (Standard LD 1.3)<sup>753</sup> Als patientenorientiert ist ebenfalls das Kapitel „Management of the Environment of Care“ zu bezeichnen. Seine Standards verlangen von den Betreibern eines Krankenhauses sichere und funktionale räumliche Gegebenheiten für Patienten und Mitarbeiter zu errichten. Unübersehbar stehen dabei sicherheitsrelevante Aspekte im Mittelpunkt, die u.a. das Vorhandensein von Notfall- und Evakuierungsplänen verlangen.

Ein gewisses Maß an Patientenorientierung könnte ebenfalls in den Standards des Kapitels „Management of Human Resources“ zu erkennen sein, weil die „Joint Commission“ in der Auswahl und Bereitstellung des passenden kompetenten medizinischen Personals eine Voraussetzung zur Erfüllung der Bedürfnisse von Patienten sieht.<sup>754</sup> Dieser Aspekt setzt sich in der Sektion III, Kapitel „Medical Staff“ fort, dessen Standards sich u.a. mit der Qualifikation und den damit verbundenen Behandlungsbefugnissen des medizinischen Personals gegenüber dem Patienten befassen.<sup>755</sup>

Entsprechend seiner Bezeichnung „Section II: Organization-Focused Functions“ sind die Standards dieses Bereichs umfassend auf *organisatorische* Belange fokussiert. Insbesondere das Kapitel „Care of Patients“ enthält eine große Zahl von *klinisch-organisatorischen* Standards, die sich eingehend mit der Planung, Versorgung, Überwachung, Modifikation und Ko-

---

<sup>753</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 176–177.

<sup>754</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 221.

<sup>755</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 269.

ordination klinischer Prozesse befassen.<sup>756</sup> Eine organisatorische Ausrichtung findet sich auch teilweise in den Standards der Sektion III wieder, die sich z.B. im Kapitel „Leadership“ mit der Koordination der Aktivitäten von Führungskräften im Krankenhaus oder wie im Kapitel „Management“ und „Medical Staff“ mit den Verantwortlichkeiten und Machtbefugnissen von Vorstandsmitgliedern bzw. medizinisch-pflegerischem Personal beschäftigen.

#### 5.4.5.2 Berücksichtigung von TQM/UQM Elementen

Das Handbuch enthält 3 Kapitel, die sich mit der TQM-Komponente „Führung“ befassen: „Leadership“, „Governance“ und „Improving Organization Performance“. Bevor einer nähere Betrachtung der Standards erfolgt, ist darauf hinzuweisen, daß die „Joint Commission“ den Begriff „Führung“ nicht nur auf das Handeln einer einzelnen Person beschränkt, sondern vielmehr „(..) what individuals provide collectively and individually to a hospital, and can be carried out by any number of individuals in the hospital.“<sup>757</sup>

Entgegen der im einleitenden Teil dieser Arbeit vorgenommen Auflistung der TQM – Prinzipien „Verantwortung und Vorbildfunktion der Führung“ und „Qualität als strategisches Unternehmensziel“ erscheint es aus Gründen eines besseren Verständnisses und einer besseren Übersicht sinnvoller, die Standards unter Berücksichtigung beider Prinzipien in einem Absatz gemeinsam zu untersuchen.

Im Handbuch finden sich keine Ausführungen oder Standards, die *Qualität zum strategischen Unternehmensziel* erklären. Darüber hinaus fällt auf, daß im gesamten Handbuch der Begriff „Qualität“ nur wenig verwendet wird. Insofern verwundert es nicht, wenn man vergeblich nach den Wörtern „Qualitätspolitik“ oder „Unternehmens- und Qualitätsstrategie“ sucht. Dieser Sachverhalt darf aber nicht zu dem Schluß führen, die Standards der „Joint Commission“ unterlägen keiner strategischen Ausrichtung. Vielmehr bedient sich die „Joint Commission“ des Terminus „Verbesserung“ bzw. Leistungsverbesserung („performance improvement“), der wie folgt definiert wird: „The continuous study and adaption of a health care organization's functions and processes to increase the probability of achieving desired outcomes and to better meet the needs of individuals and other users of services. (...)“<sup>758</sup> Mögli-

---

<sup>756</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 99.

<sup>757</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 171.

<sup>758</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 333.



cherweise vermeidet die „Joint Commission“ die Verwendung des Wortes Qualität bewußt, um an seine Stelle den für sie praktikableren und besser zu definierenden Begriff „performance improvement“ zu setzen.

Die Bezeichnung „performance improvement“ impliziert eine meßbare Leistungsverbesserung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen, was einer Verbesserung von Qualität gleichkommt. Daraus kann abgeleitet werden, daß die „Joint Commission“ im übertragenen Sinn im Kapitel „Leadership“ das TQM-Prinzip, „Qualität als strategisches Unternehmensziel“ festzulegen, in den Standards berücksichtigt. Der Standard LD 1.1 geht sogar darüber hinaus. Er verlangt von der Führung nicht nur die Entwicklung und Aufstellung strategischer Pläne, sondern auch die Entwicklung einer Aufgabe („mission“), einer Vision, und ebenfalls die Entwicklung von Werten, die mittels strategisch-operationeller Ziele erfüllt werden sollen, wie nachfolgender Standard belegt.<sup>759</sup>

### **Planning**

**LD.1** The leaders provide for hospital planning.

**LD.1.1** Planning includes defining a mission, a vision, and values for the hospital and creating the strategic, operational, programmatic, and other plans and policies to achieve the mission and the vision.

Die Standards des Handbuchs verweisen auf die Funktion der Führungskräfte beim Aufstellen der oben genannten Ziele und auf deren aktive Beteiligung bei der Umsetzung. In diesem Sachverhalt spiegelt sich die TQM-Forderung nach der *Verantwortung und Vorbildfunktion der Führung* für das Qualitätsmanagement wider. In dem unten erwähnten Standard LD.4 ff.<sup>760</sup> wird diesem Prinzip entsprochen, indem die Führungskräfte für die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen verantwortlich gemacht werden und zur *aktiven* Teilnahme an diesen verpflichtet werden.

---

<sup>759</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 172.

<sup>760</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 189.

**LD.4** The hospital's leaders set expectations, develop plans, and manage processes to measure, access, and improve the quality of the hospital's governance, management, clinical, and support activities.

**Intent of LD.4** (...) LD.4 spells out *what* leaders do to ensure continuous improvement in the hospital's processes and functions. Succeeding standards (LD.4.1 through LD.4.5) detail the essential activities associated with carrying out these responsibilities – in other words *how* leaders improve hospital performance.

**LD.4.3.1** All leaders participate in interdisciplinary, interdepartmental performance–improvement activities.

**Intent of LD.4.3.1** (...) Leaders set the tone for participation in interdisciplinary performance–improvement activities by participating in such activities themselves. Because performance–improvement is not a process that can be delegated to nonmanagement staff alone, all leaders are responsible for team building. Interdepartmental performance-improvement activities are less effective when only nonmanagement staff are involved.

Noch ausdrücklicher betont Standard GO.2 im Kapitel „Governance“ die Verantwortung der Führung für die Wahrung der Leistungsverbesserung, wenn auch hier der Begriff „Qualitätspolitik“ nicht verwendet wird.<sup>761</sup>

**GO.2** *Those responsible for governance establish policy, promote performance improvement, and provide for organizational management and planning.*

**Intent of GO.2** The hospital's governing body or authority ultimately is responsible for the quality of care the hospital provides.(...).

Zusammengefaßt kann festgestellt werden, daß die Standards in diesen beiden Kapiteln den wesentlichen Anforderungen der zuvor genannten beiden TQM–Prinzipien entspricht und entsprechend umgesetzt hat.

Das TQM-Prinzip „*systematische Sammlung und Aufbereitung von Daten*“ wurde in verschiedenen Kapiteln des Handbuchs berücksichtigt bzw. umgesetzt. Im Mittelpunkt der Informationsgewinnung stehen patientenbezogene medizinisch–pflegerische Daten, die einer Verbesserung von Behandlungsprozessen und -ergebnissen dienen sollen. Derartige Standards

---

<sup>761</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 251.

sind beispielsweise in den Kapiteln „Management of Information“, „Assessment of Patients“ und „Care of Patients“ enthalten.

Neben der soeben beschriebenen Funktion betrachtet die „Joint Commission“ im Kapitel „Improving Organization Performance“ das Sammeln von Daten als ein wichtiges organisationsweit anzuwendendes Instrument zur Aufdeckung kritischer bzw. problematischer Prozesse, das ebenfalls zur Unterstützung bestehender Abläufe hinzugezogen werden kann. Gegenstand der Erhebung sind neben patientenbezogenen Daten auch finanzielle Größen sowie die Ergebnisse von Mitarbeiter- und Kundenbefragungen.<sup>762</sup> Weiterhin verlangen die Standards die permanente Durchführung eines internen und externen Benchmarking, das die eigenen Prozesse und Ergebnisse krankenhausintern mit vergleichbaren Abteilungen anderer Krankenhäuser vergleicht.<sup>763</sup> Die Sammlung von Daten ist ebenfalls Bestandteil des Kapitels „Management of the Environment of Care“. Wie im Kapitel „Improving Organization Performance“ bezwecken die Standards bestehende oder potentielle Defizite in den Strukturen und Prozessen zu erkennen oder zu beheben. Diese können etwa im Behandlungsumfeld des Patienten auftreten (z.B. bei sicherheitsrelevanten Aspekten oder der medizinischen Ausstattung).<sup>764</sup>

Aus den Ausführungen im Unterpunkt „Anwendungsbereich, Ausrichtung und Fokus“ ist zu entnehmen, daß die Standards der „Joint Commission“ die beiden TQM-Prinzipien „Prozeß- und Kundenorientierung“ ausführlich berücksichtigen. Um unnötige Wiederholungen zu vermeiden, wird daher bei der Bearbeitung dieses Aspektes nur kurz auf einige Standards Bezug genommen, die das Prinzip der „Kunden- bzw. Patientenorientierung“ ergänzen. Im einzelnen handelt es sich um die Kapitel „Patient Rights and Organization Ethics“ und „Education“.

Die „Joint Commission“ geht in dem Kapitel „Patient Rights and Organization Ethics“ von der Prämisse aus, daß eine Berücksichtigung der persönlichen Wünsche des Patienten sowie seiner kulturellen, psycho-sozialen und geistigen Werte durch das Personal ein grundlegendes Patientenrecht darstellen. Wie der Patient seine Krankheit und die erhaltene Behand-

---

<sup>762</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 162.

<sup>763</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 167.

<sup>764</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 193.

lung wahrnimmt, wird oft durch diese Werte mitbestimmt. Ein besseres Verständnis und mehr Respekt gegenüber diesen Werten seitens der Leistungserbringer kann daher mit dazu beitragen, die Behandlungsbedürfnisse und Wünsche der Patienten besser erfüllen zu können. Somit hat das Verhalten eines Krankenhauses gegenüber seinen Patienten beträchtlichen Einfluß darauf, wie der Patient die Behandlung wahrnimmt und wie er auf sie reagiert. Um dem zu entsprechen, beziehen sich die Standards auf die Unterstützung der Werte und Wünsche des Patienten, einschließlich der Entscheidung über seine weitere Behandlung, der Anerkennung der gesetzlichen Verpflichtungen des Krankenhauses, die Information der Patienten über dessen Verantwortlichkeiten während des Behandlungsprozesses sowie die ethische Art und Weise, wie das Krankenhaus seine Beziehungen zu den Patienten und der Öffentlichkeit organisiert.<sup>765</sup> Die nachfolgend ausgewählten Beispiele veranschaulichen diesen Sachverhalt:<sup>766</sup>

### **Patient Rights**

**RI.1.2** Patient are involved in all aspects of their care.

**RI.1.2.2** The family participates in care decisions.

**RI.1.4** Each patient receives a written statement of his or her rights.

**RI.4** The hospital operates according to a code of ethical behaviour.

Vergleichbares trifft für die Standards im Kapitel „Education“ zu. Sie bezwecken eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten, indem gesundheitsbewußtes Verhalten bei ihm gefördert wird und er in die Behandlungsentscheidungen mit involviert wird. Standard PF.3 ist ein Beispiel für einen solchen Standard:<sup>767</sup>

### **Patient and Family Education and Responsibilities**

**PF.3** The patient receives education and training specific to the patient's assessed needs, abilities, learning preferences, and readiness to learn as appropriate to the care and services provided by the hospital.

Die „Joint Commission“ berücksichtigt in ihren Standards das Prinzip der *Mitarbeiterorientierung*. Eine große Bedeutung wird der Mitarbeiterschulung und –weiterbildung durch die

<sup>765</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 69.

<sup>766</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 70–71.

<sup>767</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 144.

Führungskräfte beigemessen, die auch eine Unterrichtung des Personals in den Grundlagen der Methoden der Leistungsverbesserung beinhaltet, wie die Standards LD.1.9, LD.1.9.1 und LD.4.4.4 im Kapitel Leadership belegen:<sup>768</sup>

**LD.1.9** The leaders develop programs for recruitment, retention, development, and continuing education of all staff members.

**LD.1.9.1** The leaders implement programs to promote staff members' job-related advancement and educational goals.

**LD.4.4.4** The leaders provide for staff training in the basic approaches to and methods of performance improvement.

Insbesondere der Standard LD.4.4.4 entspricht der TQM-Forderung nach Schulung der Mitarbeiter, um eine Veränderung ihrer Denk- und Verhaltensweisen herbeizuführen.

Der Schul- bzw. Lernaspekt wird ebenfalls im Kapitel „Management of Human Resources“ thematisiert. Führungskräften obliegt die Aufgabe, eine Kultur zu kreieren, die bei den Mitarbeitern die Selbstentwicklung und den Willen zum kontinuierlichen Lernen fördert: „The hospital encourages and supports self-development and learning for all staff“.<sup>769</sup> Zugleich soll das Personal zu „Feedback-Äußerungen“, die die Arbeitsumgebung der Mitarbeiter betrifft, gegenüber den Vorgesetzten ermutigt werden. Allgemein sieht die „Joint Commission“ in der Meinungsbefragung und dem Eruiieren von Mitarbeiterbedürfnissen ein Mittel zur Verbesserung der organisatorischen Leistungsfähigkeit, wie dies beispielsweise Standard PI.3.1 im Kapitel „Improving Organization Performance“ vorsieht.<sup>770</sup> Des weiteren sollen die Daten in die Entwicklung und die Modifikation von Prozessen einfließen, damit bei der späteren Anwendung die Interessen der Mitarbeiter entsprechend berücksichtigt werden können.<sup>771</sup> Partizipations- und Mitbestimmungsrechte von Mitarbeitervertretern in Leitungsgremien des Krankenhauses stellen einen weiteren Aspekt der Mitarbeiterorientierung dar. Die Partizipa-

---

<sup>768</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 182.

<sup>769</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 224.

<sup>770</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 163.

<sup>771</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 161.

tion bezieht sich insbesondere auf die Planung, die Budgetplanung, sicherheitsrelevante Verfahren sowie sämtliche Aktivitäten der Leistungsverbesserung.<sup>772</sup>

Eine *partizipative Grundhaltung* bzw. ein partizipativer Führungsstil ist aus den Standards nur *bedingt* zu entnehmen. Neben dem Standard GO.2.2 des Kapitels „Governance“, der die Partizipation von Vertretern des medizinischen Personal in den Leitungsgremien des Krankenhauses vorschreibt, kann nur noch die Einbeziehung von Mitarbeitern bei der Entwicklung eines systematischen, organisationsweiten und umfassenden Ansatzes zur Prozeßverbesserung als partizipative Grundhaltung der Führungskräfte bezeichnet werden. Ansonsten bezieht sich der Begriff „Partizipation“ primär auf die Teilnahme von leitenden Mitarbeitern an organisatorischen oder leistungsverbessernden Maßnahmen.<sup>773</sup>

In den Standards finden sich explizit keine Hinweise auf eine Berücksichtigung des *Null-Fehler-Konzeptes*. Demgegenüber wird der Aspekt der *Fehlervermeidung* in einigen Standards angewendet. Hierzu gehören z.B. die zehn Standards des Kapitels „Surveillance, Prevention, and Control of Infection“, die sich primär mit der Identifikation und Minimierung von Infektionsrisiken im Krankenhaus befassen. Des weiteren sieht der Standard TX.7.5.1 im Kapitel „Care of Patients“ die Einführung präventiver Strategien als ein Instrument zur Reduzierung von Risiken, das der Prozeßverbesserung dient.<sup>774</sup> Im weiteren Sinn können auch diejenigen Standards als fehlervermeidende Maßnahmen betrachtet werden, die sich mit sicherheitsrelevanten, Aspekten befassen, zu denen u.a. die Qualifikation der Mitarbeiter, die das Einhalten von Beglaubigungsverfahren oder die Aufstellung von Evakuierungsplänen gehört.

Als unproblematisch erweist sich die Untersuchung der Joint Commission–Standards nach Elementen der *kontinuierlichen Verbesserung*. Sie sind vorwiegend in den Kapiteln der Sektion II („Organization-Focused Functions“) zu finden, die sich in den Kapiteln „Improving Organization Performance“, „Leadership“, „Management of the Environment of Care“ die permanente, systematische Überwachung, Analyse und –sofern erforderlich– Verbesserung von Leistungsprozessen und –ergebnissen i.S. eines PDCA-Zyklus vorsieht. Dabei ist positiv hervorzuheben, daß im Kapitel „Leadership“ ausdrücklich die Rolle der Führungskräfte bei

---

<sup>772</sup> Zum Vgl. Kapitel „Governance“, Standard GO.2.2 und GO.2.2.1.

<sup>773</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 306.

<sup>774</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 105.

der kontinuierlichen Leistungsverbesserung dezidiert festgelegt worden ist, wie folgendes Beispiel belegt.<sup>775</sup>

#### **Role in Improving Performance**

**LD.4.3** Leaders ensure that important processes and activities are measured, assessed, and improved systematically throughout the hospital.

**LD.4.3** All leaders participate in interdisciplinary, interdepartmental performance activities.

**LD.4.4.3** The leaders provide information systems and data management processes for ongoing performance improvement.

**LD.4.5** The leaders measure and assess the effectiveness of their contributions to improving performance.

Die Aufstellung derartiger Standards stellt sicher, daß Führungskräfte sich *aktiv* an Maßnahmen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung beteiligen müssen, m.a.W.: kontinuierliche Qualitätsverbesserung wird zur Chefsache erhoben und kann nicht einfach an Stabsabteilungen oder einzelne rangniedrigere Mitarbeiter delegiert werden.

Nicht zuletzt die Standards, die sich im Kapitel „Medical Staff“ mit der Funktion des medizinischen Personals bei der Leistungsverbesserung befassen (Standard MS.8 – MS.8.5.3)<sup>776</sup> gewährleisten im Zusammenwirken mit den Standards aus den zuvor beschriebenen zwei Kapiteln, daß alle Mitarbeiter eines Krankenhauses sich gemeinsam und abteilungsübergreifend an der kontinuierlichen Verbesserung der organisatorischen Abläufe und Ergebnisse beteiligen, und damit bessere Behandlungsprozesse und -ergebnisse gewährleisten.

Erwähnenswert ist auch die Tatsache, daß sich vier Standards im Kapitel „Management of the Environment of Care“ mit der Messung und Sammlung von Informationen befassen, die zu einer Aufdeckung von Defiziten in der *Struktur* des Krankenhauses geführt haben. Zur Behebung dieser Schwachstellen wird die Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen und die Überprüfung der Ergebnisse auf deren Effektivität gefordert. Stimme diese nicht mit den Er-

---

<sup>775</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 175.

<sup>776</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 270–271.

wartungen überein, müssen multidisziplinäre Verbesserungsteams an verbesserten Lösungsmöglichkeiten arbeiten.<sup>777</sup>

### 5.4.5.3 Bewertungsschema

Die „Joint Commission“ hat zur Bewertung der Leistungen von Organisationen ein komplexes Bewertungsschema entwickelt, das in seinen Grundzügen nachfolgend dargestellt werden soll.

Zum besseren Verständnis des Bewertungsschemas erscheint es sinnvoll, vorab noch einige weiterführende Ausführungen bzgl. des Aufbaus und der Gliederung der Standards zu machen. Wie bereits im vorherigen Unterpunkt erwähnt, sind die 562 Standards in drei Sektionen aufgeteilt, die sich nochmals in sogenannte Funktions- bzw. Leistungsbereiche („performance areas“) unterteilen. Entsprechend verfügt das Handbuch der „Joint Commission“ über insgesamt drei Sektionen mit 15 Kapiteln und 44 Funktions- bzw. Leistungsbereichen. Beispielsweise setzt sich die Sektion I „Patient-Focused Functions“ aus 5 Kapiteln (Patient Rights and Organization Ethics, Assessment of Patients, Care of Patients, Education und Continuum of Care) und 17 Funktions- bzw. Leistungsbereichen zusammen. Aufbauend auf der Struktur des Handbuchs hat die „Joint Commission“ ein sogenanntes Entscheidungsgitter („accreditation decision grid“) entwickelt, in das die Gutachter die Ergebnisse ihrer Bewertung für jeden Funktionsbereich unter Anwendung der Aggregationsregeln<sup>778</sup> („aggregation rules“) eintragen. Synonym für die Bezeichnungen „Sektion“, „Kapitel“ und „Funktions- bzw. Leistungsbereich“ verwendet das Entscheidungsgitter die Begriffe „Sektion“ („section“), „Gruppe bzw. Menge“ („cluster“) und „Gitterelement“ („grid-element“), wie Abbildung 14 und Abbildung 15 anschaulich darstellen.

<b>Standards</b>		<b>Decision Grid</b>
Section (for example, Patient Focused Functions)	=>	Section
Chapter (for example, Assessment of Patients)	=>	Cluster
Performance Area (for example, Initial Assessment)	=>	Grid Element

Abbildung 14: Synonyme Bezeichnungen im Entscheidungsgitter der JCAHO (Quelle: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. The Official Handbook. Oakbrook Terrace, Illinois 1996, S. ADP-4)

<sup>777</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 218–219.

<sup>778</sup> Aggregationsregeln beinhalten Algorithmen und Formeln, die die Punkte für eine Gruppe zusammengehörender Standards zusammenfaßt und in eine einzelne Punktbewertung für einen Funktions- bzw. Leistungsbereich umwandelt. Vgl. Joint Commission Internet Homepage: Joint Commission Standards.



**JCAHO  
Hospital Accreditation Services  
Accreditation Decision Grid**

Organization: \_\_\_\_\_ Survey Date: \_\_\_\_\_  
 Location: \_\_\_\_\_ Survey Type: \_\_\_\_\_

PATIENT-FOCUSED FUNCTIONS	ORGANIZATION FUNCTIONS	ORGANIZATION FUNCTIONS CONTINUED																																																																																												
<p><b>Patient Rights and Organization Ethics</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Patient Rights</td><td style="width: 20px;"></td></tr> <tr><td>Organization Ethics</td><td></td></tr> </table> <p><b>Assessment of Patients</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Initial Assessment</td><td></td></tr> <tr><td>Pathology and Clinical Laboratory Services—Waived Testing</td><td></td></tr> <tr><td>Reassessment</td><td></td></tr> <tr><td>Care Decisions</td><td></td></tr> <tr><td>Structures Supporting the Assessment of Patients</td><td></td></tr> <tr><td>Additional Requirements for Specific Patient Populations</td><td></td></tr> </table> <p><b>Care of Patients</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Planning and Providing Care</td><td></td></tr> <tr><td>Anesthesia Care</td><td></td></tr> <tr><td>Medication Use</td><td></td></tr> <tr><td>Nutrition Care</td><td></td></tr> <tr><td>Operative and Other Procedures</td><td></td></tr> <tr><td>Rehabilitation Care and Services</td><td></td></tr> <tr><td>Special Treatment Procedures</td><td></td></tr> </table> <p><b>Education</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Patient and Family Education and Responsibilities</td><td></td></tr> </table> <p><b>Continuum of Care</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Continuum of Care</td><td></td></tr> </table>	Patient Rights		Organization Ethics		Initial Assessment		Pathology and Clinical Laboratory Services—Waived Testing		Reassessment		Care Decisions		Structures Supporting the Assessment of Patients		Additional Requirements for Specific Patient Populations		Planning and Providing Care		Anesthesia Care		Medication Use		Nutrition Care		Operative and Other Procedures		Rehabilitation Care and Services		Special Treatment Procedures		Patient and Family Education and Responsibilities		Continuum of Care		<p><b>Improving Organization Performance</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Plan</td><td></td></tr> <tr><td>Design</td><td></td></tr> <tr><td>Measure</td><td></td></tr> <tr><td>Assess</td><td></td></tr> <tr><td>Improve</td><td></td></tr> </table> <p><b>Leadership</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Planning</td><td></td></tr> <tr><td>Directing Departments</td><td></td></tr> <tr><td>Integrating and Coordinating Services</td><td></td></tr> <tr><td>Role in Improving Performance</td><td></td></tr> </table> <p><b>Management of the Environment of Care</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Design</td><td></td></tr> <tr><td>Implementation</td><td></td></tr> <tr><td>Measuring Outcomes of Implementation</td><td></td></tr> <tr><td>Social Environment</td><td></td></tr> </table> <p><b>Management of Human Resources</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Human Resources Planning</td><td></td></tr> <tr><td>Orienting, Training, and Educating Staff</td><td></td></tr> <tr><td>Assessing Competence</td><td></td></tr> <tr><td>Managing Staff Requests</td><td></td></tr> </table>	Plan		Design		Measure		Assess		Improve		Planning		Directing Departments		Integrating and Coordinating Services		Role in Improving Performance		Design		Implementation		Measuring Outcomes of Implementation		Social Environment		Human Resources Planning		Orienting, Training, and Educating Staff		Assessing Competence		Managing Staff Requests		<p><b>Management of Information</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Information Management Planning</td><td></td></tr> <tr><td>Patient-Specific Data and Information</td><td></td></tr> <tr><td>Aggregate Data and Information</td><td></td></tr> <tr><td>Knowledge-Based Information</td><td></td></tr> <tr><td>Comparative Data and Information</td><td></td></tr> </table> <p><b>Surveillance, Prevention, and Control of Infection</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Surveillance, Prevention, and Control of Infection</td><td></td></tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>STRUCTURES WITH FUNCTIONS</b></p> <p><b>Governance</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Governance</td><td></td></tr> </table> <p><b>Management</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Management</td><td></td></tr> </table> <p><b>Medical Staff</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Organization, Bylaws, Rules, and Regulations</td><td></td></tr> <tr><td>Credentialing</td><td></td></tr> </table> <p><b>Nursing</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nursing</td><td></td></tr> </table> <p><b>Special Type I Recommendation(s)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td></td></tr> </table>	Information Management Planning		Patient-Specific Data and Information		Aggregate Data and Information		Knowledge-Based Information		Comparative Data and Information		Surveillance, Prevention, and Control of Infection		Governance		Management		Organization, Bylaws, Rules, and Regulations		Credentialing		Nursing			
Patient Rights																																																																																														
Organization Ethics																																																																																														
Initial Assessment																																																																																														
Pathology and Clinical Laboratory Services—Waived Testing																																																																																														
Reassessment																																																																																														
Care Decisions																																																																																														
Structures Supporting the Assessment of Patients																																																																																														
Additional Requirements for Specific Patient Populations																																																																																														
Planning and Providing Care																																																																																														
Anesthesia Care																																																																																														
Medication Use																																																																																														
Nutrition Care																																																																																														
Operative and Other Procedures																																																																																														
Rehabilitation Care and Services																																																																																														
Special Treatment Procedures																																																																																														
Patient and Family Education and Responsibilities																																																																																														
Continuum of Care																																																																																														
Plan																																																																																														
Design																																																																																														
Measure																																																																																														
Assess																																																																																														
Improve																																																																																														
Planning																																																																																														
Directing Departments																																																																																														
Integrating and Coordinating Services																																																																																														
Role in Improving Performance																																																																																														
Design																																																																																														
Implementation																																																																																														
Measuring Outcomes of Implementation																																																																																														
Social Environment																																																																																														
Human Resources Planning																																																																																														
Orienting, Training, and Educating Staff																																																																																														
Assessing Competence																																																																																														
Managing Staff Requests																																																																																														
Information Management Planning																																																																																														
Patient-Specific Data and Information																																																																																														
Aggregate Data and Information																																																																																														
Knowledge-Based Information																																																																																														
Comparative Data and Information																																																																																														
Surveillance, Prevention, and Control of Infection																																																																																														
Governance																																																																																														
Management																																																																																														
Organization, Bylaws, Rules, and Regulations																																																																																														
Credentialing																																																																																														
Nursing																																																																																														

1 = Substantial Compliance  
 2 = Significant Compliance  
 3 = Partial Compliance  
 4 = Minimal Compliance  
 5 = Noncompliance  
 N = Not Applicable  
 P = Defer to Primary Service

Summary Grid Score =

Abbildung 15: Das Entscheidungsgitter der JCAHO (Quelle: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. The Official Handbook. Oakbrook Terrace, Illinois 1996, S. ADP-3).

Für die Beurteilung des Ausmaßes an Übereinstimmung eines Krankenhauses mit den Standards der „Joint Commission“ werten die Prüfer sämtliche Informationen aus, die sie aus Interviews, Beobachtungen und der Durchsicht von Krankenhausdokumenten gewonnen haben. Das Ergebnis ihrer Untersuchung erscheint in Form von Punkten, die sich in einem Spektrum von „Punkt 1“ bis „Punkt 5“ erstrecken können.

**Das Punkte-Bewertungsschema der Joint Commission für das Entscheidungsgitter  
(„accreditation decision grid“)**

- Punkt 1: *Wesentliche Übereinstimmung* (substantial compliance).  
Die Organisation erfüllt durchweg alle wesentlichen Bedingungen und Absichten des Standards.
- Punkt 2: *Signifikante/bedeutsame Übereinstimmung* (significant compliance).  
Die Organisation erfüllt die meisten wesentlichen Bedingungen und Absichten des Standards.
- Punkt 3: *Teilweise Übereinstimmung* (partial compliance).  
Die Organisation erfüllt einige wesentliche Bedingungen und Absichten des Standards.
- Punkt 4: *Minimale Übereinstimmung* (minimal compliance).  
Die Organisation erfüllt nur wenige wesentliche Bedingungen und Absichten des Standards.
- Punkt 5: *Keine Übereinstimmung* (noncompliance).  
Der Organisation gelingt es nicht, wesentliche Bedingungen und Absichten des Standards zu erfüllen.

Quelle: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. The Official Handbook. Oakbrook Terrace, Illinois 1996, S. ADP-2.

Wie aus der Übersicht zu entnehmen ist, bedeutet die Vergabe der Bewertung „Punkt 1“, daß die Organisation mit den Anforderungen des Standards übereinstimmt, während Bewertung „Punkt 5“ die denkbar schlechteste Beurteilung darstellt. Des weiteren gilt: Erteilt ein Gutachter eine schlechtere Bewertung als „Punkt 1“, muß er seine Entscheidung begründen. Sofern ein Standard nicht auf ein Krankenhaus anwendbar ist, hat der Prüfer das „Grid Element“ mit „nicht anwendbar“ („not applicable“) einzustufen. Ungeachtet dessen muß sich ein Krankenhaus nicht in völliger Übereinstimmung mit allen Standards befinden, um eine Akkreditierung zu erhalten. Vielmehr genügt es, den Nachweis der *überwiegenden* Übereinstimmung mit allen Standards zu erbringen.

Bei der Entwicklung des Bewertungsverfahrens hat die „Joint Commission“ die Standards unterschiedlich gewichtet. So werden beispielsweise Standards, die ihrem Inhalt nach in unmittelbaren Bezug zu der Versorgung von Patienten oder den Ergebnissen der Behandlung stehen stärker gewichtet als solche, die es nicht sind. Die Aggregationsregelungen berücksichtigen diesen Sachverhalt durch die Anwendung eines Verfahrens, das die unterschiedli-

chen Gewichtungen bei der Akkreditierungsentscheidung mit einbezieht, die sogenannten „caps“. Hierbei handelt es sich um einen waagrecht über der Punkteskala befindlichen Querbalken, dessen Funktion in der Begrenzung der maximalen Auswirkungen eines Standards auf die Punktevergabe im Entscheidungsgitter hat.<sup>779</sup>

**Ein Beispiel für die Funktion eines „cap“**

<b>1 2 3 4 5 NA</b>	<b>IM.7.1.1</b> Only authorized individuals make entries in medical records
---------------------	---

Quelle: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. The Official Handbook. Oakbrook Terrace, Illinois 1996, S. ADP-4.

Im obigen Beispiel deckt der Querbalken die drei fettgedruckten Ziffern 1, 2, und 3 ab. Für die Bewertung dieses „grid elements“ bedeutet dies, daß die schlechteste Auswirkung der Punktevergabe auf das „grid element“ bei diesem Standard eine „Punkt 3-Bewertung“ sein darf. Sollte ein Gutachter diese Regelung mißachten und eine „Punkt 4-“ bzw. „Punkt 5- Bewertung“ erteilen, so wird der Standard nicht schlechter als mit „Punkt 3“ gewertet.<sup>780</sup>

Nach Abschluß der Beurteilung sämtlicher Standards und der damit verbundenen Punktevergabe im Entscheidungsgitter („accreditation decision grid“) wird aus der Anzahl der einzelnen Punktebewertungen ein gesamter Punktwert ermittelt („summary grid score“). Dies geschieht *nicht* durch Addition aller „Grid-Punkte“ und anschließende Division des Ergebnisses durch die Anzahl aller „Grid-Elemente“, sondern durch Anwendung nachfolgend abgebildeten Konvertierungstableaus.

**Konvertierungstableau der Joint Commission**

Punkt 1 = 4 Punkte  
 Punkt 2 = 3 Punkte  
 Punkt 3 = 2 Punkte  
 Punkt 4 = 1 Punkte  
 Punkt 5 = 0 Punkte

In Anlehnung an Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. The Official Handbook. Oakbrook Terrace, Illinois 1996, S. ADP-5.

<sup>779</sup> Im Glossar der „Joint Commission“ wird „capping“ wie folgt definiert: „A limit on the aggregation of an individual Joint Commission standard score that reduces severity of its impact on the grid element score.“ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 315-316.

<sup>780</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations CAMH (1997), S. ADP-5.

In einem nächsten Schritt sind aus dem Entscheidungsgitter („accreditation decision grid“) die Anzahl derjenigen „Grid-Elemente“ zu summieren, die eine „Punkt 1-Bewertung“ erhalten haben. Entsprechend den Vorgaben des Konvertierungstableaus wird diese Summe mit 4 Punkten multipliziert, aus dem wiederum ein umgewandelter, „tatsächlicher Punktwert“ („actual score“) resultiert. Die gleiche Vorgehensweise findet Anwendung bei den „Grid-Elementen“ 2 bis 5. Danach werden alle *tatsächlichen* Punktwerte addiert. Die Summe der konvertierten, tatsächlichen Punktwerte muß nur noch durch die *theoretisch maximal* zu erzielende Punktzahl dividiert und das Ergebnis mit 100 multipliziert werden. Im unten abgebildeten Beispiel der „Joint Commission“ ergibt sich die *theoretisch maximal* zu erzielende Punktzahl aus der Summe der „Grid-Elemente“, die mit der höchstmöglich zu vergebenden konvertierten Punktzahl multipliziert wird (siehe Step 3: Convert Perfect Score).

Steps 1 and 2: Convert Actual Scores			Step 3: Convert Perfect Score	
Conversion Table	Number of Grid Elements Scored	Converted Actual Score		
Score 1 = 4 points	x 32	= 128	Score 1 = 4 points	x 45 = 180
Score 2 = 3 points	x 0	= 0		
Score 3 = 2 points	x 7	= 14		
Score 4 = 1 point	x 3	= 3		
Score 5 = 0 points	x 3	= 0		
		<u>145</u>		
			Step 4: Calculate Grid Score	
			Sum of Converted Actual Scores	145
			Total of Converted Perfect Scores	180
			Grid Score:	$\frac{145}{180} \times 100 = 81$

Quelle: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. The Official Handbook. Oakbrook Terrace, Illinois 1996, S. ADP-7.

Das „summary grid score“ ermöglicht eine Aussage über den Grad an Übereinstimmung eines Krankenhauses mit den Standards der „Joint Commission“. In Anlehnung an das eingangs beschriebene Punkte-Bewertungsschema bestätigt ein „summary grid score“ von 100 Punkten eine wesentliche Übereinstimmung der Organisation mit den Standards. Weniger als 50 Punkte verlangen die Vergabe einer „Akkreditierung unter Vorbehalt“ (Conditional Accreditation), während 0 Punkte keine Übereinstimmung bedeuten.<sup>781</sup> Die Entscheidung über den *Akkreditierungsstatus* eines Krankenhauses beruht aber *nicht* nur auf der Anzahl der insgesamt ermittelten Punkte des „summary grid score“, sondern vielmehr auf der Anwendung von *Entscheidungsregeln* („hospital accreditation decision rules“).

<sup>781</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations CAMH (1997), S. ADP-6.

Sie beziehen sich auf die

- jeweils vergebene Punktzahl in den einzelnen Gitterelementen („scored grid elements“),
- auf die Gesamtzahl der ermittelten Punkte des Entscheidungsgitters („overall score on the accreditation grid“) und
- auf die spezifische Punkteverteilung bei einzelnen Standards („scores for specific standards“).<sup>782</sup>

Gleichzeitig determinieren die Entscheidungsregeln welche und wie viele „Grid-Elemente“ überprüft werden müssen und welcher Typ von Nachprüfung gegebenenfalls angebracht ist („focused survey“<sup>783</sup> oder „written progress report“<sup>784</sup>).<sup>785</sup>

Für jede der 6 Akkreditierungsstufen hat die „Joint Commission“ eine Anzahl von Entscheidungsregeln aufgestellt. Obwohl die 6 verschiedenen Akkreditierungsstufen im Unterpunkt „Grundlagen, Stufen, Publikation und Kosten der Akkreditierung“ noch detailliert beschrieben werden, ist es für das Verständnis des Anwendungsprinzips der Entscheidungsregeln erforderlich, die unterschiedlichen Stufen der Akkreditierung kurz zu erwähnen. Im einzelnen handelt es sich um folgende Klassifizierungen:<sup>786</sup>

---

<sup>782</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations CAMH (1997), S. ADP-6.

<sup>783</sup> Eine „focused survey“ kann im Verlauf eines Akkreditierungsverfahrens angeordnet werden um das Ausmaß an Verbesserung zu bewerten, das eine Organisation in bezug auf zuvor erhaltene spezifische Empfehlungen erreicht hat. Untersuchungsgegenstand einer „focused survey“ sind gewöhnlich einzelne Bereiche einer Organisation, die sich bei einer früheren Inspektion nicht in Übereinstimmung mit den Standards befanden. Grundsätzlich können aber auch solche Leistungsbereiche einer „focused survey“ unterzogen werden, die bei bisherigen Untersuchungen keine Defizite aufzuweisen hatten. Vgl. Joint Commission Internet Homepage: Glossary of Terms.

<sup>784</sup> Genau wie bei der „focused survey“ handelt es sich beim „written progress report“ um eine Überprüfung der Beseitigung von zuvor ermittelten Schwachstellen in einer Organisation. Konkret handelt es sich beim „written progress report“ (WPR) um einen schriftlichen Bericht, der den Prüfern der „Joint Commission“ beweist, daß die von ihnen eruierten Probleme von der Organisation behoben worden sind. Einem WPR sollten Unterlagen wie Zusammenfassungen, Übersichten, Dokumente und andere Fakten beigelegt werden, die eine Übereinstimmung mit den Standards belegen. Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 343.

<sup>785</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 2001 Hospital Accreditation Standards (2001), S. 312.

<sup>786</sup> Vgl. Joint Commission Internet Homepage: Accreditation Decisions.

- *Akkreditierung ohne Typ I Empfehlungen* (Accreditation without Type I Recommendations),
- *Akkreditierung mit Typ I Empfehlungen* (Accreditation with Type I Recommendations),
- *Einstweilige Akkreditierung* (Provisional Accreditation),
- *Akkreditierung unter Vorbehalt* (Conditional Accreditation),
- *Vorläufige Verweigerung der Akkreditierung* (Preliminary Denial of Accreditation),
- *Akkreditierung abgelehnt* (Accreditation Denied).

Um den Akkreditierungsstatus eines Krankenhauses zu ermitteln überprüfen die Gutachter, ob die Inhalte der jeweiligen Entscheidungsregel („hospital accreditation decision rules“) auf die Ergebnisse des Entscheidungsgitters („accreditation decision grid“) anwendbar sind. Dabei wird immer unter Anwendung des Ausschlußprinzips mit der schlechtesten Einstufung begonnen<sup>787</sup> („Akkreditierung abgelehnt“), bis eine Übereinstimmung zwischen Entscheidungsregel und Entscheidungsgitter vorliegt. Im Idealfall wäre dies die bereits erwähnte „Akkreditierung ohne Typ I Empfehlungen“.

Bei der Vergabe des Akkreditierungsstatus „Akkreditierung unter Vorbehalt“ (Conditional Accreditation) sind beispielsweise im 97er Handbuch der JCAHO die Entscheidungsregeln HAS 10 bis HAS 24 anzuwenden. Sollten die Gutachter bei der Bewertung der Sektion („section“) „Organization Functions“, Gruppe („cluster“) „Improving Organization Performance“, die Gitterelemente („grid-elements“) „measure“, „assess“ und „improve“ mit einer 4 – 4 – 5 Punktebewertung beurteilt haben, würde Entscheidungsregel HAS 16 zutreffen: „A decision of conditional accreditation will be recommended when three grid elements in the **Improving Organization Performance** grid cluster are scored 4 or 5.“<sup>788</sup> Entsprechend müßte die zuvor genannte „Akkreditierung unter Vorbehalt“ (Conditional Accreditation) erteilt werden.

#### 5.4.5.4 Anwendungsspektrum des Bewertungssystems

Auf der Basis der Standards und des Bewertungssystems der „Joint Commission“ kann ein Krankenhaus die Qualität seiner *Strukturen, Prozesse und Ergebnisse* von Prüfern der JCAHO bewerten lassen, um eine Akkreditierung zu erhalten. Gleichzeitig sind die Standards und das Bewertungssystem des CAMH darauf angelegt, von einem Krankenhaus als

---

<sup>787</sup> Dies bedeutet beispielsweise, daß die Überprüfung des Entscheidungsgitters mit HAS 1 beginnt und dann entsprechend der numerischen Reihenfolge mit HAS 2, HAS 3, usw. fortgesetzt wird.

<sup>788</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations CAMH (1997), S. DR-8.

*Instrument zur Selbstbewertung* und damit zur Messung der eigenen Leistungsfähigkeit verwendet werden zu können. Letzteres bezweckt bereits akkreditierte Krankenhäuser auch während der erteilten dreijährigen Akkreditierung zur kontinuierlichen Evaluation und Verbesserung der eigenen Struktur, Prozesse und Ergebnisse zu animieren, so daß die Chancen auf Erneuerung der Akkreditierung gewahrt bleiben.<sup>789</sup>

#### **5.4.6 Prüfverfahren und Prüfablauf**

Krankenhäuser, die eine Akkreditierung nach den Standards der „Joint Commission“ anstreben, müssen beim Hauptsitz der JCAHO in Chicago den erforderlichen Bewerbungsantrag für eine Inspektion anfordern. In dem 20 Seiten umfassenden Antragsdokument hat das Krankenhaus Angaben bzgl. seines juristischen Status, seiner Organisation und des Typ und Umfang seines Leistungsangebotes zu machen.<sup>790</sup> Gleichzeitig fungiert die Bewerbung als Vertrag, der zwischen dem Krankenhaus und der „Joint Commission“ abgeschlossen wird. Die in der Bewerbung enthaltenen Informationen dienen zur Planung der Inspektion und zur Auswahl der für die spezifischen Verhältnisse des Krankenhauses erforderlichen Gutachter sowie zur Bestimmung der voraussichtlichen Dauer der Überprüfung<sup>791</sup>. Krankenhäuser, die eine Erneuerung ihrer Akkreditierung anstreben, erhalten ca. 6 bis 9 Monate vor der erforderlichen Inspektion die Bewerbungsunterlagen von der „Joint Commission“ zugeschickt.<sup>792</sup>

In Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus entwickelt ein Mitarbeiter der JCAHO eine vorläufige Prüfungsagenda für die Inspektion, die nach mehrmaliger Überarbeitung von beiden Seiten als endgültig festgelegte Tagesordnung verabschiedet wird. Sie umfasst sämtliche Prüfungsaktivitäten sowie das Personal betreffende und für die Begutachtung erforderlichen Dokumente.<sup>793</sup>

---

<sup>789</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations CAMH (1997), S. IN-5 und vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 1.

<sup>790</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 28.

<sup>791</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations CAMH (1997), S. AC-25.

<sup>792</sup> Unabhängig davon behält sich die „Joint Commission“ das Recht vor, unplanmäßige bzw. unangekündigte Prüfungen („unscheduled and unannounced surveys“) bei akkreditierten Krankenhäusern vorzunehmen, falls es in diesen Einrichtungen zu ernsthaften Gefährdungen bei der Patientenversorgung oder Patientensicherheit kommt. Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 42-43.

<sup>793</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 30.

Zu den Vorbereitungen für eine Inspektion gehört weiterhin die Unterrichtung der Öffentlichkeit<sup>794</sup> über die geplante Überprüfung des Krankenhauses auf dessen Übereinstimmung mit den Standards der „Joint Commission“. Dieser Vorgang schließt ausdrücklich die Teilnahme der Öffentlichkeit an der Inspektion mit ein. Über Anzeigen in Zeitungen oder lokalen Radio- und Fernsehstationen wird die Öffentlichkeit gebeten, sich freiwillig den Prüfern für Interviews zur Verfügung zu stellen. Auf diese Weise sollen weitere wichtige Informationen betreffend der Leistungsfähigkeit und des Erscheinungsbildes der Organisation gegenüber der Öffentlichkeit gewonnen werden.

Die *Dauer der Prüfung* ist abhängig von der Größe des Krankenhauses und der Anzahl der zu begutachtenden Bereiche. In der Regel erfolgt die Bewertung der Organisation durch ein *dreiköpfiges Prüfungsteam*, daß sich aus einem Mitglied der Verwaltung, einer Krankenschwester und einem Arzt zusammensetzt. Hospitäler, die im Schnitt täglich weniger als 40 Patienten behandeln, werden gewöhnlich nur von einem Team bestehend aus einer Krankenschwester und einem Arzt begutachtet. Darüber hinaus kann eine Prüfergruppe noch durch Spezialisten ergänzt werden, die sich mit den Besonderheiten von Institutionen wie beispielsweise Rehabilitationseinrichtungen auskennen.<sup>795</sup>

Der Prüfungsprozeß umfaßt eine Anzahl von Aktivitäten, zu denen die Durchsicht von Dokumenten des Krankenhauses gehört, die Aufschluß über dessen Leistungsfähigkeit ermöglichen (z.B. Berichte über Aktivitäten zur Leistungsverbesserung). Des weiteren sollen Interviews mit Führungskräften aus allen Bereichen des Krankenhauses Rückschlüsse über deren *aktive* Beteiligung am Leistungsverbesserungsprozeß ermöglichen. Ein weiterer elementarer Bestandteil des Prüfungsablaufs ist die *Besichtigung von Behandlungseinheiten bzw. Einrichtungen der Patientenversorgung* (z.B. stationäre- und ambulante Einrichtungen, Operationsräume, oder die Notfallaufnahme), um Gespräche mit leitenden Mitarbeitern, medizinisch-pflegerischen Personal, nicht medizinisch-pflegerischen Personal und mit Patienten führen zu können. Ebenso begutachtet wird die Umgebung der Leistungserbringung, die Infektionsbekämpfung (infection control), die Patientenversorgung, die Kommunikation der Mitar-

---

<sup>794</sup> Die Bezeichnung „Öffentlichkeit“ umfaßt nicht nur die Patienten und deren Familien, sondern auch Patientenanwälte, Advokaten Gruppen (advocacy groups), Bürger der Gemeinde, für die das Krankenhaus seine Leistungen erbringt und Mitarbeiter. Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 30.

<sup>795</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 33-34.



beiter untereinander, die Patientenrechte (patient's rights issues) sowie die medizinische Dokumentation. Neben diesen Tätigkeiten führen die Prüfer auch *funktionsbezogene Interviews* mit Mitarbeitern des Krankenhauses durch, um deren individuelle Rolle und Funktion einschließlich der damit verbundenen Aufgaben und Pflichten in der Gesamtorganisation zu verstehen und beurteilen zu können.<sup>796</sup>

Bereits akkreditierte Krankenhäuser sollten sich auch während der Inspektionen um eine kontinuierliche Übereinstimmung ihrer Leistungsprozesse mit den Standards der JCAHO bemühen. Um den Inspektoren die Überprüfung dieses Sachverhaltes bei ihrer Arbeit zu erleichtern, hat ein Krankenhaus die erbrachten Leistungen des vergangenen Jahres zu dokumentieren und den Prüfern auf Verlangen vorzulegen. Im Einzelfall bleibt es den Prüfern aber überlassen, ob sie die Übereinstimmung der Leistungen mit den Standards über einen kürzeren oder längeren Zeitraum überprüfen wollen.

Grundsätzlich erfolgt die abschließende Punktebewertung von Seiten der Gutachter erst nachdem alle patientenbetreffenden Einrichtungen und alle die Beurteilung betreffenden Interviews durchgeführt worden sind. Ungeachtet dessen können die gemachten Beobachtungen auf täglich vom Krankenhaus einzuberufenden Sitzungen mit Vertretern des Krankenhauses diskutiert werden. Die Untersuchungsergebnisse und den *vorläufigen* schriftlichen Untersuchungsbericht präsentiert das Prüfungsteam aber erst auf einer abschließenden Konferenz, der sogenannten „leadership exit conference“, vor den leitenden Mitarbeitern<sup>797</sup> des Krankenhauses.

#### **5.4.7 Grundlagen, Stufen, Publikation und Kosten der Akkreditierung**

Obwohl die Inspektoren der „Joint Commission“ zur Leistungsbeurteilung eines Krankenhauses auch Indikatoren (z.B. die Indikatoren des eigenen „Indicator Measurement System“) und Kriterien hinzuziehen, erfolgt die Entscheidung über den zu erteilenden Akkreditierungsstatus ausschließlich auf der Grundlage von Standards und unter Anwendung des ausführlich beschriebenen Beurteilungs- und Entscheidungsverfahrens (Aggregation- und Entscheidungsre-

---

<sup>796</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 33-34.

<sup>797</sup> Zu den Führungskräften bzw. leitenden Mitarbeitern gehören entsprechend der Definition der JCAHO die Mitglieder des Vorstandes einschließlich des Vorstandsvorsitzenden des Krankenhauses, leitende Manager, Abteilungsleiter, designierte und berufene Führungskräfte des medizinisch-pflegerischen Personals sowie medizinisches Personal, das in organisatorisch-verwaltungstechnischen Bereichen arbeitet. Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 36.

geln). Dem Akkreditierungskomitee des Vorstands („accreditation committee of the board of commissioners“) obliegt es, dem Krankenhaus die offizielle Akkreditierungsentscheidung in Form eines Berichtes („official accreditation decision report“) zukommen zu lassen. Gegen diese Entscheidung kann das Krankenhaus innerhalb von 30 Tagen schriftlich Widerspruch bei der „Joint Commission“ bzw. bei einem Revisionsgremium („Review Hearing Panel“) einlegen.<sup>798</sup>

Wie bereits im Unterpunkt „Bewertungsschema“ beschrieben, sieht die „Joint Commission“ 6 Akkreditierungsstufen vor, die sogenannten „accreditation decision categories“,<sup>799</sup> die nachfolgend aufgeführt werden.

- (1) *Akkreditierung ohne Typ I Empfehlungen* (Accreditation without Type I Recommendations) wird einem Krankenhaus verliehen, wenn es überzeugend den Nachweis erbringt, in *sämtlichen* Leistungsbereichen die Standards der „Joint Commission“ zu erfüllen.
- (2) *Akkreditierung mit Typ I Empfehlungen* (Accreditation with Type I Recommendations), wird einem Krankenhaus verliehen, wenn es überzeugend den Nachweis erbringt, in den *meisten* Leistungsbereichen die Standards der „Joint Commission“ zu erfüllen. Vorhandene Defizite in einem oder mehreren Leistungsbereichen oder bei der Befolgung von Verfahrensweisen der Akkreditierung sind innerhalb eines festgesetzten Zeitraums zu beheben.
- (3) Eine *einstweilige Akkreditierung* (Provisional Accreditation) wird einem Krankenhaus verliehen, wenn es während einer vor Ort Beurteilung den Nachweis erbringt, mit einer *Anzahl* von Standards übereinzustimmen. Die Gültigkeit dieser Entscheidungskategorie bleibt so lange bestehen, bis sie durch eine andere ersetzt wird. Letzteres erfordert eine vollständige Überprüfung der gesamten Organisation anhand aller vorhandenen Standards, die ca. 6 Monate nach Verleihung der einstweiligen Akkreditierung erfolgt.
- (4) *Akkreditierung unter Vorbehalt* (Conditional Accreditation) wird einem Krankenhaus verliehen, wenn es *nicht* den Nachweis erbringt, mit einer Anzahl von Standards in mehreren

---

<sup>798</sup> Sollte ein Krankenhaus gegen die Entscheidungen „Vorläufige Verweigerung der Akkreditierung (Preliminary Denial of Accreditation)“ und „Akkreditierung abgelehnt (Accreditation Denied)“ Berufung einlegen wollen, kann dies nur unter Einhaltung der Revisions- und Berufungsprozeduren der „Joint Commission“ erfolgen, die in einem separaten Kapitel des Handbuchs zu finden sind. Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 44-52.

<sup>799</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 38-39.

Leistungsbereichen übereinzustimmen. Das Krankenhaus ist nachhaltig nicht in der Lage, eine zufriedenstellende Übereinstimmung mit einem oder mehreren Standards vorzuweisen oder es gelingt ihm nicht, den Verfahrensweisen der Akkreditierung zu entsprechen. Es besteht aber Grund zu der Annahme, daß das Krankenhaus innerhalb eines gemeinsam vereinbarten Zeitraums imstande sein wird, eine Übereinstimmung mit den Standards zu erzielen.

- (5) Eine *vorläufige Verweigerung der Akkreditierung* (Preliminary Denial of Accreditation) gegenüber einem Krankenhaus ist auszusprechen, wenn es nachweisbar keinen zufriedenstellenden Nachweis der Übereinstimmung mit den Standards in mehreren Leistungsbereichen oder bei der Befolgung der Akkreditierungsverfahren oder aus anderen Gründen erbringt. Diese Akkreditierungsentscheidung unterliegt einer nachfolgenden Überprüfung.
- (6) *Akkreditierung abgelehnt* (Accreditation Denied). Diese Entscheidung wird nur dann erteilt, wenn sämtliche Möglichkeiten zur Überprüfung und Berufung erschöpft sind. Eine solche Akkreditierungsentscheidung bleibt entweder bis zum Ende des laufenden Akkreditierungszyklus des Krankenhauses gültig, oder bis eine neue Überprüfung vor Beendigung des gegenwärtigen Akkreditierungszyklus zu einer anderen Entscheidung gelangt.

Die *Gültigkeit einer Akkreditierung* bzw. die Dauer eines Akkreditierungszyklus beläuft sich auf *3 Jahre*. Jedes Krankenhaus bekommt von der „Joint Commission“ ein Zertifikat über die erteilte Akkreditierung, daß an die „Joint Commission“ zurückgegeben werden muß, sobald es zu einer Namensänderung oder Verleihung einer anderen Akkreditierungskategorie kommt. Ebenso kann ein Mißbrauch des Zertifikates, z.B. durch die Publikation falscher Angaben, die Aberkennung der Akkreditierung nach sich ziehen.<sup>800</sup>

Die „Joint Commission“ ist verpflichtet, Auskünfte über akkreditierte Organisationen des Gesundheitswesens an Konsumenten (z.B. Patienten) und andere interessierte Personen weiterzugeben, um sie bei der Auswahl der für sie geeigneten Gesundheitsinstitution zu unterstützen. Zu diesem Zweck wird die gegenwärtige Leistungsfähigkeit des Krankenhauses anhand der Standards der JCAHO in sogenannten Leistungsberichten (performance reports) zusammengefaßt, die für jedermann beim „Customer Service Department“ oder auf der Internet Seite der „Joint Commission“ einzusehen sind. In den Leistungsberichten sind u.a. Angaben zum Akkreditierungsstatus, der erzielten Punktzahl in den einzelnen Bereichen, die Ge-

---

<sup>800</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 39.

samtpunktzahl sowie die gegebenen Verbesserungsempfehlungen veröffentlicht. Betriebsinterne vertrauliche Informationen des Krankenhauses sind von der Publikation ausgenommen.<sup>801</sup>

Die *Kosten für eine Akkreditierung* eines Krankenhauses sind abhängig vom Umfang und Typ der erbrachten Leistung und von der Dauer der Prüfung.<sup>802</sup> Konkrete Angaben über die durchschnittlichen Kosten einer *Krankenhausakkreditierung* sind weder auf der Internet Seite noch in den Handbüchern der „Joint Commission“ zu finden. Demgegenüber ist die Gebührenstruktur der „Joint Commission“ für Einrichtungen der häuslichen Pflege („home care services“) im Internet veröffentlicht, deren Spanne sich zwischen \$ 3.300 US-Dollar für sehr kleine Einrichtungen der häuslichen Versorgung („home health care“) und der Summe von \$ 8.200 US Dollar für große Einrichtungen derselben Kategorie beläuft. Bei Anbietern von Hospitzdienstleistungen („hospice services“) bewegt sich diese Gebühr sogar zwischen \$ 4.800 US Dollar und \$ 10.900 US Dollar.<sup>803</sup> Berücksichtigt man die Tatsache, daß Krankenhäuser noch größere und komplexere Institutionen sind und eine 2 bis 5 tägige<sup>804</sup> Überprüfung durch die Inspektoren erfordern, erscheint die Summe von durchschnittlich \$ 20.000 US Dollar<sup>805</sup>, die ein Krankenhaus für eine Akkreditierung zu entrichten hat, als realistisch.

#### 5.4.8 Zusammenfassung

Die Entstehungsgeschichte der „Joint Commission“ ist unmittelbar mit den Aktivitäten von Dr. Codman und Dr. Martin verbunden, die sich bereits ab 1910 mit den Möglichkeiten zum Aufbau eines Systems zur Verbesserung der medizinischen Qualität in amerikanischen Krankenhäusern befaßten. Auf Initiative von Dr. Martin wurde 1913 das American College of Surgeons (ACS) gegründet, deren Mitglieder 1917 den ersten, eine Seite umfassenden „Minimum Standard“ für Krankenhäuser der Öffentlichkeit präsentierten. Ab 1918 begann das ACS mit

---

<sup>801</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 23-24.

<sup>802</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards 2001, S. 27.

<sup>803</sup> Vgl. Joint Commission Internet Homepage: New Fee Structure Set for 2001.

<sup>804</sup> Vgl. Hayes, J.; Shaw, C.: Implementing accreditation systems (1995), S. 169.

<sup>805</sup> Vgl. Kelly, K.: Joint Commission surveys. (2000), S. 18. 1995 belief sich die Prüfungsgebühr für Krankenhäuser mit mehr als 200 Betten \$ 28.550 US-Dollar. Vgl. Bohigas, L., et. al.: Accreditation Programs for hospitals: Funding and Operation (1996), S. 586.

der Inspektion amerikanischer Krankenhäuser. Von anfänglich 89 inspizierten Krankenhäusern im Jahr 1919 erhöhte sich die Zahl bis auf 3200 im Jahr 1950. Ein Jahr später wurde die unabhängige, nicht profitorientierte „Joint Commission on Accreditation of Hospitals“ gegründet (JCAH). Sie setzte sich aus dem „American College of Physicians“, der „American Hospital Association“, der „American Medical Association“ und der „Canadian Medical Association“ zusammen. Ab 1953 betrieb die „Joint Commission“ die Akkreditierung von Krankenhäusern in den USA. Seit diesem Zeitpunkt erweitert sie kontinuierlich in Zusammenarbeit mit anderen öffentlichen und privaten Organisationen die Anwendung der Standards und Akkreditierungsprogramme auf andere Einrichtungen des Gesundheitswesens. Einhergehend mit dieser Entwicklung wurden die Handbücher und Standards wiederholt umfassenden Revisionen unterzogen, die die veränderten Bedingungen im Krankenhaus- und Gesundheitswesen berücksichtigten. Aufgrund der zunehmenden Ausweitung der Akkreditierungsaktivitäten entschied sich die JCAH im Jahre 1987 für eine Umbenennung in Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). In den 90er Jahren kam es vor allem zur Überarbeitung sämtlicher Handbücher und Standards in Richtung Patientenorientierung sowie zur sukzessiven Integration von Ergebnissen und anderen leistungsbezogenen Daten in den Akkreditierungsprozeß. Die Modifizierung der Prüfungsprozesse und eine Zunahme der Akkreditierungsvereinbarungen mit anderen Akkreditierungsprogrammen und akkreditierenden Organisationen ging damit einher und wird bis heute fortgeführt.

Der Vorstand der JCAHO besteht aus einer 28-köpfigen interdisziplinär zusammengesetzten Kommission, die sich dreimal im Jahr trifft. Sämtliche Angehörige dieses Gremiums kennen sich gut in der Gesundheitsversorgung aus, besitzen betriebswirtschaftliche und juristische Kenntnisse und haben praktische Erfahrungen in jedem der von der JCAHO angebotenen Gesundheitsbereiche gesammelt. Darüber hinaus hat die „Joint Commission“ fünf ständige Ausschüsse eingerichtet, die sich mit Exekutivangelegenheiten, der Akkreditierung bzw. den Standards- und Prüfungsprozeduren sowie mit der Finanzierung und Auditierung befassen.

In den 90er Jahren konnte die „Joint Commission“ ihre Einnahmen mehr als verdoppeln. Zu einem Ertragsrückgang auf \$ 117,9 Mio US-Dollar kam es erstmals im Jahre 1999, der u.a. auf den Rückgang an Inspektionen in Einrichtungen des Gesundheitswesens zurückzuführen war. Als Reaktion auf diese finanziellen Einbußen entließ die JCAHO 176 der insgesamt 1150 für sie arbeitenden Mitarbeiter.

Die „Joint Commission“ offeriert ein komplexes und umfassendes Leistungsangebot. Dazu gehören insbesondere die 10 verschiedenen Handbücher mit den dazugehörigen Standards für unterschiedliche Institutionen des Gesundheitswesens, das „Indicator Measurement System“, das „Quality Check“ Verzeichnis, die Finanzierung umfangreicher Schulungs- und Bildungsprogramme oder die Errichtung der „Joint Commission International“ (JCI), die im Jahre 2000 erstmals eine Krankenhausakkreditierung im Ausland durchgeführt hat.

Über Stellenangebote in der Fachpresse oder auf der eigenen Internet-Seite rekrutiert die „Joint Commission“ ihre Inspektoren. Alle Bewerber müssen fünf Jahre Berufserfahrung vorweisen können, die sich aus einer dreijährigen Tätigkeit in einer Institution des Gesundheitswesens und zwei Jahren Managementenerfahrung in einer leitenden Funktion zusammensetzt. Weiterhin werden aktuelle Kenntnisse und Erfahrungen über die Arbeitsabläufe in Gesundheitseinrichtungen, über klinische Verfahrensweisen und über die Anwendung von Methoden des Qualitätsmanagements vorausgesetzt. Interpersonelle Fähigkeiten, die Bereitschaft zur Teamarbeit, ein gutes mündliches und schriftliches Kommunikationsvermögen, die Fähigkeit zu unterrichten, genaue Kenntnisse der gesetzlichen Vorschriften sowie berufsgruppenspezifische akademische Abschlüsse (Bakkalaureus, Magister oder Ph.D.) sind weitere Qualifikationen, die ein Bewerber vorzuweisen hat. Erfüllt ein Bewerber diese Anforderungen, muß er sich einer umfassenden und praxisbezogenen zwei bis dreiwöchigen Schulung unterziehen, an die sich eine praxisnahe vor Ort Unterweisung anschließt. Darüber hinaus müssen sich die ausgebildeten Inspektoren weitere 5 Tage im Jahr an Fortbildungsmaßnahmen der JCAHO beteiligen, um über die neuesten Entwicklungen auf dem Gebiet der Akkreditierungsstandards und der Prüfungsabläufe informiert zu sein. Das umfangreiche Grundschulungstraining verursachte 1996 annähernd \$ 25.000 US-Dollar Kosten pro Prüfer, zzgl. weiterer \$ 5000 US-Dollar an Rekrutierungskosten. Für Fortbildungsmaßnahmen fielen im selben Jahr insgesamt weitere \$ 1.348.413 US-Dollar an.

Die Zusammensetzung des Inspektorenteams ist abhängig von den Angaben, die ein Krankenhaus in seinem Antrag auf Akkreditierung gemacht hat. In der Regel besteht ein Team aus einem Mitarbeiter der Verwaltung, einem Arzt und einer Krankenschwester, die entweder als Vollzeit-, Teilzeit- oder intermittierende Prüfer bei der „Joint Commission“ angestellt sind.

Das Handbuch der „Joint Commission“ umfaßt 928 Seiten mit 562 Standards. Die ersten 128 Seiten vermitteln dem Anwender einen Überblick über den Ablauf der Akkreditierung. Detaillierte Erläuterungen zur Anwendung des für die Standards zugrunde liegenden Akkre-

ditierungsschematas sind ebenso vorzufinden wie kurze, überschaubare Zusammenfassungen des Prüfungsablaufs. Die nachfolgenden 600 Seiten beinhalten die Standards, die wiederum in drei Sektionen unterteilt worden sind: „Section I: Patient-Focused Functions“ (195 Standards), „Section II: Organization-Focused Functions“ (178 Standards) und „Section III: Structures with Functions“ (189 Standards). Der letzte Bereich des CAMH enthält das „Indicator Measurement System“ und die Entscheidungsrichtlinien für die Akkreditierung („Hospital Accreditation Decision Rules“), die anhand von Beispielen anschaulich erläutert werden.

Die Standards der „Joint Commission“ können auf alle Größen von Krankenhäusern angewendet werden. Am meisten sind prozeß- und strukturorientierte Standards verbreitet. Die strukturorientierten Standards der Sektion III befassen sich vornehmlich mit aufbau- und ablauforganisatorischen Regelungen sowie mit den Aufgaben, Befugnissen und Verantwortlichkeiten von Führungskräften bzw. leitenden Mitarbeitern und medizinisch-pflegerischen Personal. Fragen der Partizipation und Mitbestimmung sind ebenso in den strukturorientierten Standards geregelt wie die beruflich-fachlichen Anforderungen an die Qualifikation des medizinischen Personals. Die prozeßorientierten Standards können wie folgt unterteilt werden: Standards, die primär auf die Verbesserung von Prozessen ausgerichtet sind und solche, bei denen die Prozeßverbesserung zu einem guten Behandlungsergebnis führen soll. Eindeutig ergebnisorientierte Standards sind hingegen weniger verbreitet. Sie befassen sich u.a. mit den Ergebnissen von Datenerhebungen, die Aufschluß über die erbrachten Leistungen ermöglichen sollen, oder liefern Informationen über die Auswirkungen von eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen. Andere Ergebnisstandards entsprechen wiederum der Definition von Donabedian, indem sie sich ausschließlich auf das medizinische Behandlungsergebnis beziehen. Alle drei Standardkategorien ergänzen sich gegenseitig und nehmen aufeinander Bezug.

Der Fokus und Anwendungsbereich der Standards liegt eindeutig auf patientenorientierten und klinisch-organisatorischen Standards. Des weiteren ist es der „Joint Commission“ gelungen, die zentralen Elemente des TQM bei der Entwicklung der Standards mit einfließen zu lassen. Dem TQM-Prinzip „Vorbildfunktion der Führung“ und „Qualität als strategisches Unternehmensziel“ wird im Kapitel „leadership“ weitestgehend entsprochen. Den Führungskräften obliegt es, die Aufgabe („Mission“), die Vision, die Werte sowie die strategischen Pläne zu entwickeln und aufzustellen und sich aktiv an der Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen zu beteiligen.

Ebenso wurde die „systematische Sammlung und Aufbereitung von Daten“ in verschiedenen Kapiteln des Handbuchs berücksichtigt bzw. umgesetzt. Im Mittelpunkt der Informations-

gewinnung stehen patientenbezogene medizinisch-pflegerische Daten, die der Verbesserung von Behandlungsprozessen und -ergebnissen dienen sollen. Darüber hinaus werden auch finanzielle Größen und die Ergebnisse von Mitarbeiter- und Kundenbefragungen erhoben, die u.a. zum Zweck des internen- und externen „Benchmarking“ verwendet werden können.

In nahezu sämtlichen Standards spiegelt sich auch das Prinzip der Kunden- bzw. Patientenorientierung wieder. Kunden- bzw. patientenorientiertes Auftreten wird nicht nur vom medizinisch-pflegerischen Personal verlangt, sondern ausdrücklich auch als Aufgabe von Führungskräften angesehen. Eine gute räumliche Ausstattung des Krankenhauses, die Aufstellung bzw. Berücksichtigung von Patientenrechten und ethischer Aspekte, die Involvierung von Angehörigen des Patienten bei medizinischen Entscheidungen oder die Förderung individuellen, gesundheitsbewußten Verhaltens heben die große Bedeutung dieses Prinzips in den Standards hervor.

Dem Prinzip der Mitarbeiterorientierung wird durch die Verpflichtung der Führungskräfte die Mitarbeiter zu schulen und weiterzubilden entsprochen. Um so mehr überrascht es, daß eine „partizipative Grundhaltung“ bzw. ein „partizipativer Führungsstil“ nur bedingt aus den Standards zu entnehmen ist. Gleiches gilt für die Berücksichtigung des „Null-Fehler Konzeptes“, daß nirgendwo explizit hervorgehoben wird. Allerdings werden eine Anzahl präventiv ausgerichteter Standards (z.B. solche, die sich mit der Vermeidung von Infektionsrisiken befassen) dem Prinzip der Fehlervermeidung gerecht, so daß von einer beschränkten Berücksichtigung des „Null-Fehler Konzeptes“ in den Standards gesprochen werden kann.

Einen vergleichbar großen Stellenwert wie die Prinzipien „Vorbildfunktion der Führung“, „Qualität als strategisches Unternehmensziel“, „Patientenorientierung“ oder „systematische Sammlung und Aufbereitung von Daten“ nimmt die „kontinuierliche Verbesserung“ in den Standards ein. Die „kontinuierliche Verbesserung“ wird als etwas Abteilungsübergreifendes angesehen, zu der sich alle Mitarbeiter einschließlich der Führungskräfte verpflichten müssen. Dabei betrachten die Standards das Messen und Sammeln von Informationen als unerlässlich für die Aufdeckung von strukturellen und prozessualen Defiziten, damit erforderliche Verbesserungsmaßnahmen entwickelt und eingeleitet werden können.

Für die Bewertung der Leistungen von Organisationen hat die „Joint Commission“ ein komplexes Bewertungsschema entworfen. Aufbauend auf der Struktur des Handbuchs ist ein sogenanntes Entscheidungsgitter („accreditation decision grid“) entwickelt worden, in das die Gutachter die Ergebnisse ihrer Bewertung für jeden Funktionsbereich unter Berücksichtigung



von „Aggregationsregeln“ („aggregation rules“) eintragen. Der Prüfer kann dabei zwischen fünf möglichen Bewertungen wählen:

- Punkt 1: Wesentliche Übereinstimmung (substantial compliance).  
Die Organisation erfüllt durchweg alle wesentlichen Bedingungen und Absichten des Standards.
- Punkt 2: Signifikante/bedeutsame Übereinstimmung (significant compliance).  
Die Organisation erfüllt die meisten wesentlichen Bedingungen und Absichten des Standards.
- Punkt 3: Teilweise Übereinstimmung (partial compliance).  
Die Organisation erfüllt einige wesentliche Bedingungen und Absichten des Standards.
- Punkt 4: Minimale Übereinstimmung (minimal compliance).  
Die Organisation erfüllt nur wenige wesentliche Bedingungen und Absichten des Standards.
- Punkt 5: Keine Übereinstimmung (noncompliance).  
Der Organisation gelingt es nicht, wesentliche Bedingungen und Absichten des Standards zu erfüllen.

Nach Abschluß der Beurteilung sämtlicher Standards und der damit verbundenen Punktevergabe im Entscheidungsgitter („accreditation decision grid“) wird aus der Anzahl der einzelnen Punktebewertungen durch Anwendung eines Konvertierungstableaus ein gesamter Punktwert ermittelt („summary grid score“). Die anschließende Addition aller konvertierter Punktwerte ergibt den tatsächlich erzielten Punktwert („converted actual score“), der wiederum durch die theoretisch maximal zu erreichende Punktzahl dividiert, und das Ergebnis mit 100 multipliziert wird. Die Entscheidung über den Akkreditierungsstatus eines Krankenhauses beruht aber nicht nur auf der Anzahl der insgesamt ermittelten Punkte des „summary grid score“, sondern auf der Anwendung von Entscheidungsregeln („hospital accreditation rules“). Für jede der 6 Akkreditierungsstufen (Akkreditierung ohne Typ I Empfehlungen, Akkreditierung mit Typ I Empfehlungen, Einstweilige Akkreditierung, Akkreditierung unter Vorbehalt, Vorläufige Verweigerung der Akkreditierung, Akkreditierung abgelehnt) hat die „Joint Commission“ eine Anzahl von Entscheidungsregeln aufgestellt. Um den Akkreditierungsstatus eines Krankenhauses zu ermitteln, überprüfen die Gutachter, ob die Inhalte der jeweiligen Entscheidungsregel („hospital accreditation decision rules“) auf die Ergebnisse des Entscheidungsgitters („accreditation decision grid“) anwendbar sind. Dabei wird immer unter Anwendung des

Ausschlußprinzips mit der schlechtesten Einstufung begonnen<sup>806</sup> („Akkreditierung abgelehnt“), bis eine Übereinstimmung zwischen Entscheidungsregel und Entscheidungsgitter vorliegt.

Das CAMH und seine Standards können sowohl von Prüfern der „Joint Commission“ als auch von den Mitarbeitern des betreffenden Krankenhauses zur Selbstbewertung der eigenen Leistungsfähigkeit angewendet werden. Krankenhäuser, die eine Akkreditierung nach den Standards der „Joint Commission“ anstreben, müssen einen 20 Seiten umfassenden Bewerbungsantrag ausfüllen, in dem Angaben zu Größe und Leistungsangebot der eigenen Einrichtung zu machen sind. Auf der Grundlage dieser Angaben stellt die „Joint Commission“ u.a. das Inspektorenteam zusammen und entwickelt mit Mitarbeitern des Krankenhauses die vorläufige Prüfungsagenda. Zu den Vorbereitungen für eine Inspektion gehört ebenfalls die Unterrichtung der Öffentlichkeit. Über lokale Medien werden die Einwohner aufgerufen, sich am Tag der Begehung des Krankenhauses für Befragungen durch die Prüfer der „Joint Commission“ zu Verfügung zu stellen.

In Abhängigkeit von der Größe des Krankenhauses und der Anzahl der zu begutachtenden Bereiche erfolgt die Bewertung des Krankenhauses durch ein dreiköpfiges Team. Zu den Tätigkeiten der Inspektoren gehören u.a. die Durchsicht von Dokumenten, die Aufschluß über die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses geben, die Besichtigung von Behandlungseinheiten bzw. von Einrichtungen der Patientenversorgung, Gespräche mit Patienten und deren Angehörigen, Interviews mit Mitarbeitern und Führungskräften des Krankenhauses sowie mit Einwohnern der Stadt. Auf der Grundlage der so gewonnenen Erkenntnisse verteilen die Gutachter ihre Punkte, die von ihnen auf einer abschließenden Konferenz in Form eines vorläufigen Untersuchungsberichtes den leitenden Mitarbeitern des Krankenhauses präsentiert wird.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Entscheidung über den Akkreditierungsstatus ausschließlich auf der Grundlage von Standards und unter Anwendung des ausführlich beschriebenen Beurteilungs- und Entscheidungsverfahrens erfolgt. Dabei obliegt es dem Akkreditierungskomitee des Vorstands, dem Krankenhaus die offizielle Akkreditierungsentscheidung in Form eines Berichtes („official accreditation decision report“) zukommen zu lassen, in dem das Komitee seine Entscheidung für die Wahl der erteilten Akkreditierungsstufe begründet. Insgesamt stehen dem Vorstand 6 zu vergebene Akkreditierungsstufen zur Auswahl:

---

<sup>806</sup> Dies bedeutet beispielsweise, daß die Überprüfung des Entscheidungsgitters mit HAS 1 beginnt und dann entsprechend der numerischen Reihenfolge mit HAS 2, HAS 3, usw. fortgesetzt wird.

- Akkreditierung ohne Typ I Empfehlungen (Accreditation without Type I Recommendations),
- Akkreditierung mit Typ I Empfehlungen (Accreditation with Type I Recommendations),
- Einstweilige Akkreditierung (Provisional Accreditation),
- Akkreditierung unter Vorbehalt (Conditional Accreditation),
- Vorläufige Verweigerung der Akkreditierung (Preliminary Denial of Accreditation),
- Akkreditierung abgelehnt (Accreditation Denied).

Die Gültigkeit einer Akkreditierung bzw. die Dauer eines Akkreditierungszyklus beläuft sich auf 3 Jahre, kann aber bei Verstößen gegen die Bestimmungen der „Joint Commission“ schon vor Ablauf dieses Zeitraums wieder von ihr aberkannt werden. Grundsätzlich ist die „Joint Commission“ verpflichtet, Auskünfte über akkreditierte Organisationen des Gesundheitswesens an Dritte weiterzugeben, sofern es sich dabei nicht um betriebsinterne vertrauliche Informationen handelt.

Die Kosten einer Krankenhausakkreditierung sind abhängig vom Umfang und Typ der erbrachten Leistung und von der Dauer der Prüfung. Angesichts des Aufwandes, der mit einer Akkreditierung nach dem Handbuch und den Standards der JCAHO verbunden ist, erscheinen Kosten von durchschnittlich \$ 20.000 US-Dollar für eine Krankenhausakkreditierung als realistisch.



## 6 Auswertung

### 6.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede

#### 6.1.1 Entstehungsgeschichte und Rechtsform

- *Gemeinsamkeiten*

Mit Ausnahme des HAP bestehen sämtliche in dieser Arbeit untersuchten Organisationen seit mehr als 25 Jahren. Die gemeinsamen Anfänge der JCAHO und der CCHSA gehen sogar bis auf die Anfänge des 20. Jahrhunderts zurück. Das australische Akkreditierungssystem steht dem kaum nach, auch wenn seine Gründung erst 1974 erfolgte.

Die *Initiative* zur Aufstellung krankenhausspezifischer Standards bzw. zur Errichtung von Akkreditierungssystemen ging von den medizinisch-ärztlichen Vereinigungen aus (z.B. der Australian-, der Canadian-, oder der American Medical Association) und wurde in Kooperation mit den Vereinigungen der Krankenhäuser (z.B. der Australian-, Canadian-, oder American Hospitals Association) ausgearbeitet und umgesetzt. Im Gegensatz zu den für den Gesundheitsbereich adaptierten Modellen von MBNQA und EQA beruht kein Akkreditierungssystem oder Standard auf einem im Industrie- oder Dienstleistungsbereich in Anwendung befindlichen Modell oder Verfahren.

Des Weiteren ist allen Systemen die sukzessive, landesweite Verbreitung gemein, die über die Jahre hinweg erfolgte. Dieser Sachverhalt könnte als Anerkennung der Leistungsfähigkeit gewertet werden, die Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens möglichst objektiv zu messen und bewerten zu können. Wäre dies nicht der Fall, hätten sich die Systeme mit den dazugehörigen Standards von ACHS, CCHSA und JCAHO nicht in diesem Ausmaß in ihren Ländern verbreiten und über einen derart langen Zeitraum erfolgreich behaupten können. Nicht zuletzt die konsequente Überarbeitung und Anpassung der Akkreditierungssysteme und Standards an die veränderten länderspezifischen Gegebenheiten und Anforderungen dürfte maßgeblich zu diesem Erfolg beigetragen haben.

Ein weiteres gemeinsames charakteristisches Merkmal aller Akkreditierungssysteme ist deren Rechtsform. Bei allen hier erwähnten Systemen handelt es sich um private, staatlich unabhängige Institutionen.

- *Unterschiede*

Die wesentlichen Unterschiede in der Entstehungsgeschichte der vier Akkreditierungssysteme bestehen in der Finanzierung und in der Stellung, die alle Institutionen bei der Akkreditierung von Krankenhäusern in ihren Ländern einnehmen. Im Gegensatz zum CCHSA, der JCAHO und des HAP erhielt der ACHS bei seiner Gründung eine staatliche Anschubfinanzierung, die durch die Bewilligung öffentlicher Gelder erfolgte.

Obwohl es in Australien, in Großbritannien, in Kanada und in den USA noch andere Organisationen gibt, die Akkreditierungen von Krankenhäusern durchführen, nehmen die vier Organisationen in diesem Bereich eine monopolartige Stellung ein. Für das HAP gilt dies allerdings nur in Bezug auf kleine Krankenhäuser, da das weitaus größere Akkreditierungssystem des „King's Fund“, das große Krankenhäuser und Universitätsspitäler akkreditiert, einen größeren Bekanntheits- und Verbreitungsgrad in Großbritannien hat.

Tabelle 7 faßt die zentralen Aussagen dieses Punktes noch einmal zusammen.

Tabelle 7: Tabellarisch-vergleichende Darstellung der Geschichte und Rechtsform der Akkreditierungssysteme (Quelle: Eigene Darstellung)

System	ACHS	HAP	CCHSA	JCAHO
Kriterium				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Geschichte</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anfänge gehen auf das Jahr 1926 zurück (lokal beschränkt auf 3 Territorien); keine Einführung eines Akkreditierungsprogramms</li> <li>• 1974 Gründung des ACHS</li> <li>• Sukzessive Erweiterung des Programms auf andere Staaten in Australien</li> <li>• 1994 erstmalige Überarbeitung der Standards</li> <li>• Seit 2000 vollständige Überarbeitung von Equip</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anfänge gehen auf das Jahr 1986 zurück</li> <li>• Gründungsjahr 1990</li> <li>• Zunächst regional auf den Südwesten Englands beschränkt; ab 1993 landesweite Expansion</li> <li>• Anfänglich Anwendung nur auf kleine KH des öffentlichen Sektors; ab 1996 Erweiterung auf KH des privaten Sektors</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anfänge gehen auf das Jahr 1917 zurück (Hospital Standardization Program)</li> <li>• 1951-1953 „Canadian Medical Association“ Bestandteil der JCAH</li> <li>• Gründungsjahr 1958</li> <li>• Ausdehnung des Anwendungsspektrum der Standards bis in die 90er Jahre; als Konsequenz daraus Namensänderung in CCHFA (1988) und CCHSA (1995)</li> <li>• Standardüberarbeitung ab 1997; Fertigstellung des AIM Standard Dokumentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anfänge gehen auf das Jahr 1910 zurück</li> <li>• 1951 Gründung der JCAH mit der „Canadian Medical Association“</li> <li>• 1953 Erste KH-Akkreditierung nach eigenen Standards</li> </ul>

System				
Kriterium	ACHS	HAP	CCHSA	JCAHO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschichte</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60er u. 70er Jahre Erweiterung der Standards und Akkreditierungsprogramme auf andere Einrichtungen des US-Gesundheitswesens; parallel dazu Überarbeitung der Standards und Programme</li> <li>• 1993 und 1996 Überarbeitung der Standards und Handbücher in Richtung Patientenorientierung</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Finanzielle Hilfe</i> der australischen Regierung</li> <li>• Nahezu monopolartigen Stellung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine finanzielle staatliche Anschubfinanzierung</li> <li>• Monopolartige Stellung (<u>nur</u> bei kleineren KH)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine finanzielle staatliche Anschubfinanzierung</li> <li>• Monopolartige Stellung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine finanzielle staatliche Anschubfinanzierung</li> <li>• Monopolartige Stellung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechtsform</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privat, staatlich unabhängig; nicht profitorientiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staatlich unabhängig; nicht profitorientiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonom; unabhängig; nicht profitorientiert; zweisprachig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig; nicht profitorientiert</li> </ul>

### 6.1.2 Strukturelle Komponenten

- *Gemeinsamkeiten*

In allen Systemen ist der Vorstand interdisziplinär zusammengesetzt. Lediglich beim HAP-Programm sind die ärztlichen und pflegerischen Berufe quantitativ stärker vertreten als andere Berufsgruppen. Weiterhin müssen die Mitglieder des Vorstandes über langjährige Berufserfahrung verfügen und noch aktiv in ihrem Beruf tätig sein. ACHS, CCHSA und JCAHO beschränken das Zusammentreffen ihrer Vorstände auf drei bis vier Sitzungen im Jahr. Da sich die Mitglieder des HAP Vorstandes häufig mit Gutachtern und Repräsentanten anderer Krankenhäuser treffen, um mit ihnen an der Entwicklung des HAP und seiner Standards zu arbeiten, dürfte die Sitzungsfrequenz in etwa derjenigen der anderen drei Systeme entsprechen.

Zur Klientel aller akkreditierenden Organisationen gehören öffentliche und private Krankenhäuser, Einrichtungen der ambulanten Versorgung und der Pflege. Kommunale Gesund-

heitseinrichtungen zählen hingegen nur zum Kundenkreis des ACHS, des CCHSA und der JCAHO. Letztere hat wiederum als einzige von den vier Organisationen keine Rehabilitationseinrichtungen als Kunde. Organisationen der häuslichen Pflegebetreuung und Institutionen der psychisch-mentalenen Betreuung gehören lediglich zur Zielgruppe des CCHSA und der JCAHO.

Neben der Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen bieten alle vier Organisationen Schulungs- und Beratungsleistungen an, die Informationen über die Akkreditierung vermitteln. Abgesehen vom HAP ist die Entwicklung medizinischer Indikatoren ein weiterer Bestandteil aller Programme.

Alle vier Organisationen wirtschaften profitabel. Obwohl die „Joint Commission“ und der CCHSA im letzten Jahr Ertragsrückgänge verbuchen mußten, verstanden es beide Institutionen durch Mittelumschichtung eine ausgeglichene Bilanz vorzulegen. Der ACHS war von der Verringerung seiner Einnahmen nicht betroffen und konnte sogar einen Überschuß erzielen. Offensichtlich sind gut geleitete Organisationen mit ihren Akkreditierungssystemen durchaus in der Lage, gewinnbringend zu arbeiten. Die Befürchtung, derartige Einrichtungen könnten ohne permanente staatliche oder private Zuschüsse dauerhaft nicht existieren, scheint unbegründet zu sein.

- *Unterschiede*

Die Anzahl der für die vier Institutionen arbeitenden Mitarbeiter variiert z.T. beträchtlich. Mit 500 Mitarbeitern hat die JCAHO die mit Abstand größte Zahl von Mitarbeitern. An zweiter Stelle befindet sich der CCHSA mit 78 beschäftigten Personen. Mit 39 und 30 Mitarbeitern nehmen der ACHS und das HAP die dritte und vierte Position ein. Eine Erklärung für die unterschiedliche große Zahl an Mitarbeitern könnte in der Gesamtzahl der Akkreditierungen liegen, die von den jeweiligen Organisationen jährlich durchgeführt werden. Die „Joint Commission“ akkreditiert pro Jahr zwischen 9000 und 10.000 Einrichtungen, der CCHSA hingegen „nur“ 355 (im Jahr 2000). Angesichts dieser Größenverhältnisse ist anzunehmen, daß bei der JCAHO allein zur administrativen Abwicklung der Begutachtungen („surveys“) und Akkreditierungen ein weitaus größerer Mitarbeiterstamm erforderlich ist als in den anderen drei Ländern.

In der Finanzierung der Organisationen sind ebenfalls Unterschiede erkennbar. Während der ACHS, das HAP und der CCHSA ihre Einnahmen überwiegend aus Mitgliedsgebühren, Beitragszahlungen und aus der Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen beziehen, stel-



len Akkreditierungen die Haupteinnahmequelle der JCAHO dar. Der Nachteil dieser einseitigen Ausrichtung offenbarte sich 1999 in dem bereits erwähnten Umsatzrückgang der „Joint Commission“, der auf die rückläufige Zahl an durchgeführten Inspektionen zurückgeführt wurde.

Das Leistungsangebot des ACHS und des HAP beschränkt sich auf das eigene Land. Demgegenüber bieten die JCAHO und der CCHSA ihre Dienstleistungen auch im Ausland in Form von Beratungen oder beim Aufbau landesspezifischer Akkreditierungssysteme (z.B. bei der Errichtung von „ANAES“ oder der „JCI“) an.

Nur der ACHS und die JCAHO kooperieren mit anderen Organisationen in Fragen der gegenseitigen Anerkennung von Standards, bzw. gehen Vereinbarungen mit Akkreditierungsprogrammen anderer Institutionen ein. Diese „Öffnung“ gegenüber konkurrierenden Organisationen beinhaltet zwei Vorteile: einerseits kommt es zu einem verstärkten Wissens- und Informationsaustausch zwischen verschiedenen Akkreditierungssystemen und andererseits verringert es den Arbeitsaufwand für alle Akteure und trägt somit zu einer Reduzierung redundanter Abläufe bei.

Tabellarisch werden die zentralen Aussagen dieses Punktes noch einmal in Tabelle 8 zusammengefaßt:

Tabelle 8: Tabellarisch-vergleichende Darstellung der strukturellen Komponenten der Akkreditierungssysteme

System	ACHS	HAP	CCHSA	JCAHO
<b>Kriterium</b>				
• Strukturelle Komponenten:				
- Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interdisziplinär zusammengesetzter Vorstand aus 26 Personen (Ärzte überwiegen)</li> <li>• Vorstand tagt 4 mal im Jahr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interdisziplinär zusammengesetzter Vorstand aus 14 Personen (Ärzte, pflegerisches- und medizinisch-technisches Personal überwiegen)</li> <li>• Keine Angaben über Tagungshäufigkeit des Vorstandes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interdisziplinär zusammengesetzter Vorstand aus 15 Personen (Ärzte und pflegerische Berufe überwiegen)</li> <li>• Vorstand tagt 3 mal im Jahr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umfassende, interdisziplinär zusammengesetzter Vorstand aus 28 Personen (sehr heterogene berufliche Zusammensetzung)</li> <li>• Vorstand tagt 5 mal im Jahr</li> </ul>

System	ACHS	HAP	CCHSA	JCAHO
Kriterium				
- Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 39 Mitarbeiter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 Mitarbeiter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 78 Mitarbeiter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 500 Mitarbeiter</li> </ul>
- Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung aus Mitgliedsgebühren und Gebühren für Aus- und Fortbildungsveranstaltungen</li> <li>• Überschuß von 72.000 Australischen Dollar im Jahr 2000 erwirtschaftet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung aus Mitgliedsbeiträgen, aus Gebühren für Prüfungen und dem Verfassen von Prüfungsberichten</li> <li>• 2 Mio Pfund Umsatz (1995/1996); keine Angaben bzgl. eines potentiellen Defizites oder Überschusses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung aus Jahresgebühren (30%), Einnahmen aus Akuteinrichtungen, dem Gesundheitssystem, der Primärversorgung; geringfügige Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen</li> <li>• Geringfügiges Defizit (64.000 Kanada Dollar) im Jahr 2000</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hauptfinanzierung erfolgt aus Prüfungsgebühren für Akkreditierungen</li> <li>• Trotz Einnahmerückgang wurde ein Überschuß erwirtschaftet (1999: 3,1 Mio US-Dollar)</li> </ul>
- Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akkreditierung von KH.</li> <li>• Unterstützung von Organisationen bei der Implementation von QM durch EQUiP</li> <li>• Entwicklung und kontinuierliche Überprüfung der Standards und Richtlinien</li> <li>• Sammlung, Analyse u. Verbreitung klinischer Indikatoren zu Benchmark-Zwecken</li> <li>• Beratungsleistungen</li> <li>• ACHS Certification Program</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akkreditierung v. KH</li> <li>• Fortlaufende Überwachung und Überprüfung v. Standards</li> <li>• Professionelle Schulung von Prüfern</li> <li>• Errichtung einer nationalen Datenbank</li> <li>• Umfassendes Aus- und Fortbildungsprogramm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akkreditierung v. KH</li> <li>• Standards u.a. für: Einrichtungen der Akut- und Vollversorgung, kommunale Gesundheitseinrichtungen, Rehabilitative- und psychotherapeutische Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen (Langzeit-, Intensiv-, und häusliche Pflege)</li> <li>• Beratungsleistungen, Schulungsprogramme</li> <li>• Indikatorenentwicklung</li> <li>• Beratung beim Aufbau von Akkreditierungssystemen im Ausland („ANAES“)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akkreditierung v. KH</li> <li>• Standards u.a. für: Krankenhäuser, Einrichtungen der ambulanten- und Langzeitversorgung, für Einrichtungen der häuslichen Pflege und für betreutes Wohnen, sowie für PPOs, pathologische und klinische Laborleistungen</li> <li>• Förderung von Schulungs- und Bildungsprogrammen</li> <li>• „IMS“</li> <li>• „Quality Check“</li> <li>• Beratung bei der Einführung qualitätssichernder Maßnahmen im Ausland</li> </ul>
- Kunden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öffentliche- und private sowie Kreiskrankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Tageskliniken, Alters- und Pflegeheime, Notfalleinrichtungen, Einrichtungen der gemeindenahen Gesundheitsversorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleine öffentliche und private Akutkrankenhäuser mit weniger als 150 Betten, Pflegeheime und Reha-Einrichtungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenhäuser, rehabilitative Einrichtungen, kommunale Einrichtungen der „Erste Hilfe“, Einrichtungen der Langzeitpflege, der kontinuierlichen- und Intensivpflege sowie der Akutversorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemein- und Kinderkrankenhäuser, psychiatrische- und rehabilitative KH, Einrichtungen der häuslichen Pflege, Einrichtungen der Langzeit- und ambulanten Versorgung, PPOs, klinische Laboratorien, Einrichtungen für betreutes Wohnen</li> </ul>

### 6.1.3 Rekrutierung, Einstellungsvoraussetzungen, Zusammensetzung, Training und Kosten des Prüfungsteams

- *Gemeinsamkeiten*

Als einziges Programm rekrutiert das HAP seine Inspektoren aus akkreditierten Organisationen. Der ACHS, der CCHSA und die JCAHO suchen hingegen geeignete Anwärter über öffentliche Stellenausschreibungen oder durch Inserate auf der eigenen Internetseite.

Alle vier Akkreditierungssysteme stellen im wesentlichen dieselben grundlegenden Anforderungen an ihre Bewerber. Jeder Kandidat muß den Nachweis über eine mindestens dreijährige Tätigkeit in einer leitenden Position im Gesundheitsbereich nachweisen können sowie soziale und kommunikative Fähigkeiten im Umgang mit Menschen besitzen.

Drei der vier Akkreditierungssysteme veranschlagen eine zweitägige Grundschulung für ihre zukünftigen Inspektoren. Nur die „Joint Commission“ beraumt ein zwei- bis dreiwöchiges Training an, um die Auszubildenden auf ihre Aufgabe als Prüfer vorzubereiten. Angesichts des Umfangs und des komplexen Inhalts des Handbuchs der „Joint Commission“ erscheint dieser lange Schulungsaufwand durchaus angebracht. Weitgehende Übereinstimmung besteht ebenfalls in den Ausbildungs- und Trainingsinhalten der Systeme. Dazu gehört beispielsweise eine detaillierte Einweisung in die Standards und deren Handhabung sowie eine Unterweisung in den Ablauf einer Inspektion.

Sämtliche Inspektorenteams sind interdisziplinär zusammengesetzt und bestehen aus je einem Vertreter der ärztlichen Berufsgruppe, des Pflege- und des Verwaltungspersonals. In Abhängigkeit von den individuellen Besonderheiten der zu bewertenden Einrichtung (z.B. der Größe und des Typs der Institution) kann die Konstellation der Gruppe variieren. Diese Variabilität ermöglicht eine möglichst optimale Adaption der Inspektorenteams an die Verhältnisse vor Ort und trägt zu einer besseren Validität des Begutachtungsergebnisses mit bei.

- *Unterschiede*

Neben den zuvor erwähnten grundlegenden Gemeinsamkeiten bei den Einstellungsvoraussetzungen weist jedes System noch einige nennenswerte Unterschiede auf. Nur die Inspektoren des ACHS und des CCHSA müssen über gute Kenntnisse ihres nationalen Gesundheitssystems verfügen. Der CCHSA verlangt als einziges Akkreditierungssystem von seinen Anwärtern der Bewerbung ein Referenzschreiben beizulegen. Bewerber der „Joint Commission“ müssen wiederum theoretische Kenntnisse und praktische Erfahrungen im Qualitätsmanage-

ment besitzen. Zudem verlangt sie als einzige Organisation von allen Kandidaten den Nachweis diverser akademischer Abschlüsse.

Obwohl alle vier Systeme jährlich stattfindende Fortbildungsveranstaltungen für ihre Inspektoren vorsehen, variiert die Häufigkeit und die Länge der Veranstaltungen von Organisation zu Organisation. Mit insgesamt 6 bzw. 5 Tagen im Jahr veranschlagt der CCHSA und die JCAHO die meisten Tage für Fortbildungen im Jahr, gefolgt vom ACHS mit 3-4 Tagen und dem HAP mit einem Tag pro Jahr.

Von allen Organisationen beschäftigt die „Joint Commission“ mit Abstand die meisten Gutachter (515 Prüfer), gefolgt vom ACHS und dem CCHSA. Am Ende der Skala liegt das kleine HAS-Programm mit 27 Mitarbeitern. Dabei ist aber nicht nur die absolute Anzahl an Prüfern von Bedeutung, sondern auch das arbeitsrechtliche Vertragsverhältnis zu ihrer Organisation. Die JCAHO hat als einzige Institution vollzeit- bzw. hauptberuflich beschäftigte Prüfer bei sich angestellt. Weitere Mitarbeiter arbeiten für sie in einem Teilzeitarbeitsverhältnis („part-time“) und auf Honorarbasis. Andere Vertragsformen bestehen nicht. Im Vergleich zur „Joint Commission“ schließt der CCHSA ausschließlich Teilzeitverträge mit seinen Prüfern ab. Dabei richtet sich die Vergütung der Prüfer aber nach deren Funktion im Rahmen der Begutachtung (z.B. Leiter einer Prüfgruppe) und nicht nach seinem Berufsstand (z.B. Arzt). Abgesehen von einem festgelegten Tagessatz für den Verdienstausschlag von niedergelassenen Ärzten sieht das System des CCHSA keine weiteren Vergünstigungen wie bei der „Joint Commission“ vor (z.B. zusätzliche Urlaubstage etc.). Der ACHS und das HAP beschäftigen nahezu bzw. nur freiwillige Prüfer, die für ihre Tätigkeit lediglich eine Unkostenerstattung, aber kein Honorar erhalten. Wie bei der JCAHO und dem CCHSA erhalten die Teilzeitprüfer des ACHS, die weniger als 20% der Gesamtanzahl aller Gutachter des ACHS ausmachen, eine Vergütung für ihre Tätigkeit.

Unübersehbar sind die Unterschiede bei den Ausgaben für die Grundschulung und Fortbildung der Prüfer. Die mit Abstand größten Kosten für die Grundschulung fallen bei der JCAHO an (\$ 25.000 US-Dollar). Angesichts der vorgeschriebenen vierwöchigen Schulungsdauer und der sich ihr anschließenden mehrwöchigen oder mehrmonatigen vor Ort Schulung mit einem ausgebildeten und erfahrenen Prüfer, erscheint diese Summe durchaus angemessen. Ohne Zweifel kann sich einen dermaßen großen zeitlichen- und finanziellen Schulungsaufwand nur eine leistungsstarke finanzielle Organisation wie die „Joint Commission“ leisten. Um so mehr überrascht es, daß der vergleichsweise kleine ACHS \$ 6299 US-Dollar Kosten pro Prüfer bei einer nur 2 Tage dauernden Grundschulung verursacht. Im Vergleich zum

CCHSA, dessen Handbuch, Standards und Beurteilungsverfahren nicht weniger aufwendig erscheinen als das des ACHS, belaufen sich die Kosten für eine zeitlich gleich lang andauernde Grundschulung auf lediglich \$ 1471 US-Dollar. Im Verhältnis zum CCHSA liegt das HAP-Programm mit \$ 952 US-Dollar und einem Tag Grundschulung im unteren preislichen Bereich.

Die wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede dieses Punktes werden nochmals kompakt in Tabelle 9 übersichtlich dargestellt.

Tabelle 9: Tabellarisch-vergleichende Darstellung der Rekrutierung und Einstellungs-voraussetzungen der Prüfer

<b>System</b>	<b>ACHS</b>	<b>HAP</b>	<b>CCHSA</b>	<b>JCAHO</b>
<b>Kriterium</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekrutierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öffentliche Ausschreibungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommen aus bereits akkreditierten Org.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öffentliche Ausschreibungen; Internet-Seite des CCHSA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öffentliche Ausschreibungen; Internet-Seite der JCAHO</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellungs-voraussetzungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens 5 Jahre Berufserfahrung in leitender Position eines KH mit mehr als 50 Betten</li> <li>• Zwischenmenschliche Fähigkeiten</li> <li>• Gute Kenntnisse des australischen GW</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens 3 Jahre Berufserfahrung</li> <li>• Interpersonelle Fähigkeiten</li> <li>• Management Erfahrung; Teilnahmenachweis an 6 Prüfungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 Jahre Berufserfahrung in leitender Position; gegenwärtig leitende Position in Institution des GW</li> <li>• Interpersonelle und kommunikative Fähigkeiten</li> <li>• Gute Kenntnisse des kanadischen GW</li> <li>• Referenzschreiben; Telefonbefragung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 Jahre Berufserfahrung (3 Jahre im GW; 2 Jahre Management-Erfahrung in leitender Position)</li> <li>• Interpersonelle und organisatorische Fähigkeiten; Kommunikationsvermögen</li> <li>• Kenntnisse und Erfahrungen über Abläufe in Einrichtungen</li> <li>• QM-Kenntnisse u. Beteiligung an solchen Maßnahmen</li> <li>• Akademische Nachweise erbringen</li> </ul>

System				
Kriterium	ACHS	HAP	CCHSA	JCAHO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Schulung/Aus- und Fortbildung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 Tage Grundschulung;</li> <li>3-4 Tage Fortbildung pro Jahr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 Tage Grundschulung;</li> <li>1 Tag Fortbildung pro Jahr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 Tage Grundschulung;</li> <li>2 mal 3 Tage Fortbildung pro Jahr;</li> <li>2 Wochen pro Jahr Begehungen von Einrichtungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2-3 Wochen Grundschulung</li> <li>5 Tage Fortbildung pro Jahr</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Schulungs- und Trainings-Inhalte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schulung im Umgang mit den Standards</li> <li>Erlernen der Funktionen eines Prüfers und Vertrautmachen mit den Prüfungsabläufen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schulung im Umgang mit den Standards</li> <li>Simulation einer Prüfung von KH</li> <li>Berichte verfassen erlernen; Rollenspiele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schulung im Umgang mit den Standards</li> <li>Simulation einer Prüfung von KH und praxisnahe Unterweisung</li> <li>Gruppen- und Rollenspiele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schulung im Umgang mit den Standards</li> <li>Praxisnahe vor Ort Unterweisung</li> <li>Erlernen von Interviewtechniken</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl der Prüfer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>375 Prüfer</li> <li>=&gt; überwiegend Freiwillige (319); nur Unkostenerstattung; 55 „Contractors“ arbeiten auf Honorarbasis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>27 Prüfer</li> <li>=&gt; überwiegend Freiwillige; nur Unkostenerstattung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>320 Prüfer</li> <li>=&gt; davon 264 „aktiv“ tätige und 44 „Pensionäre“; arbeiten auf Honorarbasis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>515 Prüfer</li> <li>=&gt; Voll-, Teilzeit-, und intermittierende Prüfer; Voll- und Teilzeitprüfer erhalten monatlich feste Vergütung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Zusammensetzung, Kosten und Vergütung des Prüfungsteams</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 Prüfer (Arzt, Schwester, Mitarbeiter der Verwaltung)</li> <li>=&gt; variiert allgemein vom Typ, der Größe und dem Leistungsangebot des KH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3-4 Prüfer</li> <li>(Allgemeinmediziner, Facharzt, Schwester <u>oder</u> Klinikmanager; gegebenenfalls Trainee oder Mitarbeiter)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Max. 5 Prüfer (Arzt, Schwester, Mitarbeiter der Verwaltung und Atmungstherapeut</li> <li>=&gt; Zusammensetzung hängt von den Besonderheiten der Einrichtung ab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2-3 Prüfer (Arzt, Schwester, Mitarbeiter der Verwaltung)</li> <li>bei KH mit weniger als 40 Patienten: 2 Prüfer (i.d.R. Arzt und Schwester)</li> <li>=&gt; abhängig vom Leistungsangebot des KH</li> </ul>

System				
Kriterium	ACHS	HAP	CCHSA	JCAHO
- Kosten (1996) für a) Grundschulung	• \$ 6299 US-Dollar	• \$ 952 US-Dollar	• \$ 1471 US-Dollar	• \$ 25.000 US-Dollar
b) Fortbildung	• \$ 511 US-Dollar	• \$ 222 US-Dollar	• \$ 662 US-Dollar	• keine Angaben
- Vergütung pro Prüfer am Tag (1996)	• \$ 129-157 US-Dollar	• keine Angaben	• \$ 184 US-Dollar (Gruppenleiter) bzw. 129 US-Dollar (Teammitglied)  => 250 Kanada-Dollar Verdienstausschlag für Ärzte bei Praxis- schließungen	• Berufsabhängig; \$ 336 US-Dollar (Ärzte), \$ 247 US-Dollar (Andere Berufe)  => sonstige Vergün- stigungen wie zu- sätzlicher Urlaub/ Fortbildungsurlaub

Quelle: Eigene Darstellung

#### 6.1.4 Umfang und Aufbau der Handbücher

- *Gemeinsamkeiten*

Bezüglich des Umfangs und des Aufbaus der vier Handbücher sind nur wenige Gemeinsamkeiten festzustellen. Mit Ausnahme des HAP-Programms machen der ACHS, der CCHSA und die JCAHO in den ersten Kapiteln den Leser mit dem Sinn und Zweck bzw. mit den Grundlagen der Akkreditierung vertraut. Ein weiterer gemeinsamer Bestandteil der Handbücher ist die Beschreibung des Akkreditierungs- bzw. Begutachtungsprozesses durch die Prüfer. Der Vollständigkeit halber ist noch darauf hinzuweisen, daß sämtliche Akkreditierungssysteme Standards zur Bewertung von Krankenhäusern verwenden.

- *Unterschiede*

Der seitenmäßige Umfang der Handbücher variiert beträchtlich. Mit 928 Seiten besitzt die JCAHO das größte Handbuch der in dieser Arbeit untersuchten Akkreditierungssysteme. Nur halb so groß ist das Handbuch des CCHSA (420 Seiten), gefolgt vom HAP (170 Seiten) und dem ACHS (156 Seiten). Ebenso beträchtliche Unterschiede finden sich bei der Anzahl der aufgeführten Standards. Obwohl das Handbuch des HAP nur 170 Seiten umfaßt, enthält es 1318 Standards. Der ACHS beschränkt sich hingegen auf 156 Seiten mit 22 Standards, hat diesen aber direkt 172 Kriterien für die Beurteilung zugeordnet. Wie der ACHS verwendet der CCHSA für die Bewertung der Übereinstimmung eines Bereichs Kriterien. Im Gegensatz zum

australischen System verfügt er aber „nur“ über 280 Standards. Die JCAHO hat hingegen den 562 Standards ihres Handbuchs *direkt* keine Kriterien zugeordnet, verweist aber z.T. explizit bei der Beurteilung in ihren Standards auf diese bzw. auf die Berücksichtigung von Indikatoren. Zum besseren Verständnis der Standards enthalten lediglich die Handbücher von ACHS und CCHSA einen separaten Bereich mit Leitlinien („guidelines“), der besonders beim ACHS sehr ausführlich ausgefallen ist.

Die wesentlichen Erkenntnisse der in diesem Unterpunkt gegenübergestellten Vor- und Nachteile sind in Tabelle 10 noch einmal übersichtlich zusammengestellt worden.

Tabelle 10: Tabellarisch-vergleichende Darstellung des Umfangs der Handbücher

System	ACHS	HAP	CCHSA	JCAHO
Kriterium				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Umfang des Handbuchs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>156 Seiten; 5 Bereiche</li> <li>26 Seiten Standards und Kriterien; Leitlinien („guidelines“) zum besseren Verständnis</li> <li>22 Standards und 172 Kriterien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>170 Seiten; 4 Bereiche</li> <li>114 Seiten für Standards</li> <li>1318 Standards; keine Kriterien oder Leitlinien („guidelines“)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>420 Seiten; 8 Bereiche</li> <li>ca. 168 Seiten für Standards und Kriterien; Leitlinien zum besseren Verständnis</li> <li>280 Standards</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>928 Seiten; 3 Hauptbereiche</li> <li>616 Seiten für Standards; Hinweis auf Berücksichtigung des IMS-Systems</li> <li>562 Standards</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

## 6.1.5 Standards und Kriterien

### 6.1.5.1 Anwendungsbereich, Ausrichtung und Fokus

#### • *Gemeinsamkeiten*

Die Standards in drei der vier Handbücher sind für die Bewertung von Krankenhäusern bzw. von Einrichtungen des Gesundheitswesens (z.B. beim CCHSA), unabhängig von deren Größe, konzipiert worden. Eine Ausnahme stellt das HAP dar, deren Standards dezidiert nur für Krankenhäuser mit weniger als 150 Betten sowie für Reha- und Pflegeeinrichtungen entwickelt worden sind.

Alle Standards sind sehr prozeß-, patienten- und klinisch-organisatorisch orientiert. Aus der Gegenüberstellung ist weiterhin ersichtlich, daß die prozeßorientierten Standards sich



nicht auf einen Bereich beschränken, sondern in nahezu allen Kapiteln der Handbücher mit dem Aufbau und den Abläufen in der Organisation in Verbindung stehen. Dies trifft überwiegend auch für die Joint Commission zu, obwohl die Standards der Sektion III „Structures with Functions“ primär strukturorientiert sind.

Die Mitarbeiterorientierung ist in den Standards der vier Systeme gut berücksichtigt worden. In diesem Zusammenhang sind die Standards des CCHSA und der JCAHO hervorzuheben, die sich für die Belange der Mitarbeiter besonders stark einsetzen. Die Standards des CCHSA sehen sogar eine Teilnahme der Mitarbeiter bei der Aufstellung der strategischen Zielen der Organisation (Auftrag, Vision, Werte etc.) vor.

- *Unterschiede*

Während prozeßorientierte Standards zum Bestandteil aller Handbücher gehören, sind struktur- und ergebnisorientierte Standards in recht unterschiedlichem Ausmaß darin berücksichtigt worden. Beispielsweise finden sich im Handbuch des ACHS vorwiegend Prozeßstandards, aber keine oder zumindest nicht eindeutig erkennbare Struktur- oder Ergebnisstandards. Im Vergleich dazu kann das HAP und der CCHSA einige wenige Strukturstandards aufweisen, die quantitativ aber nicht mit der JCAHO konkurrieren können (1/3 Strukturstandards). Wieder einmal ist es die Joint Commission, die von allen vier untersuchten Systemen die meisten Ergebnisstandards entwickelt hat. Wie beim CCHSA sind ihre Ergebnisstandards vorwiegend im Bereich der Qualitätskontrolle bzw. Qualitätsüberwachung angesiedelt. Darüber hinaus hat die Joint Commission auch Ergebnisstandards in ihr Handbuch integriert, die sich mit den Ergebnissen von Mitarbeiterbefragungen, Prozessen und Dienstleistungen oder finanziellen Daten befassen. In weitaus geringerem Umfang hat das HAP eine Zahl von Ergebnisstandards für verschiedene Bereiche eines Krankenhauses entwickelt. Außerdem beschränken sich diese Standards primär auf den Aspekt der Evaluation und Qualitätssicherung.

Lediglich die Standards des ACHS und des CCHSA sind in ihrem Fokus nicht nur patienten- und klinisch-organisatorisch orientiert, sondern auch auf die Belange der Umwelt bzw. Umgebung ausgerichtet.

Die wichtigsten Aussagen dieses Unterpunktes sind in Tabelle 11 noch einmal vergleichend gegenübergestellt worden.

Tabelle 11: Tabellarisch-vergleichende Darstellung der Standards

System	ACHS	HAP	CCHSA	JCAHO
Kriterium				
• Standards und Kriterien:				
- Anwendungsbereich	• Alle Typen von Gesundheitseinrichtungen	• Nur auf kleine KH mit weniger als 150 Betten, Reha- und Pflegeeinrichtungen	• Auf alle Einrichtungen des kanadischen Gesundheitswesens	• Alle Typen und Größen von KH
- Ausrichtung	• Überwiegend prozeßorientiert (Pflegetätigkeit und organisatorische Funktionen)	• Überwiegend prozeßorientiert, einige strukturorientierte und wenige ergebnisorientierte Standards	• Überwiegend prozeßorientiert, wenige strukturorientierte und wenige ergebnisorientierte Standards => Ergebnisstandards insbesondere bei „Quality monitoring and improvement“	• Stärkere Prozeßorientierung; 1/3 strukturorientiert => Ergebnisstandards insbesondere bei Qualitätskontrolle, MA-Befragungen, Ergebnissen von Prozessen und Dienstleistungen, finanziellen Daten)
- Fokus	• Klinisch-organisatorisch-, patienten-, umwelt- und mitarbeiterorientiert	• Klinisch-organisatorisch-, patientenorientiert; z.T. auch mitarbeiterorientiert	• Patienten- und umweltorientiert; sehr mitarbeiterorientiert !	• Sehr patientenorientiert, klinisch-organisatorisch; mitarbeiterorientiert

Quelle: Eigene Darstellung

### 6.1.5.2 Berücksichtigung von TQM/UQM-Elementen

- *Gemeinsamkeiten*

Fünf von zehn TQM-Elementen wurden in den Standards der vier Akkreditierungssysteme nahezu gleichwertig berücksichtigt, weitere zwei TQM-Elemente in drei von vier Handbüchern.

Prozeß-, Kunden-, Patienten- und Mitarbeiterorientierung haben der ACHS, das HAP, der CCHSA und die JCAHO „gut“ bis „sehr gut“ in ihren Standards umgesetzt. Gleichwohl haben es alle vier Systeme versäumt, das „Null-Fehler-Konzept“ in ihren Standards zu integrieren. Dafür enthalten alle Handbücher präventiv ausgerichtete Standards, die eine Fehlervermeidung bezwecken. Allerdings beschränkt sich die Fehlervermeidung ausnahmslos auf si-

cherheitsrelevante bzw. auf medizinische Aspekte und vernachlässigt deren Anwendung und Ausweitung in anderen, nicht medizinisch organisatorischen Bereichen.

Ebenfalls „gut“ bis „sehr gut“ haben der ACHS, der CCHSA und die JCAHO die beiden TQM-Elemente „Verantwortung und Vorbildfunktion der Führung“ und „Kontinuierliche Verbesserung/Kaizen“ in ihre Standards integriert. Demgegenüber kann das HAP fast keinen Standard aufweisen, der eine „Verantwortung und Vorbildfunktion der Führung“ enthält. Zwar findet man in einigen HAP Standards das Prinzip der „kontinuierlichen Verbesserung/KAIZEN“, im Vergleich zu den anderen Systemen wird es aber nicht organisations- und funktionsübergreifend umgesetzt, sondern auf den Bereich der medizinischen Behandlung und der Pflege begrenzt.

- *Unterschiede*

Während das HAP das TQM-Element „Qualität als strategisches Unternehmensziel“ dezidiert in seine Standards aufgenommen hat, vermeidet die JCAHO diesen Terminus und ersetzt ihn durch den Begriff „performance improvement“. Setzt man diese Bezeichnung synonym mit „Qualität“ wird leicht ersichtlich, daß insbesondere die Standards in den Kapiteln „Planung“ und „Führung“ der Forderung dieses TQM-Bausteins sehr gut entsprechen. Eine derartige Zuordnung ist bei den Standards des ACHS und des CCHSA nicht möglich. Vielmehr spiegelt sich dieses TQM-Element nur indirekt in wenigen Standards wieder, die der Führungsebene zuzuordnen sind.

Weitere Unterschiede ergeben sich bei der „systematischen Datensammlung und Analyse“. Obwohl alle vier Systeme Standards enthalten, die sich mit der Sammlung von Daten befassen, betreiben nur der CCHSA und die JCAHO eine bereichsübergreifende Datenerhebung und Analyse, die eine Erhebung nicht-medizinischer Daten mit einschließt. Im Vergleich zu diesen beiden Systemen beschränkt sich die Datenerhebung und Auswertung sowohl beim ACHS als auch beim HAP vorwiegend auf medizinische, patientenbezogene Informationen.

Obwohl die Standards aller vier Systeme eine „gute“ bis „sehr gute“ Mitarbeiterorientierung aufweisen, besitzen nur die Standards des ACHS und des CCHSA eine „gute“ bis „sehr gute“ „partizipative Grundhaltung“. Dieses TQM-Prinzip kommt insbesondere durch die Einbeziehung der eigenen Mitarbeiter und externen Kunden (Gemeindevertreter, Lieferanten) bei der Aufstellung der strategischen Ziele der Organisation zum Ausdruck. Demgegenüber beschränkt sich die Partizipation von Mitarbeitern an organisatorischen und leistungsverbessernden Maßnahmen nur auf leitende Angestellte (z.B. bei der Joint Commission) oder etwa

auf die Abgabe von Empfehlungen bei der Verwendung finanzieller Mittel bzw. bei der Überprüfung und Überarbeitung von Verfahren und Abläufen.

Zusammenfassend ist folgendes zu konstatieren: Von den 10 TQM-Elementen hat die JCAHO und der CCHSA 7 Elemente „gut“ bis „sehr gut“ in seinen Standards berücksichtigt, gefolgt vom ACHS mit 6 Elementen und dem HAP mit 4 bis 5 Elementen. Dies bedeutet, daß alle Akkreditierungssysteme bemüht sind, das Prinzip des umfassenden Qualitätsmanagements in ihre Standards zu integrieren. Das besonders gute Abschneiden der „Joint Commission“ und des CCHSA kann u.a. an der größeren Erfahrung liegen, die diese Organisationen auf dem Gebiet der Standardentwicklung vorweisen können.

Die wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der vier Akkreditierungssysteme sind in Tabelle 12 zusammengefaßt.

Tabelle 12: Tabellarisch-vergleichende Darstellung der Berücksichtigung von TQM/UQM-Elementen in den Standards

<b>System</b>				
<b>Kriterium</b>	<b>ACHS</b>	<b>HAP</b>	<b>CCHSA</b>	<b>JCAHO</b>
• Berücksichtigung von TQM/UQM-Elementen:				
- Verantwortung und Vorbildfunktion der Führung	• weitgehend berücksichtigt	• Kaum berücksichtigt	• In vollem Umfang berücksichtigt	• In vollem Umfang berücksichtigt
- „Qualität“ als strategisches Unternehmensziel	• Teilweise berücksichtigt	• Weitgehend bis in vollem Umfang berücksichtigt	• Teilweise berücksichtigt (nicht explizit erwähnt)	• In vollem Umfang berücksichtigt („Qualität“ ~ „performance improvement“)
- Systematische Datensammlung und Analyse	• Teilweise berücksichtigt (einseitig auf Patienten ausgerichtet)	• Teilweise berücksichtigt (einseitig auf Patienten und Mitarbeiter ausgerichtet)	• In vollem Umfang berücksichtigt (in jedem Standard Kapitel erwähnt)	• In vollem Umfang berücksichtigt (organisationsweit, bei finanziellen Daten sowie Mitarbeiter u. Patientenbefragungen gegeben)
- Prozeßorientierung	• Weitgehend berücksichtigt	• Weitgehend berücksichtigt	• Weitgehend berücksichtigt	• Weitgehend berücksichtigt

System				
Kriterium	ACHS	HAP	CCHSA	JCAHO
- Kunden- und Patientenorientierung	• Weitgehend berücksichtigt	• Weitgehend berücksichtigt	• Weitgehend berücksichtigt	• Weitgehend bis in vollem Umfang berücksichtigt
- Mitarbeiterorientierung	• Weitgehend berücksichtigt	• Weitgehend berücksichtigt	• In vollem Umfang berücksichtigt	• Weitgehend bis in vollem Umfang berücksichtigt
- Partizipative Grundhaltung	• Weitgehend berücksichtigt	• Kaum bzw. fast gar nicht	• Weitgehend bis in vollem Umfang berücksichtigt	• Kaum bzw. fast gar nicht
- Null-Fehler Konzept	• Überhaupt nicht	• Überhaupt nicht	• Überhaupt nicht	• Überhaupt nicht
- Fehlervermeidung	• Wenig (auf sicherheitsrelevante Punkte beschränkt)	• Wenig (auf sicherheitsrelevante Punkte bei Patienten und Mitarbeitern beschränkt)	• Wenig (primär auf medizinische und sicherheitsrelevante Punkte beschränkt)	• Wenig (primär auf medizinische und sicherheitsrelevante Punkte beschränkt)
- Kontinuierliche Verbesserung/KAIZEN	• In vollem Umfang berücksichtigt	• Teilweise bzw. in unterschiedlichem Umfang berücksichtigt (stark auf medizinische Behandlungen und die Pflege ausgerichtet)	• In vollem Umfang berücksichtigt	• In vollem Umfang berücksichtigt

Quelle: Eigene Darstellung

### 6.1.5.3 Bewertungsschema und Anwendungsspektrum des Bewertungsschemas

- *Gemeinsamkeiten*

Die Bewertungsschemata der Akkreditierungssysteme ähneln sich teilweise in der Bezeichnung der Bewertungsstufen und weisen einige inhaltliche Gemeinsamkeiten auf. Sowohl der CCHSA als auch die JCAHO verwenden die Bezeichnung „nicht passend/nicht zutreffend“ („non compliance“ oder „non-compliant“ bzw. „non applicable“), wenn den Anforderungen an den Standard nicht entsprochen wird. Der ACHS benutzt ebenso diesen Ausdruck, legt ihn aber anders aus. „Nicht zutreffend“ ist anzugeben, wenn der Standard bzw. das Kriterium nicht von Bedeutung für die Organisation ist. Im Gegensatz zum CCHSA und der JCAHO fließt aber in diesem Fall die Bewertung nicht in die Leistungsbewertung der Organisation ein.

Die Begriffe „minimale Erfüllung“ („minimal compliance“), „teilweise Erfüllung“ („partial compliance“) und „erhebliche Erfüllung“ („substantial compliance“) werden gleichermaßen vom CCHSA und der JCAHO begrifflich und inhaltlich gebraucht. Im Gegensatz zur JCAHO muß die Beurteilung beim CCHSA aber unter der Beachtung der drei Elemente Vollständigkeit, Kommunikation und Koordination erfolgen. Neben dem CCHSA gebraucht auch der ACHS und das HAP diverse Punkte (z.B. „Führung“ und „Effektivität der Kommunikation“ beim HAP) oder Prinzipien (z.B. die „Equip Grundprinzipien“ beim ACHS), anhand derer die Bewertung des Ausmaßes an Übereinstimmung mit dem Standard zu erfolgen hat.

Weitere Übereinstimmungen betreffen das Anwendungsspektrum der Bewertungsschemata. Alle Bewertungssysteme erfüllen eine doppelte Funktion. Ihre Anwendung beschränkt sich nicht nur auf die Bewertung der Übereinstimmung eines Krankenhauses mit den Standards durch die Auditoren, sondern auch durch die Mitarbeiter der zu begutachtenden Einrichtung. Damit wird einem Krankenhaus ein Instrument zur eigenen Leistungsmessung in die Hand gegeben, ohne daß damit eine Bewertung durch externe Prüfer verbunden sein muß oder die Erteilung einer Akkreditierung angestrebt wird. Bezüglich dieses Aspektes bestehen durchaus Parallelen zu den Selbstbewertungssystemen des EFQM-Modells und des Modells der Baldrige Health Care Criteria for Performance Excellence, die in ihren Grundzügen in dieser Arbeit bereits vorgestellt worden sind.

- *Unterschiede*

Die Bewertungssysteme unterscheiden sich bereits durch die Anzahl der zur Auswahl stehenden Bewertungsstufen. Während die „Joint Commission“ und der ACHS ein fünfstufiges Schema zur Bewertung des Grades an Übereinstimmung mit einem Punkt oder Bereich verwenden beläßt es das HAP und der CCHSA bei vier Stufen. Als einziges Akkreditierungssystem leistet sich das HAP zwei verschiedene Bewertungsschemata: ein zweistufiges „Ja“-„Nein“ Raster, das den Mitarbeitern des Krankenhauses zur Selbstbewertung ihrer Einrichtung zu Verfügung steht und ein vierstufiges Schema, das ausschließlich den Prüfern des HAP vorbehalten ist. Der Vorteil dieses „Ja“-„Nein“ Schemas liegt zweifelsohne in seiner einfachen Handhabung. Diese Methode ist aber von großem Nachteil, wenn man die Bewertung der Mitarbeiter direkt mit den Untersuchungsergebnissen der externen Gutachter vergleichen möchte, denen das differenziertere vierstufige Beurteilungsraster zur Verfügung steht.

Der ACHS und das HAP haben Bezeichnungen für ihre Bewertung entwickelt, die sich begrifflich und inhaltlich z.T. gravierend von denen der anderen beiden Systeme unterscheiden. Von den vier Bewertungsschemata weicht die begriffliche Bezeichnung des ACHS am stärksten von denen der anderen drei Systeme ab und erweist sich beim ersten Lesen als weniger verständlich. Erst die dazugehörigen Ausführungen vermitteln Klarheit über die Intention jeder Bewertungsstufe. Dafür erscheint das ACHS-Schema differenzierter ausgeprägt als die der drei anderen Systeme. Mit dem Begriff „Kaum wahrnehmbare Leistungserbringung“ („little achievement“) haben die Australier beispielsweise eine Bewertungsstufe aufgestellt, die noch unter der vom CCHSA und JCAHO benutzten Bezeichnung „minimale Erfüllung“ einzuordnen ist. Das Schema des HAP kann im Vergleich dazu als grob bezeichnet werden, da nach der Bezeichnung „nicht akkreditierbar“ noch nicht einmal die „minimale Erfüllung“ nachgestellt worden ist. Statt dessen steht dem Gutachter als nächst höhere Stufe nur die „teilweise Übereinstimmung“ zur Auswahl. Das zwischen einer „teilweisen Übereinstimmung“ und einer „vollen Übereinstimmung“ ebenfalls keine weitere Bewertungsstufe integriert wurde, ist unverständlich.

Insgesamt entsteht beim Bewertungssystem des ACHS der Eindruck, dass die Unterschiede zwischen den Bewertungsstufen kleine, aber wichtige Nuancen betragen. Selbst die höchste Bewertungsstufe „umfassende Leistungserbringung“ vermeidet in seiner inhaltlichen Ausführung die Bezeichnung „durchweg erfüllt“, wie es z.B. bei dem amerikanischen und kanadischen Bewertungsschema der Fall ist. Durch diese Bezeichnung wird zudem der Eindruck der „Vollkommenheit“ vermieden, der den trügerischen Eindruck von Perfektion nach sich zieht.

Als irritierend kann der seit dem Jahr 2001 neu eingeführte Terminus „signifikante/bedeutsame Übereinstimmung“ („significant compliance“) bei der Joint Commission bezeichnet werden, der eine noch differenzierte Beurteilung ermöglichen soll. Obwohl die Ausführungen zu dieser Bewertung den Unterschied zur „wesentlichen Übereinstimmung“ („substantial compliance“) zufriedenstellend erklären, erscheint es sprachlich sinnvoller, die Bezeichnung „significant“ als bestmögliche Bewertung zu bezeichnen und nicht als „substantial“. Eine nochmalige Überarbeitung der sprachlichen Bezeichnung dieses Begriffs erscheint deshalb sinnvoll.

Die zentralen Bestandteile jedes Bewertungssystems sind in Tabelle 13 zusammengefaßt.

Tabelle 13: Tabellarisch-vergleichende Darstellung der Bewertungsschemata

System	ACHS	HAP	CCHSA	JCAHO
Kriterium				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewertung</li> <li>- Bewertungs-schemata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 stufiges Schema</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nicht zutreffend</li> <li>2) Kaum wahrnehmbare Leistungserbringung</li> <li>3) Etwas Leistungserbringung</li> <li>4) Mäßige Leistungserbringung</li> <li>5) Leistungserbringung mit Auszeichnung</li> </ol> <p>=&gt;Bewertung unter Berücksichtigung der „EquIP-Prinzipien (Kundenorientierung, Führung und Verbesserung der org. Leistung)</p> <p>=&gt;Forderung nach Belegen und Unterlagen, die Ergebnis- und Leistungsverbesserung dokumentieren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 bzw.4 stufiges Schema</li> </ul> <p>=&gt;„Ja“-„Nein“ Schema für die Selbstbewertung</p> <p>=&gt;4 stufiges Schema für die Prüfer</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nicht akkreditierbar</li> <li>2) Teilweise Übereinstimmung</li> <li>3) Volle Übereinstimmung</li> <li>4) Übertrifft den Standard; voll des Lobes</li> </ol> <p>=&gt;Weitere Erläuterungen sind zu jedem Standard möglich</p> <p>=&gt;U.a. Berücksichtigung der „Führung“ bei der Beantwortung der Standards</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 stufiges Schema</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nicht passend oder nicht erfüllt</li> <li>2) Minimale Erfüllung</li> <li>3) Teilweise Erfüllung</li> <li>4) Erhebliche Erfüllung</li> </ol> <p>=&gt;Weitere Erläuterungen sind zu jedem Standard möglich</p> <p>=&gt; Bewertung unter Berücksichtigung der Vollständigkeit, der Kommunikation, Koordination, Kundenorientierung und der Ergebnisse erfolgen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 stufiges Schema</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keine Übereinstimmung</li> <li>2) Minimale Übereinstimmung</li> <li>3) Teilweise Übereinstimmung</li> <li>4) Signifikante Übereinstimmung</li> <li>5) Wesentliche Übereinstimmung</li> </ol> <p>=&gt;Stärkere Gewichtung von Standards, die die Patientenversorgung oder Behandlungsergebnisse betreffen durch Anwendung des „cap“; Aggregationsregeln, Konvertierungstableau und Entscheidungsregeln</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anwendungsspektrum des Bewertungsschemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstbewertung</li> <li>• Fremdbewertung</li> <li>• Periodische Überprüfung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstbewertung</li> <li>• Fremdbewertung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstbewertung</li> <li>• Fremdbewertung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstbewertung</li> <li>• Fremdbewertung</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung



### 6.1.6 Prüfverfahren und Prüfablauf

- *Gemeinsamkeiten*

Die Begutachtung eines Krankenhauses ist eine komplexe und zeitaufwendige Aufgabe, die eine längere Planung und Vorbereitung erfordert. Diese Notwendigkeit berücksichtigen alle vier Akkreditierungssysteme, indem sie den Krankenhäusern eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit der sie akkreditierenden Organisation nahelegen. Im Schnitt sollte diese Verbindung ca. 6 bis 9 Monate vor dem eigentlichen Prüfungstermin erfolgen.

Mit Ausnahme der „Joint Commission“ verlangen alle Akkreditierungssysteme die Durchführung einer Selbstbewertung nach den jeweiligen Akkreditierungsstandards. Das Ergebnis der Selbstbeurteilung ist ausnahmslos den Bewerbungsunterlagen für die Akkreditierung beizulegen, um den Prüfern eine umfassende Vorbereitung auf die Inspektion zu ermöglichen.

Abgesehen von einigen Details unterscheiden sich die Prüfabläufe kaum voneinander. Neben der Überprüfung der Übereinstimmung eines Bereichs bzw. der Organisation mit den Standards gehört die Einsicht in medizinische- und nicht medizinische Dokumente zum festen Bestandteil jeder Inspektion. Dies schließt ebenfalls Gespräche mit Mitarbeitern ein, die aus interdisziplinären Berufsgruppen (z.B. Ärzten, Pflege- und Verwaltungspersonal) und unterschiedlichen hierarchischen Bereichen kommen, sowie Unterredungen mit Patienten, Angehörigen und Zulieferern. Zum festen Bestandteil jeder Prüfung gehört auch eine vor Ort Begehung des Krankenhauses bzw. seiner Bereiche und Abteilungen, die mit der zuvor beschriebenen Personenbefragung einhergeht.

Gewöhnlich werden am Ende jeder Überprüfung die Leitungsgremien der Krankenhäuser über die Ergebnisse der Überprüfung sofort unterrichtet. Dies erfolgt allerdings in z.T. recht unterschiedlicher Form und Ausprägung. Der ACHS gibt beispielsweise dezidiert Verbesserungsempfehlungen und verlangt vom Krankenhaus die Aufstellung des „Quality Action Plan“, während das HAP es bei einer mündlichen Unterrichtung des Krankenhauses über die Untersuchungsergebnisse beläßt. Dem schriftlichen Abschlußbericht des CCHSA wird sogar eine Akkreditierungsempfehlung an den Vorstand des CCHSA beigelegt.

Abgesehen vom HAP sind Nachprüfungen bei allen Akkreditierungssystemen vorgesehen. Besonders große Übereinstimmungen in den Bezeichnungen bestehen zwischen dem CCHSA und der JCAHO, die sogenannte „focus surveys“ und „progress reports“ als Instrument zur Überprüfung der Leistungsverbesserung benutzen. Diese Vorgehensweise wendet im Prinzip auch der ACHS durch seine periodischen Überprüfungen an, die zwischen den Hauptprüfungen

gen stattzufinden haben und durch die Festlegung der im „Quality Action Plan“ gemachten zeitlichen Vorgaben.

Bei der Gegenüberstellung der vier Systeme fällt weiterhin auf, daß fast alle akkreditierenden Organisationen ihren Klienten ein Widerspruchsrecht gegen die Ergebnisse der Überprüfung und der damit einhergehenden späteren Akkreditierung einräumen. Lediglich das HAP sieht von der Einführung dieses Rechtsmittels ab.

- *Unterschiede*

Einige wenige Unterschiede zwischen den Systemen sind in der Vorbereitung zum Prüfungsverfahren zu finden. Der ACHS verzichtet z.B. auf die Anfertigung und Zusendung eines Krankenhausprofils. Dies sollte jedoch nicht zu der Annahme führen, seine Prüfer wären weniger gut informiert als die der anderen Organisationen. Das Gegenteil dürfte der Fall sein, da zum Prüfungsablauf des ACHS eine Vorprüfung gehört, in deren Verlauf die Prüfer viele leistungsbezogene Informationen über die Organisation erhalten.

Im Vergleich zu den anderen Organisationen setzt der ACHS keinen Prüfkoordinator ein. Diese Funktion müßte in diesem System ohnehin überflüssig sein, weil der „Quality Action Plan“ bereits einen konkreten zeitlichen Rahmen zur Ein- und Ausführung leistungsverbessernder Maßnahmen vorschreibt. Dies bedeutet, daß ein Krankenhaus bereits mit der Erteilung einer Akkreditierung darüber in Kenntnis gesetzt worden ist, wann die Prüfer zur nächsten Inspektion erscheinen werden. Eine erneute umfassende Planung und Koordination des Prüfungsablauf dürfte sich daher auf ein Minimum beschränken

Einen Überblick über die Gemeinsamkeiten und Unterschiede ermöglicht die Tabelle 14.

Tabelle 14: Tabellarisch-vergleichende Darstellung der Prüfungsverfahren und -abläufe

<b>System</b>	<b>ACHS</b>	<b>HAP</b>	<b>CCHSA</b>	<b>JCAHO</b>
<b>Kriterium</b>				
• Prüfungsverfahren und Prüfungsablauf	• Vorprüfung, Prüfung, Nachprüfung	• Ca. 6 Monate vor der Inspektion Kontaktaufnahme mit HAP	• Bewerbungspaket anfordern	• 6-9 Monate vor der Inspektion Antragsdokument mit Bewerbungsunterlagen anfordern
• Prüfungsverfahren und Prüfungsablauf	• KH-Profil: k. A.	• KH-Profil verlangt (12 Wochen vor Prüfung an HAP senden)	• KH-Profil: k. A.	• KH-Profil verlangt

System	ACHS	HAP	CCHSA	JCAHO
Kriterium				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfungsverfahren und Prüfungsablauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstbewertung der Organisation (zzgl. Anfertigung eines Dokumentes für die Prüfer zur Vorbereitung der Inspektion =&gt; enthält frühere Prüfergebnisse und „Quality Action Plan“)</li> <li>• Kein Prüfkoordinator</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstbewertung der Organisation (HAP-Handbuch mit den Ergebnissen der SB wird an das HAP zur Vorbereitung für das Prüfungsteam geschickt)</li> <li>• Prüfkoordinator (Kontakt mit KH 4 Wochen vor Prüfung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstbewertung der Organisation</li> <li>• Prüfgruppe (koordiniert 6 Monate vor Prüfung mit KH den Ablauf der Prüfung) =&gt; CCHSA bietet Beratung bei der Prüfungsvorbereitung an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Selbstbewertung verlangt</li> <li>• Koordinator (stellt Prüfagenda mit KH auf) =&gt; Öffentlichkeit wird über Prüfung informiert)</li> </ul>
- Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfungsablauf:</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mündliche Präsentation der Leistungen und Ergebnisse des KH vor den Prüfern</li> <li>2) Verifizierung der Angaben durch die Prüfer</li> <li>3) Dokumenten- und Belegeinsicht</li> <li>4) Vor Ort Besichtigung des KH</li> <li>5) Gespräche mit MA, Patienten, Klienten und Pflegepersonal</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfungsablauf:</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bewertung der Übereinstimmung des KH mit den Standards</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfungsablauf:</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gespräche mit Vorstand, leitenden MA, Ärzten, Pflegepersonal, Patienten, Angehörigen, Gemeindemitgliedern</li> <li>2) Besichtigung der Ausstattung und Räumlichkeiten</li> <li>3) Bewertung jedes Pflege- und Serviceteams sowie der Organisation anhand der Standards</li> <li>4) Dokumenteneinsicht</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfungsablauf:</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dokumentendurchsicht</li> <li>2) Interviews mit Führungskräften</li> <li>3) Gespräche mit leitenden MA, medizinischen- und nicht-medizinischen Personal, Patienten</li> <li>4) Medizinische Dokumentation</li> <li>5) Funktionsbezogene Interviews</li> <li>6) Besichtigung v. Ort</li> </ol>

System				
Kriterium	ACHS	HAP	CCHSA	JCAHO
- Abschluß	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschlußkonferenz (Ergebnispräsentation, Stärken-Schwächen-Angabe, Verbesserungsempfehlungen)</li> <li>• Prüfbericht und „Quality Action Plan)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mündliche Unterrichtung der KH-Leitung über die Ergebnisse</li> <li>• Überarbeitung des Prüfberichtes durch Prüfkoordinator; Revision durch Prüfer; Weiterleitung an HAP-Vorstand</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschlußbericht mit <i>Akkreditierungsempfehlung</i> an CCHSA Vorstand</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorläufiger schriftlicher Untersuchungsbericht =&gt; tägliche Diskussion der Ergebnisse mit Vertretern des KH</li> </ul>
- Nachprüfung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Periodische Überprüfungen zwischen den Hauptprüfungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Nachprüfungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „focus survey“ und „progress reports“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „focus survey“, unangekündigte „written progress report“ Überprüfung</li> </ul>
- Berufungsoption	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gegeben.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• K.A.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gegeben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gegeben</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

### 6.1.7 Grundlagen, Stufen, Publikation und Kosten der Akkreditierung

- *Gemeinsamkeiten*

In allen vier Systemen findet die Entscheidung über die Vergabe einer Akkreditierung primär auf der Grundlage des Grades an Übereinstimmung eines Krankenhauses mit den Standards statt.

Des Weiteren bestehen einige begriffliche und inhaltliche Übereinstimmungen zwischen den Akkreditierungsstufen. Sowohl der ACHS als auch die JCAHO verwenden die Bezeichnung „Akkreditierung unter Vorbehalt“. Beide stimmen darin überein, daß eine Akkreditierung unter der Auflage vorläufig gewährt wird, sofern die ermittelten Defizite innerhalb eines gemeinsam festgelegten Zeitraums beseitigt werden. Synonym für diesen Inhalt steht die Bezeichnung des CCHSA „Akkreditierung mit Fokus Inspektion“.

Diverse Berührungspunkte bestehen ebenfalls zwischen dem Akkreditierungsstatus des HAP „Fokus Überprüfung“ („Schwebende Überprüfung“) und der „Verweigerung einer vorläufigen Akkreditierung“ bei der JCAHO. Beide Akkreditierungsstufen verweigern momentan

die Erteilung einer Akkreditierung, behalten sich jedoch eine Vergabe zu einem späteren Zeitpunkt vor. Im Vergleich zur „Joint Commission“ beanstandet das HAP bei dieser Stufe nur einige wenige Punkte, während die „Joint Commission“ einem Krankenhaus schwerwiegende Defizite in nahezu allen Bereichen bescheinigt.

Ob ein Krankenhaus die Ergebnisse oder den erteilten Akkreditierungsstatus publiziert, bleibt ihm selbst überlassen. Eine Ausnahme stellt nur die JCAHO dar. Sie ist als einzige der vier Organisationen verpflichtet, Auskünfte über akkreditierte Organisationen auf Anfrage an Dritte weiterzugeben. Jeder Interessierte kann z.B. unentgeltlich auf der Internet-Seite der JCAHO die Ergebnisse der Leistungsberichte („performance reports“), den Akkreditierungsstatus und die erhaltene Punktzahl einsehen. Der CCHSA stellt zwar auch eine Liste der von ihm akkreditierten Organisationen der Öffentlichkeit zur Verfügung, jedoch nur gegen Bezahlung.

Akkreditierte Krankenhäuser sind bei der „Joint Commission“ aus verständlichen Gründen von der Publikation betriebsinterner vertraulicher Informationen ausdrücklich ausgenommen. Dieser Sachverhalt dürfte erst recht für die anderen drei Akkreditierungssysteme zutreffen, die eine Veröffentlichung auf rein freiwilliger Basis vornehmen.

- *Unterschiede*

Die Unterschiede bei den Grundlagen und den Stufen der Akkreditierung liegen im Detail. Neben den Standards verwenden die Organisationen weitere unterschiedliche Instrumente und Verfahren zur Ermittlung des Akkreditierungsstatus. Zur Messung des Ausmaßes an Übereinstimmung mit dem Standard zieht der ACHS beispielsweise eine große Anzahl von Kriterien hinzu. Somit hat die Erfüllung von Kriterien eine unmittelbare Auswirkung auf die Übereinstimmung eines Bereichs mit einem Standard und damit auch indirekten Einfluß auf die spätere Erteilung des Akkreditierungsstatus. Beim CCHSA sind es neben dem Ausmaß an Übereinstimmung mit dem Standard auch die innerhalb der Organisation vorgefundenen Initiativen zur Qualitätsverbesserung, das Risikomanagement und die Leitlinien („guidelines“), die über den Akkreditierungsstatus entscheiden. Das komplexeste und differenzierteste Akkreditierungsverfahren benutzt die JCAHO, indem sie durch Anwendung der „Aggregations- und Entscheidungsregeln“ eine möglichst detaillierte und ausgewogene Bewertung der Gegebenheiten vor Ort vorzunehmen versucht.

Große Unterschiede bestehen bei den zu erteilenden Stufen der Akkreditierung. Betrachtet man z. B. die Bezeichnung „Nichterteilung einer Akkreditierung“ als eine zur Auswahl ste-

hende Entscheidung, so liegt die Spanne der zu vergebenden Akkreditierungsstufen zwischen 3 Stufen (ACHS) und 6 Stufen (JCAHO).

Ausgesprochen systemspezifisch ist die Bezeichnung der bestmöglich zu vergebenden Akkreditierungsstufe. Obwohl der ACHS und der CCHSA als beste Auszeichnung eine „Akkreditierung“ vergeben, verknüpfen sie damit inhaltlich unterschiedliche Anforderungen. Während der ACHS nur eine „Übereinstimmung mit den Standards“ voraussetzt, verlangt der CCHSA ausdrücklich eine Erfüllung der drei Faktoren (Übereinstimmung mit den Standards, Qualitätsverbesserung und Risikomanagement) sowie eine teilweise oder wesentliche Übereinstimmung der Organisation mit den Standards. Im Vergleich dazu bezeichnet die JCAHO ihre allerbeste Akkreditierungsstufe mit „Akkreditierung ohne Typ I Empfehlungen“. Würde die kurze Erläuterung dieses Status nicht so präzise ausfallen („...die Organisation erfüllt in *sämtlichen* Leistungsbereichen die Standards der JCAHO“), könnte ein Außenstehender mit dem Zusatz „... ohne Typ I Empfehlungen“ allerdings sehr wenig assoziieren. Da die Unterlagen des HAP wenig Aufschluß darüber geben, welche Bedingungen an eine „Akkreditierung für 3 Jahre“ verknüpft sind, sind nähere Ausführungen zu diesem Status nicht möglich.

Die Gültigkeit der Akkreditierung variiert zwischen 1 und 5 Jahren. Der CCHSA und die JCAHO vergeben wie das HAP eine maximal dreijährige Akkreditierung. Im Vergleich zu den beiden großen nordamerikanischen Organisationen vergibt das HAP aber noch ein- und zweijährige Akkreditierungen. Eine Sonderstellung nimmt der ACHS ein. Als einziges Akkreditierungssystem vergibt er eine *fünffährige* Akkreditierung, sofern eine Organisation bei drei aufeinanderfolgenden organisationsweiten Überprüfungen eine jeweils dreijährige Akkreditierung erhalten hat. Vermutlich ist aber die Vergabe einer dreijährigen Akkreditierung der Normalfall.

Angesichts der unterschiedlich großen Komplexität der Handbücher und Bewertungsverfahren sowie der z.T. erheblich abweichenden Kosten für die Prüferschulung verwundert es nicht, daß die Kosten der Akkreditierung zwischen den Akkreditierungssystemen recht unterschiedlich hoch ausfallen. Am Beispiel der JCAHO läßt sich die Korrelation zwischen Komplexität und Kosten am sehr anschaulich darstellen. Von allen vier Organisationen besitzt sie das umfangreichste Handbuch mit der quantitativ zweitgrößten Anzahl an Standards und dem komplexesten Bewertungsverfahren. Gleichzeitig investiert sie am meisten Zeit und Geld in die Ausbildung ihrer Prüfer. In Relation zu diesen Aufwendungen erscheint die Summe von mindestens \$ 20.000 US-Dollar für die Akkreditierung eines Krankenhauses mit wenigstens 200 Betten für angebracht. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen ist es nur logisch, daß

das HAP von allen vier Systemen die *verhältnismäßig* geringsten Kosten für eine Akkreditierung verursacht. Darüber hinaus fällt auf, daß der CCHSA als einziges der vier Akkreditierungssysteme neben der Akkreditierungsgebühr noch eine Bewerbungs-, Jahres- und Fortbildungsgebühr in die Kosten der Akkreditierung mit einfließen läßt. Tabelle 15 stellt die wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Akkreditierungsstufen gegenüber.

Tabelle 15: Tabellarisch-vergleichende Darstellung der Akkreditierungsstufen.

System	ACHS	HAP	CCHSA	JCAHO
Kriterium				
• Akkreditierung				
- Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standards und Kriterien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standards</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standards</li> <li>Initiativen zur Qualitätsverbesserung</li> <li>Risikomanagement</li> <li>Leitlinien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standards</li> <li>Aggregations- und Entscheidungsregeln</li> </ul>
- Stufen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Akkreditierung</li> <li>Akkreditierung unter Vorbehalt</li> <li>Akkreditierung</li> </ul> <p>=&gt; Gültigkeit der Akkreditierung zwischen 1-5 Jahren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Akkreditierung</li> <li>Fokus Überprüfung („Schwebende Akkreditierung“)</li> <li>Akkreditierung für 1 Jahr</li> <li>Akkreditierung für 2 Jahre</li> <li>Akkreditierung für 3 Jahre</li> </ul> <p>=&gt; Gültigkeit der Akkreditierung zwischen 1-3 Jahren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nicht akkreditiert</li> <li>Akkreditierung mit Fokus Inspektion</li> <li>Akkreditierung mit Bericht/Gutachten</li> <li>Akkreditierung</li> </ul> <p>=&gt; Gültigkeit der Akkreditierung 3 Jahre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Akkreditierung abgelehnt</li> <li>Vorläufige Verweigerung der Akkreditierung</li> <li>Akkreditierung unter Vorbehalt</li> <li>Einstweilige Akkreditierung</li> <li>Akkreditierung mit Typ I Empfehlungen</li> <li>Akkreditierung ohne Typ I Empfehlungen</li> </ul> <p>=&gt; Gültigkeit der Akkreditierung 3 Jahre</p>

System	ACHS	HAP	CCHSA	JCAHO
Kriterium				
- Publikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiwillig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiwillig (Lokalpresse, „Community Health Council“)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiwillig (Angaben betreffend der Gültigkeit der Akkreditierung; Liste aller vom CCHSA akkreditierten Org. gegen Gebühr)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorgeschrieben</li> </ul>
- Kosten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$ 4837 bis \$ 9674 US-Dollar (1995)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$ 3125 US-Dollar (1995)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$ 9264 bis \$ 21618 US-Dollar (1995) =&gt;Bewerbungs-, Jahres-, Prüf-, und Fortbildungsgebühr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens \$ 20000 US-Dollar (2000)</li> <li>• \$ 8000 bis \$ 28550 US-Dollar (1995)</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

## 6.2 Zusammenfassung

Die Akkreditierungssysteme von ACHS, CCHSA und JCAHO wurden mit Ausnahme des HAP vor mehr als 25 Jahren auf Initiative der nationalen medizinisch-ärztlichen Vereinigungen errichtet und in Zusammenarbeit mit den Vereinigungen der Krankenhäuser weiterentwickelt und umgesetzt. Die Gründung der Organisationen erfolgte nahezu ohne staatlich finanzielle Unterstützung, lediglich der ACHS erhielt eine einmalige staatlich finanzielle Zuwendung. Im Laufe der Jahre kam es zu einer sukzessiven, landesweiten Verbreitung der privaten und staatlich unabhängigen Akkreditierungssysteme. Mittlerweile nehmen alle vier Organisationen eine monopolartige Stellung bei der Akkreditierung von Krankenhäusern in ihrem Land ein.<sup>807</sup>

Die Vorstände aller Akkreditierungssysteme sind interdisziplinär zusammengesetzt und treffen sich drei bis viermal im Jahr. Ihre Mitglieder müssen über eine langjährige Berufserfahrung verfügen und darin aktiv tätig sein. Dabei variiert die Anzahl der vom Vorstand geleiteten Mitarbeiter z. T. erheblich. Sie liegt zwischen 500 Angestellten (JCAHO) und 30 Angestellten (HAP).

<sup>807</sup> Dies gilt beim HAP nur für die Akkreditierung von Krankenhäusern bis maximal 150 Betten.



Zur Klientel der vier Organisationen gehören öffentliche und private Krankenhäuser sowie Einrichtungen der ambulanten Versorgung und der Pflege. Kommunale Gesundheitseinrichtungen zählen hingegen nur zum Kundenkreis des ACHS, des CCHSA und der JCAHO. Organisationen der häuslichen Pflegebetreuung und Einrichtungen der psychisch-mentalenen Betreuung werden wiederum nur von den beiden nordamerikanischen Institutionen betreut.

Das Leistungsangebot umfaßt neben der Akkreditierung von Krankenhäusern auch diverse Schulungs- und Beratungsleistungen, die - abgesehen vom HAP - die Entwicklung medizinischer Indikatoren mit einschließt. Während der ACHS und das HAP ihr Leistungsspektrum nur im Inland anbieten, sind der CCHSA und die JCAHO auch im Ausland tätig. Kooperationen mit anderen akkreditierenden Organisationen bzw. die Anerkennung anderer Standards nehmen wiederum nur der ACHS und die JCAHO vor. Unerachtet der unterschiedlichen Einnahmequellen (z.B. Akkreditierungs- und/oder Mitgliedsgebühren und/oder Beitragszahlungen) arbeiten alle vier Organisationen wirtschaftlich profitabel.

Mit Ausnahme des HAP rekrutieren die Organisationen die zukünftigen Prüfer über Stellenanzeigen der hauseigenen Internet-Seite oder über Annoncen in Fachzeitschriften. Vergleichbar mit den Anforderungsprofil der Vorstandsmitglieder müssen alle Kandidaten den Nachweis über eine mindestens dreijährige Tätigkeit in einer leitenden Funktion im Gesundheitsbereich nachweisen können sowie ausgeprägte soziale und kommunikative Fähigkeiten im Umgang mit Menschen besitzen. Die weiteren Anforderungen sind recht unterschiedlich und beziehen sich auf persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten des Bewerbers.

Die durchschnittliche Dauer der Schulung beträgt 2 Tage, nur die JCAHO veranschlagt ein zwei- bis dreiwöchiges Training. Dabei besteht eine weitgehende Übereinstimmung in den Ausbildungs- und Trainingsinhalten der Systeme. Größere Abweichungen sind hingegen in der Häufigkeit und Länge der Fortbildungsveranstaltungen auszumachen, die zwischen 3 und 6 Tagen variieren. Bei den Trainingskosten für die Grund- und Fortbildung steht die JCAHO mit \$ 25.000 US-Dollar pro Auszubildenden an erster Stelle. Kein anderes Akkreditierungssystem betreibt einen derartigen Zeit- und Kostenaufwand für die Prüferschulung wie die JCAHO. Angesichts derartigen Superlative verwundert es nicht, daß die „Joint Commission“ auch die größte Anzahl an Prüfern aufweisen kann und als einzige Institution hauptberuflich arbeitende Vollzeitprüfer bei sich angestellt hat, während die anderen Organisationen entweder nur Teilzeitprüfer oder auf freiwilliger Basis arbeitende Prüfer beschäftigen. Nach Abschluß der Ausbildung arbeiten die ausgebildeten Prüfer in allen Systemen in interdisziplinär zusammengesetzten Inspektorenteams, die in der Regel aus je einem Vertreter der ärztlichen

Berufsgruppe, des Pflege- und des Verwaltungspersonals bestehen, aber in Abhängigkeit von den lokalen Gegebenheiten des Krankenhauses problemlos erweitert werden können.

Der Umfang und Aufbau der Handbücher ist sehr unterschiedlich. Obwohl die JCAHO das quantitativ größte Handbuch entwickelt hat, besitzt der HAP die größte Zahl von Standards. Sehr verschieden wird ebenfalls das Verhältnis von Standards, Kriterien, Indikatoren und Leitlinien gehandhabt, auf deren Grundlage die Bewertung der Organisation bzw. ihrer Bereiche erfolgen soll.

Abgesehen vom HAP sind alle Standards für die Bewertung von Krankenhäusern bzw. von Einrichtungen des Gesundheitswesens, unabhängig von deren Größe, entwickelt worden. Den vier Akkreditierungssystemen ist es gelungen, prozeß-, patienten und klinisch-organisatorische Standards aufzustellen, die bereichsübergreifend in fast allen Standardkapiteln vorzufinden sind. Im Gegensatz dazu wurden struktur- und ergebnisorientierte Standards in unterschiedlichem Ausmaß in die Handbücher aufgenommen. Zudem befassen sich die ergebnisorientierten Standards primär mit der Qualitätskontrolle bzw. Qualitätsüberwachung und nur z.T. mit nicht medizinischen Ergebnissen wie Mitarbeiterbefragungen oder Finanzdaten.

Alle vier Akkreditierungssysteme sind bemüht, das Prinzip des umfassenden Qualitätsmanagements in ihre Standards zu integrieren. Fünf der zehn TQM-Elemente wurden in sämtlichen Standards nahezu gleichwertig berücksichtigt. Dazu gehören die Prozeß-, Kunden-, Patienten- und Mitarbeiterorientierung. Die „Verantwortung und Vorbildfunktion der Führung“ und „Kontinuierliche Verbesserung/KAIZEN“ haben ebenfalls fast alle Systeme „gut“ bis „sehr gut“ in die Standards integriert. Dafür mangelt es in allen Systemen an einer dezidierten Erwähnung des „Null-Fehler-Konzeptes“, auch wenn auf präventive, fehlervermeidende Standards in sicherheitsrelevanten medizinischen Bereichen Wert gelegt worden ist. Wie beim CCHSA und der JCAHO wäre auch bei den anderen beiden Systemen eine bereichsübergreifende Datenerhebung und -analyse wünschenswert. Dies gilt ebenso für die partizipative Grundhaltung gegenüber den Mitarbeitern, die lediglich beim ACHS und dem CCHSA gut in den Standards wiederzufinden ist.

Die Bewertungsschemata ähneln sich z.T. in der Bezeichnung der Bewertungsstufen und weisen einige inhaltliche Gemeinsamkeiten auf. Dazu gehören u.a. die Verwendung der Bezeichnungen „nicht zutreffend“ bzw. „nicht passend“, wenn dem Standard nicht entsprochen wird. Affinitäten bestehen ebenfalls zwischen der JCAHO und dem CCHSA bei der gemeinsamen Verwendung der Bezeichnungen „minimale Erfüllung“ und „erhebliche Erfüllung“. Zudem eignen sich alle Standards und Bewertungsschemata nicht nur zur Fremdbewertung

durch die Prüfer, sondern auch als Instrument zur Selbstbewertung durch die Mitarbeiter eines Krankenhauses. Die auffälligsten Unterschiede bestehen in der Anzahl der zur Auswahl stehenden Bewertungsstufen, die zwischen 4 Stufen (HAP und CCHSA) und 5 Stufen (ACHS und JCAHO) liegt. Zudem verwendet das HAP noch ein zweistufiges Bewertungsraster, das nur der Selbstbewertung dient. Von der Bezeichnung der Schemata bei der „Joint Commission“ und dem CCHSA heben sich der ACHS und das HAP begrifflich und inhaltlich ab. Insgesamt besteht der Eindruck, daß das Bewertungsschema des ACHS inhaltlich differenzierter ausgeprägt ist als jenes des HAP. Bedingt gilt dies auch für die bestmöglich zu vergebende Übereinstimmung des ACHS im Vergleich zu derjenigen von CCHSA und JCAHO.

Die Prüfverfahren und die Prüfabläufe verlaufen weitgehend einheitlich. Ungefähr 6-9 Monate vor der beabsichtigten Prüfung hat ein Krankenhaus Kontakt mit der akkreditierenden Organisation aufzunehmen. Den Bewertungsunterlagen sind die Ergebnisse der Selbstevaluation beizufügen (nicht bei der JCAHO), damit die Prüfer sich umfassend auf die Inspektion vorbereiten können. In der Regel koordiniert ein sogenannter Prüfkoordinator mit dem Krankenhaus den Ablauf der Prüfung. Bestandteil sämtlicher Inspektionen sind die Übereinstimmung eines Standards mit einem Bereich bzw. der Organisation, die Einsicht in medizinische und nicht-medizinische Dokumente, eine Besichtigung vor Ort, die Gespräche mit Patienten, Angehörigen, Zulieferern und dem Klinikpersonal einschließen. Vor Erstellung des Abschlußberichtes werden die Verantwortlichen des Krankenhauses mündlich oder schriftlich über die Ergebnisse der Inspektion unterrichtet. Darüber hinaus behalten sich fast alle Akkreditierungssysteme ein Recht zur Nachprüfung vor. Im Gegenzug ist allen Organisationen ein Widerspruchsrecht gegen die Akkreditierungsentscheidung zugestanden worden (HAP ausgenommen).

Die Entscheidung über den Akkreditierungsstatus erfolgt bei allen Systemen primär auf der Übereinstimmung eines Krankenhauses mit den Standards. Darüber hinaus ziehen die Akkreditierungssysteme noch andere Verfahren und Instrumente zur Ermittlung des Akkreditierungsstatus wie beispielsweise Kriterien (ACHS), Leitlinien (CCHSA) oder selbstentwickelte Aggregations- und Entscheidungsregeln (JCAHO) hinzu. Verschiedene Überschneidungen bestehen ebenfalls bei den Bezeichnungen für die Akkreditierungsstufen der JCAHO und des ACHS sowie zwischen der JCAHO und des HAP. Letztere weichen aber inhaltlich z.T. stark voneinander ab. Keine Einigkeit existiert bei der Anzahl der zu vergebenen Akkreditierungsstufen. Während dem Vorstand der „Joint Commission“ 6 Stufen zur Auswahl stehen, begnügt sich der ACHS mit 3 Stufen. Ob und inwieweit ein Krankenhaus die Ergebnisse

bzw. den Akkreditierungsstatus publiziert, bleibt ihm überlassen. Lediglich die „Joint Commission“ ist zur Veröffentlichung der Ergebnisse verpflichtet, sofern es sich dabei nicht um betriebsinterne sensible Daten handelt. Während die beiden nordamerikanischen Organisationen eine maximal 3 Jahre gültige Akkreditierung erteilen, variiert diese beim HAP zwischen 1 Jahr und 3 Jahren und beim ACHS sogar zwischen 1 und 5 Jahren. Für den Erhalt der beantragten Akkreditierung müssen die Krankenhäuser einige Tausend US-Dollar bezahlen. Je nach Programm beläuft sich die Kostenspanne zwischen \$ 3000 US-Dollar (HAP) und \$ 20.000 US-Dollar (JCAHO).

### **6.3 Gestaltungsempfehlungen für den Aufbau eines deutschen Akkreditierungssystems**

Die nachfolgenden Empfehlungen für den Aufbau eines deutschen Akkreditierungssystems für Krankenhäuser beruhen überwiegend auf den Ausführungen und Gegenüberstellungen der Kapitel 5 und 6 dieser Arbeit. Wie aus der Darstellung und Analyse der Systeme zu entnehmen ist, stellt die Entwicklung eines nationalen Akkreditierungssystems eine zeitaufwendige und komplexe Aufgabe dar, die das interdisziplinäre Wissen von Experten aus dem Gesundheits- und Krankenhauswesen erfordert. Ein solches Vorhaben wäre im Rahmen dieser Untersuchung nicht zu bewältigen. Daher beschränken sich die Ausführungen dieses Unterpunktes nur auf die Abgabe allgemeiner Empfehlungen, die als Anregungen zu verstehen sind.

Prinzipiell stehen 2 Möglichkeiten zur Errichtung eines Akkreditierungssystems zur Auswahl. Entweder wird ein bereits bestehendes und in Anwendung befindliches System aus dem Ausland übernommen, oder ein nationales muß auf der Basis und der Erfahrungen verschiedener ausländischer Akkreditierungssysteme entwickelt werden. Für die erste Alternative haben sich Frankreich und Spanien entschieden. Während die Franzosen für die Übernahme des CCHSA-Systems votierten, entschloß sich zu Beginn der achtziger Jahre die spanische Provinz Katalonien zur Einführung eines Akkreditierungssystems für Krankenhäuser, das nach den Richtlinien der JCAHO aufgebaut werden sollte.<sup>808</sup> Da die Erfahrungen der Katalanen für die Entwicklung eines deutschen Systems von Interesse sein könnten, soll an dieser Stelle darauf eingegangen werden.

Im Vergleich zur Konzeption der „Joint Commission“ beteiligte sich die katalanische Provinzregierung aktiv an der neu errichteten Akkreditierungsorganisation. Anfänglich begnügte

---

<sup>808</sup> Vgl. Bohigas, L.: Hospital Accreditation the Catalan Experience (1984), S. 20.

sich das Akkreditierungskomitee<sup>809</sup> mit der Anwendung minimaler Qualitätsstandards, die über einen längeren Zeitraum hinweg sukzessiv auf ein optimales Standardniveau angehoben werden sollten. Abweichend von den Vorgaben der „Joint Commission“ entschieden sich die Katalanen für die Aufstellung eines Prüfungsteams, das ausnahmslos aus Ärzten mit Erfahrungen im administrativen Krankenhausbereich zusammengesetzt ist.

Dem Akkreditierungskomitee stehen 3 Akkreditierungsstufen zur Auswahl: 1) „Vollständige Akkreditierung für 3 Jahre“, 2) „Einstweilige Akkreditierung für 1 Jahr“ und 3) „Keine Akkreditierung“. Gegen die vergebene Akkreditierung kann ein Krankenhaus Widerspruch einlegen.<sup>810</sup>

Die erste Anwendungsreihe des katalanischen Systems wurde 1982 abgeschlossen. Von den 143 Krankenhäusern, die eine Akkreditierung ersuchten, konnten lediglich 95 Stück akkreditiert werden. Eine nachträgliche Überarbeitung der Standards in Richtung mehr Flexibilität führte 1983 zu einem besseren Untersuchungsergebnis. Von 125 Krankenhäusern erhielten 119 die begehrte Akkreditierung. Ungeachtet dieser Fortschritte kam es 1984 bis 1985 zum Niedergang des katalanischen Akkreditierungssystems. Als Ursache dafür sind zwei Faktoren anzuführen: die katalanische Provinzregierung weigerte sich weitere Finanzmittel für die Krankenhäuser zu Verfügung zu stellen, woraufhin diese in eine ernste wirtschaftliche Existenzkrise gerieten. Die Krise wurde noch zusätzlich durch die Festlegung von zu hohen Qualitätsstandards verschärft, die erhöhte Kostensteigerungen bei den Krankenhäusern mit sich brachte. Darüber hinaus sah sich kaum noch ein Krankenhaus in der Lage, den hohen Qualitätsanforderungen entsprechen zu können. Als Konsequenz dieser Ereignisse wurde das Akkreditierungsprogramm bis 1991 nicht weiterentwickelt. Im selben Jahr kam es zu einer Veröffentlichung neuer Standards, die zuvor in Übereinstimmung mit den Krankenhausvereinigungen ausgearbeitet worden waren.<sup>811</sup>

Das neue Programm zur Bewertung der Leistungsqualität von Krankenhäusern basierte erneut auf der Anwendung minimaler Standards. Nach Ansicht von Lluís Bohigas trug es zwar die Bezeichnung „Akkreditierungsprogramm“, entsprach aber nur den Ansprüchen an eine „Zertifizierung“, die keine kontinuierliche Qualitätsverbesserung von Prozessen sicher-

---

<sup>809</sup> Das Akkreditierungskomitee ist von leitenden Mitarbeitern der öffentlichen Gesundheitsvorsorge errichtet worden und entscheidet über den zu vergebenden Akkreditierungsstatus. Vgl. Bohigas, L.: *Hospital Accreditation the Catalan Experience* (1984), S. 20.

<sup>810</sup> Vgl. Bohigas, L.: *Hospital Accreditation the Catalan Experience* (1984), S. 21.

<sup>811</sup> Vgl. Bohigas, L., Asenjo, M. A.: *Hospital accreditation in Catalunya* (1995), S. 202.

stellte. Es bestand daher in Katalonien ein Bedarf nach einem echten Akkreditierungsprogramm, das eine hervorragende medizinische Gesundheitsversorgung sicherzustellen vermochte und auf der Grundlage optimaler Standards beruhen sollte. In Anbetracht der bisherigen Erfahrungen zum Aufbau eines nationalen Akkreditierungsprogramms in Katalonien sowie den damit verbundenen Zeit- und Geldaufwand lehnte die „Avedis Donabedian Stiftung“ (FAD)<sup>812</sup> 1994 die erneute Entwicklung eines nationalen Programms ab. Statt dessen arbeitete sie 1996 eine Vereinbarung mit der „Joint Commission“ aus, nach der die FAD eng mit der „Joint Commission International (JCI)“ zusammenarbeiten sollte. Mit dem Aufbau der Infrastruktur für das Akkreditierungsprogramm begann die FAD 1997. Hierzu gehört u.a. die Ernennung eines Programmanagers, die Schulung und Ausbildung der spanischen Prüfer, die bereits zuvor erwähnte Adaption der Richtlinien und Verfahren der „Joint Commission“ an die katalanischen Verhältnisse sowie die Errichtung eines Akkreditierungskomitees. Letzteres setzt sich aus Repräsentanten der nationalen medizinischen und pflegerischen Vereinigungen, Vertretern des Gesundheitsministeriums, Abgesandten der spanischen „Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen“ und Vertretern der spanischen Gesundheitsdienste zusammen. Vorsitzender des Komitees ist ein Mitglied des Vorstandes der FAD.<sup>813</sup>

Die FAD verwendete die „Joint Commission“ Standards nicht zum Aufbau eines spanischen Akkreditierungsprogramms, das auf der Basis des Modells der „Joint Commission“ beruhte. Vielmehr *adaptierte* sie das 1996er Akkreditierungshandbuch an die Besonderheiten des spanischen Gesundheits- und Krankenhauswesens, nachdem es zuvor ins Spanische übersetzt worden war. Besonderes Augenmerk richtete die FAD auf die Kriterien „Kultur“ und „Gesetze“. Zu den kulturellen Besonderheiten, die es anzupassen galt, gehörten z.B. die Punkte „Patientenrechte“ oder „Weisungsbefugnisse“. Andere Standards mußten wiederum den spanischen Gesetzen angepaßt werden. Dort, wo spanische und amerikanische Sicherheitsstandards gleichermaßen angewendet werden konnten, erhielten diejenigen Krankenhäuser, die den strengeren amerikanischen Sicherheitsstandards entsprachen, eine höhere Punktzahl bei der Bewertung.<sup>814</sup>

---

<sup>812</sup> Bei der „Avedis Donabedian Foundation (FAD)“ handelt es sich um eine im Jahre 1988 gegründete nicht profitorientierte Organisation mit Hauptsitz in Barcelona, die sich mit der Akkreditierung von Krankenhäusern befaßt. Vgl. Bohigas, L.: *Accreditation Across Borders* (1998), S. 227.

<sup>813</sup> Vgl. Bohigas, L.: *Accreditation Across Borders* (1998), S. 230.

<sup>814</sup> Vgl. Bohigas, L.: *Accreditation Across Borders* (1998), S. 229-230.

Der Akkreditierungsprozeß mußte ebenfalls an die spanischen Besonderheiten angepaßt werden. Dies betraf z.B. solche Standards, die auf die spezifischen organisatorischen Merkmale US-amerikanischer Krankenhäuser zugeschnitten waren.

Im Frühjahr 1998 bereiteten sich 7 Krankenhäuser und 2 ambulante Zentren auf die Akkreditierung vor.

Aus den Erfahrungen der Katalanen lassen sich folgende Erkenntnisse gewinnen: Verzichtet man auf die kostenintensive und zeitaufwendige Entwicklung eines nationalen Systems, kann die Wahl eines ausländischen Akkreditierungssystems eine denkbare Alternative sein. Wie in Katalonien darf das ausgewählte System mit seinen Standards und Verfahrensabläufen aber keinesfalls vorbehaltlos und ohne vorherige genaue Durchsicht bzw. Überprüfung direkt zur Leistungsbewertung deutscher Krankenhäuser angewendet werden. Die Akkreditierungssysteme der anglo-amerikanischen Länder müssen vielmehr auf die kulturellen, sozialen, wirtschaftlich-finanziellen und rechtlichen Besonderheiten des deutschen Krankenhauswesens abgestimmt werden. Die von den Katalanen vorgenommene Anpassung an die nationalen Verhältnisse scheint der einzig praktikable Weg zu sein, um potentielle Probleme bei der Anwendung zu minimieren oder ein totales Scheitern des gesamten Systems von vornherein auszuschließen. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, daß sich viele europäischen Firmen gegen Ende der achtziger Jahre nicht für eine Übernahme des US-amerikanischen „MBA-Modells“ entschieden, sondern auf dessen Basis das mittlerweile europaweit verbreitete und sehr erfolgreiche „EFQM-Modell“ entwickelten, das besser auf die europäischen Verhältnisse abgestimmt ist. Diese Vorgehensweise hat sich im nachhinein als richtig erwiesen und den Europäern binnen kurzer Zeit ein ebenbürtiges Instrumentarium zur Bewertung und Messung der Leistungsqualität ihrer Unternehmen zur Verfügung gestellt. In Anbetracht der äußerst angespannten Situation im deutschen Gesundheits- und Krankenhauswesen müssen sich die Verantwortlichen im Gesundheitsministerium, in den medizinisch-pflegerischen Organisationen und in den Krankenkassen die Frage stellen, ob man sich in Deutschland den Luxus leisten kann, den zeitaufwendigen Weg zur Aufstellung eines eigenen nationalen Akkreditierungssystems zu gehen. Die Erfahrungen in den anderen vier Ländern und der Region Katalonien haben zudem gezeigt, daß die Entwicklung und Erprobung von Standards einige Jahre erfordert. Im Gegensatz zu Deutschland begann man in den USA, in Kanada, in Australien und in Spanien mit der Entwicklung derartiger Systeme, als die Defizite der nationalen Gesundheitssysteme noch verhältnismäßig klein ausfielen. Es ist deshalb anzu-

nehmen, daß seinerzeit der Aufbau der Systeme nicht unter einem derart hohen Erfolgsdruck stand wie heute.

Diese Überlegungen und Einwände sollen nicht als Bewertung der Erfolgsaussichten des deutschen KTQ-Systems verstanden werden. Angesichts des Erfahrungsvorsprungs der hier vorgestellten Akkreditierungssysteme stellt sich jedoch die Frage, ob und wann das KTQ-System an das Niveau der anderen Systeme heranreicht. Beides wäre ihm zu wünschen, denn größere Fehlschläge hätten vermutlich nachhaltige negative Auswirkungen auf die Glaubwürdigkeit derartiger Systeme in Deutschland.

Unabhängig davon ob die Entscheidung auf die Adaption eines ausländischen Akkreditierungssystems oder die Entwicklung eines eigenen Systems fällt, sollten nachfolgende Punkte in die Überlegungen mit einbezogen werden:

- Rechtsform: Das Akkreditierungssystem sollte eine private Rechtsform erhalten und damit staatlich unabhängig sein. Diese Forderung erscheint gerechtfertigt, da es in den letzten Jahren in Deutschland in vielen Bereichen zu einem Rückzug des Staates aus dem Dienstleistungssektor gekommen ist (z.B. bei der „Deutschen Bundesbahn“ oder der Flugsicherung). Ebenso wird schon seit Jahren die Zertifizierung von Unternehmen nach DIN ISO 9000 von privaten, dafür lizenzierten Organisationen durchgeführt. Darüber hinaus sei daran erinnert, daß auch in Katalonien das ehemals staatlich gelenkte Akkreditierungssystem durch die private FAD ersetzt bzw. abgelöst worden ist.
- Strukturelle Komponenten: Die Entscheidung für ein privates Akkreditierungssystem bedeutet nicht, daß staatliche Institutionen wie z.B. das Bundesministerium für Gesundheit oder die Gesundheitsministerien der Länder keinerlei Mitsprache und Einflußmöglichkeiten mehr hätten. Das Gegenteil ist der Fall. Die interdisziplinäre Zusammensetzung des Vorstandes hat sich bei allen vier in dieser Arbeit untersuchten Systemen bewährt. Je nach geplanter Größe des Vorstandes kann eine Anzahl von Vorstandsmitgliedern aus den zuvor erwähnten Gesundheitsministerien kommen, wie es z.B. seit 1998 bei der FAD praktiziert wird. Auf diese Weise könnte der Kommunikations- und Informationsfluß zwischen der akkreditierenden Organisation und den staatlichen Organen aufrechterhalten werden. Geplante Gesetzesänderungen, die die Akkreditierung von Krankenhäusern betreffen (z.B. neue gesetzliche Sicherheitsvorschriften) könnten früh antizipiert und in



die Standards integriert werden. Darüber müßte wie beim KTQ-Programm der Vorstand mit Repräsentanten aus den wichtigsten medizinisch-pflegerischen Organisationen, der DKG und Vertretern der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung besetzt werden, um eine möglichst breite Akzeptanz des Programms und damit seine Verbreitung zu gewährleisten.

Es empfiehlt sich, die *Finanzierung* des Akkreditierungsprogramms aus Mitgliedsbeiträgen, Gebühren für Prüfungen, den Einnahmen aus Schulungen sowie dem Verfassen von Prüfungsberichten sicherzustellen, weil eine solche Streuung das Risiko von Einnahmeschwankungen bei rückläufigen Begutachtungszahlen reduziert (vgl. „Joint Commission“).

Das *Leistungsangebot* des neuen Systems muß sich anfangs auf wenige Angebote beschränken. Neben der Akkreditierung von öffentlichen und privaten Krankenhäusern aller Größen gehört dazu die Schulung von Prüfern und die Entwicklung einiger weniger Indikatoren und Leitlinien. Eine Ausweitung des Leistungskataloges erscheint erst dann sinnvoll, wenn sich das Programm und seine Standards nachhaltig in der Praxis bewährt haben (z.B. die Entwicklung von Standards für Rehabilitationseinrichtungen etc.).

- Rekrutierung, Einstellungsvoraussetzungen und Schulung der Prüfer: Die Glaubwürdigkeit und die Akzeptanz des Akkreditierungsprogramms steht und fällt mit der Qualifikation und der Berufserfahrung der Prüfer. Um bei einer Prüfung von den Mitarbeitern aller Bereiche und Hierarchieebenen akzeptiert zu werden, müssen die Prüfer nicht nur gut geschult, sondern auch fachlich hervorragend qualifiziert sein. In Anlehnung an die Einstellungsvoraussetzungen der anderen ausländischen Akkreditierungssysteme haben die Bewerber den Nachweis über wenigstens 3 Jahre Berufserfahrung in einer leitenden Position eines Krankenhauses zu erbringen. Persönliche Eigenschaften wie kommunikative und soziale Fähigkeiten im Umgang mit Menschen sowie das Vorhandensein von Grundkenntnissen des Qualitätsmanagements runden das Anforderungsprofil ab. Detailliertere Kenntnisse des deutschen Gesundheitswesens wären für eine solche Funktion von Vorteil, aber nicht zwingend erforderlich.

In Abhängigkeit von der Komplexität des Systems sollte für die Schulung der angehenden Prüfer wenigstens 2 Tage veranschlagt werden. Zum Bestandteil des Prüfertrainings gehören neben der Vermittlung von theoretischem Wissen auch das praxisnahe Durchspielen der Inspektion eines Krankenhauses. Bei einer Adaption des Modells der

JCAHO dürfte der Schulungsaufwand entsprechend den Erläuterungen im vorherigen Kapitel wenigstens 2 Wochen betragen. Zwei- bis viertägige Fortbildungen pro Jahr sind als ein weiterer wichtiger Bestandteil in das System zu integrieren.

Im Rahmen dieser Empfehlung können keine seriösen Angaben zur möglichen Anzahl der Prüfer abgegeben werden, wohl aber über deren potentiell Vertrags- bzw. Arbeitsverhältnis. Außer der JCAHO leistet sich kein anderes System die Einstellung von Vollzeitprüfern. Vielmehr bevorzugen die drei anderen Systeme die Einstellung von freiwilligen Prüfern und/oder Teilzeitprüfern. Es bietet sich an, diesem Vorbild zu folgen und die Mehrzahl der Stellen mit Prüfern zu besetzen, die als „Freiwillige“ arbeiten. Bei Bedarf kann zu einem späteren Zeitpunkt die weitere Anstellung von „Teilzeitprüfern“ in Erwägung gezogen werden. Es versteht sich von selbst, daß alle Inspektoren eine Unkostenerstattung für ihre Aufwendungen bekommen müssen. Darüber hinaus sollte neben der Unkostenerstattung auch eine Vergütung gezahlt werden, um Interessenten für diese Tätigkeit zu gewinnen. Diese sollte sich aber nicht primär nach der Berufsbezeichnung oder dem akademischen Grad richten, sondern vielmehr nach der Position bzw. Verantwortung des Einzelnen Gutachters im Prüfungsteam (vgl. CCHSA). Als sinnvoll erscheint es ferner, dem Vorbild des CCHSA zu folgen und niedergelassenen Ärzten eine festgelegte Ausfallentschädigung pro Tag für die Schließung ihrer Praxis zu zahlen.

In Anlehnung an die vier untersuchten Akkreditierungssysteme sollte die Anzahl der Prüfer pro Team zwischen 3 und 4 Personen liegen und aus einem Arzt, einer Krankenschwester und einem Vertreter der Verwaltung bzw. des Krankenhausmanagements bestehen. Entsprechend der Größe und des Typs der zu begutachtenden Einrichtung kann diese Zahl durch weitere Experten ergänzt werden.

- Standards: Die Entwicklung und Aufstellung von Standards und Kriterien ist ein anspruchsvolles Vorhaben, daß detaillierte Kenntnisse und praktische Erfahrungen im Umgang mit ihnen voraussetzt. Angesichts dieses Sachverhaltes muß an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen werden, daß die nachfolgenden Ausführungen nur sehr allgemein gehalten werden können.

Sämtliche Standards sollten auf alle Typen und Größen von Krankenhäusern anwendbar sein. Es erscheint wenig sinnvoll, ein Akkreditierungssystem nach dem Vorbild des HAP aufzubauen, das nur auf kleine Einrichtungen spezialisiert ist. Wesentlich praktikabler ist hingegen die Aufstellung eines einheitlichen „Standardkataloges“, dessen ein-

zelne Standards im Verlauf der Begutachtung durch entsprechende Bewertungsvorgaben den Besonderheiten des Krankenhauses angepaßt werden können (z.B. „Standard „X“ trifft nicht für diese Einrichtung zu).

Im Idealfall sind die Standards prozeß- und ergebnisorientiert und erfüllen sämtliche TQM-Elemente. Vor dem Hintergrund der Analyse und des Vergleichs der vier Akkreditierungssysteme ist ein derartiger Anspruch für die Entwicklung eines neuen Akkreditierungssystems sehr realitätsfern. Selbst die „Joint Commission“ mit ihrer jahrelangen Erfahrung auf diesem Gebiet kann diesem Anspruch nicht in vollem Umfang gerecht werden. Ungeachtet dessen wäre es sinnvoll, neben struktur- und prozeßorientierten Standards auch die Entwicklung ergebnisorientierter Standards von Beginn an voranzutreiben. Derartige Standards dürfen sich aber nicht nur auf die Erhebung medizinisch-pflegerischer Leistungsergebnisse beschränken, sondern müssen auch andere Bereiche eines Krankenhauses mit einbeziehen (z.B. die Erhebungsergebnisse aus Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, finanzielle Leistungskennzahlen, Befragungen bezüglich der Bewertung und des Ansehens des Krankenhauses in der Gemeinde usw.), damit die Verantwortlichen einen möglichst umfassenden Überblick über die Leistung der gesamten Organisation erhalten. Eine solche Forderung setzt wiederum eine in allen Bereichen und Abteilungen des Krankenhauses vorgenommene systematische und permanente Datensammlung und Analyse voraus, die in *allen* Standards integriert sein muß.

Um unnötige Wiederholungen zu vermeiden sei an dieser Stelle nur kurz darauf hingewiesen, daß neben der angesprochenen Datensammlung und Datenanalyse aus dem Bereich des TQM insbesondere die Verantwortung und Vorbildfunktion der Führungskräfte für das Qualitätsmanagement, die Patienten- und Mitarbeiterorientierung sowie das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung so gut wie möglich in den Standards enthalten sein muß, um zu einer realistischen und umfassenden Erhebung, Analyse und Verbesserung des Leistungsvermögens eines Krankenhauses zu gelangen.<sup>815</sup>

- Prüfungsverfahren und Prüfungsablauf: Zu den Bestandteilen des Prüfungsverfahrens gehört das Ausfüllen der Bewerbungsunterlagen (einschließlich des Organisationsprofils) durch das Krankenhaus. Um sowohl dem Krankenhaus als auch der akkreditierenden In-

---

<sup>815</sup> Vgl. Berücksichtigung von TQM Elementen in Kapitel 6 und vgl. Kapitel 2.6.3 „Charakteristika neuerer Akkreditierungssysteme“.

stitution genügend Zeit zur Vorbereitung auf die Prüfung zu geben, sollten die Unterlagen wenigstens 6 bis 8 Monate vor der Inspektion vollständig ausgefüllt an die Akkreditierungsorganisation geschickt werden. Dem „Bewerbungspaket“ ist eine interne Selbstbewertung des Krankenhauses beizufügen, die anhand der Standards und unter Anwendung des Bewertungsverfahrens zuvor durchgeführt worden ist. Das der Selbstbewertung zugrundeliegende Bewertungsschema sollte identisch mit dem der Prüfer sein, auch wenn dies für die Mitarbeiter des jeweiligen Krankenhauses einen erhöhten Arbeitsaufwand bedeutet. Die Anwendung eines „Ja“ – „Nein“ Schemas wie beim HAP ist abzulehnen, da es den Vergleich der Ergebnisse aus der Selbst- und Fremdbewertung intransparent macht. Wie beim HAP, dem CCHSA und der JCAHO kann je nach Größe der zu begutachtenden Einrichtung ein Prüfkoordinator oder eine Prüfgruppe eingesetzt werden, die in Kooperation mit dem Krankenhaus den Prüfungsablauf abstimmt und Fragen abklärt.

Das Inspektorenteam hat während des Prüfungsablaufs Einsicht in medizinische und nicht medizinische Dokumente zu nehmen. Des Weiteren sind die im Krankenhausprofil und bei der internen Selbstbewertung gemachten Angaben mit den eigenen Ergebnissen der Begutachtung zu vergleichen und auf deren Grad an Übereinstimmung zu überprüfen. Die Besichtigung der Räumlichkeiten vor Ort, Gespräche mit Mitarbeitern aus allen Abteilungen und Hierarchieebenen des Krankenhauses, Zusammenkünfte und Befragungen von Patienten und deren Angehörigen, die auch Lieferanten und Einwohner der Stadt mit einschließen, müssen Bestandteil des Prüfungsablaufs sein.

- Bewertungsschema: Das Bewertungsschema könnte 6 Stufen mit folgendem Inhalt umfassen:
  - 1) Nicht zutreffend oder nicht erfüllt:  
Entweder ist eine Anwendung des Standards nicht möglich oder dem Standard wurde in keinerlei Weise entsprochen.
  - 2) Geringfügige Übereinstimmung:  
Trotz großer Defizite sind vereinzelt Ansätze zur Übereinstimmung mit dem Standard erkennbar.
  - 3) Minimale Übereinstimmung:  
Wenige Anforderungen des Standards sind erfüllt.

## 4) Teilweise bzw. mäßige Übereinstimmung:

Mehere Anforderungen des Standards sind erfüllt worden. Anhand von Belegen sind Maßnahmen zur Leistungsverbesserung nachweisbar.

## 5) Wesentliche Übereinstimmung:

Die meisten Anforderungen und Bedingungen des Standards sind von der Organisation erfüllt worden.

## 6) Erhebliche Übereinstimmung

Sämtliche Anforderungen und Bedingungen des Standards sind ohne Einschränkungen erfüllt worden.

Eine Bewertung der Standards hat zudem unter der Berücksichtigung der Patientenorientierung, Vorbildfunktion der Führung und kontinuierlichen Verbesserung der Prozesse und Ergebnisse zu erfolgen. Des weiteren ist zu empfehlen, eine differenzierte Bewertung von Leistungen durch Anwendung des von der JCAHO verwendeten „cap“ und eines Konvertierungstableaus vorzunehmen. Letzteres Verfahren wird im Prinzip auch beim EFQM-Modell angewandt und hilft dem Prüfer, die erbrachten Leistungen besser durch Ermittlung eines Punktwertes zu bestimmen.<sup>816</sup>

Nach Abschluß der Inspektion sind die Leitungsgremien des Krankenhauses wenigstens mündlich über die Ergebnisse der Untersuchung zu informieren. Mit der Erteilung der Akkreditierung sollte das Krankenhaus auch über die Möglichkeit von unangekündigten Überprüfungen einzelner Bereiche des Krankenhauses durch die Prüfer der akkreditierenden Organisation in Kenntnis gesetzt werden und zur Erstellung von Leistungs- und Fortschrittsberichten verpflichtet werden. Dieses Verfahren würde die Krankenhäuser dazu veranlassen, an den ermittelten Leistungsstärken und –defiziten weiterzuarbeiten, und nicht erst ein Jahr vor der nächsten Akkreditierung damit zu beginnen. Zudem wird mit dieser Maßnahme zusätzlich ein externer Druck auf das Krankenhaus aufgebaut, entsprechende Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung aufzubauen. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit zur Berufung bestehen, gegen die Akkreditierungsentscheidung intervenieren zu können.

---

<sup>816</sup> Wie beim ACHS und der JCAHO sollte bei einem deutschen System über die gegenseitige Anerkennung von Verfahren zur Leistungsbewertung andere Akkreditierungs- und Qualitätsmanagementsysteme nachgedacht werden, um Redundanzen und damit unnötigen Zeit- und Arbeitsaufwand für Prüfer und Krankenhäuser zu vermeiden oder wenigstens zu verringern.

- Akkreditierung: Im Kern hat die Entscheidung über den zu vergebenden Akkreditierungsstatus ausschließlich auf der Übereinstimmung eines Krankenhauses und seiner Bereiche mit den Standards zu erfolgen, auch wenn indirekt die Anwendung von Kriterien und Indikatoren mit in die Bewertung eingeflossen ist. Da der Erwerb einer Akkreditierung vermutlich Kosten in Höhe von 15.000 Euro bis 20.000 Euro<sup>817</sup> hervorruft, sollte eine Akkreditierung pauschal für die Dauer von 3 Jahren gewährt werden. Der akkreditierenden Organisation sollte zudem die rechtliche Befugnis erhalten, auf Anfrage Auskunft über die Ergebnisse der Akkreditierung zu erteilen bzw. diese im Internet zu veröffentlichen.

Denkbar wäre die Vergabe folgender Stufen der Akkreditierung:

- Keine Akkreditierung:  
Die Gewährung einer Akkreditierung wurde verweigert
- Vorläufige Verweigerung der Akkreditierung:  
Die Übereinstimmung des Krankenhauses mit den Standards ist gegenwärtig nicht gegeben. Die Inspektoren sehen aber die Möglichkeit zur nachträglichen Erteilung der Akkreditierung gegeben, wenn das Krankenhaus binnen 6 Monaten seine Defizite beseitigt.
- Akkreditierung unter Vorbehalt:  
Das Krankenhaus entspricht im wesentlichen den Anforderungen an eine Akkreditierung. Allerdings bestehen in einzelnen Bereichen oder Abteilungen des Krankenhauses noch einzelne Defizite, die innerhalb eines festgelegten Zeitraumes zu beheben sind. Über die vorgenommenen Verbesserungen müssen schriftliche Berichte den Prüfern vorgelegt werden, die sich zudem vor Ort persönlich über den Stand der ergriffenen Maßnahmen informieren. Sind die Defizite beseitigt worden, wird die „Akkreditierung unter Vorbehalt“ in eine „Akkreditierung für 3 Jahre“ umgewandelt.
- Vollständige Akkreditierung für 3 Jahre:  
Das Krankenhaus erhält eine dreijährige Akkreditierung. Ungeachtet dessen hat es mit unangekündigten Inspektionen zu rechnen und ist zur Dokumentation der kontinuierlichen Leistungsverbesserung verpflichtet. Für den Fall, daß der akkreditierenden Organisation sicherheitsrelevante Verstöße oder sonstige schwerwiegende Verstöße des akkre-

---

<sup>817</sup> Dieser Wert ist geschätzt und beruht auf den Kosten der anglo-amerikanischen Systeme. Darüber hinaus hängt der Endbetrag von der Größe des Krankenhauses, der Zahl der eingesetzten Prüfer und deren Arbeitsaufwand ab.

ditierten Krankenhauses bekannt werden, kann die erteilte Akkreditierung jederzeit widerrufen werden.





## 7 Zusammenfassung

Bevor anhand einer systematischen, einheitlichen Untersuchung ausländischer Krankenhau-sakkreditierungssysteme praktische Gestaltungsempfehlungen für die Entwicklung und Anwendung eines deutschen Akkreditierungssystems für Krankenhäuser gegeben werden können, muß zunächst der Begriff „Qualität“ und die mit ihm in unmittelbaren Zusammenhang stehenden Ausprägungen analysiert und erläutert werden.

Die Ausführungen zum Begriff der „Qualität“ zeigen, daß dieser vielschichtig und komplex ist und bisher nur umschrieben, aber nie in einer weltweit anerkannten und einheitlichen Definition abgefaßt werden konnte. Daran ändert die Anerkennung der Definition von Qualität nach ISO 8402 durch die Mitglieder der weltweit agierenden „International Standardization Organization“ nur wenig, auch wenn sie einen wichtigen Beitrag zur Lösung dieses Problems darstellt. Demgegenüber wird unter Medizinern und Fachleuten der Ansatz von Avedis Donabedian, den Qualitätsbegriff in die drei Kategorien Struktur- Prozeß- und Ergebnisqualität einzuteilen, weithin akzeptiert. Dieser Systematik zufolge kann die strukturelle Ausstattung der medizinischen Versorgung den Behandlungsprozeß derart beeinflussen, daß es zu einer qualitativen Verbesserung oder Verschlechterung desselben kommt. Analog dazu können Veränderungen im Behandlungsprozeß Auswirkungen auf den gesundheitlichen Zustand des Behandelten haben.

Eng mit der Definition bzw. Auslegung des Begriffs „Qualität“ ist die Qualitätsmessung und –beurteilung verbunden. Sie kann durch Anwendung einer Anzahl von Instrumenten erfolgen, die sich hinsichtlich ihrer Funktion, Meßgenauigkeit und Verbindlichkeit unterscheiden. Häufig anzutreffende Instrumente zur Messung der Leistungsqualität sind Kriterien, Standards und Indikatoren, die alle dem Postulat der Validität, Reliabilität und Sensitivität entsprechen müssen. Während Kriterien die allgemeinen Merkmale der Qualität einer Leistung angeben, bezeichnen Standards deren konkrete zulässige oder gewünschte Ausprägung, indem sie die genaue Menge, den Grad der Erfüllung eines Kriteriums für ein in einem speziellen Betrieb angemessenes, annehmbares und optimales Qualitätsniveau angeben. Indikatoren werden meist aus Kriterien und Standards abgeleitet und dienen zur Überwachung und Evaluation von wichtigen Funktionen im Krankenhaus. Im Gegensatz zu Kriterien und Standards sind sie aber nur quantitative Meßinstrumente, d.h. sie können nicht zur direkten Messung von Qualität herangezogen werden. Ihnen kommt vielmehr eine Signalfunktion zu, spezifische Leistungsprobleme frühzeitig aufzudecken bzw. verstärkt auf diese hinzuweisen.

Von diesen drei Instrumenten ist die „Norm“ zu unterscheiden. Sie bezeichnet ein „Dokument, das mit Konsens erstellt wurde, von einer anerkannten Institution angenommen wurde und das für allgemeine und wiederkehrende Anwendungen, Regeln, Leitlinien oder Merkmale für Tätigkeiten oder deren Ergebnisse festlegt, wobei ein optimaler Ordnungsgrad in einem gegebenen Zusammenhang angestrebt wird. Normen sollen stets auf den gesicherten Ergebnissen von Wissenschaft, Technik und Erfahrung basieren und auf die Förderung optimaler Vorteile für die Gesellschaft abzielen.“ Zu den weltweit bekanntesten Normwerken gehört die Serie der ISO 9000 Normen, nach denen der Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems in einer Organisation erfolgen kann.

Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen sind weitere etablierte Instrumente der Qualitätsmessung und Beurteilung, die sich hinsichtlich ihrer Verbindlichkeit unterscheiden. Während in Deutschland zwischen Richt- und Leitlinie unterschieden wird, impliziert das englische Wort „guideline“ sowohl Richt- als auch Leitlinie. Richtlinien stellen verbindliche Handlungsanweisungen dar, deren Anwendung keinen Ermessensspielraum zuläßt. Ein Abweichen von ihnen kann Sanktionen nach sich ziehen. Demgegenüber können „guidelines“ oder auch Leitlinien von den Anwendern flexibel, d.h. situationsabhängig gehandhabt werden. Im Gegensatz zu den Richtlinien wird ein Abweichen von ihnen nicht als eine Verletzung der Sorgfaltspflicht gewertet und daher nicht mit Sanktionen geahndet.

Die Instrumente zur Messung der Leistungsqualität einer Organisation werden innerhalb eines sogenannten Qualitätsmanagementsystems angewendet. Unter einem Qualitätsmanagementsystem sind alle zur Durchführung des Qualitätsmanagements erforderlichen Strukturen, Verfahren, Prozesse und Mittel zu verstehen. Das Qualitätsmanagementsystem beschränkt sich nicht nur auf die Tätigkeiten der Führungsebene, sondern liegt in der Verantwortung aller Hierarchieebenen einer Organisation. Zudem sind weitere Einflußfaktoren wie Aspekte der Wirtschaftlichkeit sowie Wünsche und Anforderungen der Kunden zu berücksichtigen. Eine Organisation unterliegt beim Aufbau eines QM-Systems keinerlei Einschränkungen. Demgegenüber sind die Begriffe Qualitätssicherung/QM-Darlegung nur noch als ein Teilaspekt des Qualitätsmanagements zu verstehen, der dafür verantwortlich ist, daß alle geplanten und systematischen Tätigkeiten innerhalb des QM-Systems verwirklicht werden.

Eine Ausprägung bzw. Weiterentwicklung stellt das „Umfassende Qualitätsmanagement“ dar, daß auch unter der Bezeichnung „Total Quality Management“ zu weltweiter Anerkennung gelangte. In seinem Kern bezeichnet „Total Quality Management“ eine auf die Mitwirkung aller Mitglieder gestützte Managementmethode einer Organisation, die Qualität in den

Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf den Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt.

Die Prinzipien des „Umfassenden Qualitätsmanagements“ sind gegen Mitte der achtziger Jahre verstärkt in den anglo-amerikanischen Akkreditierungssystemen für Krankenhäuser berücksichtigt worden. Unter Akkreditierung ist ein formelles Verfahren zu verstehen, das die Erfüllung bestimmter Anforderungen, z.B. Standards oder Kriterien, durch eine autorisierte Körperschaft, eine Einzelperson, eine Organisation (z.B. ein Krankenhaus), ein Programm oder eine Gruppierung bewertet und anerkennt. Während der Schwerpunkt der traditionellen-/anglophonen-/stereotypischen Akkreditierungssysteme die organisatorische Struktur eines Krankenhauses als separate, aneinandergereihte Einheiten betrachtet und auf organisatorische Abläufe und Verfahrensweisen hin ausgerichtet ist, basieren die neueren Akkreditierungssysteme auf den Erfahrungen und Innovationen, die aus dem Konzept für eine kontinuierliche Verbesserung der Leistungsqualität und der Philosophie eines alle Bereiche umfassenden Qualitätsmanagements abgeleitet werden (Assimilation der „Continuous Quality Improvement“-Philosophie, Involvierung der Krankenhausärzte am Akkreditierungsprogramm, Einführung und Anwendung patientenorientierter Standards, bessere und umfassendere „Konsumenteninformation“, sowie Anwendung ergebnisorientierter Indikatoren zur Leistungsmessung). Darüber hinaus forciert der neue Akkreditierungstyp die auf Indikatoren basierende Entwicklung ergebnisorientierter Meßsysteme voranzutreiben, um eine genauere Ergebnismessung der am Patienten erbrachten Leistungen zu gewährleisten.

Konkrete Aktivitäten zur Qualitätssicherung im Krankenhaus gibt es in Deutschland nicht erst seit Inkrafttreten des § 137 SGB im Jahre 1989, der QS-Maßnahmen in Krankenhäusern zwingend vorschreibt. Vielmehr bestehen sie schon seit vielen Jahren in der Perinatalogie, der Chirurgie oder der operativen Gynäkologie. Neben diesen schon lange existierenden externen QS-Programmen zählen Fallbesprechungen, Röntgenbesprechungen, histologische Untersuchungen von Gewebentnahmen, Sektionen und Sektionsbesprechungen, Qualifikations- und Weiterbildungsvorschriften, Fortbildungsverpflichtungen, Weiterbildungsermächtigungen für Chefarzte, Zulassungsverfahren für spezielle Behandlungsarten, Medizingeräteverordnung, Röntgenverordnung sowie juristische Vorgaben, deren Zweck in der Prävention von Behandlungsfehlern besteht, zu den weiteren Maßnahmen der QS in deutschen Krankenhäusern. Diese Aktivitäten beschränken sich jedoch vorwiegend auf den jeweiligen Fachbereich; eine das gesamte Krankenhaus umfassende QS stellen sie folglich nicht dar. Zu bemängeln ist

weiterhin die ausgesprochen weitläufige Datenbasis, aus der die Informationen für die Qualitätssicherung kommen, die große Zeitspanne zwischen Erhebung und Auswertung der Ergebnisse, der nicht immer vorhandene Sachverstand des Personals, der für eine richtige Interpretation der Ergebnisse unerlässlich ist, sowie die mangelnde Information der Betroffenen über die Ergebnisse der Erhebung. Erschwerend kommt noch hinzu, daß die Qualitätssicherungsprogramme keine weiteren Hinweise darüber erhalten, wie eine Qualitätssicherung oder -verbesserung zu erreichen ist.

Angesichts der zuvor genannten Schwachstellen und aus der Erkenntnis heraus, daß der Erfolg externer Qualitätssicherungsmaßnahmen maßgeblich vom Vorhandensein interner organisatorischer Strukturen abhängt, die eine Umsetzung der externen Qualitätssicherung gewährleisten, begann man seit Ende der achtziger Jahre sukzessiv mit dem Aufbau umfassender Qualitätsmanagementsysteme in deutschen Krankenhäusern. Während einige Krankenhäuser ein internes Qualitätsmanagementsystem entsprechend dem Regelwerk der DIN ISO 9000 Normen errichteten, orientierten sich andere Einrichtungen an das von führenden europäischen Unternehmen nach dem Vorbild des US-amerikanischen Qualitätsmanagementmodells „Malcolm Baldrige Award“ entwickelte Modell der „European Foundation for Quality Management“. Im Vergleich zu den bis dahin bekannten Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung eröffneten beide Systeme den Krankenhäusern verschiedene Möglichkeiten zur Errichtung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems. Abgesehen davon, daß die Kriterien des EFQM-Modells weitaus stärker ergebnisorientiert sind als die Normen der ISO 9000 Reihe, unterliegen beide Systeme dem Makel, nicht explizit für Krankenhäuser entwickelte Kriterien bzw. Normen zu verwenden. Dieser Sachverhalt veranlaßte Experten aus verschiedenen Bereichen des deutschen Gesundheitswesens über die Errichtung eines deutschen Zertifizierungssystems für Krankenhäuser nachzudenken. In Anlehnung an einige ausgewählte anglo-amerikanische Akkreditierungssysteme kam es gegen Ende der neunziger Jahre zur Entwicklung des „KTQ-Modells“ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus), das sich gegenwärtig noch in der Erprobung befindet.

Die Untersuchung der Akkreditierungssysteme des ACHS, HAP, CCHSA und JCAHO anhand des selbstentwickelten, acht Punkte umfassenden Kriterienkatalogs gelangt zu folgenden Erkenntnissen:

- Mit Ausnahme des HAP bestehen die privaten und staatlich unabhängigen Akkreditierungssysteme seit mehr als 25 Jahren. Während dieses Zeitraums haben sie sich laufend

weiterentwickelt und den veränderten Bedingungen ihrer Gesundheitssysteme sowie den veränderten Patientenerwartungen angepaßt.

- Die Vorstände aller Akkreditierungssysteme sind interdisziplinär mit leitenden, beruflich erfahrenen Mitarbeitern aus verschiedenen Berufsgruppen des Gesundheitswesens zusammengesetzt. Dank dieser Konstellation kann das Akkreditierungssystem schneller entsprechende Neuerungen und Veränderungen in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens antizipieren bzw. auf diese reagieren und damit gleichzeitig seine Akzeptanz bei den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens sicherstellen.

Die Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter variiert von System zu System und liegt zwischen 30 und 500 Angestellten. Sie arbeiten durchweg in wirtschaftlich profitablen Organisationen, zu deren Klientel öffentliche und private Krankenhäuser sowie Einrichtungen der ambulanten Versorgung und der Pflege gehören. Das Leistungsangebot der Akkreditierungssysteme umfaßt neben der Akkreditierung von Krankenhäusern auch verschiedene Schulungs- und Beratungsleistungen sowie die Entwicklung klinischer Indikatoren. Abgesehen von der Erhebung von Akkreditierungs- und/oder Mitgliedsgebühren stellen diese Leistungen die Haupteinnahmequelle der meisten Akkreditierungssysteme dar. Lediglich der CCHSA und die JCAHO bieten ihre Leistungen auch im Ausland an.

- Nahezu alle Organisationen rekrutieren ihre Prüfer über Stellenanzeigen im Internet oder in Fachzeitschriften. Die Bewerber müssen den Nachweis einer wenigstens dreijährigen Tätigkeit in einer leitenden Funktion im Gesundheitsbereich nachweisen können sowie ausgeprägte soziale und kommunikative Fähigkeiten im Umgang mit Menschen besitzen. Im Schnitt durchlaufen die angehenden Prüfer eine zweitägige Grundschulung (Ausnahme: JCAHO), in der ihnen neben theoretischem Wissen auch praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden. Darüber hinaus müssen sie an jährlich stattfindenden Fortbildungen partizipieren. Je nach Größe und Umfang des Akkreditierungssystems und seiner Standards bewegen sich die Ausbildungskosten pro Prüfer zwischen \$ 1000 US-Dollar (HAP) und \$ 25.000 US-Dollar (JCAHO). Im Gegensatz zu den unterschiedlich hohen Aus- und Fortbildungskosten liegt die Vergütung der Prüfer pro Tag relativ nahe nebeneinander. Zudem hängt sie vom Status des Prüfers ab (Freiwilliger-, Teilzeit- oder Vollzeitprüfer).

Nach der Ausbildung arbeiten die Prüfer in Teams zusammen, die i.d.R. aus je einem Vertreter der ärztlichen Berufsgruppe, des Pflege- und des Verwaltungspersonals besteht.

- Der Umfang und Aufbau der Handbücher ist sehr unterschiedlich und liegt zwischen 156 Seiten (HAP) und 928 Seiten (JCAHO). Weitere Unterschiede bestehen ebenfalls bei der Anzahl der Standards, der Kriterien, der Indikatoren und der Leitlinien auf deren Grundlage die Bewertung der Organisation erfolgen soll.
- Abgesehen vom HAP sind alle Standards für die Bewertung von Krankenhäusern bzw. Einrichtungen des Gesundheitswesens, unabhängig von deren Größe, entwickelt worden. Den vier Akkreditierungssystemen ist es gelungen, prozeß-, patienten- und klinisch-organisatorische Standards aufzustellen, die bereichsübergreifend in fast allen Standardkapiteln vorzufinden sind. Im Gegensatz dazu wurden struktur- und ergebnisorientierte Standards in unterschiedlichem Ausmaß in die Handbücher aufgenommen. Zudem befassen sich die ergebnisorientierten Standards primär mit der Qualitätskontrolle bzw. Qualitätsüberwachung und nur z.T. mit nicht medizinischen Ergebnissen wie Mitarbeiterbefragungen oder finanziellen Daten.

Im wesentlichen haben alle vier Akkreditierungssysteme das Prinzip des umfassenden Qualitätsmanagements in ihre Standards integriert. Zu beanstanden ist lediglich die fehlende Erwähnung des „Null-Fehler-Konzeptes“ und die Vernachlässigung einer bereichsübergreifenden Datenerhebung- und analyse in den Systemen des ACHS und des HAP.

- Die Bewertungsschemata ähneln sich z.T. in der Bezeichnung der Bewertungsstufen und weisen einige inhaltliche Gemeinsamkeiten auf. Dazu gehören u.a. die Verwendung der Bezeichnungen „nicht zutreffend“ bzw. „nicht passend“, wenn dem Standard nicht entsprochen wird. Affinitäten bestehen ebenfalls zwischen der JCAHO und dem CCHSA bei der gemeinsamen Verwendung der Bezeichnungen „minimale Erfüllung“ und „erhebliche Erfüllung“. Zudem eignen sich alle Standards und Bewertungsschemata nicht nur zur Fremdbewertung durch die Prüfer, sondern auch als Instrument zur Selbstbewertung durch die Mitarbeiter eines Krankenhauses. Die auffälligsten Unterschiede bestehen in der Anzahl der zur Auswahl stehenden Bewertungsstufen, die zwischen 4 Stufen (HAP und CCHSA) und 5 Stufen (ACHS und JCAHO) liegt. Zudem verwendet das HAP noch ein zweistufiges Bewertungsraster, das nur der Selbstbewertung dient.

Die Prüfverfahren und die Prüfabläufe erfolgen weitgehend einheitlich. Ungefähr 6-9 Monate vor der beabsichtigten Prüfung hat ein Krankenhaus Kontakt mit der akkreditierenden Organisation aufzunehmen. Den Bewertungsunterlagen sind die Ergebnisse der Selbstevaluation beizufügen (nicht bei der JCAHO), damit die Prüfer sich umfassend auf

die Inspektion vorbereiten können. In der Regel koordiniert ein sogenannter Prüfkoordinator mit dem Krankenhaus den Ablauf der Prüfung. Bestandteil sämtlicher Inspektionen sind die Übereinstimmung eines Standards mit einem Bereich bzw. der Organisation, die Einsicht in medizinische und nicht-medizinische Dokumente, eine Besichtigung vor Ort, die Gespräche mit Patienten, Angehörigen, Zulieferern und dem Klinikpersonal einschließen. Vor Erstellung des Abschlußberichtes werden die Verantwortlichen des Krankenhauses mündlich oder schriftlich über die Ergebnisse der Inspektion unterrichtet. Darüber hinaus behalten sich fast alle Akkreditierungssysteme ein Recht zur Nachprüfung vor. Im Gegenzug ist allen Organisationen ein Widerspruchsrecht gegen die Akkreditierungsentscheidung zugestanden worden (HAP ausgenommen).

- Die Entscheidung über den Akkreditierungsstatus erfolgt bei allen Systemen primär auf der Übereinstimmung eines Krankenhauses mit den Standards. Darüber hinaus ziehen die Akkreditierungssysteme noch andere Verfahren und Instrumente zur Ermittlung des Akkreditierungsstatus wie beispielsweise Kriterien (ACHS), Leitlinien (CCHSA) oder selbstentwickelte Aggregations- und Entscheidungsregeln (JCAHO) hinzu. Verschiedene Überschneidungen bestehen ebenfalls bei den Bezeichnungen für die Akkreditierungsstufen der JCAHO und des ACHS sowie zwischen der JCAHO und des HAP. Letztere weichen aber inhaltlich z.T. stark voneinander ab. Keine Einigkeit existiert bei der Anzahl der zu vergebenen Akkreditierungsstufen. Während dem Vorstand der „Joint Commission“ 6 Stufen zur Auswahl stehen, begnügt sich der ACHS mit 3 Stufen. Ob und inwieweit ein Krankenhaus die Ergebnisse bzw. den Akkreditierungsstatus publiziert, bleibt ihm überlassen. Lediglich die „Joint Commission“ ist zur Veröffentlichung der Ergebnisse verpflichtet, sofern es sich dabei nicht um betriebsinterne sensible Daten handelt. Während die beiden nordamerikanischen Organisationen eine maximal 3 Jahre gültige Akkreditierung erteilen, variiert diese beim HAP zwischen 1 Jahr und 3 Jahren und beim ACHS sogar zwischen 1 und 5 Jahren. Für den Erhalt der beantragten Akkreditierung müssen die Krankenhäuser einige Tausend US-Dollar bezahlen. Je nach Programm beläuft sich die Kostenspanne zwischen \$ 3000 US-Dollar (HAP) und \$ 20.000 US-Dollar (JCAHO).

Der Aufbau eines deutschen Akkreditierungssystems für Krankenhäuser kann entweder durch die Adaption eines bereits bestehenden und in Anwendung befindlichen Systems aus dem Ausland erfolgen, oder er muß auf der Basis und den Erfahrungen verschiedener ausländischer Akkreditierungssysteme entwickelt werden. Während erstere Alternative relativ wenig Zeit-

und Geldressourcen in Anspruch nimmt, besitzt letztere den Vorteil, die Besonderheiten des nationalen Gesundheitswesens bereits in die Entwicklung des Akkreditierungssystems und seiner Standards mit einfließen zu lassen. Als Konsequenz aus der Untersuchung der vier ausländischen Akkreditierungssysteme können nachfolgende Empfehlungen gegeben werden:

- Rechtsform: Das Akkreditierungssystem sollte eine private Rechtsform erhalten und damit staatlich unabhängig sein.
- Strukturelle Komponenten: Interdisziplinäre Zusammensetzung der Mitglieder des Vorstandes (Vertreter des Landes- und Gesundheitsministeriums und Repräsentanten aus den wichtigsten medizinisch-pflegerischen Organisationen, der DKG und Vertretern der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung).
- Finanzierung: Mischfinanzierung des Akkreditierungsprogramms aus den Mitgliedsbeiträgen, den Gebühren für Prüfungen, den Einnahmen aus Schulungen sowie dem Verfassen von Prüfungsberichten.
- Leistungsangebot: Zunächst Beschränkung auf die Akkreditierung von öffentlichen und privaten Krankenhäusern aller Größen, die Schulung von Prüfern und die Entwicklung einiger weniger Indikatoren und Leitlinien.
- Rekrutierung, Einstellungsvoraussetzungen und Schulung der Prüfer: Nachweis über wenigstens 3 Jahre Berufserfahrung in einer leitenden Position eines Krankenhauses, kommunikative und soziale Fähigkeiten im Umgang mit Menschen sowie Grundkenntnisse des Qualitätsmanagements. Detailliertere Kenntnisse des deutschen Gesundheitswesens sind wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich.

In Abhängigkeit von der Komplexität des Systems sollte für die Schulung der angehenden Prüfer wenigstens 2 Tage veranschlagt werden. Zum Bestandteil des Prüfertrainings gehören neben der Vermittlung von theoretischem Wissen auch das praxisnahe Durchspielen der Inspektion eines Krankenhauses. Zwei- bis viertägige Fortbildungen pro Jahr sind als ein weiterer wichtiger Bestandteil in das System zu integrieren.

Die Mehrzahl der Stellen ist mit „freiwilligen“ Prüfern zu besetzen. Bei Bedarf kann zu einem späteren Zeitpunkt die weitere Anstellung von „Teilzeitprüfern“ in Erwägung gezogen werden. Neben der Unkostenerstattung ist eine Vergütung zu gewähren, die der Position bzw. Verantwortung des einzelnen Gutachters im Prüfungsteam gerecht wird. Gegebenenfalls sollte niedergelassenen Ärzten eine festgelegte Ausfallentschädigung pro Tag für die Schließung ihrer Praxis gezahlt werden.



Das Prüferenteam sollte aus 3 bis 4 Personen bestehen (je einem Arzt, einer Krankenschwester und einem Vertreter der Verwaltung bzw. des Krankenhausmanagements), könnte aber durch das Einbeziehen weiterer Experten vergrößert werden.

- Standards: Sämtliche Standards sollten auf alle Typen und Größen von Krankenhäusern anwendbar sein und möglichst gut die Prinzipien eines umfassenden Qualitätsmanagements berücksichtigen. Das Ziel muß die Aufstellung eines einheitlichen „Standardkataloges“ sein, dessen einzelne Standards im Verlauf der Begutachtung durch entsprechende Bewertungsvorgaben den Besonderheiten des Krankenhauses angepaßt werden können (z.B. „Standard „X“ trifft nicht für diese Einrichtung zu).

Von Beginn an sollten neben struktur- und prozeßorientierten Standards auch die Entwicklung ergebnisorientierter Standards vorangetrieben werden, die sich aber nicht nur auf die Erhebung medizinisch-pflegerischer Leistungsergebnisse beschränken dürfen. Unverzichtbar ist ebenfalls eine in allen Bereichen und Abteilungen des Krankenhauses vorgenommene systematische und permanente Datensammlung und Analyse, die Bestandteil aller Standards sein müßte. Entsprechend den Prinzipien des TQM sind insbesondere die Verantwortung und Vorbildfunktion der Führungskräfte für das Qualitätsmanagement, die Patienten- und Mitarbeiterorientierung sowie das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung so gut wie möglich in die Standards aufzunehmen.

- Prüfungsverfahren und Prüfungsablauf: Die ausgefüllten Bewerbungsunterlagen, das Organisationsprofil und die Ergebnisse der Selbstbewertung müssen spätestens 6 bis 8 Monate vor der Inspektion vollständig ausgefüllt an die Akkreditierungsorganisation geschickt werden. Aus Gründen der Transparenz und der Vergleichbarkeit hat das der Selbstbewertung zugrundeliegende Bewertungsschema mit dem der Prüfer übereinzustimmen. Als sinnvoll und nützlich erscheint die Ernennung eines Prüfkoordinators oder einer Prüfgruppe, die in Kooperation mit dem Krankenhaus den Prüfungsablauf abstimmt und offene Fragen abklärt.

Das Inspektorenteam hat während des Prüfungsablaufs Einsicht in medizinische und nicht medizinische Dokumente zu nehmen und die Ergebnisse der Selbstbewertung auf ihre Validität vor Ort zu überprüfen, Gespräche mit Mitarbeitern aus allen Abteilungen und Hierarchieebenen des Krankenhauses zu führen, Zusammenkünfte und Befragungen von Patienten und deren Angehörigen sowie mit Lieferanten und Einwohnern der Stadt vorzunehmen.

- Bewertungsschema: Das Bewertungsschema könnte 6 Stufen umfassen:
  - 1) Nicht zutreffend oder nicht erfüllt
  - 2) Geringfügige Übereinstimmung
  - 3) Minimale Übereinstimmung
  - 4) Teilweise bzw. mäßige Übereinstimmung
  - 5) Wesentliche Übereinstimmung
  - 6) Erhebliche Übereinstimmung

Eine Bewertung der Standards hat zudem unter der Berücksichtigung der Patientenorientierung, der Vorbildfunktion der Führung und der kontinuierlichen Verbesserung der Prozesse und der Ergebnisse zu erfolgen. Um eine differenzierte Bewertung von Leistungen vornehmen zu können, ist die Anwendung eines „cap“ und eines Konvertierungstableaus sinnvoll und nützlich.

Nach der Erteilung der Akkreditierung sollten unangekündigten Überprüfungen einzelner Bereiche des Krankenhauses durch die Prüfer der akkreditierenden Organisation möglich sein. Ebenso ist das Krankenhaus zur Erstellung von Leistungs- und Fortschrittsberichten zu verpflichten. Umgekehrt muß dem Krankenhaus das Rechtsmittel der Berufung gegen die Akkreditierungsentscheidung zugestanden werden.

- Akkreditierung: Die Entscheidung über den zu vergebenden Akkreditierungsstatus erfolgt ausschließlich auf der Übereinstimmung eines Krankenhauses und seiner Bereiche mit den Standards. Dabei sollte die Akkreditierung pauschal für die Dauer von 3 Jahren gewährt werden. Auf Anfrage darf Auskunft über die Ergebnisse der Akkreditierung erteilt bzw. diese im Internet veröffentlicht werden. Nachfolgende Stufen der Akkreditierung sind denkbar: (1) Keine Akkreditierung, (2) Vorläufige Verweigerung der Akkreditierung, (3) Akkreditierung unter Vorbehalt und (4) Vollständige Akkreditierung für 3 Jahre.

Anhand der in dieser Arbeit vorgenommenen Ausführungen wurde ersichtlich, das es für den Aufbau eines deutschen Akkreditierungssystems für Krankenhäuser eine verhältnismäßig große Anzahl von in der Praxis erprobten, umfassenden Qualitätsmanagementsystemen gibt, an denen man sich orientieren kann. Ungeachtet der großen Anzahl von Gemeinsamkeiten ist jedes einzelne System darauf bedacht, im Detail eigene Verfahren, Standards und Kriterien zu entwickeln, um den eigenen kulturellen Gegebenheiten und Anforderungen des Krankenhaus- und Gesundheitswesens gerecht werden zu können. Dieser Sachverhalt erschwert daher eine

abschließende Beurteilung der Systeme i.S. von „System A“ ist besser oder schlechter als „System B“. Noch komplizierter wird es wenn man versucht, ein System für sein eigenes Land gegenüber einem anderen System zu präferieren. Diese Überlegungen führen zwangsläufig zu der Erkenntnis, daß es „das optimale System“ nicht geben kann. Ein Akkreditierungssystem kann daher immer nur am ehesten den eigenen Anforderungen und Wünschen entsprechen, mehr aber auch nicht.

Diese Arbeit gibt einige Anregungen, welche Bestandteile und Verfahren in ein nationales Akkreditierungssystem integriert werden könnten. Eine andere Möglichkeit eröffnet die *Adaption* eines ausländischen Akkreditierungssystems auf Deutschland. Diese Alternative erfordert aber eine sorgfältige Anpassung der Standards und Verfahren an die Verhältnisse im deutschen Krankenhaus- und Gesundheitswesen mit seinen finanziellen und gesetzlichen Besonderheiten und Regelungen. Eine unreflektierte Übernahme ist daher strikt abzulehnen.

Alle qualitätsverbessernden Maßnahmen und Systeme bezwecken eine qualitativ verbesserte Leistungserbringung gegenüber dem Patienten. Als Beitragszahler und Kunde möchte er deshalb wissen, welche Leistungsqualität er in welcher Einrichtung bzw. in welchem Krankenhaus bekommt. Bei allen Diskussionen unter Experten über das vermeintlich beste Qualitätsmanagementsystem sollte jedoch nicht vergessen werden, daß kaum ein Patient die Unterschiede und Gemeinsamkeiten bzw. Vor- und Nachteile der verschiedenen Systeme kennen kann. Im Interesse des Patienten wäre es daher wünschenswert, die Zahl derartiger Systeme überschaubar zu halten und ihn verstärkt darüber aufzuklären, was er für Informationen und Rückschlüsse aus einer Zertifizierung nach ISO/KTQ, einer EFQM-Bewertung oder einer Akkreditierung eines Krankenhauses für die Wahl seines Krankenhauses ziehen kann.



## Literaturverzeichnis

ACHS Internet Homepage: [www.achs.com](http://www.achs.com)

Adam, D.: Krankenhausmanagement im Wandel, in Adam, D. (Hrsg.): Krankenhausmanagement, Wiesbaden 1996, S. 6-18.

Arnold, M., Litsch, M., Schnellschmidt, H.: Krankenhaus - Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs, Stuttgart 2001.

Bachleitner, H. W.; Seyfarth-Metzger, I.; Liebich, B.: KTQ®-Pilotphase: Stellungnahme des Krankenhauses München-Schwabing, in: das Krankenhaus, Nr.6 (2001), S. 507-510.

Bachner, U.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Praxishandbuch zur Einführung eines Qualitätsmanagements, Hannover 1999.

Baldrige National Quality Program. National Institute of Standards and Technology: Health Care Criteria for Performance Excellence 2002, Gaithersburg 2002.

Baugut, G.: Krankenhauslandschaft im Wandel - Deutschland, in: Pelikan, J. M., Stephan, W. (Hrsg.): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation, Stuttgart 2000, S. 92-100.

Baumgarten, J.: Erfahrungsbericht - KTQ - Pretest in der Schloßpark-Klinik, Berlin, in: KTQ - Internet Seite 1999.

Baumgarten, J.: Zertifiziert - demnächst nach KTQ?, in: Krankenhaus Umschau (KU), No.2 (2000), S. 103-105.

Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ): Qualitätsbericht. Perinatalogie und Neonatologie, München 1999.

Benedetti, A.D., Cranovsky, R. et al.: Qualitätsmanagementsysteme für Institutionen der Gesundheitsversorgung. Interpretiert in Anlehnung an die internationalen Normen ISO 9001 und ISO 9002, in: Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis (QualiMed), 5 (1997) 6 Supplement.

Benn, M. C.: The outcome is worth the time and money, in: World Hospitals and Health Services, Vol. 36, No. 2, 2000, S. 21-22, S. 44, S. 46.

Berndt, R. (Hrsg.): Total Quality Management als Erfolgsstrategie, Berlin 1995.

Berwick, D. M., Knapp, M. G.: Theory and practice for measuring health care quality, in: Health Care Financing Review, Vol. 7, Ann. suppl., S. 49-55.

Blumenstock, G.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitätsindikatoren der stationären Versorgung auf der Basis administrativer Daten. Band 6, Sankt Augustin 1996.

Bodenhöfer, H. J.: Vergleich von Wirtschaftssystemen. Von der Ordnungstheorie zur evolutionären Theorie institutioneller Strukturen, in: Zima v., P. (Hrsg.): Vergleichende Wissenschaften. Interdisziplinarität und Interkulturalität in den Komparatistiken, Tübingen 2000.

Bohigas, L., Asenjo, M. A: Hospital accreditation in Catalunya: An assessment of the performance in quality of hospitals, in: Scrivens, E.; a.o., Heidemann, E.; a.o., in: International trends in hospital accreditation, in: International Journal Of Health Planning And Management, Vol. 10, 1995, S. 201-208.

Bohigas, L., Brooks, T., Donahue, T., Donaldson, B, Heidemann, E., Shaw, C., Smith, D.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes and a consideration of the related management issues, in: International Journal for Quality in Health Care, Vol. 10, Number 1, 1998, S. 7-13.

Bohigas, L.: Accreditation Across Borders: The Introduction of Joint Commission Accreditation in Spain, in: Journal on Quality Improvement, Vol. 24, Number 5, May 1998, S. 226-231.

Bohigas, L., Heaton, C.: Methods for external evaluation of health care institutions, in: *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 12, Number 3, June 2000, S. 231-238.

Bosch, K.: *Statistik - Taschenbuch*, 2. Aufl. München; Wien, Oldenburg 1993.

Bovermann, A.: *Dienstleistungsqualität durch Total Quality Management*; Wiesbaden 1997.

Brereton, M.: Introducing Self Assessment - one of the keys to business excellence, in: *Management Services*, Vol. 40, Iss. 2 1996, S. 22-23.

Bruhn, M.: *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York 1997.

Bruhn, M.: *Qualitätscontrolling für Dienstleistungen*. Berlin, Heidelberg, New York 1998.

Bruhn, M., Stauss, B. (Hrsg.): *Dienstleistungsqualität. Konzepte, Methoden, Erfahrungen*. 2. Aufl., Wiesbaden 1995, S. 19-46.

Bruhn, M.: Qualitätssicherung im Dienstleistungsmarketing. Eine Einführung in die theoretischen und praktischen Probleme, in: Bruhn, M., Stauss, B. (Hrsg.): *Dienstleistungsqualität. Konzepte, Methoden, Erfahrungen*. 2. Aufl., Wiesbaden 1995, S. 19-46.

Buck, R.: Substitutionspotentiale von stationären Leistungen, in: Arnold, M., Paffrath, D.: *Krankenhaus-Report '97*, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm 1997.

Bühner, R.: *Der Mitarbeiter im Total Quality Management*, Stuttgart 1993.

Bühner, R.: *Management - Lexikon*, Oldenbourg, München, Wien 2001.

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern): *Leitfaden: Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus*, Germering/München 1997.

Burda, D.: JCAHO revenue, net income slide, in: *Modern Healthcare*, Vol. 30, No. 37 (2000), S. 7.

Butthof, W.: *Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Zertifizierung und Qualitätssicherung am Beispiel von Dienstleistungsunternehmen*. Konstanz 1996.

Carrol, L.: *Alice's Adventures in Wonderland & Through the Looking-Glass*, New York 1981.

Carroll Gayton, J.: Continuous quality improvement and its implications for accreditation standards, in: *Topics in Health Record Management*, 11(3), Aspen 1991, S. 27-37.

Canadian Council on Health Services Accreditation: *A Practical Guide to Preparing for Accreditation* (1996), S. 1-69.

Canadian Council on Health Services Accreditation: *Annual Report* (1996), S. 1-12.

Canadian Council on Health Services Accreditation: *Standards for Comprehensive Health Services. A Client-centred Approach, Third Draft for Pilot-testing*, Ottawa 1997.

Canadian Council on Health Services Accreditation: *Annual Report* (2000), S. 2-15.

CCHSA Internet Homepage: [www.cchsa.ca](http://www.cchsa.ca)

Collins Thesaurus, *The Ultimate Wordfinder*, Standard Edition, Glasgow 1995.

Collopy, B. T.: Developing clinical indicators: The ACHS Care Evaluation Program, in: *Australian Clinical Review* Vol. 10, No.2 (1990), S. 83-85.

Collopy, B. T.: Extending Facility Accreditation To The Evaluation Of Care: The Australian Experience, in: *International Journal Of Health Planning And Management* Vol 10, No. 3 (1995), S. 223-229.



Conen, D.: Grundlagen für die Qualitätssicherung in einem Akutkrankenhaus, in: Hauke, E.: Qualität im Krankenhaus; Die Rederate des 12. österreichischen Krankenhaustages 1989, Wien 1989, S. 35-62.

Corbineau-Hoffmann, A.: Einführung in die Komparatistik. Berlin 2000.

Crosby, P. B.: Qualitätsmanagement. Wien, Frankfurt 2000.

Crosby, P. B.: Qualität 2000. Kundennah, teamorientiert, umfassend. München, Wien 1994.

Crosby, P. B.: Qualität bringt Gewinn. Hamburg 1986.

Crosby, P. B.: Qualität ist machbar. Hamburg 1984.

Dankowski, W., Meyer-Pannwitt, U., Precht, C.: Das Krankenhaus im Wandel. Konzepte - Strategien - Lösungen, Stuttgart, Berlin, Köln 2000.

Decker, M. D.: The Development of Indicators, in: Infection Control and Hospital Epidemiology, Vol. 12 (8) 1991, S. 490-492.

Deming, W. E.: The New Economics. Massachusetts Institute of Technology, Center for advanced Engineering Study, Cambridge, MA 02139 XIV 1994.

Deming, W. E.: Quality, Productivity and Competitive Position, Cambridge, Mass. 1982.

Der Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens, Baden-Baden 1997.

Deutsches Wörterbuch/Fremdwörterbuch, Worldcopy Est. Verlagsgesellschaft, Vaduz, Liechtenstein, 1982.

DIN, Deutsches Institut für Normung e.V.: Mathematik, Physik, DIN-Normen für den Unterricht, 3. Aufl. Berlin 1985.

DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: DIN-Taschenbuch 226. Qualitätsmanagement und Statistik, Berlin 1995.

DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: DIN EN ISO 8402: Qualitätsmanagement. Begriffe. Berlin 1995.

Donabedian, A.: The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, Ann. Arbor, 1980.

Donabedian, A.: An Exploration of Structure, Process and Outcome as Approaches to Quality Assessment, S.69-92, in: Selbmann, Überladen, K. (Hrsg.): Quality Assessment of Medical Care, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 15, Gerlingen 1982, S. 69-92.

Donabedian, A.: Exploration in Quality Assessment and Monitoring, Vol. II: The Criteria and Standards of Quality, Ann. Arbor 1982.

Donabedian, A.: Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring, in: Quality Review Bulletin 12 (3) 1986, S. 99-108.

Donabedian, A.: The Quality of Care: How Can It Be Assessed? The Journal of the American Medical Association (JAMA) 260 (1988), S. 1743-1748.

Ducket, S. J.: Assuring hospital standards: the introduction of hospital accreditation in Australia, in: Australian Journal of Public Administration, XLII, 3 September 1983, S. 385-402.

Ducket, S. J., Coombs, E. M.: The Decision to Accredit: The Voting Process of The Australian Council on Hospital Standards, in: Australian and New Zealand Journal of Sociology, Vol 19, No. 2, July 1983, S. 319-328.

Duggan, J. M.: Hospital accreditation programmes: Some international perspectives, in: Journal of Quality in Clinical Practice, Vol.15, No.3 (1995), S. 129-131.

Dysernick, H.: Komparatistik. Eine Einführung, Bonn 1991.

Ebner, H., Köck, C. M.: Qualität als Wettbewerbsfaktor für Gesundheitsorganisationen, in: Heimerl-Wagner, P., Köck, C. M. (Hrsg.), in: Management in Gesundheitsorganisationen: Strategien, Qualität, Wandel, Wien 1996.

Eddy, D. A.: Designing a Practice Policy. Standards, Guidelines, and Options, in: Journal of the American Medical association (1990), Vol. 263, S. 3077-3084.

Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre, Bd. 3; Theorie und Praxis der Krankenhaus-Leistungsrechnung, Köln, Stuttgart, Berlin 1987.

Eichhorn, S.: Qualitätssicherung in der Medizin aus der Sicht eines Krankenhausträgers, in: Anästhesiologie und Intensivmedizin Nr.10 (1992), S. 296.

Eichhorn, S.: Integratives Krankenhausmanagement im Krankenhaus: Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenintegrierten Krankenhausmanagements, Stuttgart, Berlin, Köln 1997.

Eichler, A.: Strategien der Implementierung von Total Quality Management in Gesundheitseinrichtungen, in: Spörkel, H., Ruckriegel, H. J., Janßen, H., Eichler, A. (Hrsg.): Total Quality Management im Gesundheitswesen. Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen. 2.Aufl., Weinheim 1997, S. 91-112.

Eichler, A.: EFQM-Fremdassessments als Bonitätsprüfungsinstrument für Kosten- und Leistungsträger, in: Spörkel, H., Ruckriegel, H. J., Janßen, H., Eichler, A. (Hrsg.): Total Quality Management im Gesundheitswesen. Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen. 2.Aufl., Weinheim 1997, S. 132-142.

Eiff v., W.: Krankenhäuser im Leistungsvergleich. Wettbewerbssteuerung im Gesundheitswesen durch Betriebsvergleich, Gütersloh 1999.

Eiff v., W.: Die TQM-Falle. Ein 14 Punkte-Programm von Fehlermöglichkeiten und Fehlereinflüssen, in: Management und Krankenhaus, Nr.11 (1996), S. 6-8.

Eiff.v.,W.: Best Practices, Ideenbörse für das Krankenhaus. Benchmarking im Krankenhaus: Qualität steigern und Kosten senken durch Best-Practices-Management, in: Krankenhaus-Umschau (ku), Nr.11 (1994), S. 859-869.

Ellis, V.: Der European Quality Award, in: Stauss, B. (Hrsg.): Qualitätsmanagement und Zertifizierung von DIN ISO 9000, Wiesbaden 1995.

European Foundation for Quality Management: Selbstbewertung anhand des EFQM-Modells für Business Excellence. Richtlinien für den Öffentlichen Sektor, Brüssel 1997.

European Foundation for Quality Management: Bewerbungsbroschüre, Brüssel 1996.

Field; M. J., Lohr, K. N.: Clinical Practice Guidelines. Directions for a New Program. committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Institute of Medicine, Washington D. C. 1990.

Feigenbaum, A. V.: Total Quality Control. Third edition revised, New York 1991.

Felsenstein, M.: Qualitätssicherung in der Chirurgie - externe Qualitätssicherung am Beispiel Baden-Württemberg, in: Jaster, H. J. (Hrsg.): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Stuttgart; New York 1997, S. 121-128.

Fiedler, E., Straub, C.: Die Rolle der Qualitätssicherung in einer solidarischen Wettbewerbsordnung, in: Die Ersatzkasse, 1994, Heft 10, S. 425-433.

Flood, R. L.: Beyond TQM, Chichester 1993.

France Summary Report, in: ExPeRT Systems in Europe, Baseline Summary Report, Bristol, September 1997.

Frehr, H. U.: Total Quality Management. Unternehmensweite Qualitätsverbesserung. 2. Aufl.; München, Wien 1994.

Frehr, H. U.: Die Qualität des Unternehmens - eine neue Dimension der Qualität, in: Zink, K. J. (Hrsg.): Qualität als Managementaufgabe, Landberg/Lech 1989, S. 117-143.

Frey, D.: Systems of Standards for community Health Services in Australia, in: Quality assurance in Health Care, Vol. 2, Nr. 1, 1990, S. 59-67.

Garvin, D. A.: Managing Quality, New York 1988.

Garvin, D. A.. What Does "Product Quality" Really Mean?, in Sloan Management Review, Fall 1994, Volume 26, Number 1, S. 25-43.

Geiger, W.: Qualitätsmanagement bei immateriellen Produkten, in: Masing, W. (Hrsg.): Handbuch Qualitätsmanagement, 3.Aufl. München; Wien 1994.

Geiger, W.: Qualitätslehre. Einführung, Systematik, Terminologie, 2. Aufl. Braunschweig, Wiesbaden 1994.

Geiger, W.: Begriffe, in: Masing, W.: Handbuch der Qualitätssicherung, 2.Aufl. München; Wien 1988, S. 33-49.

Geraedts, M.: Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie, in: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Band 98, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1998.

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit; Sondergutachten 1995/Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. 1.Aufl., Baden - Baden 1995.

Getzen, T. E.: USA, in: Stefan, A. (Hrsg.) Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen. Ein internationaler Vergleich, Wien (1997), S. 111-125.

Göbel, D.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Krankenhäuser unter Reformdruck. Berlin, Heidelberg 1999.

Goldberg, E., Diamond, H. S., Rongaus, A. M.: Total Quality Management of a Medical Residency, in: American Journal of Medical Quality, Vol. 10, No.1, 1995, S. 10-13.

Graebig, K.: Qualitäts-Terminologie: Gesundheitswesen, Definitionen, Erläuterungen, Fallbeispiele; Frankfurt 1996.

Graf, V., Barmbold, J. F: Total Quality Management am Klinikum Ludwigshafen. Langfristige Organisationsentwicklung eines Großkrankenhauses, in: Management & Krankenhaus, No.7 1995, S. 17.

Grindley, P.: Standards Strategy and Policy. Cases and Stories. Oxford University Press, New York 1995.

Gumpp, G.: ISO 9000 entschlüsselt. Landsberg/Lech 1995.

Haas, H.: Dienstleistungsqualität aus Kundensicht: eine empirische und theoretische Untersuchung über den Nutzen von Zertifikaten nach DIN EN ISO 9000 ff., Berlin 1998.

Haist, F., Fromm, H.: Qualität im Unternehmen. Prinzipien, Methoden, Techniken. 2. Aufl., München, Wien 1991.

Hanel, I., Metzger-Seyfarth, I.: Vertrauen durch Qualität - Die Entwicklung des Münchner Modells im Krankenhaus München Schwabing (KMS), in Krankenhaus Umschau -Special (KU-Special), Nr. 2, 3 (1995), S. 6-10.

Hansen, W. (Hrsg.): Zertifizierung und Akkreditierung von Produkten und Dienstleistungen der Wirtschaft, München/Wien: Hanser, 1993.

Hayes, J., Shaw, C.: Implementing Accreditation Systems (23 May 1994, Treviso, Italy), in: International Journal for Quality in Health Care, Vol. 7, No. 2 (1995), S. 165-171.

Heidemann, E. G.: Moving to global standards for accreditation processes: the ExPeRT Project in a larger context, in: *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 12, Number 3, 2000, S. 227-230.

Heß, M.: *TQM/KAIZEN-Praxisbuch: Qualitätszirkel und verwandte Gruppen im Total-Quality-Management*, Köln 1995.

Hellmann, W.: *Der Arzt mit Managementkompetenz: Ideenbörse zur Übernahme von Leitungsaufgaben im Krankenhaus*, Stuttgart, Berlin, Köln 1999.

Hildebrand, R.: *Das bessere Krankenhaus: Total quality planen, umsetzen, managen*. Neuwied/Kriftel 1999.

Hildebrand, R.: Benchmarking, in: *führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w)*, Nr.3, 12. Jahrgang 1995, S. 244-250.

Hildebrand, R.: Qualitätsmanagement, in: *führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w)*, Nr.3, 11. Jahrgang 1994, S. 184-193.

Hoffacker, P.: Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich - eine wissenschaftliche und politische Herausforderung, in: Spörkel, H., Ruckriegel, H. J., Janßen, H., Eichler, A. (Hrsg.): *Total Quality Management im Gesundheitswesen. Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen*. 2. Aufl., Weinheim 1997.

Holt, P., Darby, D.: ACHS surveyor recommendations: Recent trends in the Accident and Emergency service, in: *Australian Clinical Review*, Vo.12, No.1 (1992), S. 29-33.

Holt, P., Fotheringham, B.: Australian Council on Healthcare Standards surveyor recommendations: Analysis of compliance in the medical services, in: *Journal of Quality in Clinical Practice*, Vol.14, No.3 (1994), S. 167-172.

*Hospital Accreditation Programme: Standards for the accreditation of small Hospitals*, Bristol, 3<sup>rd</sup> edition (1996).

Hospital Accreditation Programme: Annual Summary (1995/1996).

Imai, M.: Kaizen. Der Schlüssel zum Erfolg der Japaner im Wettbewerb, 4. Aufl., Berlin; Frankfurt/Main 1994.

Janßen, H.: Total Quality Management-System, in: Public Health Forum, Nr.11, 4. Jahrgang 1996, S. 8.

Japan Human Relations Association: CIP-Kaizen-KVP. Die kontinuierliche Verbesserung von Produkt und Prozeß, Landsberg 1994.

Jaster, H. J. (Hrsg.): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Stuttgart; New York 1997.

Jaster, H. J.: Von der Bedeutung der Qualität in der Industrie zum Qualitätsbegriff in der Medizin, in: Jaster, H.J. (Hrsg.): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Stuttgart; New York 1997, S. 9-33.

Jaster, H. J.: Das Konzept der Qualitätssicherung, in: Jaster, H. J. (Hrsg.): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Stuttgart; New York 1997, S. 62-95.

Jaster, H. J.: Qualitätssicherung im Krankenhaus, in: Jaster, H. J. (Hrsg.): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Stuttgart; New York 1997, S. 96-117.

Jaster, H. J.: Externe Qualitätssicherungsprogramme in der stationären Versorgung (1997), in: Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Stuttgart; New York 1997, S. 120.

Jaster, H. J.: Externe Qualitätssicherung: Was bringt sie uns?, in: Winter, U. J. et al. (Hrsg.): Modernes Krankenhaus-Management, Stuttgart, New York 1997, S. 72-76.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Internet Homepage: [www.jcaho.org](http://www.jcaho.org).



Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: ISO 9000 And Accreditation.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. IMSystem General Information. An overview of the Joint Commission's Indicator Measurement System.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. IMSystem General Information. The Joint Commission's Performance Measurement Initiative, 11/10/93.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. IMSystem. Question & Answers. 1994 Performance Measures.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH, Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. The Official Handbook. Oakbrook Terrace, Illinois 1996.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards. Standards Intents. Oakbrook Terrace, Illinois 2001.

Juran, J. M.: Der neue Juran: Qualität von Anfang an. Landsberg/Lech 1993.

Juran, J. M.: Juran's quality control handbook, 4th. ed. New York 1988.

Kaltenbach, T.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total-quality-Management, 2. Aufl.; Melsungen 1993.

Kamiske, G., Brauer, J. P.: Qualitätsmanagement von A bis Z: Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements, München, Wien 1999.

Kamiske, G. F., Brauer, J. P.: ABC des Qualitätsmanagements, o.O. 1996.

Kazanddijan, V.A., Wood, P., Lawthers, J.: Balancing Science and Practice in Indicator Development: The Maryland Hospital Association Quality Indicator (QI) Project, in: International Journal for Quality in Health Care, Vol. 7, No.1 1995, S. 39-46.

Kehr, H. H.: Zur Methodik von Krankenhausvergleichen, in: Sieben, G., Litsch, M.: Krankenhausbetriebsvergleich: ein Instrument auf dem Weg zu leistungsorientierten Preisen im Krankenhausmarkt (Hrsg.). Berlin, Tokio (2000), S. 42-49.

Kelly, J.: Joint Commission Surveys. More Visits For Less, in: Hospitals Health Networks, Vol. 74, No. 8, August 2000, S. 18, S. 20.

Kersting, T.: Qualitätssicherung im Krankenhaus, in Berliner Ärzte, Nr. 5 (1993), S. 19-21.

Kessler, M., Kieschoweit, J.: Führungsverhalten heute und morgen - Führung eines zukünftigen Medizinischen Leistungszentrums im Spannungsfeld zwischen betriebswirtschaftlichen und sozialen Anforderungen, in: Mayer, E. (Hrsg.): Vom Krankenhaus zum Medizinischen Leistungszentrum (MLZ): ambulante und stationäre Patientenversorgung der Zukunft, Stuttgart; Köln 1997, S. 265-277.

Köck, M., Ebner, H.: Qualität als Wettbewerbsfaktor für Gesundheitsorganisationen, in: Heimerl-Wagner, P., Köck, C. (Hrsg.): Management in Gesundheitsorganisationen: Strategien, Qualität, Wandel, Wien 1996.

Köhler, K.: DIN ISO 9000 ff. beim Bildungsträger. München, Mering 1995.

Kolkmann, F. W., Scheinert, H. D., Schoppe, C., Walger, M.: KTQ® auf dem Prüfstand – zur Weiterentwicklung des Zertifizierungsverfahrens, in: das Krankenhaus, Nr. 6 (2001), S. 511-515.

Kowalkowski, A., Kobs, A. E. J.: The Joint Commission and quality patient outcomes: Role of material management, in: Hospital Material Management Quarterly Vol. 13, No.4 (1992), S. 11-19.

Kracht, P. J.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w), Nr.4, 9. Jahrgang 1992, S. 266-272.

Krislov, S.: How nations choose product standards and standards change nations. Pittsburgh 1997.

KTQ-Manual - inkl. KTQ-Katalog Version 3.0 für den Einsatz in der Pilotphase, Düsseldorf 2000.

KTQ Internet Seite: [www.ktq.de](http://www.ktq.de)

Langenscheidts Handwörterbuch Englisch, Teil 1, Englisch-Deutsch. Berlin, München, 11. Aufl. 1997.

Lerner, F.: Geschichte der Qualitätssicherung, in: Masing, W. (Hrsg.): Handbuch Qualitätsmanagement, 1994, S. 17-29.

Lumpkins, R.; Veal, J.: Interdisziplinäre Zusammenarbeit; Stärkung der Dokumentation, in: Nursing Management, Volume 26, No.10 (1993), S. 48L-48P.

Mayer, E.: Läßt sich der japanische Führungsdenkansatz KAIZEN modifiziert in einem Medizinischen Leistungszentrum bzw. Krankenhaus realisieren?, in: Mayer, E. (Hrsg.): Vom Krankenhaus zum Medizinischen Leistungszentrum (MLZ): ambulante und stationäre Patientenversorgung der Zukunft, Stuttgart; Köln 1997, S. 280-296.

Malorny, C.: TQM umsetzen: Weltklasse neu definieren, Leistungsoffensive einleiten, business excellence erreichen, 2. Aufl., Stuttgart 1999.

Mall, G.: Total – quality - management, ISO 9000 und die betriebliche Arbeitsmedizin: praktische Aufgaben des Betriebsarztes zur Verbesserung der Prozessqualität, Renningen-Malmsheim 1994.

Masing, W. (Hrsg.): Handbuch Qualitätsmanagement, 3.Aufl. München; Wien 1994.

Masing, W. (Hrsg.): Handbuch der Qualitätssicherung, 2. Aufl. München; Wien 1988.

Malorny, C.: TQM umsetzen: Weltklasse neu definieren, Leistungsoffensive einleiten, business excellence erreichen, 2. Aufl. Stuttgart 1999.

Meffert, B., Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing. Grundlagen-Konzepte-Methoden, 3.Aufl., Wiesbaden 2000.

Merk, H. J.: Konsequenzen des TQM für die Personalentwicklung, in: Spörkel, H., Ruckriegel, H. J., Janßen, H., Eichler, A. (Hrsg.): Total Quality Management im Gesundheitswesen. Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen. 2.Aufl., Weinheim 1997, S. 143-148.

Meyers Grosses Handlexikon von A - Z, 15. Auflage, Mannheim 1988.

Möller, J., Van Houtte, Sonntag, H. G.: Das Europäische Modell für Qualität im Gesundheitswesen: Die Betonung liegt auf Ergebnisqualität, in: Krankenhaus-umschau No.5 (1998), S. 315-322.

Möller, J.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus durch Bewertung (EFQM) und Zertifizierung (KTQ), in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 6.Jg., Sonderdruck (2001), S. 112-117.

Mühlbauer, B. H.: Total Quality Management am Klinikum Ludwigshafen - Zwei Jahre praktische Erfahrung mit einer umfassenden Reorganisation im Klinikum Ludwigshafen gGmbH, in: Spörkel, H., Ruckriegel, H. J., Janßen, H., Eichler, A. (Hrsg.): Total Quality Management im Gesundheitswesen. Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen. 2.Aufl., Weinheim 1997, S. 113-131.

Müller, M. L.: Pflege in KTQ. Referat anlässlich des 1. KTQ-Forums am 3. Dezember 1999 im Hotel Bristol, Bonn, in: KTQ-Internet Seite.

Nagorny, H. O., Plocek, M.: Praxishandbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Kulmbach 1997.

Niemann, F. M., Beske, F. (Hrsg.): Pilotprojekt „Qualitätssicherung in Krankenhäusern Schleswig Holsteins“/IGSF, Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Bd. 36, Sankt Augustin 1991.

Oakland, J. S.: Total Quality Management: The route to improving performance, 2Rev. ed., Oxford 1993.

Oberender, P.; Daumann, F.: Ökonomische Aspekte der Qualitätssicherung, in: Jaster, H. J. (Hrsg.): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen 1997, S. 210-248.

O’Leary, M. and Team of Joint Commission Experts, in: Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations and Acronyms for the Era of Reform. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Illinois, 11, 1994.

OECD Economic Surveys 1995 - 1996, S. 76f.

Oess, A.: Total Quality Management: Die ganzheitliche Qualitätsstrategie, 3. Aufl. 1993.

Oess, A.: Total Quality Management: Die ganzheitliche Qualitätsstrategie, Wiesbaden 1991.

Oess, A.: Total Quality Management: die Praxis des Qualitäts - Managements, Wiesbaden 1989.

O. V.: Zertifizierte Einrichtungen im Gesundheitswesen Deutschland III, in: Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis (QualiMed), 5 (1997) 2.

O. V.: Zertifizierung von Krankenhäusern nach den DIN/ISO-Normen ist nicht der richtige Weg und BARMER Ersatzkasse sieht in der Zertifizierung von Krankenhäusern einen richtigen Schritt zum Einstieg in ein umfassendes Qualitätssicherungssystem, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w), (13) 1996, S. 31.

O. V.: DKG und GKV-Spitzenverbände verabschieden Thesenpapier zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in Krankenhäusern, in: Das Krankenhaus, 87. Jg. Mai 1995, S. 219-220.

O. V.: Characteristics of clinical indicators, in: Quality Review Bulletin, (15) 1989, S. 330-339.

Paschke, K.: Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik. Tätigkeitsbericht der Ärztekammer Nordrhein (1992), S. 47-49.

Pepels, W.: Qualitätscontrolling bei Dienstleistungen, München 1996.

Pfeifer, T.: Qualitätsmanagement: Strategien, Methoden, Techniken. München; Wien (1996).

Pickering, E.: Hospital accreditation - the Australian experience, in: New Zealand Hospital, July 1983, S. 4-6.

Pietsch-Breitfeld et al.: Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland: Bestandsaufnahme; Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit/Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen, in: Das Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Schriftenreihe des BMG; Bd. 38 (1994).

Piwernetz, K., Hanel, I.: "Für Qualitätssicherung haben wir keine Zeit...", in Krankenhaus Umschau (KU), 5 (1995), S. 329-330.

Pfaff, M.: Das Krankenhaus im Gefolge des Gesundheits-Struktur-Gesetzes 1993: Finanzierung, Leistungsgeschehen, Vernetzung. 1. Aufl., Baden-Baden 1995.

Precht, C.: Das Krankenhaus im Wandel: Konzepte, Strategien, Lösungen. Stuttgart; Berlin; Köln 2000.

Reibnitz v., C., Güntert, B.: Was bedeutet Zufriedenheit aus der Sicht der Patienten? Neue Dimensionen des Total Quality Managements im Krankenhaus, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w), Nr.3, 13. Jahrgang 1996, S. 260-265.

Reinhardt, U. E.: The Health System of the United States: Lessons for Other Countries, in: Dunlop, D. W., Martins, Jo. M.: An international assessment of health care financing; lessons for developing countries, Washington (1995), S. 115-147.

Reinhart, G., Lindemann, U., Heinzl, J.: Qualitätsmanagement. Ein Kurs für Studium und Praxis. Berlin, Heidelberg 1996.

Reinicker, H.: Einzelfallanalyse, in: Roth, E. (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Methoden, 4. Aufl., München, Wien, Oldenburg 1999, S. 267-281.

Rieker, J. ISO 9000-Norm ohne Nutzen?, in Manager Magazin, Dez. (1995), S. 201-207.

Roberts, J. S., Coale, J. G., Redman, R. R.: A History of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals, in: ? The Journal of the American Medical Association (JAMA) Vol. 258 No.7 (1987), S. 936-940.

Saatweber, J.: Inhalt und Zielsetzung von Qualitätsmanagementsystemen gemäß DIN ISO 9000 bis 9004, in: Stauss, B. (Hrsg.): Qualitätsmanagement: Qualitätsmanagement und Zertifizierung von DIN ISO 9000, Wiesbaden 1995.

Scheinert, H. D.: Krankenhauszertifizierung - Antwort der KTQ auf die Forderung der Öffentlichkeit. Vortrag anlässlich des KTQ-Forums am 3. Dezember 1999 in Bonn, in: KTQ - Internet-Seite.

Schubert, H. J., Zink, K. J. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen. Neuwied; Kriftel/Ts.; Berlin 1997.

Schubert, H. J., Zink, K. J., Albert, W., Bahmer, F.: Zentrale Prinzipien umfassender Qualitätsmanagementkonzepte und deren Übertragung auf Krankenhäuser, in: Schubert, H. J., Zink, K. J. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen. Neuwied; Kriftel/Ts.; Berlin 1997, S.195-204.

Schneider, M. et. al.: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Basys, Augsburg 1992.

Schneider, M. et al: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Übersichten 1997, Basys, Augsburg 1997.

Schubert, H. J., Zink, K. J.: Umfassendes Qualitätsmanagement in Krankenhäusern, in: Spörkel, H., Ruckriegel, H. J., Janßen, H., Eichler, A. (Hrsg.): Total Quality Management im Gesundheitswesen. Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen. 2.Aufl., Weinheim 1997, S. 169-183.

Schwandt, T. A.: Qualitative Inquiry. A Dictionary of Terms, Thousand Oaks, California 1997.

Schryve, P. M.: The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, in: International Journal for Quality in Health Care, Vol. 12, Number 3, 2000, S. 255-258.

Scrivens, E.: Accreditation - Protecting The Professional Or The Consumer?, Buckingham, Philadelphia, 1995.

Scrivens, E.: Report. Recent Developments in Accreditation, in: International Journal for Quality in Health Care, Vol. 7, No. 4, 1995, S. 427-433.

Scrivens, E.: A taxonomy of the dimensions of accreditation systems, in: Social Policy Administration, 30, 1996, S. 114-124.



Scrivens, E.: Putting continuous quality improvement into accreditation: improving approaches to quality assessment, in: *Quality in Health Care*, 6, 1997, S. 212-218.

Scrivens, E.: Evaluating accreditation systems, in: *European Journal of Public Health*, 1997, S. 4-8.

Scrivens, E.: Policy issues in accreditation, in: *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 10, No.1, 1998, S. 1-5.

Schmid, W.: Die Stufen der Qualität, in *Krankenhaus Umschau (KU)*, 64. Jg., 1995, Heft 1, S. 8-13.

Schneeweis, S., Sangha, O.: Weiterentwicklung von Krankenhausbetriebsvergleichen, in: Sieben, G., Litsch, M.: *Krankenhausbetriebsvergleich: ein Instrument auf dem Weg zu leistungsorientierten Preisen im Krankenhausmarkt* (Hrsg.). Berlin, Tokio 2000, S. 130-135.

Sebestyén, O. G.: *Management - „Geheimnis“ Kaizen: Der japanische Weg zur Innovation*, Wien 1994.

Seelos, H. J.: Qualitätssicherungsprogramme in der Krankenhausmedizin: quo vadis?, in *Deutsches Ärzteblatt* 86, Heft 39, 1989, B-1934-1936.

Seghezzi, H. D.: *Integriertes Qualitätsmanagement: das St. Gallerer Konzept*, München; Wien 1996.

Sieben, G., Litsch, M.: *Krankenhausbetriebsvergleich: ein Instrument auf dem Weg zu leistungsorientierten Preisen im Krankenhausmarkt* (Hrsg.). Berlin, Tokio 2000.

Selbmann, H. K.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen, in: Braun, G. E. (Hrsg.): *Handbuch Krankenhausmanagement*, Stuttgart 1999, S. 743-755.

Shaw, C.: Nationale Akkreditierungsprogramme in Europa, in: Hospital, 3.Jg., Heft 4 (2001), S. 25-26.

Simon, W.: Der neue Weg der Qualität: Grundlagen für den TQM - und KAIZEN - Erfolg, Offenbach 1996.

Simon, J., Ruiz, U.: Accreditation Trends in Spain, in: Scrivens, E.; a.o., Heidemann, E.; a.o., in: International trends in hospital accreditation, in: International Journal Of Health Planning And Management, Vol. 10, 1995, S. 193-200.

Spörkel, H., Ruckriegel, H. J., Janßen, H., Eichler, A. (Hrsg.): Total Quality Management im Gesundheitswesen. Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen. 2.Aufl., Weinheim 1997.

Stahle, W.: Management, 8. Aufl., München 1999.

Stauss, B., Scheuing, E. E.: Der Malcolm Baldrige National Quality Award und seine Bedeutung als Managementkonzept, in: Stauss, B. (Hrsg.): Qualitätsmanagement und Zertifizierung von DIN ISO 9000, Wiesbaden 1995.

Steinböck, C.: Haben Sie sich schon gefragt, wie gut Ihr Krankenhaus ist? - Definition und Analyse des Total Quality Managements im Krankenhaus aus amerikanischer Sicht, in: Österreichische Krankenhaus-Zeitung 34, 1994, S. 247-270.

Susanto, A.: Methodik zur Entwicklung von Normen, in: DIN, Dt. Inst. für Normung e.V. (DIN-Normungskunde; Bd. 23), Berlin; Köln 1987.

Swertz, P., Möller, J.: EFQM-System auf Erfolgskurs. Dynamische Weiterentwicklung des europäischen Qualitätsmodells, in Krankenhaus-umschau, Nr.6, 68. Jg. (1999), S. 396-399.

Swertz, P., Möller, J., Butthof, W., Viethen, G.: Akkreditierung und Zertifizierung von Krankenhäusern im Ausland. Band 108 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden 1998.

The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): EQuIP News 2000.

The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): 1999/2000 Annual Report.

The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): Measurement of Care in Australian Hospitals. Obstetrics and Gynaecology Indicators and Hospital-Wide Medical Indicators, Vol.3, 1997.

The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS): The EQuIP Guide: Standards and Guidelines for the ACHS Evaluation and Quality Improvement Program, Sydney NSW 1996.

Töpfer, A., Mehdorn, H.: Total Quality Management: Anforderungen und Umsetzung im Unternehmen, 4 Aufl., Neuwied; Kriftel; Berlin 1995.

Tutt, C.: Kliniken stehen vor Privatisierung oder Schließung, in: Financial Times Deutschland (FTD), 01.11.2000, S. 14.

Ulrich, V., Wille, E.: Deutschland, in: Stefan, A. (Hrsg.): Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen. Ein internationaler Vergleich, Wien 1997.

Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.: Wörterbuch der Gesundheitspolitik, Köln, Bonn 1997.

VESKA-Ausbildungszentrum: Leitfaden zum Qualitätsmanagement im Schweizerischen Krankenhaus, Aarau 1996.

Verbeck, A.: TQM versus QM: wie Unternehmen sich richtig entscheiden, Zürich 1998.

Vogt, W., Möller, J. et al.: Premiere in Deutschland: Akutkrankenhaus und Rehaklinik setzen Europäisches Qualitätsmanagement um, in: das Krankenhaus, Nr. 12 (1997), S. 734-738.

Vuori, H.: Quality Assurance in Health Services, in: WHO (Hrsg.): Public Health in Europe, Bd. 16, Kopenhagen 1982.

Wahrig. Deutsches Wörterbuch. Neuausgabe 1994. Gütersloh 1994.

Weber, M. R.: Erfolgreiches Service-Management, Landsberg am Lech 1989.

Wheaton, B., Schrott, B.: Total Quality Management: theory and practice; englischsprachiger Text mit zweisprachigen Index. München; Wien; Oldenburg 1999.

Winter, U. J. et al.: Modernes Krankenhaus-Management, Stuttgart, New York 1997.

Wilson, L., Goldschmidt, P.: Quality Management in Health Care, Sydney 1996.

Wittig, K. J.: Qualitätsmanagement in der Praxis: DIN ISO 9000, Lean Production, Total-Quality-Management; Einführung eines QM-Systems im Unternehmen. 2. Aufl., Stuttgart 1994.

Wolf, H. G.: Qualitätssicherung in der Perinatologie und Neonatologie, in: Jaster, H. J. (Hrsg.): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Stuttgart; New York 1997, S. 129-149.

Ziegler, W. J.; Perren, S. M.: Standards, Richtlinien und Prinzipien für die klinische Prüfung medizinischer Produkte, in: Swiss Surgery, 1, 1995, S. 81-83.

Zima v., P.: Vergleich als Konstruktion. Genetische und typologische Aspekte des Vergleichs und die soziale Bedingtheit der Theorie, in: Zima v., P. (Hrsg.): Vergleichende Wissenschaften. Interdisziplinarität und Interkulturalität in den Komparatistiken, Tübingen 2000.

Zink, K. J., Schildknecht, R.: Total Quality Konzepte-Entwicklungslinien und Überblick, in: Zink, K. J. (Hrsg.): Qualität als Management Aufgabe-Total Quality Management, 2. Aufl., Landsberg/Lech 1992, S. 67-100.

Zsifkovits, H. E (Hrsg.): Total Quality - Management (TQM+) als Strategie im internationalen Wettbewerb, Köln 1992.