

Qualitätsmanagement – Quo vadis?

Vernetzung, Synchronisation und Kombination

Im letzten Jahrzehnt haben sich alle Krankenhäuser in Deutschland intensiv mit dem Aufbau von Qualitätsmanagementsystemen beschäftigt. Es wurden Strukturen und Instrumente etabliert, deren Einsatz heute selbstverständlich ist, die vor Jahren allerdings noch undenkbar schienen. Ein aktives Beschwerdemanagement, systematische Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Behandlungspfade, Einarbeitungskonzepte, Kennzahlen, Risikomanagement und Mitarbeitergespräche sind nur einige dieser Strukturen, die sich – wenn auch in unterschiedlicher Qualität – mittlerweile in fast jeder Einrichtung finden. Gleichzeitig ist eine Routine im Umgang mit Fragestellungen des Qualitätsmanagements zu beobachten, die sich an der einen oder anderen Stelle auch zu einer gewissen Müdigkeit bezüglich des Themas bei Führungskräften und Mitarbeitern steigert. Es wächst daher schon seit einiger Zeit die Notwendigkeit für eine Standortbestimmung, auf deren Basis die Diskussion zu führen ist, in welche Richtung die QM-Systeme deutscher Krankenhäuser sich im zweiten Jahrzehnt des neuen Jahrhunderts weiterentwickeln werden.

Bei dem Versuch, verschiedene Phasen der QM-Entwicklung in den letzten Jahren nachzuzeichnen, lassen sich zwei Generationen von QM-Systemen unterscheiden. Wird der PDCA-Zyklus zugrunde gelegt, dann sind QM-Systeme der ersten Generation vor allem durch ihre Fokussierung auf die Phase des Plans zu charakterisieren. Ein Großteil der für QM-Aktivitäten zur Verfügung stehenden Ressourcen wird in dieser Phase für die Dokumentation der hausinternen Abläufe und den Aufbau von Managementhandbüchern eingesetzt. Es soll eine personenunabhängige Standardisierung und damit ein gleichbleibendes Qualitätsniveau der erbrachten

(Dienst-)Leistungen erreicht werden. Ist die (reine) Dokumentation von Abläufen beliebtes Ziel von QM-Kritikern, müssen diese doch eingestehen, dass die mit der Erstellung entsprechender Anweisungen einhergehende berufsgruppenübergreifende Beschäftigung mit den internen Vorgehensweisen nicht selten zu Verbesserungen führt. Zudem ermöglicht erst die Festlegung von Standards die Identifikation von Abweichungen vom „normalen“ Behandlungsverlauf und somit rechtzeitige Gegenmaßnahmen. Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter wird durch ein aktuelles Regelwerk ebenfalls vereinfacht.

Die größte Herausforderung für QM-Systeme der ersten Generation stellt die Schnittstelle zur Umsetzung der erarbeiteten Verfahrens- und Arbeitsanweisungen dar. Nicht selten führt die Implementierung von am „grünen Tisch“ erarbeiteten Vorgaben zu Konflikten mit den von der Regelung betroffenen Mitarbeitern. Am deutlichsten zu beobachten ist dies erfahrungsgemäß bei dem Versuch, Behandlungspfade als Standard für die medizinische Versorgung einzuführen. Ärzte jeder Hierarchiestufe interpretieren dies regelmäßig als Eingriff in die eigene Entscheidungshoheit. Die Umsetzung der Pfade wird dann aktiv oder zumindest passiv boykottiert. Ist die Diskussion über Regelungen an sich als positiver Prozess zu sehen, so taucht bei einigen Krankenhäusern mittlerweile die Tendenz auf, den mit der Diskussion verbundenen Konflikten auszuweichen. Die durch die Konfliktvermeidung eingesparten Ressourcen verbleiben in der Regel trotzdem im QM. Hier werden sie typischerweise für die Pflege, Verbesserung und Ergänzung des bestehenden Managementhandbuchs eingesetzt. Im Extremfall entsteht so eine Struktur, in dem ein sehr ausgefeiltes und kontinuierlich

wachsendes Regelwerk der QM-Abteilung und die tatsächlichen Vorgehensweisen parallel existieren.

Selbst Krankenhäuser, welche die Schnittstelle zwischen „Plan“ und „Do“ beherrschen – also erarbeitete Regelungen tatsächlich umsetzen –, bekommen mit der Zeit Probleme, wenn es ihnen nicht gelingt, ihr QM-System weiterzuentwickeln. Da davon auszugehen ist, dass eine Organisation nur eine bestimmte Regelungsdichte benötigt bzw. verträgt, führt eine dauerhafte Planfokussierung zwangsläufig zu einer Überreglementierung, die in letzter Konsequenz die für die Unternehmensentwicklung ebenfalls notwendige Flexibilität erstickt. Beinahe intuitiv haben sich daher in vielen Einrichtungen QM-Systeme der zweiten Generation herausgebildet. Bei diesen wird der Schwerpunkt der QM-Aktivitäten von der Beschreibung auf die Überprüfung von Abläufen verlagert. Besonders in den letzten Jahren wurden dementsprechend eine Reihe unterschiedlichster Checkinstrumente – zum Beispiel Befragungen, Beschwerdemanagement, Risikoanalysen, CIRS, Begehungen, Audits, Kennzahlensysteme, Wartezeitenanalysen, Qualitätsberichte – implementiert. Mittlerweile ist davon auszugehen, dass die Abläufe in deutschen Krankenhäusern niemals zuvor in der Geschichte so eng kontrolliert wurden, wie dies aktuell der Fall ist.

Trotzdem gibt es auch bei den QM-Systemen der zweiten Generation Fehlentwicklungen. So ist das Portfolio an Checkinstrumenten in vielen Einrichtungen „historisch gewachsen“. Ohne echte Strategie wurden verschiedene Instrumente parallel oder nacheinander eingeführt, die zum Teil Aussagen zum selben Beobachtungsfeld liefern. Zusätzlich verschärft wird das Problem der Doppelmessungen in den Bereichen, wo Anforderungen externer Institutionen –

QM-Systeme	1. Generation	2. Generation	3. Generation
strategische Stoßrichtung	personenunabhängig gleichbleibendes Qualitätsniveau	Informationen zum aktuellen und ggf. Steigerung des Qualitätsniveaus	Verbesserung der Leistungsfähigkeit des QM-Systems durch Verknüpfung seiner Elemente
Schwerpunkt PDCA	Plan	Check	Plan, Do, Check, Act
Hauptaufgabe	Erarbeitung von Standards	Messen und Verbessern	Vernetzung, Synchronisation und Kombination der eingesetzten Instrumente
bevorzugte Instrumente	QM-Handbuch, Verfahrensanweisungen, Prozessbeschreibungen	Befragungen, Begehungen, Audits, Kennzahlen, CIRS, Maßnahmenpläne	Weiterentwicklung der bereits etablierten Instrumente, indem diese zeitlich und inhaltlich besser aufeinander abgestimmt werden/Abbau von Strukturen, die sich nicht bewährt haben bzw. doppelt vorhanden sind (z. B. Doppelmessungen)
größte Herausforderung	Bewältigung der Plan/Do-Schnittstelle	Bewältigung der Check/Act-Schnittstelle	Identifikation von Instrumenten, die mit anderen verknüpft, kombiniert oder synchronisiert werden müssen – Überblick über das gesamte QM-System erforderlich
Gefahr für die Organisation	tot regeln	tot messen	?

etwa im Rahmen fach- oder themenspezifischer Zertifizierungen – zu erfüllen sind. Es ist nicht ungewöhnlich, dass zum Beispiel der Indikator Patientenzufriedenheit in einem Krankenhaus durch eine zyklische Patientenbefragung, eine kontinuierliche Patientenbefragung, verschiedene abteilungsspezifische Befragungen (etwa Brustzentrum), das Beschwerdemanagement und seit einiger Zeit durch Befragungen der Kostenträger (Techniker Krankenkasse etc.) gemessen wird. Geht man davon aus, dass bereits die Kombination eines zyklischen (Patientenbefragung alle drei Jahre) und eines kontinuierlichen Checkinstrumentes (Beschwerdemanagement) ausreichend Erkenntnisse zur Patientenzufriedenheit liefern würde, dann handelt es sich in dem gewählten Beispiel um eine kaum zu rechtfertigende Verschwendung wertvoller finanzieller und personeller Ressourcen.

In QM-Systemen der zweiten Generation sind Qualitätsmanagementbeauftragte einen Großteil ihrer Arbeitszeit mit der Erstellung von Berichten, der Interpretation und Präsentation von Ergebnissen sowie der Koordination verschiedener Maßnahmenpläne beschäftigt. Instrumentenübergreifende Auswertungen, zum Beispiel die gemeinsame Auswertung von Patientenbefragung und Beschwerdemanagement, werden nur selten vorgenommen, sodass die aus den Einzel-Checks gewonnenen Erkenntnisse eher Bedeutung für das operative als für das strategische Qualitätsmanagement entwickeln. Es werden Mitarbeiterressourcen für die befessentliche Abarbeitung von (Kleinst-)Maß-

nahmen verschwendet, ohne das Krankenhaus entscheidend voranzubringen. Schließlich gibt es eine ungebrochene – zum Teil durch Auditoren bzw. Visitoren geförderte – Tendenz zur Einführung weiterer Checkinstrumente, die früher oder später dazu führen wird, dass sich QM-Systeme „tot“ messen.

Wenn man dieser Analyse folgt, wird deutlich, dass weder QM-Systeme der ersten noch der zweiten Generation für sich gesehen in der Lage sind, die Unternehmensentwicklung langfristig positiv zu unterstützen. Dementsprechend besteht die Gefahr, dass solche Systeme die notwendige Akzeptanz bei Führungskräften und Mitarbeitern verlieren. Deshalb gilt es, eine neue Generation von QM-Systemen zu entwickeln, die das alte Leitmotiv – Auf- und Ausbau von Strukturen – zugunsten eines anderen aufgeben.

QM-Systeme der dritten Generation vermeiden es, das bestehende System weiter auszubauen. Ihr Ziel ist es stattdessen, das in den letzten Jahren gewachsene Instrumentenportfolio besser miteinander zu verknüpfen und aufeinander abzustimmen. Ähnlich wie ein Gehirn nicht durch die Zunahme von Masse, sondern von Synapsen lernt, soll sich auch die Leistungsfähigkeit des QM-Systems durch die bessere Verknüpfung seiner Elemente erhöhen. Anhand von drei Beispielen wird dies im Folgenden erläutert:

- Die meisten Krankenhäuser verfügen heute über ein schriftlich definiertes Zielsystem, ein Jahresfortbildungsprogramm und haben Mitarbeitergespräche

als wichtiges Instrument der Personalentwicklung eingeführt. Klassischerweise gibt es zwischen den genannten Instrumenten allerdings wenige Anknüpfungspunkte. So spielt bei der Vereinbarung individueller Ziele im Rahmen der Personalentwicklungsgespräche der Beitrag des jeweiligen Mitarbeiterziels zur Umsetzung der Gesamtstrategie in der Regel keine Rolle. Auch die im Jahresfortbildungsprogramm angebotenen Seminare werden eher nach fachlichen sowie gesetzlichen Gesichtspunkten und weniger auf der Basis der Unternehmensziele ausgewählt. Um die Fähigkeit des Systems zur Strategieumsetzung zu verbessern, wäre es denkbar, dass beispielsweise die Erstellung des Jahresfortbildungsprogramms zeitlich nach der jährlichen Aktualisierung des Zielsystems geplant wird, um wichtige strategische Entscheidungen für das Folgejahr durch entsprechende Seminare zu unterstützen. Im Mitarbeitergesprächsbogen könnte die Vereinbarung strategiekonformer Mitarbeiterziele durch die Vorgabe einer entsprechenden Zielsystematik erzwungen werden. Sind zum Beispiel die Steigerung der Patientenzufriedenheit und die Nutzung des Mitarbeiter-Know-hows für die Unternehmensentwicklung strategische Ziele des Krankenhauses, so können Vorgesetzte dazu angehalten werden, mit ihren Mitarbeitern die Teilnahme an Schulungen zur Patientenkommunikation und die Einreichung einer bestimmten Anzahl von Vorschlägen über das betriebliche Vorschlagswesen als individuelle Ziele für das Folgejahr zu vereinbaren.

■ Die Erfüllung gesetzlicher Vorgaben zur Sicherheit im Krankenhaus bildete in den vergangenen Jahren einen der wichtigsten Schwerpunkte des Qualitätsmanagements. Dementsprechend wurde unter anderem das Begehungs- und Auditwesen in Krankenhäusern deutlich ausgebaut. Heute ist es keine Seltenheit, dass Stationen jährlich zehn oder mehr Begehungen/Audits – Arbeitsschutz, Brandschutz, Datenschutz, Apotheke, Dokumentationsaudits, QM-Visitationen, Hygiene, Risikoaudits, externe Zertifizierungsaudits – unterzogen werden. Schaut man hier genauer hin, wird schnell deutlich, dass es zwischen den einzelnen Begehungen inhaltlich zum Teil enorme Überschneidungen gibt (zum Beispiel Risikoaudits und Arbeitsschutz- oder Brandschutzbegehungen; QM-Visitationen und Datenschutzbegehungen). Zur Ressourcenschonung scheint es sinnvoll, Begehungen zu Clustern zusammenzufassen und damit die zeitliche Belastung für die Stationen zu reduzieren. Erfahrungsgemäß ist es zum Beispiel möglich, Arbeitsschutz, Brandschutz, Medizintechnik und Elemente des Risikomanagements in einer (Sicherheits-)Begehung zu prüfen. Ein weiteres Cluster können QM-Visitationen, Datenschutz und Dokumentationsaudits bilden. Im Vorfeld sind dazu die Begehungschecklisten zusammenzuführen und redundante Fragen zu streichen. Da für die gemeinsame Begehungen trotzdem nur 60 bis 90 Minuten einzuplanen sind, sollten die Begehungschecklisten jährlich systematisch variiert werden, um die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben sicherzustellen. Beispielsweise könnte ein Schwerpunkt der Sicherheitsbegehung im ersten Jahr der bauliche und im zweiten der organisatorische Brandschutz sein. Insgesamt gelingt es so sehr schnell, aus ursprünglich sieben Begehungen zwei zu machen, die trotzdem noch zu ausreichenden Verbesserungsmaßnahmen führen. Die eingesparten Zeitressourcen auf der Station können für die Patientenversorgung eingesetzt werden.

■ Aus der Sicht des Verfassers erscheint es auch als sinnvoll, die verschiedenen Checkinstrumente – etwa in Form eines

halbjährlichen QM-Berichtswesens – miteinander zu verknüpfen. Themenspezifisch werden Instrumente, die Aussagen zu einem Qualitätsindikator liefern, zusammengefasst, gemeinsam analysiert und dadurch zentrale Verbesserungsbereiche identifiziert. Geben zum Beispiel sowohl die Mitarbeiterbefragung, Mitarbeiterbeschwerden, das betriebliche Vorschlagswesen als auch das hausinterne CIRS Hinweise auf Mängel in der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit, dann kann die Krankenhausführung davon ausgehen, dass genau bei diesem Thema strategischer Handlungsbedarf besteht.

Alle Akteure im Qualitätsmanagement – QMB, Visitoren/Auditoren, Berater – sollten gemeinsam verhindern, dass die

derzeit funktionierenden QM-Systeme durch eine fortschreitende Erhöhung der Regelungs- und Kontrolldichte zu bürokratischen Ungetümen werden. Die neuen Leitmotive der QM-Weiterentwicklung müssen daher Vernetzung, Synchronisation und Kombination der (bestehenden) Elemente des QM-Systems heißen. Hierdurch ist es möglich, die Leistungsfähigkeit des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern zu steigern, ohne dass die Flexibilität der Organisation über Gebühr eingeschränkt wird.

Anschrift des Verfassers

*Dipl.-Kfm. Nico Kasper, ZeQ AG,
Am Victoria-Turm 2, 68163 Mannheim,
nico.kasper@zeq.de*

Raumgestaltung

Katholisches Klinikum Koblenz-Montabaur nutzt Lichtelemente in fensterlosen Aufwächerräumen

Das Katholische Klinikum Koblenz-Montabaur ist ein modern ausgestattetes, freigemeinnütziges Verbundkrankenhaus der Schwerpunktversorgung (Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz) mit insgesamt 655 Planbetten, verteilt auf 15 Fachabteilungen und eine Belegabteilung. Das Klinikum ging Anfang 2001 aus der Fusion der beiden Koblenzer Kliniken Krankenhaus Marienhof und Brüderkrankenhaus St. Josef hervor. Seit Juli 2011 zählt auch das Brüderkrankenhaus Montabaur zu dem Verbund. Angeschlossen sind Ausbildungsstätten mit 400 Ausbildungsplätzen in Gesundheitsfachberufen und eine betriebseigene Kindertagesstätte am Marienhof in Koblenz.

Im Rahmen der turnusmäßigen Renovierung und Erneuerung der Aufwächerräume stellte sich die Frage, wie man in fensterlosen Behandlungsräumen für die Patienten ein angenehmeres Gesamtgefühl erzeugen könne. Dies ins-

besondere vor dem Hintergrund, dass sich die Patienten durch ihre Erkrankung und die Behandlung bereits in einer belastenden Grundsituation befinden. Es wurde nach einer Lösung gesucht, die das Raumklima verbessert und zur Entspannung des Patienten beiträgt. Eine Verlegung der Räume und aufwendige Umbauarbeiten schieden nicht zuletzt aus Kostengründen aus. Fündig wurde die Klinikleitung nach dem Hinweis aus der Mitarbeiterschaft bei einem Unternehmen, das spezielle Lichtelemente anbietet, die bereits in verschiedenen Kliniken zur Anwendung kommen und sich in der Praxis bewährt haben.

Die eingesetzten Lichtelemente nutzen ein eng an das Tageslichtspektrum angelehntes Speziallicht in Verbindung mit besonders naturrealistischen Darstellungen. Beide Aspekte zusammen (Licht und Motiv) sorgen für Effekte, die sich günstig auf die Psyche der Patienten auswirken. Die visuelle Darstellung un-