

Heike Anette Kahla-Witzsch

Praxiswissen Qualitätsmanagement im Krankenhaus

Hilfen zur Vorbereitung
und Umsetzung

2., überarbeitete und
erweiterte Auflage

Kohlhammer | *Krankenhaus*

Angaben zur Autorin

Dr. med. Heike A. Kahla-Witzsch,

MBA, Fachärztin für Urologie, QM-Auditorin.

Bis Frühjahr 2005 ärztliche Leiterin der Stabsstelle Qualitätsmanagement des Klinikumsvorstandes am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., dort verantwortlich für Konzeption und Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001:2000 mit erfolgreichen Zertifizierungen zahlreicher klinischer und nichtklinischer Bereiche.

Im Jahr 2004 Gründung der *Dr. Kahla-Witzsch Beratung im Gesundheitswesen*, eines auf Qualitäts- und Risikomanagement spezialisierten Beratungsunternehmens (<http://www.kahla-witzsch.de>).

Weitere Veröffentlichungen der Autorin im Verlag W. Kohlhammer:

Heike A. Kahla-Witzsch/Olga Platzer (2007): Risikomanagement für die Pflege. Ein praktischer Leitfaden. ISBN 978-3-17-019400-7

Heike A. Kahla-Witzsch (2005): Zertifizierung im Krankenhaus nach DIN EN ISO 9001:2000. Ein Leitfaden. 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. ISBN 978-3-17-018506-7

Heike A. Kahla-Witzsch/Thomas Geisinger (2004): Clinical Pathways in der Krankenhauspraxis. Ein Leitfaden. ISBN 978-3-17-017501-3

Heike Anette Kahla-Witzsch

Praxiswissen Qualitätsmanagement im Krankenhaus

Hilfen zur Vorbereitung und Umsetzung

2. Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Aus Gründen der flüssigeren Schreibweise und besseren Lesbarkeit wird im Text nicht explizit zwischen weiblichen und männlichen Wortformen unterschieden. Falls nicht anders hervorgehoben, ist jedoch die so ausgeschlossene Geschlechtsform selbstverständlich immer miteinbezogen.

2. Auflage 2009

Alle Rechte vorbehalten

© 2009 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-026550-9

Für Alexandra & Sophie

Inhalt

Vorwort zur 2. Auflage	11
Glossar	13
Geleitwort	19
1 Einführung	21
2 Qualitätsmanagement: Gesetzlicher Rahmen und Systeme . . .	25
2.1 Gesetzliche Vorgaben	25
2.2 Qualitätsmanagementsysteme	29
2.2.1 Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001:2008	29
2.2.1.1 Die DIN-EN-ISO-9000-Familie	29
2.2.1.2 Die DIN EN ISO 9001:2008	30
2.2.2 Das EFQM-Modell für Excellence	34
2.2.3 KTQ®	39
2.2.3.1 Wer oder was ist KTQ®?	40
2.2.3.2 Struktur des KTQ®-Katalogs	40
2.2.3.3 proCumCert (pCC)	42
2.2.3.4 Spezifische Zertifizierungsverfahren für Organkrebszentren und Onkologische Zentren	43
2.3 Stand der Zertifizierungen	44
3 Allgemeine Grundlagen	47
3.1 Der QM-Prozess	47
3.1.1 Der 11-Punkte-Plan	49
3.1.2 Projektplanung	52
3.2 Kritische Erfolgsfaktoren	53
3.3 Unternehmenskultur	55
3.3.1 Veränderungsbereitschaft	56
3.3.2 Transparenz	57
3.3.3 Patientenorientierung	57
3.3.4 Mitarbeiterorientierung	58
3.3.5 Fehlerkultur	59

3.4	Strukturen schaffen	62
3.4.1	Das zentrale QM-Leitungsteam	63
3.4.2	Qualitätsbeauftragter/Stabsstelle Qualitätsmanagement	63
3.4.3	Dezentrales QM-Lenkungsteam der Klinik/Abteilung	64
3.4.4	QM-Arbeitsgruppen	65
3.4.5	QM-Konferenz	69
3.4.6	Praxisbeispiel	69
3.5	Leitbild	71
3.5.1	Was ist ein Leitbild?	71
3.5.2	Leitbildentwicklung	72
3.5.3	Leitbild oder Leidbild?	75
3.6	Externe Beratung – ein Muss?	76
4	Die Prozesse	81
4.1	Begriffsklärung	81
4.1.1	Prozess	81
4.1.2	Prozessmanagement	82
4.1.3	Kern-/Schlüsselprozess	82
4.1.4	Unterstützender Prozess/Supportprozess	83
4.1.5	Schnittstelle	83
4.1.6	Prozesseigner/Process Owner	83
4.1.7	Prozessteam	84
4.1.8	Prozessvisualisierung	84
4.1.9	Prozessanalyse	85
4.1.10	Prozesskategorien	85
4.1.11	Prozesskennzahlen	85
4.1.12	Prozesslandschaft	86
4.2	Identifikation von Prozessen	86
4.3	Beschreibung von Prozessen	89
4.4	Wechselwirkungen der Prozesse	92
4.5	Beispielprozesse	94
4.6	Vom Prozess zum klinischen Behandlungspfad (Clinical Pathway)	97
5	Qualitätsmanagement geht alle an	99
5.1	Motivation	100
5.1.1	Was ist Motivation?	100
5.1.2	Motivation der Mitarbeiter	101
5.1.3	Motivation der Leitung	103
5.1.4	Information und Kommunikation	104
5.2	Schulung und Qualifizierung	105
5.2.1	Schulung und Qualifizierung von Führungskräften	106
5.2.2	Schulung und Qualifizierung von Mitarbeitern	106
5.2.3	Schulung und Qualifizierung von Qualitätsmanagement- beauftragten	108

6	Die ersten Schritte	111
6.1	Ordnung muss sein! Oder: QM sichtbar machen	111
6.1.1	Vorgehensweise am Beispiel Lagerhaltung	112
6.1.2	Erhaltung der neuen Ordnung	113
6.2	Wer sind die Beauftragten? Oder: die Einhaltung gesetzlicher Vorschriften.	114
6.2.1	Beauftragte nach dem Transfusionsgesetz und ihre Aufgaben	115
6.2.2	Beauftragte für Hygiene	117
6.2.2.1	Krankenhaushygieniker	118
6.2.2.2	Der Hygienebeauftragte (Arzt)	119
6.2.2.3	Hygienefachkraft	120
6.2.2.4	Hygienekommission	121
6.2.3	Strahlenschutzbeauftragter	121
6.2.4	Laserschutzbeauftragter	123
6.2.5	Datenschutzbeauftragter	124
6.2.6	Betriebsarzt	126
6.2.7	Fachkraft für Arbeitssicherheit	128
6.2.8	Sicherheitsbeauftragter	131
6.2.9	Abfallbeauftragter	132
7	Dokumentation oder: Wer schreibt, der bleibt	135
7.1	Patientenbezogene Dokumentation	136
7.1.1	Gesetzliche Grundlagen	136
7.1.2	Anforderungen an die Dokumentation	136
7.2	Dokumentation und Qualitätsmanagement	138
7.2.1	DIN EN ISO 9001:2008	138
7.2.2	KTQ®-Kriterien zur Dokumentation	141
7.3	Umsetzungsbeispiele	143
7.3.1	Dokumentationsrichtlinie	143
7.3.2	Regelung der Verantwortlichkeiten	145
7.3.3	Arbeitsanweisung für die Erstellung von Arztbriefen	146
7.3.4	Arbeitsanweisung für die Erstellung von OP-Berichten	147
7.3.5	Dokumentation in der Pflege	148
7.4	Überprüfung der Dokumentation	150
8	Prüfung des Qualitätsmanagementsystems	153
8.1	Begriffsklärung	153
8.1.1	Audit	153
8.1.2	Selbstbewertung (Self-Assessment)	154
8.1.3	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	154
8.2	Selbstbewertung	155

8.3	Internes Audit	157
8.3.1	Systemaudit	157
8.3.2	Prozessaudit	158
8.3.3	Managementbewertung	159
9	„Hilfe, der Auditor kommt“	161
9.1	Was bedeutet Zertifizierung?	161
9.2	Was spricht für eine Zertifizierung?	162
9.3	Zertifizierung – Wie geht das?	163
9.3.1	Gegenüberstellung der Abläufe einer Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 und KTQ®	164
9.3.2	Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008	164
9.3.3	Das KTQ®-Zertifizierungsverfahren	169
9.3.3.1	Die KTQ®-Berichtsformen	169
9.3.3.2	Ablauf des KTQ®-Zertifizierungsverfahrens	170
9.4	Vorbereitung auf die externe Begutachtung	172
10	Zertifizierung, und wie geht es weiter?	175
10.1	KTQ®	176
10.2	DIN EN ISO 9001:2008	177
10.3	Zu guter Letzt	178
	Literaturverzeichnis	179
	Anhang	183
	Beispiel eines Zeitplans zur Einführung des Qualitätsmanagementsystems	185
	Muster Ablaufdiagramm OP	186
	Muster Ablaufdiagramm Stationäre Entlassung	191
	Checkliste Lagerhaltung	194
	Checkliste Verfallsdatenkontrolle und Reinigung Kühlschränke	196
	Checkliste Lager- und Bestandshaltung	197
	Arbeitsanweisung Bestandshaltung – Beispiel Notfallkoffer	198
	Inhaltsverzeichnis eines Qualitätsmanagement-Handbuchs	200
	Checkliste Dokumentationsaudit	205
	Formblatt Auditjahresplanung	208
	Beispiel Auditjahresplanung	209
	Formblatt zur Dokumentation von Prozessaudits	211
	Checkliste zur Ist-Analyse	212
	Beispiel eines Zeitplans für ein Zertifizierungsaudit	219

Vorwort zur 2. Auflage

Seit dem ersten Erscheinen dieses Buches im Jahr 2005 hat sich das Thema Qualitätsmanagement im Krankenhaus kontinuierlich weiterentwickelt, was eine Überarbeitung und Aktualisierung dieses Buches erforderlich macht. Der Gesetzgeber hat zum 1.1.2004 alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements verpflichtet. Mit dem zum 1.4.2007 in Kraft getretenen Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden nun erstmalig stationäre Rehabilitationseinrichtungen auch zur Zertifizierung ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements verpflichtet.

Waren in 2005 zertifizierte Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen eher noch die Ausnahme, so steigt deren Zahl kontinuierlich an. 2005 verfügten 385 deutsche Krankenhäuser über ein Zertifikat nach KTQ®, im Oktober 2008 waren dies bereits 621, davon unterzogen sich 190 Häuser bereits erfolgreich einer Re-Zertifizierung.

Ist Qualitätsmanagement also eine Erfolgsstory? Mitnichten! Spricht man mit Mitarbeitern aus den verschiedensten Einrichtungen, so erzeugt das bloße Erwähnen des Wortes des Öfteren Augenrollen und Schulterzucken. Qualitätsmanagement wird als Bürokratismus und Formalismus erlebt, als hehrer Anspruch, der sich im Krankenhausalltag mit seinen Problemen infolge zunehmender Leistungsverdichtung, Personalabbau und Kostendruck nur schwer umsetzen lässt. Häufig hört man auch Klagen darüber, dass die Krankenhausleitung und Führungsverantwortlichen zwar großen Wert auf ein Zertifikat legen, aber die für das Qualitätsmanagement, dessen Erhalt und Weiterentwicklung erforderlichen personellen Ressourcen nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stellen. Dass dem Qualitätsmanagement oftmals nur eine Alibifunktion zugeschrieben wird, darüber wissen auch viele Qualitätsbeauftragte zu berichten. Auch ihnen mangelt es häufig an Unterstützung durch die Krankenhausleitung, die Qualitätsmanagement mancherorts als notwendiges Übel, als lästige Pflicht und nicht als Chance begreift.

Was soll mit Qualitätsmanagement eigentlich erreicht werden? Qualitätsmanagement ist ein Instrument zur Unternehmenssteuerung und -entwicklung. Es ist somit ein Führungsinstrument, das die Unternehmensleitung darin unterstützen soll, das Unternehmen mit seinen Strukturen und Abläufen so zu gestalten, dass gesetzte Unternehmensziele erreicht werden können und die Organisation im Wettbewerb bestehen und sich zukunftsfähig entwickeln kann.

Damit dies gelingt, sind Kenntnisse über Qualitätsmanagement, die verschiedenen verfügbaren Modelle und Zertifizierungsverfahren unabdingbar. Ziel-

setzung dieses Buches ist, diese Kenntnisse zu vermitteln – aus der Praxis für die Praxis.

Ich hoffe, dass meine Erfahrungen und Erkenntnisse aus langjähriger Tätigkeit als Qualitätsbeauftragte, Auditorin und Beraterin vieler Einrichtungen im Gesundheitswesen auf dem Weg zu einem lebendigen und nützlichen Qualitätsmanagement ein guter Ratgeber und Begleiter ist.

Wissen vermehrt sich, wenn man es teilt.

Glossar

Akkreditierung

Seitens einer legitimierten Institution erfolgte formelle Anerkennung einer Organisation oder Person (ursprünglich: eines Prüflaboratoriums) hinsichtlich ihrer Kompetenz, bestimmte Leistungen (ursprünglich: Prüfungen oder Prüfungsarten auszuführen) erbringen zu dürfen. (modifiziert nach DIN EN ISO 17025:2000).

Audit

Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditnachweisen und zu deren objektiver Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit Auditkriterien erfüllt sind (DIN EN ISO 9000:2005, 3.9.1).

- **externes Audit**
Audit, das z. B. durch Kunden oder externe unabhängige Organisationen, z. B. im Rahmen einer Zertifizierung, durchgeführt wird.
- **internes Audit**
Audit, das von oder im Namen der Organisation durchgeführt wird.
- **Qualitätsaudits** werden durchgeführt, um die Funktionsfähigkeit des Qualitätsmanagementsystems zu überprüfen.
Der Begriff Audit leitet sich von dem lateinischen Wort „audire“ (= hören) ab. Bei einem Audit befragt eine damit beauftragte Person (der „Auditor“) die Mitarbeiter nach ihrer Vorgehensweise bei ihrer Arbeit und nimmt ggf. Einsicht in Nachweisdokumente. Hierbei wird überprüft, ob die Prozesse der Organisation festgelegt sind, ob diese Festlegungen den Normenvorgaben entsprechen und, anhand von Stichproben, ob die tatsächlich durchgeführten Vorgehensweisen mit der schriftlichen Festlegung im Qualitätsmanagement-Handbuch übereinstimmen.

Balanced Scorecard (BSC)

Von Kaplan und Norton 1990 beschriebenes kennzahlengestütztes Managementsystem, das dazu dient, strategische Ziele einer Organisation mittels Messgrößen abzubilden. Die Perspektiven (Finanzen, Kunden, Prozess, Lernen und Innovation) werden in der Regel mit jeweils 4 bis 5 Kennzahlen dargestellt, um so eine einseitige Ausrichtung auf rein finanzielle, einfach messbare, Ziele zu vermeiden.

Behandlungspfad (auch: Klinischer Pfad, Clinical Pathway)

Berufsgruppenübergreifender, evidenzbasierter Behandlungsablauf mit dem Ziel der ständigen Verbesserung in der Patientenversorgung.

Benchmarking (benchmark = Höhenmarke), Lernen von den Besten

Prozess bei dem Prozesse, Produkte, Dienstleistungen oder Praktiken gegen den stärksten Mitbewerber/den Besten mit dem Ziel, die eigene Leistung zu verbessern, gemessen werden.

CEN

Comité Européen de Normalisation. Europäische Normenbehörde – zuständig für die Zulassung als Europäische Norm (EN).

DIN

Deutsches Institut für Normung e.V. – verantwortlich für die Normungsarbeit in Deutschland autorisiert durch einen Vertrag mit der Bundesrepublik Deutschland.

EFQM (European Foundation for Quality Management)

Gründung führender europäischer Unternehmen mit dem Ziel der Förderung und Weiterentwicklung des Qualitätsgedankens in Europa. Die EFQM entwickelt das EFQM-Modell für Excellence und vergibt einmal jährlich den Europäischen Qualitätspreis (EQA).

FMEA (Failure Mode and Effects Analysis = Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse)

Methodik des Qualitäts- und Risikomanagements zur Fehlervermeidung, die hauptsächlich in der Entwicklungsphase neuer Produkte oder Dienstleistungen angewandt wird.

Zielsetzung ist die frühzeitige Identifikation potenzieller Fehlerursachen im Sinne einer vorbeugenden Fehlerverhütung anstelle einer nachsorgenden Fehlerkorrektur.

Die FMEA beinhaltet eine Analyse auf potenzielle Fehler, Risikobeurteilung, Maßnahmen bzw. Lösungsvorschläge zur Risikoreduktion bzw. -vermeidung und Bewertung des Restrisikos.

ISO

The International Organization for Standardization – Internationale Organisation für Normung. Weltweite Vereinigung nationaler Normungsinstitute (ISO-Mitgliedskörperschaften).

Die Länder der Europäischen Union müssen ISO-Normen übernehmen, wenn das CEN der ISO-Norm zustimmt.

KAIZEN

bedeutet ständige Verbesserung im privaten Leben und Arbeitsleben. KAIZEN am Arbeitsplatz ist die ständige Verbesserung, zu der alle gleichermaßen beitragen – Führungskräfte und Mitarbeiter (Imai, 1992).

KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)

GmbH mit den Gesellschaftern Bundesärztekammer, GKV Spitzenverbände, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat und dem Hartmannbund.

KTQ® befasst sich mit der Entwicklung und Weiterentwicklung eines spezifischen Zertifizierungsverfahrens für Einrichtungen im Gesundheitswesen, das auf einer Selbstbewertung der Einrichtung basiert, mit anschließender Fremdbewertung durch ein oder mehrere Visitoren auf Basis eines Peer-Review-Ansatzes. Derzeit gibt es Verfahren für die Bereiche Krankenhaus, Rehabilitation, Praxen sowie Pflegeeinrichtungen und alternative Wohnformen.

Managementsystem

System zum Festlegen von Politik und Zielen sowie zum Erreichen dieser Ziele (DIN EN ISO 9000:2005, 3.2.2).

Norm

Im Umfeld des Qualitätsmanagements versteht man hierunter ein im Konsens erstelltes Dokument, das von einer anerkannten Stelle angenommen wurde, welches für die allgemeine und wiederkehrende Anwendung Regeln, Leitlinien und Merkmale für Tätigkeiten oder deren Ergebnisse festlegt.

PDCA-Zyklus (auch Deming-Zyklus)

Auf William Edwards Deming (1900–1993), einem der Pioniere des Qualitätsmanagements, zurückgehender 4-phasiger Problemlösungsprozess. P steht hierbei für PLAN (Planen): Diese Phase umfasst das Erkennen von Verbesserungspotentialen, die Analyse des aktuellen Zustands sowie das Entwickeln eines neuen Konzeptes zur Qualitätsverbesserung. Es schließt sich die Phase D (DO-Durchführen) der Umsetzung des geplanten Konzeptes, oftmals im Rahmen von Pilotprojekten oder -bereichen an. Die dritte Phase des C (CHECK-Prüfen) dient der Überprüfung und Bewertung der eingeleiteten Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit. In der 4. Phase A (ACT-Handeln) werden erforderliche Korrekturen bzw. weitere Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet bzw. die Maßnahmen auf weitere Bereiche der Organisation

ausgedehnt, um schließlich wieder mit der Phase P im Sinne eines kontinuierlichen Entwicklungsprozesses zu beginnen.

Projekt

einmaliger Prozess, der aus einem Satz von abgestimmten und gelenkten Tätigkeiten mit Anfangs- und Endterminen besteht und durchgeführt wird, um unter Berücksichtigung von Zwängen bezüglich Zeit, Kosten und Ressourcen ein Ziel zu erreichen, das spezifische Anforderungen erfüllt. (DIN EN ISO 9000:2005, 3.4.3)

Prozess

Satz von in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehenden Tätigkeiten, der Eingaben in Ergebnisse umwandelt (DIN EN ISO 9000:2005, 3.4.1).

Prozesskennzahlen

Um die Qualität und Leistungsfähigkeit eines Arbeitsablaufs festzustellen, benötigt man eine messbare Größe, die in regelmäßigen Abständen überprüft wird. Diese Größe wird als Kennzahl bezeichnet.

Prozessorientierung

Die Norm DIN EN ISO 9001:2008¹ zeichnet sich durch Prozessorientierung aus. Damit ist gemeint, dass nicht nur die Qualität des von einer Organisation erbrachten Ergebnisses kontrolliert und beurteilt wird, sondern auch die hierfür erforderlichen Prozesse klar definiert und kontrollierbar sein müssen.

Qualitätsmanagementsystem

Managementsystem zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich der Qualität (DIN EN ISO 9000:2005, 3.2.3).

Qualitätsmanagementbeauftragter

Beauftragter der obersten Leitung (DIN EN ISO 9001:2008, 5.5.2): Mitglied der Leitung einer Organisation, das die Verantwortung und Befugnis hat sicherzustellen, dass die für das Qualitätsmanagement erforderlichen Prozesse eingeführt, verwirklicht und aufrechterhalten werden; es hat die Aufgabe, der obersten Leitung über die Leistung und den notwendigen Verbesserungsbedarf des Qualitätsmanagementsystems zu berichten und soll in der gesamten Organisation das Bewusstsein bezüglich Kundenanforderungen fördern.

¹ Die DIN EN ISO 9001 ist im November 2008 in einer revidierten Fassung erschienen.

Qualitätsmanagementhandbuch

Dokument, in dem das Qualitätsmanagementsystem einer Organisation festgelegt ist.

Qualitätssicherung, externe

Systematische, standardisierte Datenerhebung und -auswertung, die sich auf ganze Fachgebiete oder Diagnosegruppen bezieht und einen Vergleich zwischen den einzelnen Leistungserbringern erlaubt. Die längsten Erfahrungen liegen im Bereich der Peri- und Neonatologie vor.

Seit 2001 wird nach § 137 SGB V die externe Qualitätssicherung in Deutschland bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung BQS gGmbH (<http://www.bqs-online.de>) zusammengefasst.

Zertifizierung

Verfahren, in dem ein unparteiischer Dritter schriftlich (Zertifikat) bestätigt, dass ein Erzeugnis, ein Verfahren, eine Dienstleistung oder eine Organisation in ihrer Gesamtheit vorgeschriebene Anforderungen erfüllt. Überprüft wird hierbei die Übereinstimmung (Konformität) mit einem vorgegebenen Standard (Norm).

Geleitwort zur 1. Auflage

Die Einrichtung eines internen Qualitätsmanagements für Krankenhäuser ist zwingend (§ 135 a SGB V). Darüber hinaus gibt es Vorgaben zu den grundsätzlichen Anforderungen an das geforderte Qualitätsmanagement (§ 137 SGB V). Den Krankenhäusern ist dabei aber freigestellt, nach welchem Modell sie ihr Qualitätsmanagement definieren und ausgestalten.

Letzteres kann nur begrüßt werden. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich einige Krankenhäuser bereits vor dem Inkrafttreten der genannten Regelungen auf ein bestimmtes Modell (z. B. EFQM) festgelegt hatten.

Für die Krankenhäuser – und dies ist die überwiegende Anzahl – die vor dem Problem stehen, Qualitätsmanagement neu einzurichten, stellt die „freie Wahl“ häufig ein größeres Problem dar.

Denn viele der einschlägigen Darstellungen in der Literatur beziehen sich auf ein konkretes Modell (z. B. DIN EN ISO oder EFQM) und lassen die infrage kommenden Alternativen nicht gelten.

Eine annähernd fundierte Meinungsbildung, welches Modell sich für die individuelle Situation eignet, ist somit häufig schwer herbeizuführen.

Vor diesem Hintergrund stellt das vorliegende Buch ein Novum dar. Denn es richtet seinen Fokus nicht auf ein definiertes Modell, sondern betrachtet die verschiedenen Modelle bzw. Möglichkeiten vergleichend und im Kontext praxisnaher Informationen zur konkreten Umsetzung von Qualitätsmanagement in Einzelschritten. Denn unabhängig vom gewählten Modell sind für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement definierte Rahmenbedingungen und Herangehensweisen zwingend.

Der Autorin ist es in diesem Zusammenhang in vorbildlicher Weise gelungen, den Adressaten des Buches konkrete Handlungsanweisungen zur Planung und Umsetzung von Qualitätsmanagement im Krankenhaus zu geben. Und zwar in einer Weise, die es diesen ermöglicht, einen eigenen „individuellen“ Ansatz fern jeglicher, auf ein bestimmtes Modell fixierten Einseitigkeit zu realisieren.

Insgesamt gesehen ist das Buch eine Fundgrube für all diejenigen, die Qualitätsmanagement im Krankenhaus einführen wollen. Dies ergibt sich vor allem aus der umfassenden praktischen Erfahrung der Autorin, die den dornenreichen Weg der Einführung von Qualitätsmanagement auf breiter Basis

Geleitwort zur 1. Auflage _____

durchlebt hat und deshalb die einschlägigen Erfolgskriterien präzise definieren kann.

Ich wünsche dem Buch eine breite Leserschaft.

Hannover, im Juli 2005

Prof. Dr. Wolfgang Hellmann

1 Einführung

Im Jahr 2000 wurden zunächst die zur Versorgung gesetzlich versicherter Patienten zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland gesetzlich zum Qualitätsmanagement verpflichtet. Inzwischen wurde diese Verpflichtung auf alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen ausgeweitet: Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen. Alle sind nunmehr verpflichtet, an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (externe Qualitätssicherung) teilzunehmen und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln (vgl. § 135 a SGB V).

Kriterien für dieses einrichtungsinterne Qualitätsmanagement wurden zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflgerates in der *„Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGBV über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser“* festgelegt.

Wie der Name schon sagt, definiert diese Vereinbarung „grundsätzliche Anforderungen“ an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem (QM-System). Dies bedeutet, es gibt keine konkreten Vorgaben, nach welchem Modell Krankenhäuser „ihr“ QM-System gestalten sollen.

Dass kein bestimmtes Modell favorisiert wurde, ist sehr zu begrüßen. Das „einzig wahre“ Qualitätsmanagementsystemmodell für Einrichtungen des Gesundheitswesens gibt es bislang nicht.

Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in einem Krankenhaus und die Auswahl des zugrunde liegenden Modells, seine Gestaltung und Verwirklichung muss sich nach den Erfordernissen, den besonderen Zielen, der Größe und Struktur der Einrichtung und nicht zuletzt nach den Patientenerwartungen sowie den Erwartungen anderer „Kunden“, wie zuweisenden Ärzten, Nachsorgeeinrichtungen, richten.

Ziel und Zweck des QM in der Gesundheitsversorgung ist die Optimierung der diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und sonstigen Dienstleistungsprozesse für eine gute Patientenversorgung. Natürlich sind Patientinnen und Patienten keine „Kunden im herkömmlichen Sinne“ (Curriculum BÄK, 2003, S. 5). Ein wesentlicher Unterschied zu Kunden anderer Dienstleistungen ist ihre aktive Einbindung in den Prozess der medizinischen Leistungserbringung und die dadurch bedingte Mitwirkung am Behandlungsprozess und dessen Ergebnis, also an Prozess- und Ergebnisqualität. Darüber hinaus hat