

Fünfmal „WARUM“ zur internen Qualitätssicherung und zum Total Quality Management (TQM) im Krankenhaus

- ein Statement des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie in Zusammenarbeit mit der Krankenhausgesellschaft

Durch die inhaltlich auf den Patienten orientierte Qualitätssicherung (QS) in der Medizin wird der Begriff in Folge seiner zunehmenden Vielschichtigkeit und der sich daraus ergebenden ärztlichen Handlungsweise durch den Terminus „Ärztliches Qualitätsmanagement“ abgelöst. Damit sind enge und direkte Beziehungen zu einem umfassenden Qualitätsmanagement (Total Quality Management - TQM) besonders für den hospitalen Bereich fließend und unübersehbar. Zweifelsohne ist die Ärzteschaft sowohl aus der Aufgabenstellung wie auch aus der Tradition heraus der Hauptakteur der Qualitätssicherung im Krankenhaus, doch gebietet gerade die Orientierung auf den „Kunden“ Patient die Einbeziehung aller Strukturen und Ebenen eines Krankenhauses in eine umfassende Form der Qualitätssicherung. Das sich logistisch aus der Notwendigkeit ableitende TQM stellt sich heute als Forderung dar, auf deren Inhalt wie auch auf das „Für und Wider“ näher einzugehen ist. Ist auch das TQM nicht als eine neue Wissenschaft zu bezeichnen und durchaus auch nicht das Allheilmittel für sämtliche offene Probleme, so sind es doch besonders die verschiedenen Methoden und Werkzeuge (Tools), deren Kenntnis und Anwendung eine Voraussetzung zum Er-

folg sind. Qualitätssicherung verlangt heute zum einen die Einbeziehung aller Mitarbeiter und zum anderen ihre diesbezügliche Qualifikation, insbesondere der Verantwortlichen aus den Leitungsebenen. Qualität ist vor allem eine Frage der inneren Einstellung eines jeden und der prinzipiellen Bereitschaft zur Veränderung.

Eine der Grundregeln des TQM ist es, anstehende Entscheidungen mit einem „Fünfmal Warum“ zu hinterfragen.

Fragt man sich, **WARUM** es noch Krankenhäuser gibt, die sich vor der offiziellen Einführung eines internen Qualitätsmanagement scheuen, so ist die Antwort vielschichtig und nicht leicht. Einerseits nimmt der überwiegende Teil aller sächsischen Krankenhäuser an den Projekten der externen Qualitätssicherung (QS) in Sachsen teil und verfügt hier und da über fachbezogene Arbeitsgruppen oder Kommissionen, die sich den Fragen der inneren Qualitätssicherung (z.B. Krankenhaushygiene, Arzneimitteltherapie, Anästhesie, Tumorkonsilien wie auch Pflegestandards) stellen. Andererseits bleibt es meistens bei der Teilnahme an den Projekten der externen Qualitätssicherung, ohne die Ergebnisse zum Aufbau eines internen Qualitätsmanagements ähnlich dem in der freien Marktwirtschaft zu nutzen, so daß

zwischen externer und interner Qualitätssicherung nicht das gewünschte Fließgleichgewicht besteht.

Nach wie vor sind die Rahmenbedingungen, insbesondere die strukturellen Voraussetzungen der Krankenhäuser nicht mit der freien Marktwirtschaft vergleichbar, was die Erfolgsorientierung beeinflusst.

Der Qualitätsbegriff im Krankenhaus ist sehr vielschichtig und wird deshalb von den verschiedenen Berufsgruppen auch unterschiedlich interpretiert. Es gilt aber immer noch, daß sich vor allem die Ärzteschaft für Qualitätssicherung am Krankenhaus verantwortlich fühlt, wie „sie es bereits immer getan hat“. Darüber hinaus wird Qualitätssicherung als etwas Nebenamtliches oder Ehrenamtliches verstanden und somit entsprechend der zeitlichen und personellen Ressourcen meistens dem Zufall überlassen. Vermissen werden besonders berufsübergreifende Teams, die sich mit der Schnittstellenproblematik sowohl zwischen den einzelnen medizinischen Fachdisziplinen als auch zwischen den unterschiedlichen Diensten (Pflegedienst, Verwaltung und Ärztlicher Dienst) beschäftigen. Obwohl die Defizite bekannt sind, fragt man sich, **WARUM** sich hier Stagnation einstellt. Reichten bisherige Bemühungen um die Qualitätssicherung sei-

tens der verantwortlichen Gremien im Lande nicht aus, und welche Konsequenzen wären abzuleiten? Folgt man dem wörtlichen Inhalt „Schnittstelle“ als eine Art Grenzsituation oder Brennpunkt, so sollte es die Zielstellung des internen Krankenhausmanagements sein, hier auf dem Wege einer Brückenfunktion aus den Schnittstellen Verbund- und Nahtstellen zu entwickeln.

In der gegenwärtigen Phase der gesetzlich abverlangten Ausweitung und Veränderung der externen Qualitätssicherung, insbesondere durch die Fallpauschalen (FP) und Sonderentgelte (SE) auf der Basis von Verträgen auf Landesebene, haben sich SLÄK und KGS erneut mit den veränderten Zielstellungen des Qualitätsmanagements (QM) im Krankenhaus auseinandergesetzt. Mehr und mehr wird davon ausgegangen, daß die laufenden sowie auch hinzukommenden Projekte der externen Qualitätssicherung spürbare und ablesbare Auswirkungen auf die innere Qualitätssicherung der Krankenhäuser haben müssen.

Daraus leitet sich die entscheidende Frage ab, was mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung in praxi in den Häusern passiert, und welche ablesbaren Auswirkungen sie auf die innere Qualitätssicherung haben?

WARUM setzt sich immer noch überwiegend die Ärzteschaft des Krankenhauses unabhängig von Pflege und Verwaltung separat mit der Qualitätssicherung auseinander? **WARUM** werden von der Pflege in sorgfältiger Detailarbeit Pflegeleitlinien/-standards erarbeitet, aber nur selten in Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kollegen auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert? Ist es evtl. möglich, daß die Methoden des QM's bzw. die sogenannten Werkzeuge des TQM's nicht in genügendem Umfange den leitenden Mitarbeitern bekannt sind? Intuition allein reicht nicht aus, um meßbare Erfolge zu erzielen.

Bezieht man sich auf die schon vor mehr als 2 Jahren vom Ausschuß Qualitätssicherung veröffentlichte Empfehlung zur Bildung von Qualitätszirkeln unter Benennung von **Qualitätsbeauftragten im Krankenhaus**, so muß festgestellt werden, daß die Umsetzung nur sehr zögernd erfolgt. Hauptamtliche Qualitätsbeauftragte und TQM-Koordinatoren in den

Krankenhäusern sind in Sachsen bisher nicht bekannt geworden. Nur wenige Krankenhäuser haben für die Qualitätssicherung ehrenamtlich beauftragte Ärzte. Wird der Qualitätsbeauftragte bereits ernsthaft erwünscht oder fällt er den Sparmaßnahmen zum Opfer, noch ehe er etabliert ist? Kann es sein, daß Qualitätssicherung immer noch nicht als ein integraler Bestandteil der täglichen Arbeit aller Mitarbeiter verstanden wird?

Das langjährige Warten auf die nicht unumstrittene Einführung der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten hat so manches in eine andere Richtung gehendes Projekt zur weiteren Vervollkommnung der QS hintangehalten. Hinzu kommt, daß die Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser mit zunehmender Personalengage nicht besser, sondern eher schlechter geworden sind. Letzteres sollte allerdings um so mehr ein Beweggrund sein, das sogenannte Veränderungspotential (Ressourcen) für weitere Maßnahmen der internen Qualitätssicherung sinnvoll und effektiv zu nutzen, um das formulierte Ziel einer hervorragenden Dienstleistung gegenüber dem Patienten zu erbringen.

Die bisher erreichte Situation auf dem Gebiet der inneren Qualitätssicherung läßt die Frage aufkommen, ob der Widerstand gegenüber TQM nicht bei den Mitarbeitern, sondern im Führungsstil der Krankenhäuser zu suchen ist. Es scheint, als ob die für ein QM-System notwendige „Streitkultur“ verlorengegangen ist, da mehr und mehr die Angst um den Arbeitsplatz Einzug gehalten hat.

Während noch vor Jahren die Projekte der externen QS und einige wenige Kommissionen und Arbeitsgruppen die herausragenden Säulen auf diesem Gebiet waren, ist heute die innere QS systematisch auf alle Struktur- und Leitungsebenen eines Krankenhauses auszudehnen. Gleichzeitig gilt es, neue inhaltliche Aspekte der QS aus der Sicht der Ärzteschaft zu erarbeiten. Es ist festzustellen, daß sich die vom Ausschuß in den vorausgegangenen Veröffentlichungen angeregten Qualitätszirkel nicht wie erwartet an den Krankenhäusern entwickelten und nicht immer die Beziehung zwischen externer und interner QS hergestellt haben. Zum anderen wurden insbesondere die berufsübergreifenden

Probleme (Schnittstellen) nur wenig berührt, wie z. B. Patientenleerlaufzeiten und fachübergreifende Kommunikationsmängel. Bedenkt man, daß einer der Hauptgründe für medizinische Fehlleistungen Informationsdefizite sind, gewinnt die Kommunikation mehr und mehr an Bedeutung.

Das patientenorientierte QM am Krankenhaus verlangt von der Krankenhausleitung eine für alle verständliche Zielvorgabe, eine Vision, die von allen Mitarbeitern einschließlich Leitungsebene verstanden und „gelebt“ wird. Die hieraus abgeleiteten Ziele konkretisieren die Vision sowohl zeitlich als auch inhaltlich im Sinne eines kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozesses. Die Umsetzung, auch im Sinne der Aufdeckung von Verbesserungspotentialen, erfolgt durch sogenannte Projektteams. Während Qualitätszirkel freiwillig ein von ihnen selbst gewähltes Problem versuchen zu lösen, handeln die Projektteams im Auftrag der Krankenhausleitung, d. h. sie bekommen eine Aufgabe vorgegeben, werden entsprechend dem Auftrag personell besetzt und lösen sich nach Beendigung ihrer Arbeit wieder auf.

Die Erwartungshaltung des Patienten gegenüber der stationären Diagnostik und Therapie ist sowohl durch innere als auch durch vielschichtige äußere Faktoren (z. B. Medien) geprägt. Es ist mit die Aufgabe des TQM, auf die Erwartungshaltung des Patienten entsprechend des medizinischen Wissensstands und der realen Möglichkeiten Einfluß zu nehmen. Nach Donabedian (1966) drückt sich die medizinische Qualität in dem Maß aus, in dem eine Gesundheitsleistung die Gesundheit des Patienten, gemessen am medizinisch Möglichen verbessert.

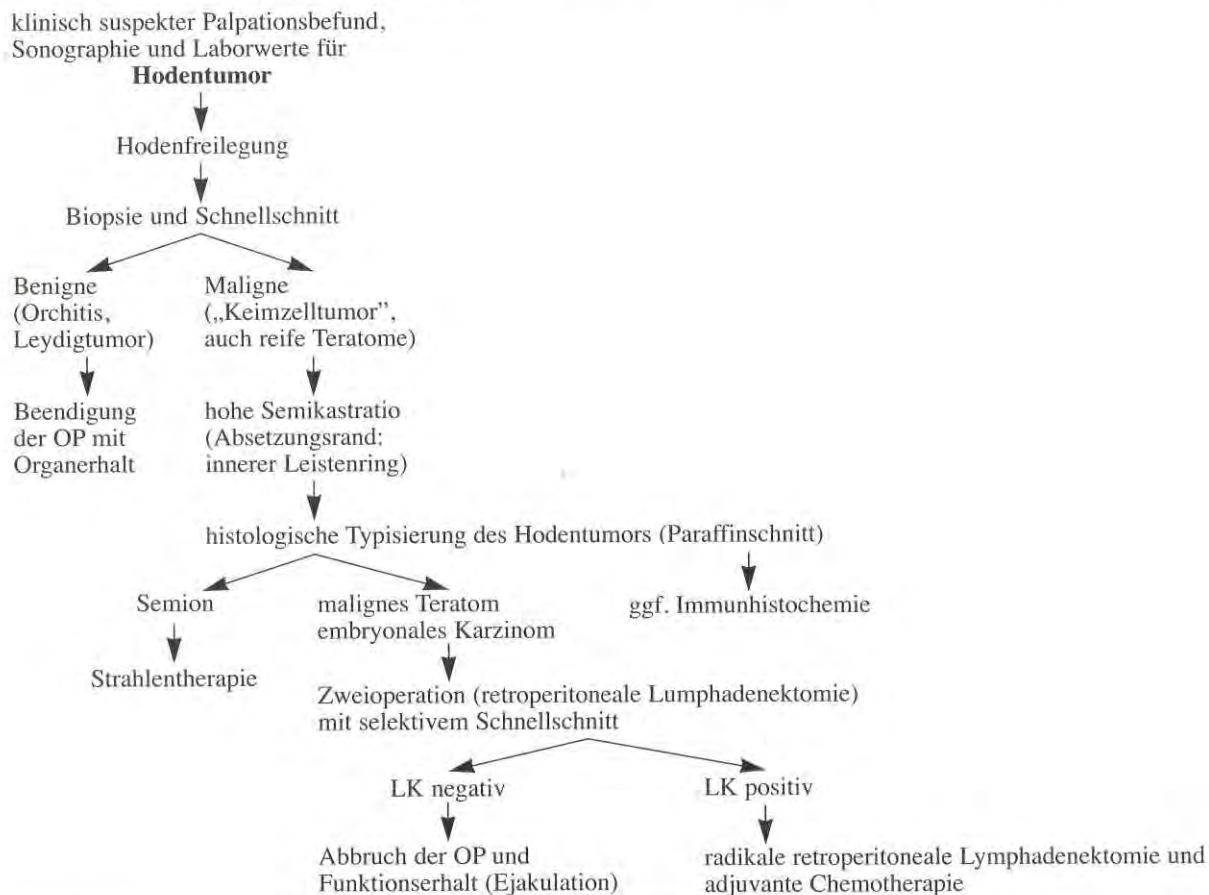
TQM ist nichts Elitäres, sondern eine Anleitung zu einer systematischen Vorgehensweise, hervorragende Ergebnisse zu erzielen. Es bedarf hierzu entsprechender, unter Umständen veränderter Führungsstrategien, Methodenkompetenz und die Beteiligung aller Mitarbeiter. Voraussetzungen dafür sind Akzeptanz, Transparenz und die Bereitschaft der (persönlichen) Veränderung. So ist z. B. mangelnde Transparenz nicht selten der erste Schritt zur Demotivierung der Mitarbeiter, und unzufriedene Mitarbeiter können nicht zur Zufriedenheit des Patienten führen.

Während sich die QS betont auf Standardisierungen ausrichtet, orientiert sich das TQM gezielt auf eine den Patienten „angepaßte“ Qualitätsorientierung, die in sich die Fähigkeit zur kontinuierlichen Veränderung und Verbesserung trägt. Folgt man Deming (1882), so sind 85 - 90 % der Qualitätsprobleme in der Organisation oder dem System und nicht im Mitarbeiter zu suchen. Die Bemühungen der externen QS, die auch durch die Einführung des neuen § 137 a des SGB V seitens der Ärzteschaft inhaltlich wie auch im Umfang weiter zunehmen werden, müssen sich letztendlich auf die innere QS der Krankenhäuser ausrichten und auswirken. Hierbei kann die Anwendung der Prinzipien von TQM nur hilfreich sein. Ein wesentlicher Punkt bleibt das Messen von Qualitätskriterien (Feigenbaum 1991), um nicht nur Ursachen und Wirkungsana-

lysen zu erstellen, sondern auch die Wirksamkeit zu überprüfen. Grundlage des TQM ist die Darlegung von Zahlen und Fakten, ist „Messen“. Die Ausbildung der Mitarbeiter auf dem Gebiete des QM sowie die Anwendung bewährter Methoden wie das Erstellen von Flußdiagrammen und Histogrammen wird elementares Rüstzeug, so daß nicht umsonst Methoden der Quality assurance der USA Einzug gehalten haben. So lassen sich Leitlinien auf den Prozeß von Diagnostik und Therapie durch Flußdiagramme darstellen, wie es z. B. in der Schnellschnittdiagnostik bei Hodentumoren Anwendung findet (Abbildung 1). An dieser Stelle ist zu fragen, ob nicht die Selbstbewertung (Self assessment) einen sinnvollen (alternativen) Schritt zur Einführung eines QM darstellt. Der Nutzen einer derartigen Selbstbewertung, ange-

lehnt an das Modell des Europäischen Qualitätspreises (European Quality Award - EQA), entspricht einem ersten wesentlichen Schritt zur kontinuierlichen Verbesserung einer Organisation. Aber man darf sich nicht nur mit der Selbstbewertung zufriedengeben. Vielmehr beginnt erst danach die eigentliche Arbeit im Sinne der Aufdeckung und Definition von Verbesserungspotentialen bis hin zur Umsetzung entsprechend erarbeiteter Problemlösungen. Eine weitere Form der Qualitätssicherung ist die Zertifizierung nach DIN ISO-9000, deren Aspekt im Gegensatz zum TQM nicht unbedingt auf das Ergebnis orientiert ist, sondern auf den zertifizierten Prozeß. Es wird danach gefragt, ob die Voraussetzungen zur Erreichung einer guten Qualität erfüllt werden, dagegen nicht, ob tatsächlich gute Qualität geleistet wird. Aus

Abb. 1: Flußdiagramm für das intraoperative und therapeutische Management bei Hodentumoren (nach Meister und Mitarbeiter) 16



der Sicht der Ärzteschaft erfüllt die Zertifizierung der Krankenhäuser nach DIN ISO-9000 nicht die Vorstellungen und Erwartungen einer auf den Patienten abgestimmten Ergebnisorientierung, so daß gegenwärtig an einer spezifischen Krankenhauszertifizierung gearbeitet wird (Kolkmann 1998, persönliche Mitteilung). Neben der Erarbeitung von Leitlinien verstärkt sich die Notwendigkeit der Erarbeitung von Indikatoren, die als Meß- und Normativwerte die Qualität in der Medizin anzeigen, z. B. die Häufigkeit von untersuchten zytologischen Präparaten pro Zeiteinheit in Relation ihrer Auswertbarkeit (Schenck 1996) in der Krebsdiagnostik oder die Frequenz von nichtwertbaren Untersuchungsmaterialien.

Bei der Diskussion um Grundsätze allgemeiner Qualitätsindikatoren empfehlen SLÄK und KGS gleichermaßen den Krankenhäusern nachstehende Basisliste als Orientierung für ihre internen Zielstellungen:

- interdisziplinäre Mortalitätsanalyse,
- Verfügbarkeit der Krankengeschichten,
- Änderungsfrequenz der Diagnosen, speziell der Grundleidendiagnose,
- unvorhergesehene Rehospitalisierung, sowohl nach stationären als auch nach ambulanten Eingriffen,
- Übereinstimmung zwischen klinischer und histologischer Diagnose,
- Zeitspanne des Versands von Arztbriefen und Epikrisen an den einweisenden Arzt.

Wiederholt wurde von verschiedener Seite die Rate der nosokomialen Infektionen mit als ein Qualitätsindikator angesprochen. Nach eingehender Überprüfung durch den Ausschuß und der zeitweiligen Arbeitsgruppe Krankenhaushygiene ist festzustellen, daß die alleinige Frequenz nosokomialer Infektionen als Indikator für die Krankenhaushygiene als nicht geeignet angesehen werden kann. Eine Beurteilung der nosokomialen Infektionen im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung ist allenfalls im Zusammenhang von Tracerdiagnosen denkbar. Dies besagt aber keineswegs, daß der Ausschuß von der Forderung zur Erfassung und Auswertung nosokomialer Infektionen abgerückt ist.

Viele der vom Ausschuß geäußerten Anregungen und Gedanken schlagen sich im

Curriculum QS und ärztliches Management der Bundesärztekammer (BÄK) sowie im Leitfaden zum QM im deutschen Krankenhaus der BÄK nieder (Kolkmann und Mitarbeiter 1997). Die arbeitsteilige Tätigkeit der berufsgruppenbedingten Säulen in der Hospitalstruktur verlangt hinsichtlich des TQM ein engeres Zusammengehen mit der Sächsischen Krankenhausgesellschaft. Ärztliches QM muß sich in das gesamte QM eines Krankenhauses einordnen und in erster Linie darauf zielen, die medizinische Versorgungsqualität auf einem angemessenen, möglichst hohem Niveau zu halten, das Bezug nimmt auf den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand.

Daß auch in Deutschland, fachbezogene Peer Reviews sinnvoll angewandt werden können, haben inzwischen die Pathologen des Landes Brandenburg demonstriert. In einem Vierteljahresrhythmus treffen sich alle Chefärzte Pathologischer Institute, um auf der Basis einer Stichprobenerhebung die innere Qualität histologischer Präparate und Diagnosen zu beurteilen. Dieses Vorgehen hat inzwischen eine große Akzeptanz gefunden, und es ist zu fragen, ob sich nicht die Pathologen bundesweit diesem Vorgehen anschließen (Stosiek und Pauli, persönliche Mitteilung 1998).

WARUM sind solche „medical audits“ (Bilanzierungen, Hinterfragungen) durch ein Gremium von 3 - 5 erfahrenen Fachärzten (peer group) besonders für die Qualitätssicherung geeignet und haben sich dennoch nicht im gewünschten Maße durchgesetzt?

Ihre Vorteile liegen in der globalen Anwendbarkeit, da sie sowohl für die externe als auch interne Qualitätssicherung einsetzbar sind und dem Prinzip der Freiwilligkeit folgen. Weitere Vorteile betreffen die Aufdeckung von Verbesserungspotentialen (Vollständigkeit der Krankenunterlagen, Plausibilität der Diagnostik und Therapie, Verweildauer, pflegerische Tätigkeit), die Stichprobenanalyse im Sinne der systematischen Suche nach Zahlen und Fakten (z. B. auch der Krankenunterlagen), die Kontinuität und nicht zuletzt die sich nahezu zwangsweise daraus ergebende Kommunikation als ein wesentlicher Teil der Fortbildung. Die einzige und entscheidende Hürde ist die Mitarbeitermotivierung zur kritischen und ständigen

Selbstkontrolle. Ohne etabliertes und „gelebtes“ QM-System stellt dies jedoch nicht ohne weiteres eine Selbstverständlichkeit dar.

So wie in Krankenhäusern der Hygienearzt eine Selbstverständlichkeit geworden ist, ist neben ihm der verantwortliche Arzt für QM wie auch die Erweiterung von Qualitätszirkeln zu berufsübergreifenden Qualitätsteams einzufordern, ohne daß dabei bisherige fachbezogene interne Qualitätssicherungsmaßnahmen und bestehende Qualitätszirkel aufgegeben werden müssen. Als Leitfaden für das QM am Krankenhaus ist u. a. die dazu entsprechende Veröffentlichung der BÄK den Krankenhäusern zu empfehlen.

Wenn auch nach wie vor Ausschüsse für Qualitätssicherung der Ärzteschaft sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene überwiegend die externe QS fördern, so kann es bei einer konsequenten Haltung nicht ausbleiben, daß sie Einfluß auf die innere QS nehmen müssen. Diesbezügliches Engagement drückt sich z. B. im erstmaligen Kursangebot der Sächsischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Krankenhausgesellschaft zum „Qualitätsbeauftragten im Krankenhaus“ aus.

Grundlage des QM ist die Erreichung entsprechender Kompetenz im Sinne einer Investition in die eigene Ausbildung und für die eigene Organisation. Nicht zuletzt deshalb unterstützt der Ausschuß QS und die Krankenhausgesellschaft, das QM in die ärztliche Weiterbildungsordnung aufzunehmen.

Literatur beim Verfasser

Für die Verfasser:
Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen
Ausschuß Qualitätssicherung in
Diagnostik und Therapie
der Sächsischen Landesärztekammer Dresden

Dr. Maria Eberlein-Gonska
Referat für QM der
Krankhausgesellschaft Sachsen
Leipzig