

1 Einleitung

Wie es um die Qualität der Medizin in Krankenhäusern steht, darüber streiten sich Experten seit vielen Dekaden. Spätestens seit dem Einzug ernstzunehmender Rationalisierungs- und Ökonomisierungszwänge jedoch ist allen Beteiligten im System klar, dass Qualität und Leistungen immer auch etwas mit dem investierten Input zu tun haben und daher trotz aller Objektivierungsversuche häufig nicht absolut und umfassend beurteilt werden können. Glaubt man dem deutschen Krankenhausexperten Christoph Lohfert, sieht es derzeit für Krankenhauspatienten in Deutschland düster aus:

„Ob die faszinierenden Erkenntnisse der Medizin, die Fähigkeiten und Fertigkeiten großartiger Ärzte, ernsthaft arbeitender Schwestern und zahlreicher anderer engagierter Mitarbeiter bei den betroffenen Menschen tatsächlich ankommen, ist heute von so vielen Faktoren abhängig, dass wir von ‚Zufall‘ sprechen, wenn alles gut geht und richtig zusammenpasst, wir sprechen jedenfalls nicht von sicher geführten Systemen, fehlerfreier Organisation und risikoloser Steuerung“ (Lohfert 2013, 38).

Wenngleich dieses Bild ein wenig zu bedrohlich gezeichnet scheint, trägt es doch in seinem Zentrum wahre Erkenntnisse:

- Wir wissen in vielen Fällen schlichtweg nicht, ob eine Behandlung gut oder weniger gut oder qualitativ besser oder schlechter ausgeführt wurde, weil Qualität in deutschen Krankenhäusern (noch) nicht flächen-

deckend, umfassend, einheitlich, und vergleichbar gemessen wird. Systeme wie die externe vergleichende Qualitätssicherung decken nur Teilbereiche der stationären Leistungserbringung im Krankenhaus ab, sind in ihren Datenerhebungsmethodiken und Verarbeitungszeiträumen zu langsam und schwerfällig und zeichnen daher ein unvollständiges Bild der stationären Ergebnisqualität.

- Es ist jedoch bekannt und mehrheitlich unbestritten, dass es auch in Deutschland zu Behandlungsfehlern und unerwünschten Schädigungen von Patienten, also zu Qualitätsmängeln oder Fehlern kommt. Allein das Ausmaß und der volle Umfang des resultierenden Schadens sind aufgrund mangelnder Zahlenlage kaum seriös zu schätzen.
- Auch wenn der gesamte Umfang von Behandlungsfehlern in Deutschland nicht bekannt ist, weiß man um zentrale Ursachen solcher Fehler: Sie liegen weitaus weniger häufig in individuellen Verfehlungen einzelner Mitarbeiter begründet als vielmehr in der Komplexität und teilweise ineffizienten und wenig effektiven Organisation und Steuerung unserer Krankenhaussysteme.
- In Wissenschaft und Praxis gibt es aber erfolgreiche Beispiele und Methoden, die belegen, dass gezielte Investitionen in Systeme, Prozesse, Risikokontrolle, Monitoring, Risikovermeidung und Training die Patientensicherheit und damit Qualität von Krankenhausbehandlungen verbessern können (Vincent u. Amalberti 2016).
- Die Krankenhäuser sind oder wären also durchaus in der Lage, mangelnde Qualität, unsichere Systeme und risikoreiche Prozesse zu erkennen und zu verändern. Der oben skizzierte Vorwurf mag zwar einem Angriff auf die intrinsische Arbeitsmotivation von Angehörigen der Gesundheitsberufe gleichkommen; das reaktive Negieren offensichtlicher Verbesserungspotenziale ist aber in Zeiten starken Wettbewerbs und zunehmend sensibler und vertrauenssuchender Patienten realitätsfern (Roeder et al. 2015).

Qualität kann mit verschiedenen Instrumenten, Maßnahmen und Methoden gesteuert und verbessert werden, die typischerweise in Systemen mehr oder weniger gut verzahnt und zusammengeführt werden. Solche Qualitätsmanagementsysteme, ihre Ausgestaltung und ihre jeweiligen Vor- und Nachteile werden in diesem Buch nicht behandelt. Zum einen bietet die deutschsprachige Literatur zahlreiche Fachbücher, die sich diesem Thema widmen. Zum anderen ist davon auszugehen, dass deutsche Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen, für die gesetzliche Regelungen zum Qualitätsmanagement existieren, bereits Qualitätsmanagementsysteme installiert haben und dort Instrumente, Maßnahmen und Strukturen der Qualitätssicherung, des Fehler- und des Risikomanagements vorhalten. Darüber hinaus geht es in diesem Buch eben gerade nicht fokal um die konzeptionellen aufbau- und ablauforganisatorischen Fragen des Qualitäts- und

Risikomanagements, sondern um eine prägnante Darstellung einzelner Qualitäts- und Risikomanagementmaßnahmen, die in jedes bestehende operative Managementsystem integriert werden können. Die Auswahl der präsentierten Instrumente und Maßnahmen wurde mit Bedacht unter Berücksichtigung verschiedener Kriterien und Erfahrungen aus der klinischen Praxis getroffen. So werden einerseits Maßnahmen dargestellt, deren Verstetigung im Sinne von kontinuierlicher Projekt- und Linienarbeit allein aufgrund von gesetzlichen Erfordernissen unbedingt sichergestellt werden muss (z.B. die Installation und fortwährende Betreuung eines Fehlermeldesystems und eines Beschwerdemanagements oder die systematische Nutzung von Checklisten im operativen Bereich). Andere der dargestellten Instrumente haben eher „diagnostischen“ Charakter (z.B. die Durchführung einer Zielgruppenbefragung) und können die Basis für individuelle Qualitäts- und Sicherheitsverbesserungsmaßnahmen im eigenen Haus bilden. Alle behandelten Instrumente und Maßnahmen des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements werden in praxistauglicher und anwenderfreundlicher Form mit klarer Struktur vorgestellt:

- Kurzvorstellung des Instruments/der Maßnahme: Worum geht es?
- Wirkungsbeitrag der Maßnahme: Was bringt sie? Was leistet die Maßnahme nicht?
- Umsetzung des Instruments: Wie geht man vor? Was sind Hürden und Stolpersteine bei der Einführung und beim Betrieb?
- Weiterführende Literatur: Wo findet sich ergänzendes und vertiefendes Wissen?

Theoretische Überlegungen zu grundlegenden Aspekten des patientenorientierten Qualitäts- und klinischen Risikomanagements (bzw. „Patientensicherheitsmanagements“) sind den einzelnen Instrumenten vorangestellt. Dabei werden auch Erkenntnisse aus der Dienstleistungsmanagementforschung vorgestellt und erläutert, die ein patientenorientiertes Leistungsmanagement im Krankenhaus überhaupt erst möglich machen können. Diese theoretischen Ausführungen sind reduziert auf das mindestnotwendige Maß, um Verständnis für die Herausforderungen, die Komplexität und Anforderungen an einen modernen, leistungsfähigen und sicheren Gesundheitsbetrieb im 21. Jahrhundert zu schaffen. Wenn dies gelingen soll, darf die gewissenhafte Überprüfung von Veränderungen nicht fehlen. Dieser Fragestellung widmet sich das Kapitel zum Kennzahlen-Controlling. Bei erfolgreicher Beherrschung von zentralen Risiken und damit Gewährleistung relativer Sicherheit kann und sollte ein Krankenhaus auch die Öffentlichkeit und vor allem Patienten proaktiv im Rahmen der Marketingkommunikation und des Patientensicherheitsmanagements informieren und integrieren (Sicherheitsmarketing) (s. Abbildung 1).

1 Einleitung

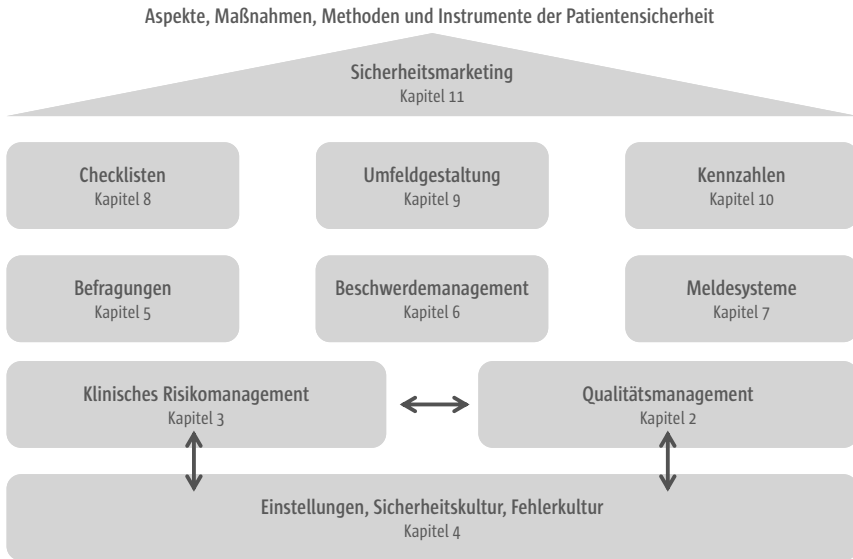


Abb. 1 Themenübersicht des Buches (eigene Darstellung)

2 Qualitätsmanagement

2.1 Strategische Relevanz von Qualität

Die Auseinandersetzung mit der Qualität von Gesundheitsleistungen ist eines der zentralen Themen im (deutschen) Gesundheitswesen und erfährt aus verschiedenen Gründen stetig zunehmende Bedeutung. Wenngleich die Relevanz von Qualität und das Management von Qualität in deutschen Krankenhäusern höchst unterschiedlich bewertet und gelebt werden, haben Fragestellungen des Qualitätsmanagements zweifelsohne mittlerweile strategische Bedeutung: Die Zeiten, in denen Krankenhäuser meinten, ihre Qualität mit minimaler und stiefmütterlicher Stellenbesetzung „verwalten“ zu können, sind nicht mehr zeitgemäß und gehören der Vergangenheit an. Qualität und Qualitätsmanagement sind im Krankenhaus mittlerweile zu zentralen Wettbewerbsfaktoren avanciert, sind dementsprechend strategische Themenkomplexe der Leitungsebene, und verlangen deshalb nach gut ausgebildeten Fachexperten und professionellen Managementmethoden. Aus der Vielzahl an Gründen, die die strategische Relevanz einer umfassenden Qualitätsorientierung im Krankenhaus belegen, sind nachfolgend die Wichtigsten genannt.

Ethische Verpflichtung zur Qualität

Schon in der Antike galt das Wohl des Patienten als oberstes Gesetz im Krankenhaus: *Salus aegroti suprema lex* (Salfeld et al. 2009). Angehörige der ärztli-

chen und pflegerischen Berufe haben eine ethische Verpflichtung, medizinische Dienstleistungen mit der bestmöglichen Qualität für den Patienten zu erbringen (Hellmich 2010). Dieser Anspruch sollte nicht nur zentraler intrinsischer Motivationsfaktor für alle Angehörige von Gesundheitsberufen sein, er wird darüber hinaus auch in standesrechtlichen Publikationen und Selbstverständnissen der Berufsverbände verschiedentlich zum Ausdruck gebracht. So wird z.B. in der Musterberufsordnung für Ärzte bereits in der Präambel geschrieben, dass sie u.a. zum Ziel hat, „die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen“ (Bundesärztekammer 2015, A2). Auch die Pflegeberufe verpflichten sich über die Definition ihrer Berufsaufgaben z.B. zu „Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ (Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit der Stadt Bremen – Abteilung Gesundheit 2011, 4). Eine ethische Dimension hat die Arbeit im Krankenhaus auch deshalb, weil die erbrachten Leistungen unmittelbar an Patienten vollzogen werden, was nahezu immer die Einflussnahme auf einen Zustand oder auf Handlungen von Menschen bedeutet (Zech 2015). Und diese Menschen (also Patienten und Angehörigen) dürfen erwarten, dass ein Krankenhaus alles Mögliche unternimmt, um eine sichere, schadensfreie Versorgung und Umgebung zu gewährleisten (Schmola 2016).

Gesetzliche Verpflichtungen zur Qualität

Zu einem zentralen Thema sind Aspekte des Qualitäts- und Risikomanagements in Deutschlands Gesundheitswesen auch durch entsprechende gesetzliche Forderungen und Regelungen geworden (Ertl-Wagner et al. 2013). Die für Krankenhäuser wichtigsten Punkte hierzu finden sich in den §§ 135 und 137 des SGB V. So verpflichtet § 135 SGB V Krankenhäuser zur Einrichtung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements mit Fokus auf die Ergebnisqualität der Behandlung. Häufig operationalisiert (und zertifiziert) über Qualitätsmanagementsysteme wie die DIN ISO 9001, die recht neue DIN EN 15224:2011 oder KTQ werden mittlerweile nahezu alle deutschen Krankenhäuser dieser gesetzlichen Anforderung in unterschiedlich effektiven und organisatorisch gelebten und verankerten Maße gerecht. Im Rahmen dieses Buches erfolgt keine vertiefende Auseinandersetzung mit Qualitätsmanagementsystemen im engeren Sinne; für eine weitergehende Lektüre zu diesem Thema sei daher auf die Literaturempfehlungen am Ende des Kapitels verwiesen. Über den § 135 SGB V hinaus müssen sich Krankenhäuser gemäß § 137 SGB V an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligen und seit 2005 auch einen strukturierten Qualitätsbericht veröffentlichen (Ertl-Wagner et al. 2013). Detaillierte, dem SGB V assoziierte Regelwerke und Gesetze, zwingen Krankenhäuser zusätzlich zu mittlerweile immer konkreter formulierten Maßnahmen des Qualitäts- und Fehlermanagements. Genannt sei hier z.B. das Anfang 2013 verabschiedete Gesetz zur Verbesserung der Rechte

von Patientinnen und Patienten („Patientenrechtegesetz“) bzw. die damit einhergehende Erweiterung des § 137 SGB V um den Absatz 1d Satz 1, welche der G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) in einer entsprechenden Richtlinie präzisiert hat: Krankenhäuser brauchen nicht nur ein eigenes klinisches Risikomanagement, sie haben konkrete patientensicherheitsrelevante Instrumente wie beispielsweise ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem (z.B. CIRS) mit zusätzlicher einrichtungsübergreifender Beteiligung und ein Beschwerdemanagement einzurichten (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016). Mit Sicherheit wird die zukünftige Gesetzes- und Richtlinienentwicklung in Deutschland weitere Qualitäts- und Risikomanagementaspekte zur Erhöhung der Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung für die Krankenhäuser mit sich bringen. Der in diesem Zusammenhang auch häufig verwendete Begriff des „pay for performance“ deutet an, dass der Gesetzgeber ggf. zukünftig weitere marktähnliche Steuerungsmechanismen zur Sicherstellung einer flächendeckend verfügbaren, qualitativ hochwertigen und gleichzeitig möglichst effizienten Gesundheitsversorgung einführen wird.

Qualität als Differenzierungsmerkmal im Markt

Die politisch gestützte Förderung von Wettbewerbselementen im deutschen Gesundheitssystem, z.B. durch die Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) oder von vernetzten Versorgungsformen wie der Integrierten Gesundheitsversorgung (IGV) und den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), hat zur gewünschten Stärkung des nachfrageorientierten Marktmodells geführt, und so auch den Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern verstärkt (Quante 2006; Eiff 2007). Denn trotz der Individualität von Krankenhausleistungen ist eine vergleichsweise Homogenisierung und Transparenz von bestimmten Leistungsangeboten gegeben, die häufig primär nur noch über Qualitätsaspekte differenziert werden kann (Salfeld et al. 2009; Bruhn 2013). Patienten können mittlerweile bei elektiven Eingriffen (durch mehr oder weniger effektive Informationsportale und -angebote) die Auswahl ihres Behandlungsortes gemäß ihrer Präferenzen selbst bestimmen, und beeinflussen so das Qualitätsmanagement eines Krankenhauses (Sänger 2010; Nemeč u. Fritsch 2013). Durch den teils unreflektierten Vergleich mit hohen Qualitätsstandards kommerzieller Dienstleistungsbranchen (wie z.B. der Hotel- oder Wellnessbranche) steigen die Patientenerwartungen an die Qualität im Krankenhaus und nähern sich in vielen Bereichen dem Bild des klassischen Kunden oder Konsumenten (Ziesche 2008). Ausdruck findet dies im Begriff des patientenorientierten Qualitätsmanagements, in dem der Patient als wichtigster Kunde des Krankenhauses betrachtet wird (Sänger 2010). Wie wichtig das Qualitätsmanagement eines Krankenhauses ist, zeigt sich darüber hinaus am zunehmenden (kollektiven, gesellschaftlichen) Interesse an Fragen der Patientensicherheit und der Behandlungsqualität von Krankenhäusern. Auch die Finanzierungsseite der Krankenhausleistungen als wei-

terer zentraler Stakeholder der Gesundheitsversorgung misst der Qualität in ihrem Handlungsspektrum zentrale Bedeutung bei und erhöht damit den Druck auf Krankenhäuser: So prüft beispielsweise der Medizinische Dienst der (gesetzlichen) Krankenversicherung (MDK) bestimmte Qualitätsaspekte von Krankenhausbehandlungen (Münzel 2012); die Privaten Krankenversicherer haben z.B. seit 2012 in Deutschland begonnen, vergütungsrelevante Qualitätspartnerschaften mit einzelnen Krankenhäusern einzugehen (Verband der Privaten Krankenversicherung 2014).

Ökonomische Relevanz von Qualität

Der Krankenhausexperte Christoph Lohfert drückt es treffend aus: „Nichts ist so teuer wie schlechte Medizin“ (Lohfert 2010, 90). Der beispielhafte Fall der ständig steigenden Haftpflichtversicherungsprämien für Hebammen belegt dies transaktionskostentheoretisch: Risiko- und Schadensexperten von Versicherungsgesellschaften argumentieren mit historischen Erfahrungswerten und komplexen mathematischen Prognosemodellen und halten die mit Geburtsfehlern assoziierten (finanziellen) Risiken für so hoch, dass sie kaum noch bereit sind, für etwaige mangelhafte Qualität in der Geburtsmedizin finanziell zu haften. Auch in vermeintlich weniger risikobehafteten Behandlungsfeldern zehren die Kosten unerwünschter Ereignisse und deren Beseitigung, sofern die entstandenen Schäden überhaupt reversibel sind, an der Substanz von Krankenhäusern und erfordern teils finanzielle Rückstellungen in der Bilanz. Selten sind die „Fehlerkosten“ mangelhafter Qualität im Krankenhaus aber so kausal zurechenbar wie z.B. in der Geburtsmedizin oder in chirurgischen Fachdisziplinen. Eine Übertragung des aus Industrie und Dienstleistungsbranchen bekannten Konzepts der Fehlerkosten beschreibt die möglichen finanziellen Auswirkungen von mangelhafter Qualität, Behandlungsfehlern und Patientenschädigungen im Krankenhaus zumindest approximativ. Direkt erfassbare und identifizierbare Fehlerkosten (z.B. aufgrund von zu leistenden Wiedergutmachungen oder Regressansprüchen, zusätzlicher Nachsorge oder erneuter Behandlung) können zwischen 5 bis 8% der Gesamtkosten eines Hauses ausmachen; die strategischen und damit schwerer zu kalkulierenden Kosten könnten um ein Vielfaches höher ausfallen (Töpfer 2006b).

2.2 Unterschiedliche Anspruchsgruppen und Sichtweisen von Qualität

Wie die vorherigen Ausführungen bereits ansatzweise gezeigt haben, ist das Krankenhaus mit unterschiedlichen Interessensgruppen und deren Erwartungen und Anforderungen an die Leistungserstellung und Qualitätsgestaltung konfrontiert. Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass der Qualitätsbegriff

und die Qualität einer Dienstleistung im Krankenhaus selbst nicht absolut definiert werden kann (Schmalenberg et al. 2010), sondern in einem Spannungsverhältnis zwischen den Sichtweisen der Kunden (d.h. Patienten als Leistungsempfänger und Krankenkassen als Geldgeber), der Gesellschaft, der Wettbewerber und der eigenen Organisation und den darin agierenden Personen steht (Bruhn 2013).

Die wichtigste Anspruchsgruppe für das Qualitätsmanagement medizinischer Dienstleistungen ist unbestritten der Patient (Hellmich 2010), wobei dessen Anforderungen an die Qualität zuweilen sehr subjektiv und heterogen sein können (Frodl 2011; Mehmet 2011). Daneben existieren im Krankenhaus weitere wichtige interne und externe Stakeholder mit teils sehr unterschiedlichen Qualitätserwartungen (Helmig et al. 2013) (s. Abbildung 2).

Einige der beispielhaft in Abbildung 2 genannten Qualitätserwartungen sind quasi bei allen Anspruchsgruppen vertreten; auch lässt sich ein gemeinsamer Nenner einzelner Qualitätsaspekte innerhalb der verschiedenen Anspruchsgruppen erkennen. So hat nahezu jeder Patient das grundlegende Bedürfnis nach Sicherheit, z.B. in Bezug auf die medizinisch-pflegerische Leistung, aber auch in Bezug auf das Umfeld (Gebäude, Infrastruktur, Technik, Organisation, etc.) (Warnecke u. Rieping 2011), auch wenn er dies in der Regel

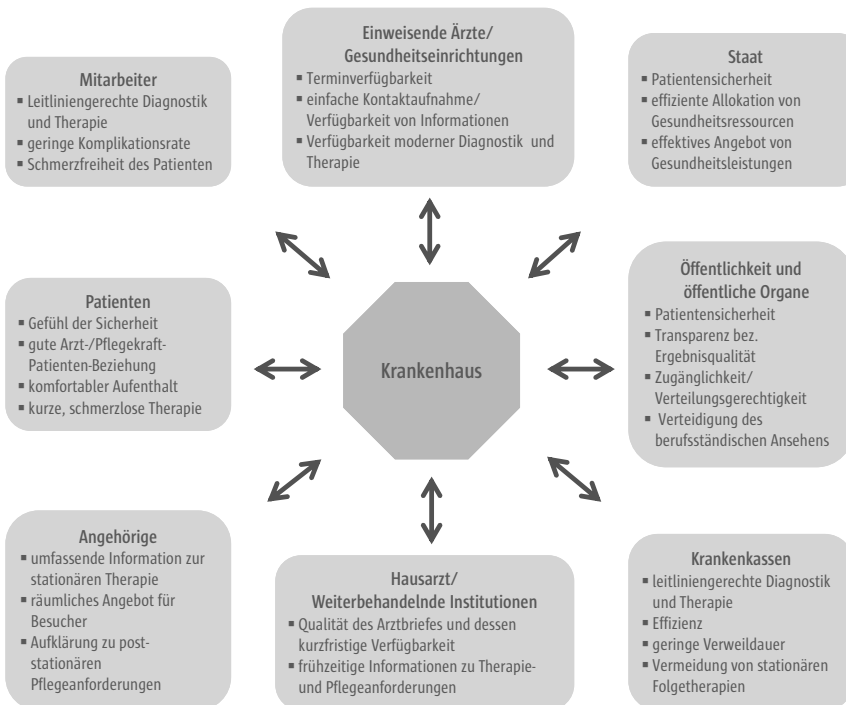


Abb. 2 Stakeholder und Aspekte unterschiedlicher Qualitätsperspektiven (eigene Darstellung)

nicht explizit formuliert und kommuniziert. Da Krankenhausaufenthalte in den meisten Fällen für den Patienten eine ungewollte Handlung und Situation darstellen, die seine Unabhängigkeit und Identität beschneiden (Erdwien 2005), sind sie häufig mit einem subjektiv hohen wahrgenommenen Risiko und damit mit Unsicherheit verbunden. Die Relevanz eines komfortablen Aufenthaltes dagegen (insbesondere auch im Verhältnis zu anderen Faktoren wie der Dauer oder dem empfundenen Schmerzgrad einer Therapie) vermag bei Patienten schon ganz unterschiedlich ausgeprägt sein. Qualität wird patientenseitig also graduell unterschiedlich wahrgenommen (Mehmet 2011). In jedem Fall ist sie multifaktoriell (Habersam 2009) und umfasst sowohl objektive als auch subjektive Merkmale (Johannes u. Wölker 2012). Letzteres bedeutet in diesem Zusammenhang auch, dass Patienten in der Regel nicht zwischen den zu den allgemeinen Lebensrisiken gehörenden unvermeidbaren Folgen von Diagnose und Therapie und den vermeidbaren Risiken medizinischer Eingriffe unterscheiden (können) (Warnecke u. Rieping 2011). Weil medizinische Bestandteile der erbrachten Leistung aus der Laienperspektive des Patienten nicht objektiv beurteilt werden können, dienen häufig nicht-medizinische, beurteilbare Faktoren als Parameter für die Qualitätseinschätzung (Wagner u. Braun-Grüneberg 2009). Daraus resultieren Konsequenzen für die Ausgestaltung patientenorientierter Qualitäts- und Sicherheitsmaßnahmen, weil Patienten z.B. bestimmte Leistungsaspekte im Krankenhaus mit dem Phänomen Sicherheit assoziieren, andere Aspekte (trotz objektivem Beitrag zur Patientensicherheit) hingegen nicht (Löber 2015a). Auch für die im Krankenhaus tätigen Expertengruppen (Ärzte, Pflegekräfte und weitere Therapieberufe), die mit ihrer Arbeitskraft die zentralen medizinischen und pflegerischen Leistungen für den Patienten erbringen, gilt, dass sie sehr spezifische, teils divergierende Vorstellungen und Beurteilungsmaßstäbe für Qualität haben (Mehmet 2011). Häufig wird Qualität dabei aus Sicht der Ärzte und Pflegekräfte anders als aus Patientensicht eingeschätzt (Johannes u. Wölker 2012).

2.3 Qualität und Sicherheit aus Patientenperspektive

Das folgende Beispiel (s. Abbildung 3) zeigt das Zusammenspiel von Erwartungen, Wahrnehmungen und anschließender Ergebnisbeurteilung am wichtigsten „Kunden“ im Krankenhaus, dem Patienten. Dargestellt ist ein typischer, ambulanter Krankenhausbesuch für eine Routinevorsorgeuntersuchung, der sieben einzelne, beispielhafte Prozessschritte bzw. Leistungsaspekte und Episoden beinhaltet:

1. Ankunft im Krankenhaus
2. Empfang und Registrierung
3. Wartezeit im Wartebereich