

Qualitätssicherung im Krankenhaus

Erfahrungen mit Total Quality Management im Academic Ziekenhuis Nijmegen

von **Beate Weber und Ulrich Smentkowski***

Am 12. Februar 1998 hatten die Verfasser dieses Beitrags Gelegenheit, sich im Academic Ziekenhuis Nijmegen St. Radboud, Niederlande, über ein dort seit 1986 durchgeführtes „Total Quality Management“ (TQM)-Programm zu informieren. An der Veranstaltung, zu der die Klinik gemeinsam mit Dr. Jeute und Partner, Beratung im Gesundheitswesen, Düsseldorf, eingeladen hatte, nahmen auch Verwaltungsleiter einiger deutscher Krankenhäuser und ein Vorstandsmitglied eines großen deutschen Versicherungsunternehmens teil.

Dr. H.J.J. Berden, Direktor medizinische zaken des universitären Krankenhauses, das bei einer Kapazität von 1.000 Betten insgesamt gut 5.000 Mitarbeiter, davon 700 ärztliche – in den Niederlanden sind Fachärzte nur am Krankenhaus tätig – beschäftigt, gab einen Überblick über die Entstehungsgeschichte und die Vorgehensweise bei den qualitätssichernden Maßnahmen. Gründe für deren Einführung seien u.a. die auch in den Niederlanden steigende Zahl von Haftungsansprüchen aus ärztlicher Behandlung und eine daraufhin beobachtete zunehmend defensive Medizin gewesen. Letztere habe infolge unnötiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ohne medizinische Indikation zu steigenden Kosten geführt. Die Ursache vermehrter Anspruchsanmeldungen von Patienten, die meinen, durch ärztliche Fehlbehandlung geschädigt

worden zu sein, sah Berden u.a. auch darin, daß die Maschen des sozialen Netzes in Holland durchlässiger geworden sind.

Verbesserung der Behandlungsqualität als Zielsetzung

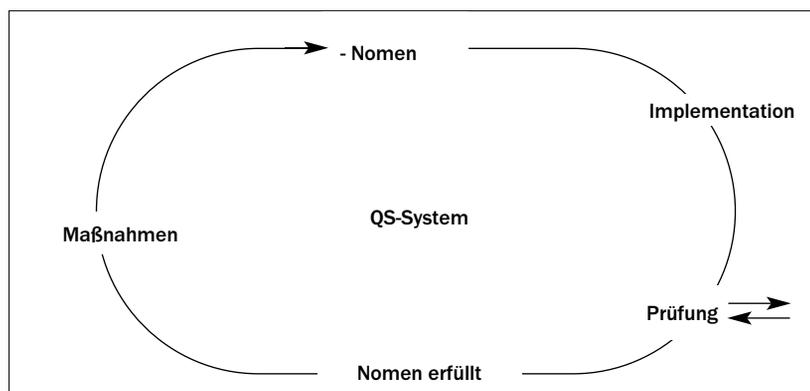
Ziel des Programms, über das Berden im einzelnen berichtete, ist eine Patienten-orientierte Verbesserung der Behandlungsqualität. Es geht hierbei nicht nur um ein sog. Risk-Management zur Vermeidung von Haftungsrisiken, sondern um eine umfassende Verbesserung der Qualität aller Dienstleistungen im Krankenhaus, insbesondere der ärztlichen und pflegerischen Leistungen.

Analyse der Organisationsabläufe erforderlich

Zum Vorgehen erläuterten Berden und sein für den Pflegebereich zuständiger Kollege directeur Zorg D.C.S. Herfst, es gehe zunächst um

die themenbezogene Formulierung von Normen oder Protokollen für einzelne Organisationsabläufe. Bereits bei der Auswahl der Themen sind in regelmäßig stattfindenden Besprechungen alle ärztlichen und nichtärztlichen Beschäftigten des Krankenhauses einbezogen. Gemeinsam mit Angehörigen der Krankenhausverwaltung analysieren sie die bestehenden Verhältnisse, um sodann Zielvorstellungen zu deren Verbesserung – z.B. die, daß kein Patient der Poliklinik länger als zehn Minuten auf Behandlung warten soll – zu formulieren. In einem zweiten Schritt geht es um die Umsetzung der geplanten Veränderungen in die praktische Arbeit, gefolgt von Maßnahmen zur Überprüfung, ob die gewünschten Veränderungen eingetreten sind.

Mittels dieser „Spiralmethode“ (s. Schema) wird die Erreichung eines immer höheren Qualitätsniveaus angestrebt. Wesentlicher Bestandteil der Überprüfung von gesetzten bzw. angestrebten Normen ist ein Berichtsverfahren, durch das alle aufgetretenen Komplikationen oder Fehlleistungen gemeldet werden. Für dieses Verfahren steht den Mitarbeitern des Krankenhauses ein Vordruck zur Verfügung, der allerdings nicht Bestandteil der Krankengeschichte des betroffenen Patienten wird. Die gemeldeten Fehler lösen eine sofortige Ursachenanalyse unter Einbeziehung aller Beteiligten aus mit dem Ziel, aufgetretene Probleme sofort zu beseitigen und ihr Wiederauftreten für die Zukunft



„Spiralmethode“ des QS- Systems

* Dr. Beate Weber und Ulrich Smentkowski – Geschäftsstelle der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

durch geeignete organisatorische Maßnahmen auszuschließen. Sämtliche auf diesem Wege bekanntgewordenen etwa 1.000 jährlichen Fehlermeldungen von Mitarbeitern sowie weitere ca. 200 bis 300 Patientenbeschwerden werden am Jahresende analysiert, aggregiert und an die mitteilenden Einzelabteilungen zurückgemeldet. Hierbei wirkt neben etwa zehn weiteren mit der Durchführung des Programms befaßten Klinikangehörigen ein erfahrener Facharzt für Innere Medizin als „Beschwerdekoordinator“ mit. Die „Meldequote“ von Fehlern ist hoch und beträgt im Pflegebereich fast 100 Prozent, während sie im ärztlichen Bereich hinter diesem Wert zurückbleibt.

Die klinikinterne Fehleranalyse wird außerdem in anonymisierter Form mit zwei weiteren niederländischen Kliniken, die ebenfalls TQM betreiben, im Sinne eines sog. „bench marking“ verglichen.

Qualitätsverbesserungen – ein kontinuierlicher Prozeß

Die Umsetzung der qualitätsverbessernden Maßnahmen ist nach den in Nijmegen gemachten Erfahrungen schwierig, zeit- und kostenaufwendig und erfordert erhebliche Ausdauer. Voraussetzung für die Akzeptanz bei den Beschäftigten ist zunächst die Schaffung eines sanktionsfreien Klimas gewesen, das es ermöglicht, erkannte Fehler offen mitzuteilen, ohne persönliche Nachteile befürchten zu müssen. Auf „denunziatorische“ Anzeige von Fehlern anderer wird kein Wert gelegt, betonte Berden. Vielmehr wird darauf hingewirkt, daß der Verantwortliche den Fehler selbst mitteilt.

Berden veranschaulichte den Anwesenden, daß es sich bei einem solchen Programm nicht um ein einmaliges Projekt handeln kann. Kontinuierliche Qualitätsverbesserungen setzen vielmehr einen dauerhaften, sich ständig wiederholenden Prozeß voraus, der von allen Beteiligten getragen werden muß. Er kann zwar extern angestoßen, nicht aber von Drit-

ten umgesetzt werden. Bei der erstmaligen Einführung von Maßnahmen dieser Art gilt es, Vorbehalte der Beschäftigten behutsam abzubauen und defensiv eingestellte Mitarbeiter zu überzeugen, freiwillig hieran mitzuwirken. Ausdauer und die Bereitschaft, auch Rückschläge in Kauf zu nehmen, sind nach den Erfahrungen Berdens unabdingbar. Berden warnte davor, Total Quality Management als „Zaubermittel“ zu verstehen. Als positive Auswirkung des TQM-Programms haben sich nach Auskunft Berdens die strategischen Bemühungen der Klinik um eine Fehlerprophylaxe bereits als vorteilhaft bei der Abwehr von Haftungsansprüchen vor Gericht erwiesen.

Diskussion

In der anschließenden Diskussion wurden von den Teilnehmern verschiedene Aspekte der Durchführung qualitätsverbessernder Maßnahmen im Krankenhaus, wie z.B. die Kosten-Nutzen-Relation, kritisch erörtert. Die damit verbundenen Personal- und Sachaufwendungen sind nicht unerheblich. Es ist davon auszugehen, daß sie jedenfalls über den Einsparungen liegen, die für eine Klinik dadurch zu erzielen wären, daß Haftpflichtversicherer die Teilnahme an derartigen Verfahren durch Gewährung von Rabatten bei den Versicherungsprämien „belohnen“. Der anwesende Vertreter des Versicherungskonzerns wies vergleichend darauf hin, daß Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Industrie mit etwa 2 - 4 Prozent des Umsatzes zu Buche schlagen, während die Versicherungsprämien nur durchschnittlich rd. 5 Promille des Umsatzes betragen.

Der Wettbewerb, die Notwendigkeit, die Kostenentwicklung zu begrenzen, und die zunehmende Bereitschaft ärztlicher Haftpflichtversicherer, Krankenhäuser im Bereich des Riskomanagements zu beraten und sich an den Kosten solcher Maßnahmen zu beteiligen, könnten dessen ungeachtet zum Einstieg in eine intensivere Erprobung von Total Quality Management auch in Deutschland führen.