

Risiko- und Qualitätsmanagement

Hospital



Einleitung zum Risiko- und Qualitätsmanagement

Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen führt noch immer und zunehmend zu einem Kostendruck für die Spitäler und Kliniken. Die Ansprüche der Patienten steigen im Gegensatz dazu ebenso in gleichem Umfang.

Nach Umfragen zeigen sich die Erwartungen der Patienten (nebst der Erwartung einer vollständigen Wiederherstellung der Gesundheit) wie folgt:

Rang	Erwartungen von Patienten (Quelle: BMG1999)
1	genügend Zeit haben
2	förderliche Persönlichkeitsmerkmale zeigen (Geduld, Ehrlichkeit, Zuhören können)
3	ausführliche und verständliche Informationen geben können
4	fachliche Kompetenz
5	Autonomie gewähren
6	Empathie zeigen
7	eigene Grenzen erkennen
8	erreichbar sein
9	Menschlichkeit zeigen
10	kundenorientiert arbeiten

An der Erwartungshaltung hat sich bis heute nichts geändert. Im Gegenteil, die Erwartungshaltung widerspricht den Trends in der Gesundheitsversorgung (Kosten sparen, Personalabbau, teure Prämien für Haftpflichtrisiken aufgrund steigender Schadenquoten und großen Schadenersatzansprüchen). Das Gesundheitswesen ist also ständig gefordert, umfangreicheren Service am Patienten mit weniger Ressourcen zu bieten. Der Wettbewerbsdruck unter den Spitälern steigt.

Diese Situation zwingt das Spitalmanagement zum radikalen Umdenken. Die Einführung und die Verbindung von und zwischen Qualitäts- und Risiko Management kann die Gesamtqualität eines Spitals verbessern.

Die ohnehin bereits knappen Ressourcen sollen besser geplant und punktuell korrekt sowie wirtschaftlich eingesetzt werden. Risiken sollen im Gegenzug jedoch vermieden/minimiert werden.

Risiken im Gesundheitswesen sind sehr vielfältig. Die Spitalleitung (und dies sei bewusst so vermerkt, denn wir sind überzeugt, dass Qualitäts- und Risikomanagement eine Managementaufgabe ist) muss sich eingehend mit den Risikofaktoren Mensch, Technik, Organisation, Patient auseinandersetzen. Vielfältigste Faktoren sind unbedingt zu berücksichtigen:

- Umweltfaktoren
- Leistungsträger
- medizinische- wie unterstützende Prozesse
- Arbeitssicherheit, Brandschutz
- Finanzen, Abhängigkeiten

Besonderes Vorgehen benötigt jedoch mehr denn je die Auseinandersetzung mit den Risiken aus dem Patientenversorgungsprozess. Patienten, Angehörige und selbstverständlich auch Mitarbeiter müssen vor Schäden geschützt werden.

Qualitätsmanagement

Definitionen

Unter Qualität im Gesundheitswesen versteht jeder der beteiligten Partner etwas anderes. Wir halten uns im Folgenden an diese Definition:

Qualität bezeichnet die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes, Prozesses oder Dienstleistung, die sie zur Erfüllung vorgegebener Erfordernisse geeignet machen.

Der leistungsbezogene Qualitätsbegriff

Die Qualität wird aus objektiver Sicht bewertet. Es wird also eine Summe oder das Niveau einer Dienstleistung bemessen.

Der Qualitätsbegriff aus der Sicht des Patienten

Die Qualität der Dienstleistung wird durch die Wahrnehmung des Patienten bestimmt. Da jeder Patient individuelle Qualitätsansprüche stellt, wird hier die Qualitätsmessung nach subjektiven Kriterien vorgenommen.

Für Patienten hängt sowohl subjektiv als auch objektiv die Qualität der medizinischen Leistungen von der kommunizierten Qualifikation der Ärzte, Schwestern und Therapeuten ab (Strukturdimension). Daneben bestimmt der Ablauf der Diagnose und des Behandlungsprozesses (Ablauf- oder Prozessdimension) und die Heilung oder Besserung des Krankheitszustandes nach Entlassung (Ergebnisdimension) die Bewertung des Patienten.

Gesamtqualität

Die Gesamtqualität eines Spitals ist eine Summe der Qualitäten aller Einzelleistungen. Sie kann also nicht gemessen werden. Aufgrund dessen ist es von Vorteil, die Gesamtqualität in Teilbereiche aufzugliedern. Dies ermöglicht einen Vergleich der individuellen Prozesse / Dienstleistungen mit anderen Spitälern und eine ständige Optimierung.

Beispiele für praxisbezogenen Teilbereiche sind:

Medizinische und Pflegerische Behandlung

- Umweltfaktoren
- Qualitativ adäquate, zeitlich abgestimmte und geplante Diagnostik, Therapie und Pflege
- mit ausreichender Dokumentation zur Steigerung des Überblickes und der Nachvollziehbarkeit
- Analyse von Dauer und Ergebnis der einzelnen Schritte (Patientenpfad)
- Beteiligung des Patienten an medizinischen Entscheidungen
- Ablauf, Dauer, Ergebnis der Behandlung

Hotelleistung

- Ausstattung und Sauberkeit des Krankenhauses bzw. der benutzten Räume
- Freundlichkeit des Personals
- Weck-, Besuchs- und Essenszeiten

Image eines Krankenhauses

- Ruf in der Öffentlichkeit
- Bekanntheitsgrad der Ärzte
- Besondere medizinische Erfolge
- Spezialdiagnostiken und- Therapien
- Spezielle Pflegeverfahren
- Qualität der pflegerischen Versorgung
- Geräteausstattung

Führung

- Aufbauorganisation
- Betriebsklima
- Führungsstruktur

Zusammenarbeit

- Kommunikation und Kooperation in der kollektiven Führung, mit dem Rechtsträger, zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus.
- Kommunikation mit den Patienten und ihren Vertrauenspersonen, den einweisenden und innerhalb oder ausserhalb der Institution weiterbehandelnden/pflegenden Personen bzw. sozialen Diensten
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen

Ausführungsplanung

- Patientenmanagement

Zulieferung

- Fremdleistungen (wie z.B. Planung, Reinigungsleistungen, Laboraufträge) müssen qualitativ definiert und überprüft werden

Beurteilung und Sicherung der Qualität im Spital

Beurteilung der Qualität

Die Ergebnisse des gesamten Unternehmens, d.h., der medizinischen, pflegerischen, medizinisch-technischen Leistungen, der Materialwirtschaft, Küche, Wäscherei etc. sollen einem angestrebten Qualitätsniveau entsprechen.

Um die Qualität beurteilen/messen zu können benötigt man Vergleichsmaßstäbe, erst konkrete Zielvorstellungen ermöglichen die Messung der Qualität. Es wird mit den vorhandenen Ressourcen die bestmögliche Qualität angestrebt.

Wozu soll Qualitätsmanagement betrieben werden?

- Erhaltung des aktuellen Qualitätsstandards trotz Kosten und Rationalisierungsdruck
- Vermeidung des durch Qualitätsmängel entstehenden finanziellen und zeitlichen Aufwands
- Angebot von kundenorientierten Leistungen
- Erzielung von Wettbewerbsvorteilen
- Erzeugung von Transparenz für die Kostenträger

Was bedeutet Qualitätssicherung?

Mit der Qualitätssicherung werden vor allem zwei Ziele verfolgt:

Verbesserung der Patientenversorgung

Die Mitarbeiter eines Krankenhauses können die Qualität der geleisteten Arbeit teilweise nicht selbst bewerten, da sie keine Rückmeldung erhalten. Mit Hilfe der Qualitätssicherung z.B. mit Feedbacks sollen die Mitarbeiter Information über die Qualität der erbrachten Leistungen erhalten. Anschliessend können Verbesserungsmaßnahmen getroffen werden, um die Qualität zu erhöhen.

Effiziente und effektive Leistungserbringung

Eine Verbesserung der qualitativen Versorgung führt letztlich auch zu Kosteneinsparungen. Um eine effiziente (wirtschaftliche) und effektive (wirkungsvolle) Versorgung der Patienten zu gewährleisten, ist ein Zusammenspiel medizinischer, pflegerischer, aber auch infrastruktureller Massnahmen (Ausbau des Informationswesens, höherer Hotelkomfort, bessere Planung etc.) erforderlich.

Bisherige Formen der Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist nichts neues, es gab sie schon immer, wenn auch in anderen Formen. Bisher fehlten ihr meist nur das systematische Vorgehen und gemeinsame Begriffe. Hierzu ein paar Beispiele:

- Schon Ignaz Semmelweis beschäftigte sich im Jahre 1845 interdisziplinär mit Formen der Qualitätssicherung, indem er von allen Mitarbeitern, die Kontakt mit werdenden Müttern hatten, verlangte, ihre Hände nicht nur mit Seife zu waschen, sondern sie auch zu desinfizieren. Damit konnte er die Sterblichkeitsraten der Mütter senken.
- Die einfachsten Formen der medizinischen Qualitätssicherung finden ihren Ausdruck in der Visite, in den Besprechungen von Ärzten über problematische Fälle, über Todesfälle und über Indikationen zu speziellen Diagnosen und Therapien.
- Eine im pflegerischen Bereich bekannte Form der Qualitätssicherung ist der individuell abgestimmte Pflegeplan.

An diesen Beispielen wird deutlich ersichtlich, dass Qualitätssicherung – allerdings unter anderen Begriffen – schon längst im Spital verankert ist.

Gegenwärtige Sicht der Qualitätssicherung

Qualitätssicherung bedeutet, systematisch die Unterschiede zwischen angestrebter und tatsächlich erreichter Qualität aufzuzeigen und die Ursachen von nicht erreichter Qualität aufzuzeigen, damit Verbesserungen erzielt werden können.

Qualitätssicherung heisst aber auch, mit Fehlern umgehen zu können. Kein Mitarbeiter kann, auch mit grösstem Bemühen, fehlerfrei arbeiten. Die Ursache des Fehlers gilt es zu finden und nicht einen schuldigen Mitarbeiter. So kann man denselben Fehler in Zukunft vermeiden.

Risiko Management

Im allgemeinen Sinn bedeutet Risiko Management die Früherkennung von Gefahrenzuständen durch systematische Fehlersuche und Schadenuntersuchungen, welche sich nicht nur auf medizinische, sondern auch auf juristische, organisatorische, technische, bauliche und sonstige haftungsrelevante Aspekte erstreckt.

Das Ziel des Risiko Management in Bezug auf das Segment Gesundheitswesen besteht primär darin, die Ursachen der Behandlungsfehler zu identifizieren und Massnahmen zur Verhinderung solcher Fehler einzuleiten.

Das Risiko Management bringt infolge der Schadenprävention und der Schadenminderung als erstes positive Folgen für den Patienten mit sich, dem nicht unnötig Leid widerfährt. Andererseits bringt Risiko Management enorme Vorteile im wirtschaftlichen Bereich.

Behandlungsfehler bringen viele Mehrkosten mit sich, wie zum Beispiel Haftpflicht-, oder Sozialversicherungskosten. Die Entscheidung für ein gelebtes Risiko Management bringt nicht nur eine Minimierung der Ärzthaftpflichtschäden, sondern auch eine gewisse Prämienstabilität bei der Betriebshaftpflichtversicherung für das Spital mit sich. Auch der Aspekt der Imageschäden ist nicht ausser Acht zu lassen.

Was sind die Ziele und Aufgaben des Risiko Managements?

Ziele in Bezug auf das Spital

- Gewährleistung grösstmöglicher Sicherheit für Patienten, Mitarbeiter, Aussenstehende und Umwelt
- Förderung des Risikobewusstseins der Mitarbeiter
- Erkennen der Risikopotenziale durch systematische Risikoidentifikation mit entsprechend adäquaten Risikoanalysemethoden
- Bewerten der Risiken in ständigem Kontakt mit der Spitalleitung
- Bewältigung der Risiken durch Minimierung oder Ausschaltung der Gefahrenpotenziale
- Überwachen der Massnahmen
- Vorsorgeplanung (Business Continuity, Krisenmanagement)

Ziele in Bezug auf den Versicherungsschutz

- Vermeidung / Minimierung von Ärzthaftpflichtschäden
- Vermeidung / Minimierung von anderen Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- Prämienstabilität

Der Risiko Management-Prozess

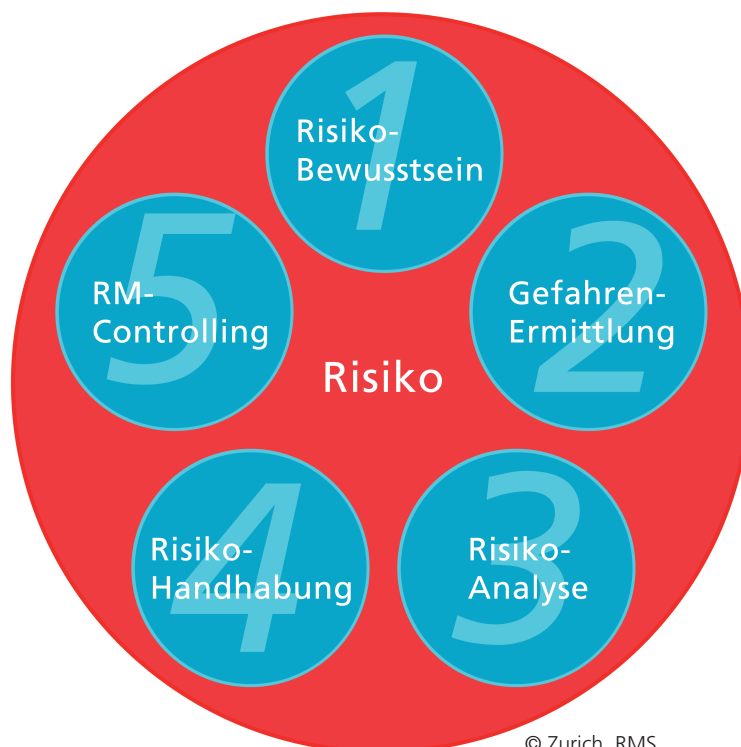
Risk Management ist ein Prozess, der permanent verfolgt werden muss. Mit der Entscheidung der Klinikleitung, Risk Management zu betreiben, beginnt der Prozess, in dem das Erkennen, Bewerten, Bewältigen und Überwachen von Risiken zu einem festen Kreislauf werden soll. Risk Management ist nur erfolgreich, wenn es sich vollständig im Klinikalltag integriert hat und sozusagen zum Selbstläufer wird.

Die Ausbildung zum klinischen Risiko Manager

Damit Risiko Management wirklich erfolgreich ist, muss im Spital ein Mitarbeiter zum Risiko Management Beauftragten ernannt werden.

Eine enge Zusammenarbeit und ständiger Austausch mit der Spitalleitung sowie auch mit dem Kader und vor allem mit den einzelnen Mitarbeitern ist unerlässlich, um wertvolle Informationen zu den teilweise „delikatsten“ Problemstellungen zu erhalten.

Dem beauftragten Mitarbeiter sollte vom Management die bestmögliche Unterstützung geboten werden, damit dieser zum Risiko Manager heranwachsen kann. Die Zurich vermittelt gerne unabhängige Kontaktpersonen zur fachgerechten Ausbildung des Personals.



© Zurich, RMS

Praxisbeispiele

Therapieerfolg

Bereich

Chirurgie

Problembeschreibung

- eine relativ hohe Rezidivrate nach Leistenbruchoperationen

Problemanalyse

Es wurden folgende Ursachen ins Auge gefasst:

- Verwendung inadäquater Operationsmethoden
- unsachgemäße Durchführung der Operation

Zielsetzung

Senkung der Rezidivrate auf einen anerkannten Standard.

Kriterium: Prozentanteil der Rezidivfälle an den Gesamtfällen

Standard: 3 Prozent

Teilnehmer am Qualitätszirkel

- alle Ärzte der Chirurgie

Methodische Vorgangsweise

Kritische Analyse der Operationsprotokolle nach den Kriterien Operationstechnik, Operations durchführung und der Krankengeschichten hinsichtlich des postoperativen Verlaufs im Hinblick auf Auffälligkeiten (Haematom, Serom, Fieber, Wundabszess, Bronchitis, Raucher, Alter etc.)

Erarbeitung von Vorschlägen

konsensuale Einigung aller Ärzte auf eine bestimmte

- definierte Technik und Methode
- Forcierung der einschlägigen Fortbildung

Massnahmen

In der Fachliteratur wird z.B. nur eine 3-prozentige Rezidivrate als akzeptabel angesehen. Es kommen die Beteiligten am Qualitätszirkel überein, dass es möglich sein wird, die derzeitige Rate von ca. 10% durch den Konsens auf das Ziel 3% zu senken.

Überprüfung

Wer: bestimmter Arzt

Wann: einmal im Quartal

Wie: gesonderte Dokumentation aller Rezidivfälle und Diskussion

Ergebnis

Das vereinbarte Ziel 3% Rezidivrate wurde unterschritten.

Ressourcen

Ca. 80 Stunden Zeitaufwand erstmalig; die laufenden Kosten sind vernachlässigbar.

Nutzen

Vermeiden eines neuerlichen Eingriffes (Patientenbelastung, Kostenvermeidung)

Kommunikation

Bereich

Bettenstation; Krankenzimmer

Problembeschreibung

Das Ergebnis einer Fragebogenaktion zeigt, dass sich Ärzte nicht genügend Zeit nehmen, den Patienten über seine Krankheit und deren Therapie zu informieren.

Problemanalyse

Es werden die erforderlichen Informationen hinsichtlich der Patientenaufklärung seitens der Ärzte und die notwendigen Gespräche seitens des Pflegepersonals mit dem Patienten vernachlässigt.

Zielsetzung

Intensivierung der Kommunikation mit den Patienten.

Kriterium: Anzahl der Beschwerden in speziellen Fragebogen
in % der Gesamtantworten.

Standard: Vereinbarter, zulässiger (akzeptabler) Prozentsatz der Beschwerden

Teilnehmer am Qualitätszirkel

Leitender Arzt, zugeteilte Ärzte, Abteilungs- und Stationsschwester, zugeteiltes Personal.

Methodische Vorgangsweise

Analyse, wer sich insbesondere der Kommunikation mit dem Patienten widmen kann und soll.

Erarbeitung von Vorschlägen

Es wird beschlossen, regelmässig bei der Abendvisite die Kommunikation Arzt-Patient durchzuführen, während seitens des Pflegepersonals die Zeit zwischen Mittagessen und Besuchszeit dafür gewählt wird.

Massnahmen

Aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich werden Personen bestimmt, welche die Kommunikation übernehmen.

Überprüfung

Wer: Chefarzt

Wann: Ab 1. Woche nach Einführung; regelmässig

Wie: Auswertung der Patientenfragebogen

Ergebnis

Höherer Zufriedenheitsgrad der Patienten mit der ärztlich-pflegerischen Versorgung; geringere Unsicherheit über den eigenen Gesundheitszustand; Vertrauensbildung

Ressourcen

100 Stunden

Fachgruppenübergreifende Diagnostik

Bereich

Chirurgische Abteilungen

Problem

Fehlende Diagnosesicherung

Fallbeschreibung

Ein Patient wird mit der Verdachtsdiagnose eines malignen Lebertumors auf eine abdominalchirurgische Abteilung eingewiesen. Die dort durchgeführte radiologische und echographische Untersuchung ergibt die Diagnose „Leberkarzinom“.

Daraufhin wird eine Teilhepatektomie durchgeführt. Die histologische Untersuchung des Operationspräparates ergibt zwar das Vorliegen eines Tumors, jedoch nicht den eines Karzinoms, sondern eines benignen kavernösen Haemangioms.

Problemanalyse

Die diagnostische Absicherung der Operationsindikation war mangelhaft. Die echographische oder radiologische Karzinomdiagnose darf nicht als gesicherte Diagnose, sondern nur als Verdachtsdiagnose bewertet werden.

Problembeschreibung

Weitere Abklärung, unabhängig davon, wie die Diktion des Befundes lautet

Zielsetzung

Kontinuierliche Aufklärung durch kontinuierliche interdisziplinäre Kommunikation aller diagnostischen Fächer.

Kriterium: Interdisziplinäre onkologische Konferenzen unter Beteiligung der diagnostischen Fächer (Radiologie, Nuklearmedizin, Pathologie etc.)

Standard: Einbeziehung aller Spezialisten (Checkliste)

Teilnehmer am Qualitätszirkel

Alle erforderlichen medizinischen Fachrichtungen

Methodische Vorgangsweise

Überlegung und Durchführung der erforderlichen Untersuchungen

Erarbeitung von Vorschlägen

Richtlinien und Checkliste

Massnahmen

Durchführung der Untersuchungen

Überprüfung

Wer: Chefarzt

Wann: monatlich

Wie: Einhaltung Checkliste

Ergebnis

Vermeidung von Fehlbehandlungen; hohe Ergebnisqualität

Ressourcen

20 Stunden

Patientenaufklärung

Bereich

Tumorpatienten

Problem

Mängel in der Aufklärung von Tumorpatienten

Fallbeschreibung

Das Pflegepersonal klagte über „permanente Unsicherheiten“ bei der Betreuung von Tumorpatienten und beschrieb das Gefühl, den Bedürfnissen dieser Menschen nicht zu entsprechen. Diese Schilderungen finden ihre Entsprechung in Mitteilungen der Patientenbeauftragten an die medizinische Direktion.

Problemanalyse

Kompetenzen der Aufklärung zwischen Ärzten und Pflegepersonal sind den Beteiligten unklar, Zeitpunkt der Reihenfolge der erforderlichen Gespräche ist nicht geregelt; Inhalte sind nicht definiert.

Zielsetzung

Ausführliche, abgestufte Aufklärung, koordiniert zwischen den Berufsgruppen entsprechend der fachlichen Kompetenz; Festlegung von Inhalt und Durchführung der Patientenaufklärung.

Kriterium: Beschwerderate der Patienten und Angehörigen bzw. nachweislich durchgeführte Aufklärungsgespräche

Standard: Senkung der Beschwerderate auf ein als akzeptabel angesehenes Niveau bzw. Nachweis über die Durchführung der Aufklärung

Teilnehmer am Qualitätszirkel

Vertreter der Ärzte und Schwestern der chirurgischen und internistischen Abteilung, Patientenbeauftragte

Methodische Vorgangsweise

Analyse der Schwachstellen der bisherigen Aufklärung; Einbeziehen der Beschwerdeinhalte; Entwicklung von Inhalten und der Vorgangsweise unter Beachtung der Aufgabenteilung zwischen den Berufsgruppen; Erarbeitung einer Dokumentation.

Erarbeitung von Vorschlägen

Erstellung von Leitlinien zur Aufklärung und Definition der Aufgaben für Ärzte bzw. Pflegekräfte. Gegebenenfalls stufenweise Aufklärung und eventuell Einbeziehung von Psychologen.

Massnahmen

Einführung und Umsetzung der Leitlinien einschliesslich Dokumentation

Überprüfung

Wer: Ärztlicher Direktor

Wann: permanent

Wie: Patienten- und Angehörigenbefragung; Beschwerden bei der Patientenbeauftragten

Ergebnis

Höhere Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen

Ressourcen

140 Stunden

Because change happenz™