

RHÖN-KLINIKUM AG



QUALITÄTSBERICHT



BERICHTSJAHR 2005
JUNI 2006

Inhalt

5	Konzernkliniken, Abteilungen, Bettenzahlen
8	Medizinisches Leistungsspektrum
11	Tele-Portal-Kliniken
13	Universitätsklinikum Gießen und Marburg
14	Systematische Ergebnismessung und -bewertung
25	Prozessbeschreibung im Rahmen krankenhausspezifischer einzelner Qualitätsprojekte
29	Konzerninterne fachspezifische Qualitätszirkel, konzerninterne Kommunikation
31	Interne und externe Transparenz
32	Beitrag zur Weiterentwicklung der bundesweiten medizinischen Qualitätssicherung
33	Ausblick
34	Impressum

Vorwort

Die Konzernkliniken des RHÖN-KLINIKUM-Konzerns legen im Juni 2006 ihren jeweiligen „Qualitätsbericht 2005“ vor. Der nachstehende Bericht fasst die wesentlichen Aussagen und Informationen zusammen und legt damit im Überblick Rechenschaft über die Aktivitäten und Ergebnisse medizinischen Qualitätsmanagements im RHÖN-KLINIKUM-Konzern und seinen Konzernkliniken im Jahre 2005 ab. Alle Einzelberichte sowie die Deklaration zur Generierung der Messergebnisse sind im Internet unter www.rhoen-klinikum-ag.com/qb/ abrufbar.

Bad Neustadt an der Saale, 30. Juni 2006

Der Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG

Die Konzernkliniken und ihr Leistungsspektrum

Konzernkliniken, Abteilungen, Bettenzahlen

Die RHÖN-KLINIKUM AG hat auch im Jahre 2005 ihr Wachstum fortgesetzt. Damit verfügt der Konzern zum 31.12.2005 über 41 Kliniken an 31 Standorten mit 21.226 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und 12.217 Betten. Im Jahre 2005 wurden 410.585 Patienten akutstationär, 529.860 Patienten ambulant und 8.931 Patienten in der Rehabilitation und in sonstigen Bereichen behandelt.

Tabelle 1 gibt die einzelnen Fachabteilungen einschließlich der jeweiligen Planbettenzahl zum 31.12.2005 wieder. Weitere Einzelheiten zu Größe und Struktur der Konzernkliniken ergeben sich aus dem Geschäftsbericht 2005 (www.rhoen-klinikum-ag.com).

Zum Jahresende 2005 wurden darüber hinaus die Transaktionsvorgänge für folgende weitere Kliniken abgeschlossen:

- Universitätsklinikum Gießen und Marburg: 2.262 Planbetten
- Frankwaldklinik Kronach: 312 Planbetten
- Heinz-Kalk-Krankenhaus Bad Kissingen: 86 Planbetten

Diese Kliniken werden 2006 in unseren Konzern integriert.

**Beständiges
Wachstum in allen
Klinikgrößen und
Versorgungsebenen**

Tabelle 1: Fachabteilungen und Planbetten der Kliniken des RHÖN-KLINIKUM-Konzerns zum 31.12.2005

	Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe	Klinikum Pforzheim	Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt (Saale)	Klinik für Handchirurgie Bad Neustadt (Saale)	Psychosomatische Klinik Bad Neustadt (Saale)	Frankenklinik Bad Neustadt (Saale)	Saaletalklinik Bad Neustadt (Saale)	Neurologische Klinik Bad Neustadt (Saale)	Krankenhaus Hammelburg	St. Elisabeth-Krankenhaus Bad Kissingen	Kliniken Miltenberg-Erlenbach (Erlenbach)	Kliniken Miltenberg-Erlenbach (Miltenberg)	Klinik Kipfenberg	Klinikum München-Pasing	Klinik München-Perlach	Amper-Kliniken (Dachau, Indersdorf)	Klinikum Frankfurt (Oder)	Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik Wiesbaden	Aukamm-Klinik Wiesbaden
Allgemeine Innere Medizin								44	78	90	60			100		125			
Kardiologie		80	100											114		66	77		
Gastroenterologie		90												103		78			
Geriatrie																50			
Hämatologie/Internistische Onkologie																			⁽⁶⁾ 18
Pneumologie																			
Pädiatrie		33								⁽⁵⁾ 5									65
Neonatalogie																			4
Allgemein-/Viszeralchirurgie		124						35	38	84	50		90	80	68 ⁽¹⁾	80			
Kinderchirurgie																			
Gefäßchirurgie			88											37					
Herzchirurgie	75		151																
Unfallchirurgie									31							67 ⁽⁶⁾	66		
Handchirurgie				81															
Plastische Chirurgie																	22		
Neurochirurgie																			39
Urologie		25							⁽¹⁰⁾ 10		⁽⁸⁾ 8					16	30		
Orthopädie																	45		⁽⁹⁾ 63
Frauenheilkunde/Geburtshilfe		56						6	30	40	⁽¹⁶⁾ 16		35		29 ⁽⁴¹⁾	55			
HNO-Heilkunde									⁽⁴⁾ 4	⁽⁶⁾ 6	⁽⁶⁾ 6		63		⁽⁹⁾ 9	35			
Augenheilkunde		15																	20
Neurologie		60					50						80		30	48			
Psychiatrie/Psychotherapie																			98
Kinder-/Jugendpsychiatrie																			20
Psychosomatik					180														
Nuklearmedizin																			8
Strahlenheilkunde																			24
Dermatologie																			25
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie		⁽⁵⁾ 5																	
Intensivmedizin		32																	12
Sonstige							⁽¹⁾ 18	⁽²⁾ 89	⁽³⁾ 32							⁽⁴⁾ 6	⁽⁵⁾ 10	⁽⁷⁾ 74	⁽⁸⁾ 17
Tagesklinische Plätze										4							36	60	
Reha				44	160	122	214	121			32		44		60				
Summe	75	520	339	125	340	122	232	260	117	196	256	140	124	442	180	563	908	169	63

(B) Belegabteilung (1) Adaption (2) Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation einschließlich 13 Betten Intensivmedizin (3) Onkologische Chirurgie (4) Schmerztherapie (5) Tagesklinik geriatrische Rehabilitation (6) Knochenmarktransplantation Kurz- und Langzeitpflegebetten sind in der Übersicht nicht enthalten.

	Mittelweser-Kliniken (Nienburg)	Mittelweser-Kliniken (Stolzenau)	Klinikum Uelzen und Bad Bevensen	Krankenhaus Cuxhaven	Krankenhaus Gifhorn	Städtisches Krankenhaus Wittingen	Klinikum Salzgitter (Standort Lebenstedt)	Klinikum Salzgitter (Standort Salzgitter-Bad)	Kliniken Herzberg und Osterode	Klinikum Hildesheim	Krankenhaus St. Barbara Attendorn	Herzzentrum Leipzig	Park-Krankenhaus Leipzig-Südost	Weißertal-Kliniken	Klinikum Pirna	Soteria-Klinik Leipzig	Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda	Zentralklinik Bad Berka	Klinikum Meiningen	Fachkrankenhaus Hildburghausen	
Allgemeine Innere Medizin	80	53	135	113	131	25	187	135	184	76		90	189	140			105	⁽¹⁰⁾ 200	145		
Kardiologie												116									
Gastroenterologie																					
Geriatrie										50											
Hämatologie/Internistische Onkologie																					
Pneumologie																					
Pädiatrie			18	15	31		46		40			20		34	22		22			20	
Neonatalogie																					
Allgemein-/Viszeralchirurgie	93	52	53	45	119	30	105	88	88	85		30	114	116			54	⁽¹¹⁾ 50	68		
Kinderchirurgie																					
Gefäßchirurgie			40										25								
Herzchirurgie												175							83		
Unfallchirurgie			60	44						101			25							32	
Handchirurgie																					
Plastische Chirurgie										20											
Neurochirurgie																			58	55	
Urologie	⁽⁸⁾ 3			20			72								30					43	
Orthopädie										42		70	⁽⁹⁾ 9					⁽¹²⁾ 182		45	
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	29		24	30	52	⁽⁸⁾ 16	40	34	65	30			40	34			47			53	
HNO-Heilkunde	⁽⁸⁾ 2		⁽⁸⁾ 5	3	⁽⁸⁾ 16		⁽⁸⁾ 2	⁽⁸⁾ 10	⁽⁸⁾ 3					28					⁽⁸⁾ 18		
Augenheilkunde	⁽⁸⁾ 1						⁽⁸⁾ 1	⁽⁸⁾ 5												⁽⁸⁾ 3	
Neurologie	20		75																35	60	50
Psychiatrie/Psychotherapie													175	72	56						208
Kinder-/Jugendpsychiatrie													65								28
Psychosomatik																					
Nuklearmedizin										5										15	
Strahlenheilkunde										⁽⁸⁾ 3											
Dermatologie										32										⁽⁸⁾ 2	
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie										⁽⁸⁾ 2										⁽⁸⁾ 2	
Intensivmedizin														14	10		6	46	22		
Sonstige															16	⁽¹⁾ 20					
Tagesklinische Plätze											12	10	45								36
Reha																162					
Summe	228	105	410	270	349	71	450	260	555	298	321	525	400	468	238	234	669	568	322		

(7) Interdisziplinär (8) Dialyse (9) Mit Rheumatologie (10) Einschließlich Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Palliativmedizin

(11) Einschließlich Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie (12) Einschließlich Wirbelsäulenchirurgie (84 Betten) und Querschnittgelähmtenabteilung (60 Betten)

Medizinisches Leistungsspektrum

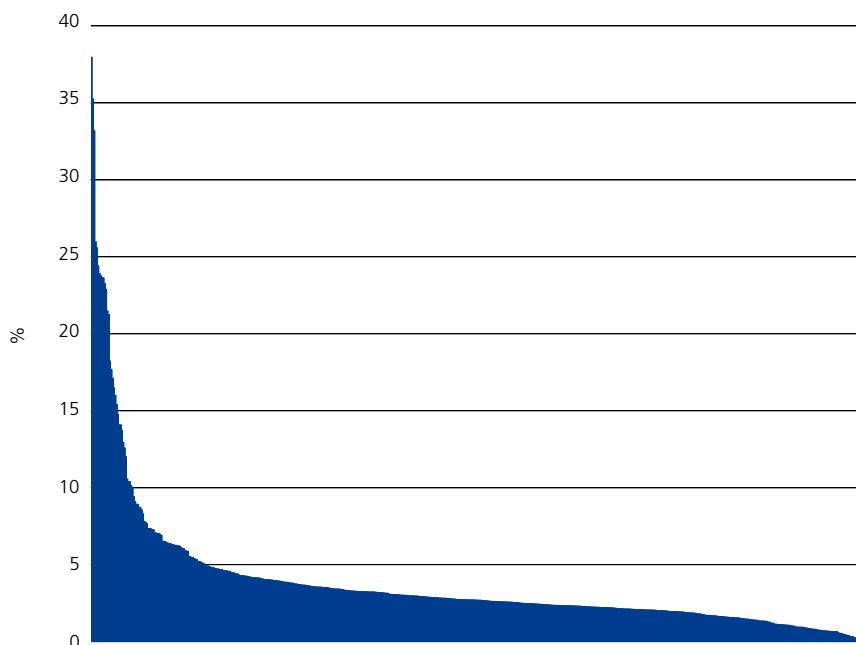
Das im Vorjahr eingehend beschriebene Prinzip des dualen medizinischen Leistungsangebots hat unverändert Gültigkeit: Einerseits sieht sich der RHÖN-KLINIKUM-Konzern in der Pflicht, der Bevölkerung eine zeitgemäße, qualitativ hochwertige Leistungspalette zu vernünftigen Kosten vorzuhalten – in zentralen wie in dezentralen Lagen, in kleinen wie in großen Krankenhäusern und in Häusern der Grundversorgung wie in Häusern der Zentral- oder Spezialversorgung. Andererseits lebt gerade dieses Vorhaben von der konzerninternen medizinisch-fachlichen Subsidiarität: Nur wenn zum Beispiel an einem oder einigen wenigen Standorten weit Überdurchschnittliches hinsichtlich nichtinvasiver bildgebender Koronardiagnostik geleistet wird, wird diese Technik allen Konzernkliniken, gerade auch den kleinen oder dezentral liegenden Kliniken zugute kommen.

Hochspezialisierte Leistungen: Subsidiarität für die Breitenversorgung

Analoge Systeme der Subsidiarität sind für andere Fachbereiche etabliert oder im Aufbau. Dabei kann der Know-how-Transfer bilateral (Tele-Portal-Klinik, Schwerpunkt-klinik), über die fachspezifischen Qualitätszirkel, telemedizinisch oder über andere systematisierte Wege erfolgen.

Der RHÖN-KLINIKUM-Konzern belegt mit dieser Form medizinischer Kooperation, dass sich hochentwickelte Medizin und Breitenversorgung nicht ausschließen, sondern sich ideal ergänzen. In ganz besonderem Maße wird dabei ein weiterer Schub aus der Integration des Universitätsklinikums Gießen und Marburg erwartet. Tabelle 2 weist die 25 fallzahlstärksten DRG im Jahre 2005 (bezogen auf die in Tabelle 1 genannten Kliniken) aus. Daneben zeigt die graphische Darstellung (Abbildung 1) den relativen Anteil der Fallzahlmengen dieser Konzernkliniken am bundesweiten Leistungsaufkommen (auf die jeweilige DRG bezogen), wobei sich wie im Vorjahr insofern eine methodische Unschärfe ergibt, als die Leistungszahlen des Jahres 2005 der Konzernkliniken den bundesweiten Gesamtzahlen des Jahres 2004 (www.g-drg.de, Überleitungsgrouper 2004/2005) gegenübergestellt sind. Dabei beträgt der Gesamtanteil der DRG-Fallzahlen des RHÖN-KLINIKUM-Konzerns am bundesweiten Fallzahlaufkommen etwa 3%. Abbildung 1 visualisiert damit das oben genannte Prinzip des dualen Leistungsangebots für alle DRG. Dabei stellt jede einzelne schmale Säule eine Basis-DRG dar. Man erkennt, dass den meisten DRG ein Anteil am bundesweiten Aufkommen von zwischen 2 und 4% zukommt, einer kleinen Gruppe (links in der Graphik) aber Anteile von bis über 35%.

Abbildung 1: Anteil der Fallzahlmengen des RHÖN-KLINIKUM-Konzerns am bundesweiten Leistungsaufkommen im Jahre 2005



RHÖN-KLINIKUM-Konzern: breite Leistungspalette – daneben Spitzenleistungen in ausgewählten Bereichen

Tabelle 2: Die 25 fallstärksten DRG im RHÖN-KLINIKUM-Konzern im Jahre 2005

Rang	DRG	Text	Fallzahl
1	P67	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2.499 g ohne signifikante Operation oder Langzeitbeatmung	11.882
2	F49	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt (Herzinfarkt)	11.880
3	O60	Vaginale Entbindung (natürliche Geburt)	8.544
4	G67	Ösophagitis und Gastroenteritis (Entzündung der Speiseröhre und des Magen-Darm-Trakts) und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	6.714
5	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	6.412
6	F62	Herzinsuffizienz mit Schock (Herzmuskelschwäche mit Kreislaufversagen)	5.843
7	B70	Schlaganfall	5.495
8	E77	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	5.244
9	F71	Nicht schwere kardiale Arrhythmie (Herzrhythmusstörung) und Erregungsleitungsstörungen	4.756
10	E71	Neubildungen der Atmungsorgane	4.426
11	B80	Kopfverletzungen	4.211
11	F67	Hypertonie (Bluthochdruck)	4.211
13	F57	Perkutane Koronarangioplastie (Erweiterung der Herzkranzgefäße durch Herzkatheter) mit komplexer Intervention	3.805

Rang	DRG	Text	Fallzahl
14	D30	Tonsillektomie (Entfernung der Gaumenmandeln) außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	3.735
15	F73	Synkope (plötzliche Bewusstlosigkeit) und Kollaps	3.704
16	B76	Krampfanfälle	3.560
17	E63	Schlafapnoesyndrom (vorübergehende Atemstillstände während des Schlafes)	3.532
18	G60	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane	3.353
19	O01	Sectio caesarea (Kaiserschnitt)	3.271
20	I48	Revision (Korrektur) oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthroese (Gelenkversteifung), ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere Begleiterkrankungen oder Komplikationen	2.911
21	I32	Komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand	2.828
22	H14	Laparoskopische Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung bei Bauchspiegelung)	2.812
23	G24	Eingriffe bei Bauchwandhernien (-brüchen), Nabelhernien und anderen Hernien	2.780
24	B69	Transitorische ischämische Attacke (TIA, vorübergehende, umschriebene Durchblutungsstörung des Hirns)	2.776
25	E65	Chronische obstruktive Atemwegserkrankung (chronische Bronchitis)	2.767

Tele-Portal-Kliniken

Während des Jahres 2005 wurden zwei Tele-Portal-Kliniken eröffnet: in Dippoldiswalde und in Stolzenau. Weitere Tele-Portal-Kliniken sind in Planung beziehungsweise im Bau. **Grundprinzip** des medizinischen Leistungsangebots der Tele-Portal-Kliniken ist es, eine medizinische Grundversorgung auf hohem Niveau zu entwickeln, die ihren Fokus auf einer umfassenden und nur wenigen Limitationen unterworfenen Diagnostik und – andererseits – einem in seiner Breite und Tiefe begrenzten Therapiespektrum hat. Dabei sollen diagnostische wie therapeutische Lücken nicht ungeplant, zufällig zutage treten, sondern in einer wohlgedachten Systematik vorbestimmt sein; diese Systematik soll auch eine genaue Planung dazu enthalten, welche Partner wann zur höhergradigen Fortführung von Diagnostik und Therapie in Aktion zu treten haben. Das Leistungsangebot von Tele-Portal-Kliniken zeichnet sich mithin nicht durch eine banale „Leistungsbegrenzung“ aus. Vielmehr werden krankenhausesübergreifende Patientenpfade gebahnt, wobei sich im günstigen Falle Behandlungsphasen innerhalb und außerhalb der Tele-Portal-Klinik auch über eine längere Patientenkarriere hin immer wieder abwechseln.

Dabei hat die Tele-Portal-Klinik nicht nur den jeweils ersten diagnostisch-therapeutischen Durchgang einer Erkrankung im Fokus. Ebenso bedeutsam sollte die Attraktivität für diejenigen Patienten sein, die wegen einer chronischen Erkrankung (auch in der palliativen Situation) vorhersehbar mehrfach im Jahr – und dies über längere Zeit – einer erneuten (gegebenenfalls auch nur kurzzeitigen) stationären Behandlung bedürfen, ohne dass dabei eine relevante weiterführende Diagnostik beziehungsweise ein Wechsel des therapeutischen Duktus zu erwarten ist.

Um die Wegeführung der Patienten zu planen, wurden zunächst die Leistungen des DRG-Kataloges in vier Kategorien gruppiert (in der Tele-Portal-Klinik – nicht in der Tele-Portal-Klinik – in Abhängigkeit vom individuellen Risiko in der Tele-Portal-Klinik – aufgrund örtlicher Besonderheiten in der Tele-Portal-Klinik). Auf diese Weise kommt es zur Definition eines gleichermaßen den allgemeinen Grundsätzen wie den örtlichen Gegebenheiten angepassten Leistungsspektrums, welches im Vorfeld der jeweiligen Klinikeröffnung mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Ebenen der betreffenden Kliniken sowie deren Einweisern und vor allem mit der Bevölkerung eingehend kommuniziert wurde.

Leistungsträger in Tele-Portal-Kliniken sind auf ärztlicher Seite hochkompetente Fachärzte mit einer breit angelegten, vorwiegend internistisch oder chirurgisch ausgerichteten Weiterbildung. Sie sind in ihren Kenntnissen und Fertigkeiten nicht auf jeweils nur einen der heutzutage üblichen Schwerpunkte begrenzt; sie haben vielmehr die Kompetenz und den erklärten Auftrag, sich in der ganzen Breite ihres Faches zu bewegen. Vor allem interpretieren sie das Prinzip der Tele-

**Tele-Portal-Klinik:
interhospitaler
Arbeitsteilung und
Pfadbeschreibung**

**Tele-Portal-Klinik:
DIE örtliche Klinik**

Portal-Klinik nicht als eine Limitation, sondern als eine Chance, in einer neuen, integrierten Form ärztlicher Tätigkeit unterstützt zu werden. Der Konzern sieht in dieser Ausrichtung ärztlicher Tätigkeit auch ein zukunftsgerichtetes Modell innerhalb der jeweiligen Facharzt-Weiterbildung, welches in einem curricularen Weiterbildungssegment „Tele-Portal-Klinik – Innere Medizin“ zur Abbildung kommen soll, das eine betont nahe am alltäglichen Geschehen angesiedelte ärztliche Weiterbildung bietet. Für alle ärztlichen Mitarbeiter soll darüber hinaus eine gezielte ärztliche **Fortbildung** in der Notfallmedizin das notfallmedizinisch gewünschte breite Leistungsangebot möglich machen.

Erfolgsmessgrößen

Wesentliche **Messgröße** dazu, wie sich die Erwartungen an die Strukturierung des Leistungsangebots einer Tele-Portal-Klinik erfüllen, wird neben den üblichen Qualitätsindikatoren unter anderem die Zahl der ungeplanten Verlegungen in die Schwerpunkt-Klinik sein, da sich hierin eine etwa nicht zureichende präinterventionelle Risikoabschätzung ausdrücken wird. Wesentliche Messgröße der Akzeptanz wird die Zahl der Notfallpatienten sowie die Zahl der Wiederkehrer bei chronischen Erkrankungen sein.

Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Zum Jahreswechsel 2005/2006 wurde ein Auswahl- und Transaktionsprozess abgeschlossen, der zur ersten Privatisierung eines Universitätsklinikums in Deutschland führte. Der wirtschaftliche Betriebsübergang an die RHÖN-KLINIKUM AG als Mehrheitsgesellschafterin wurde zum 1. Februar 2006 vollzogen. Alle Partner – die beiden beteiligten Universitäten und ihre Fachbereiche, das Land Hessen und die RHÖN-KLINIKUM AG – werden alles daran setzen, diesem Projekt zum Erfolg zu verhelfen, indem sowohl auf der Seite der Forschung als auch auf der Seite der Lehre und der Krankenversorgung Dynamik und Wachstum entfesselt werden.

Qualitätsmanagement, Projekte und deren Ergebnisse im Jahre 2005

Unveränderte Grundsätze und Maßgaben

Im Vorjahr war eingehend über die gedanklichen Grundlagen, die Organisationsprinzipien und über die in Angriff genommene Systematisierung medizinischen Qualitätsmanagements der RHÖN-KLINIKUM AG und ihrer Konzernkliniken berichtet worden. Zusammengefasst folgt das medizinische Qualitätsmanagement in seiner Aufgabenstellung dort dem Grundsatz, dass es nicht genüge, sich mit der gefühlten Qualität zufrieden zu geben, dass vielmehr gute Medizin planbar und sichtbar gemacht werden müsse. Dieser Grundsatz sollte für alle Fachbereiche gelten, unabhängig davon, ob die Gesundheitsselbstverwaltung aktuell Werkzeuge zur Verfügung stellt oder nicht.

Unter dieser – unveränderten – Maßgabe folgte das Qualitätsmanagement im Jahre 2005 dem Arbeitsgrundsatz der Routinisierung und des Verbindlichmachens. Zur breiten Anwendung kamen dabei vorrangig vier Werkzeuge: die systematische Ergebnismessung, die Prozessbeschreibung, die Arbeit in fachspezifischen konzernweiten Qualitätszirkeln und die innere und äußere Transparenz.

Systematische Ergebnismessung und -bewertung

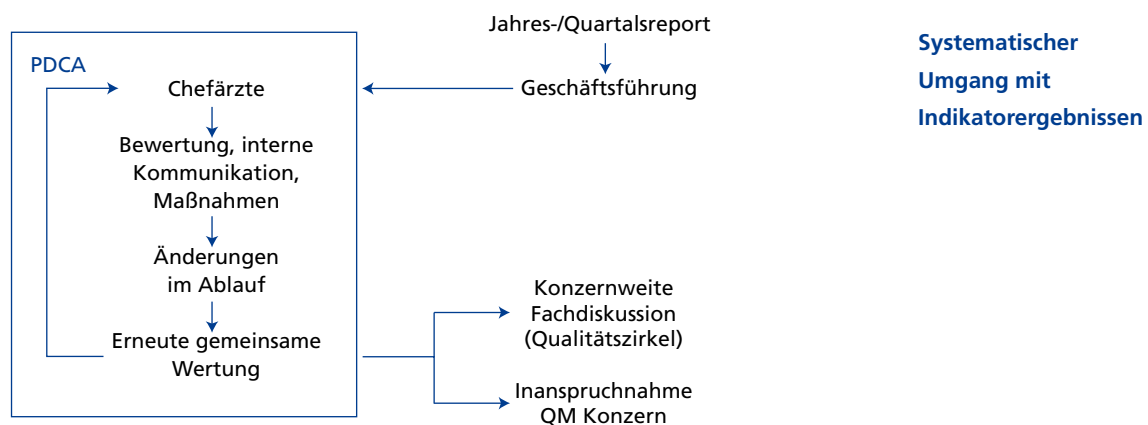
Im Jahre 2005 wurde (wie im Bericht vom Juli 2005 angekündigt) eine Systematik etabliert, die es ermöglicht, fachspezifische sowie fachübergreifende Qualitätsindikatoren regelmäßig zu erheben, den Kliniken zurückzuspiegeln und dort in eine Schleife der internen Kommunikation und Prozessoptimierung einzuspielen. Hierzu wurden Indikatoren aus dem Pool der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) beziehungsweise aus dem der Maryland Cooperation und dem der amerikanischen AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) identifiziert. Die Auswahl der Indikatoren erfolgte nach den bereits vorgestellten Grundsätzen mit dem Augenmerk auf eine hohe Sensitivität und eine hohe Spezifität.

Generierung von Qualitätsindikatoren durch das Qualitätsmanagement des Konzerns

Die Indikatoren werden durch das Qualitätsmanagement des Konzerns quartalsweise ausgeleitet und den Kliniken zur weiteren Bearbeitung zurückgespiegelt. Die Verantwortlichen sollen dabei nicht nur einfach gute Ergebnisse erfreut zur Kenntnis nehmen und für weniger gute Ergebnisse plausible Erklärungen vorhalten. Vielmehr sollen gute wie weniger gute Ergebnisse zu einem sich wiederholenden produktiven Umgang anregen: Auch gute Ergebnisse können weiter verbessert werden, und auch in klinisch ungünstigen Situationen kann die eine oder andere Komplikation dennoch vermieden werden. Dieser „produktive Umgang“ mit qualitätsrelevanten Messergebnissen bedarf eines intensiven klinik- und abteilungsinternen Trainings, welches durch das Qualitätsmanagement des Konzerns betrieben wird. Abbildung 2 skizziert den von uns gewünschten innerklinischen

Umgang mit den Indikatoren-Messergebnissen. Teil der innerklinischen Arbeit mit den Qualitätsmessergebnissen ist die Etablierung von Mortalitätskonferenzen und die Besprechung der Todesfälle des zurückliegenden Quartals in allen Konzernkliniken nach einheitlichen Vorgaben.

Abbildung 2: Systematischer Umgang mit den Indikatorenergebnissen



Wichtigster Arbeitsinhalt des „Indikatorenprojektes“ ist mithin nicht die regelmäßige Generierung, Ausleitung und Übermittlung der Messergebnisse zu den konsentierten Indikatoren und noch viel weniger deren stolze Präsentation im Qualitätsbericht. Kernstück ist vielmehr der systematische Umgang mit den Indikatoren und damit jeweils eine eingehende Analyse der Ergebnisse – die Frage, warum in der Zeitreihe eine bestimmte Komplikation zunimmt (oder abnimmt), warum es zu gehäuften ungeplanten Wiederaufnahmen bei bestimmten Erkrankungen kommt und so weiter. In einer sorgfältigen und sachgerechten Analyse muss man dabei häufig auf die Krankengeschichte einzelner Patienten zurückgreifen. So verarbeitet stellen die Auswertungen auch keine (selbsterklärenden) „Qualitätsmessergebnisse“ dar, sie haben vielmehr hinweisende Funktion – sie sind Indikatoren im eigentlichen Sinne.

Um dies zu ermöglichen, müssen die Indikatoren **plausibel** sein, und sie müssen für das jeweilige Fachgebiet typische Komplikationen oder andere typische qualitätsrelevante Parameter abbilden. Außerdem muss der Indikator oft genug wirklich etwas anzeigen: Ein Indikator, der in elf von zwölf Monaten des Jahres null ausweist, wird kaum zu einem qualitätsorientierten Umgang anregen.

Andererseits zwingt dieses Vorgehen nicht dazu, sich schwerpunktmäßig auf „absolut fälschungssichere“ Indikatoren zu stützen. Von anderer prominenter Seite wird immer wieder betont, nur nichtmanipulierbare Indikatoren könnten gute Indikatoren sein; mit diesem Argument wird dann dort nahezu ausschließlich

**Systematischer
Umgang mit
Indikatorenergebnissen**

**Plausibilität und
Relevanz**

Übersichtliche Zahl von Indikatoren

Mortalitätskennziffern der Vorzug gegeben. In dem von uns intendierten, reifen und produktiven Umgang der Verantwortlichen mit den Indikatorergebnissen sehen wir ohnehin für Manipulation kaum einen Raum.

Dem Aspekt der Plausibilität dient auch die intelligente Mengenbeschränkung der Indikatoren: Wir sind der Überzeugung, dass drei Indikatoren ausreichen, um Leistungs- und Qualitätsschwächen bei der Implantation von Kniegelenks-Endoprothesen ausreichend treffsicher anzuzeigen und eine entsprechende vertiefte Nachprüfung auszulösen. Und wir sind der Meinung, dass sich in jedem Fach ein bis zwei Krankheitsbilder beziehungsweise Behandlungsmaßnahmen identifizieren lassen, die bei ausreichend großer Fallzahl eine ausreichend große Empfindlichkeit für gutes und weniger gutes klinisches Vorgehen aufweisen. Selbstverständlich beteiligen sich alle Konzernkliniken uneingeschränkt an den vorgegebenen landesweiten und bundesweiten Erfassungen. Für die **eigene unterjährige Ausleitung** jedoch haben wir bewusst aus der BQS-Palette nur eine kleine Zahl von in unseren Augen treffsicheren Indikatoren ausgewählt.

Die Erfassung und Weiterverarbeitung muss leistbar sein. Das Qualitätsmanagement dient der klinischen Tätigkeit, der Patientenbehandlung, und nicht umgekehrt; dieser Grundsatz gilt auch für die Arbeit mit den Qualitätsindikatoren. Es wird deshalb soweit möglich auf vorhandene Informationen zurückgegriffen, die an die BQS gemeldeten Daten und die Abrechnungsdaten.

Wie mit **Angaben zur Mortalität** umzugehen sei, ergibt sich aus dem Vorstehenden zwanglos:

Mortalität als Indikator

Die Kliniken des RHÖN-KLINIKUM-Konzerns sehen in der Analyse von Behandlungsverläufen, bei denen Patienten während eines stationären Aufenthaltes versterben, **eine** wichtige Möglichkeit, etwaige Verbesserungsmöglichkeiten bei Abläufen, Kommunikation oder Dokumentation aufzudecken. Dies wird in den regelmäßigen klinikinternen Mortalitätskonferenzen geleistet. Darüber hinaus in der internen und externen Präsentation eine „Mortalitätsziffer“ auszuweisen, erscheint uns deshalb problematisch, weil dies im Extremfalle dazu führen könnte, dass diese Mortalitätsziffer durch vorzeitige Entlassung oder auch Nichtaufnahme einzelner Patienten stillschweigend „optimiert“ würde.

Der RHÖN-KLINIKUM-Konzern und seine Konzernkliniken bekennen sich auch in diesem Zusammenhang erneut zu dem Grundsatz, in keinem Fall patientenindividuelle medizinische Entscheidungen von ökonomischen Erwägungen abhängig zu machen und in keinem Fall aus mittelbaren ökonomischen Erwägungen (und dazu würde auch eine optimierte Mortalitätsstatistik gehören) eine Selektion von Patienten zu betreiben. Um auch nicht ansatzweise in die Gefahr oder in den Verdacht eines missbräuchlichen Umgangs mit „Mortalitätsziffern“ zu kommen, haben sich die Konzernkliniken bezüglich der Analyse intrahospitaler Todesfälle dazu entschlossen, für die Konzernkliniken als **summarische Information** neben

den übrigen Indikatoren die Zahl derjenigen Todesfälle auszuweisen, zu denen es bei Patienten mit niedrigem oder mittlerem Krankheitsrisiko kommt (entsprechend PCCL 0 bis 2 in der DRG-Kategorisierung). Dieses Vorgehen entspricht internationalen Empfehlungen. Vor allem birgt die Darstellung und Bearbeitung dieses Messwerts nicht die Gefahr eines Anreizes zur missbräuchlichen Gestaltung im Sinne einer vorzeitigen Entlassung oder Nichtaufnahme einzelner Patienten.

Zusammenfassend stellt das „Indikatorenprojekt“ einen Weg dar, systematische Sentinel-event-Analysen mit eingeschlossener Definition von Verbesserungspotential und dessen Nutzung zu etablieren. Die Hauptfunktion der Messwerte ist dabei, den Anlass für Verbesserungszyklen darzustellen. Wir sehen wohl, dass wir uns damit von anderen Gebräuchen absetzen – so zum Beispiel der flächendeckenden Publikation von BQS-Ergebnissen oder Mortalitätsziffern. Wir haben uns jedoch dazu entschlossen, der **inhaltlichen Nachbereitung** der Messergebnisse die tragende Rolle zuzuschreiben (und nicht etwa der Generierung oder der Publikation der Messergebnisse selbst). Wir sehen uns auch deshalb auf methodisch gutem Weg, weil wir uns mit dem Vorgehen an internationale Empfehlungen halten.

Soweit die Indikatoren intern bereits zur Routinisierung freigegeben sind, ist deren Ausleitung des Jahres 2005 für alle Kliniken in Tabelle 3 wiedergegeben. Die Deklarationen zu jedem einzelnen Indikator (Herkunft, inhaltliche Begründung, Ausleitungslogik, Referenzwerte einschließlich deren Literaturquellen) sind im Internet unter www.rhoen-klinikum-ag.com/qb hinterlegt.

Tabelle 3: Zur Routinisierung freigegebene Qualitätsindikatoren in Kliniken des RHÖN-KLINIKUM-Konzerns

Hauptfunktion der Indikatoren: Anlass zum Verbesserungsprozess

Qualitätsindikator	Typ	Ziel	Mittel RKA	Bund BQS	Ergebnis (Zähler/Nenner)	
					Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe	Klinikum Pforzheim
Erneuter Eingriff nach Herzschritt- macherimplantation	BQS	Selten	2,91% (77/2.644)			2,1% (3/140)
Erneuter Eingriff nach Herzschritt- macheraggregatwechsel	BQS	Selten	1,67% (9/539)			0,0% (0/56)
Schwere neurologische Defizite oder Tod bei Operation einer asymptomatischen Karotisstenose (Gruppe II, Indikations- gruppe A)	BQS	Wenig	1,01% (7/695)	0,85%	0,0% (0/12)	
Organerhaltung bei Ovaleingriffen mit benigner Histologie	BQS	Häufig	85,84% (673/784)	86,07%		90,2% (46/51)
Organverletzung bei Hysterektomie (alle Patientinnen)	BQS	≤ 4,1%	1,10% (39/3.557)	1,42%		0,8% (1/122)
Organverletzung bei laparoskopischen Operationen	BQS	≤ 2,5%	1,17% (25/2.142)	0,43%		1,2% (2/170)
Azidoserate bei reifen Neugeborenen	BQS	Niedrig	0,13% (11/8.531)	0,19%		0,2% (4/1.662)
Mütter mit Dammriss Grad III oder IV (mit und ohne Episiotomie)	BQS	Wenig	1,11% (77/6.909)	1,69%		1,2% (20/1.718)
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplan- tation bei Koxarthrose: Selbständiges Gehen bei Entlassung	BQS	≥ 90%	99,01% (2.986/3.016)	98,84%		98,8% (253/256)
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplan- tation bei Koxarthrose: Postoperative Infektionen (alle Patienten)	BQS	Selten	1,00% (34/3.389)	1,14%		0,8% (2/257)
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplan- tation bei Koxarthrose: Hüftendoprothe- senluxation	BQS	≤ 4%	0,50% (17/3.389)	0,78%		0,0% (0/257)
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplan- tation: Selbständiges Gehen bei Entlassung	BQS	≥ 85%	99,48% (2.311/2.323)	99,21%		
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplan- tation: Postoperative Infektionen (alle Patienten)	BQS	≤ 2%	0,42% (11/2.601)	0,79%		
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplan- tation: Nervenschaden oder Gefäßläsion (zusammengefasst)	BQS	≤ 1%	0,19% (5/2.601)			
Brusterhaltende Therapie bei invasivem Mammakarzinom Stadium pT1	BQS	Häufig	79,39% (524/660)	77,29%		73,7% (42/57)
Komplikationen bei oder nach PTCA	BQS	Selten	5,06% (374/7.396)	4,08%		1,1% (5/462)
Revisionsbedürftige thorakale Wundin- fektion nach elektiver oder dringlicher aortokoronarer Bybassoperation (alle Risikoklassen, mit Herzlungenmaschine)	BQS	Selten	0,49% (16/3.294)		0,1% (1/690)	
Revisionsbedürftige thorakale Wundin- fektion nach elektiver oder dringlicher isolierter Aortenklappenoperation (alle Risikoklassen, mit Herzlungenmaschine)	BQS	Selten	0,27% (3/1.124)		0,0% (0/199)	
In-House-Mortalität nach elektiver oder dringlicher aortokoronarer Bybassopera- tion (mit Herzlungenmaschine)	BQS	Selten	2,76% (91/3.301)		2,3% (16/691)	
In-House-Mortalität nach elektiver oder dringlicher isolierter Aortenklappenope- ration (mit Herzlungenmaschine)	BQS	Selten	3,11% (35/1.126)		2,0% (4/199)	
Perforation nach Koloskopie	Speziell	≤ 0,5%	0,14% (19/13.261)		0,0% (0/5)	0,0% (0/908)
Postpunktionelles Syndrom	Routine	≤ 20%	3,06% (106/3.467)			1,8% (1/57)
Mortalität während des Krankenhaus- aufenthaltes bei Patienten mit PCCL 0 bis 2	Routine	≤ 2%	0,37% (870/232.517)*		0,4% (3/758)	0,5% (69/15.205)

Anmerkung: * Nenner einschließlich 3.755 Fälle der Klinik für Handchirurgie (ansonsten hier nicht dargestellt)

Qualitätsindikator	Ergebnis (Zähler/Nenner)					
	Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt (Saale)	Neurologische Klinik Bad Neustadt (Saale)	Krankenhaus Hammelburg	St. Elisabeth-Krankenhaus Bad Kissingen	Kliniken Mittenberg-Erlenbach (Erlenbach)	Kliniken Mittenberg-Erlenbach (Mittenberg)
Erneuter Eingriff nach Herzschritt-macherimplantation	3,0% (10/331)			2,5% (2/79)	9,5% (2/21)	2,9% (1/34)
Erneuter Eingriff nach Herzschritt-macheraggregatwechsel	0,0% (0/47)			0,0% (0/27)	0,0% (0/2)	0,0% (0/29)
Schwere neurologische Defizite oder Tod bei Operation einer asymptomatischen Karotisstenose (Gruppe II, Indikationsgruppe A)	0,4% (2/446)					
Organerhaltung bei Ovaleingriffen mit benigner Histologie			80,0% (8/10)	81,8% (18/22)	97,3% (36/37)	87,1% (27/31)
Organverletzung bei Hysterektomie (alle Patientinnen)			0,0% (0/61)	1,6% (2/127)	0,0% (0/235)	1,4% (1/74)
Organverletzung bei laparoskopischen Operationen			0,0% (0/8)	0,0% (0/53)	0,0% (0/104)	0,0% (0/57)
Azidoserate bei reifen Neugeborenen			0,0% (0/97)	0,0% (0/403)	0,3% (2/594)	
Mütter mit Dammriss Grad III oder IV (mit und ohne Episiotomie)			3,9% (3/76)	0,7% (2/306)	2,5% (13/516)	
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose: Selbständiges Gehen bei Entlassung			100,0% (11/11)	97,5% (78/80)	95,2% (20/21)	98,9% (86/87)
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose: Postoperative Infektionen (alle Patienten)			0,0% (0/11)	2,5% (2/81)	0,0% (0/23)	1,1% (1/89)
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose: Hüftendoprothesenluxation			0,0% (0/11)	0,0% (0/81)	8,7% (2/23)	0,0% (0/89)
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation: Selbständiges Gehen bei Entlassung			100,0% (8/8)	96,1% (49/51)	100,0% (2/2)	100,0% (112/112)
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation: Postoperative Infektionen (alle Patienten)			0,0% (0/9)	0,0% (0/52)	0,0% (0/2)	0,0% (0/115)
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation: Nervenschaden oder Gefäßläsion (zusammengefasst)			0,0% (0/9)	0,0% (0/52)	0,0% (0/2)	0,0% (0/115)
Brusterhaltende Therapie bei invasivem Mammakarzinom Stadium pT1			100,0% (2/2)	41,7% (5/12)	82,4% (14/17)	
Komplikationen bei oder nach PTCA	8,4% (167/1.988)			2,6% (3/115)		
Revisionsbedürftige thorakale Wundinfektion nach elektiver oder dringlicher aortokoronarer Bybassoperation (alle Risikoklassen, mit Herzlungenmaschine)	0,0% (0/1.166)					
Revisionsbedürftige thorakale Wundinfektion nach elektiver oder dringlicher isolierter Aortenklappenoperation (alle Risikoklassen, mit Herzlungenmaschine)	0,0% (0/427)					
In-House-Mortalität nach elektiver oder dringlicher aortokoronarer Bybassoperation (mit Herzlungenmaschine)	2,7% (32/1.171)					
In-House-Mortalität nach elektiver oder dringlicher isolierter Aortenklappenoperation (mit Herzlungenmaschine)	2,8% (12/429)					
Perforation nach Koloskopie	0,0% (0/2)		0,0% (0/199)	0,3% (1/389)	0,0% (0/415)	0,0% (0/146)
Postpunktionelles Syndrom	0,0% (0/4)	6,6% (32/484)		0,0% (0/3)	0,0% (0/4)	
Mortalität während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit PCCL 0 bis 2	0,1% (4/4.679)	0,0% (0/1.301)	0,7% (14/2.126)	0,6% (34/5.874)	0,4% (25/7.099)	0,7% (20/2.689)

Qualitätsindikator	Ergebnis (Zähler/Nenner)					
	Klinik Kipfenberg	Klinikum München-Pasing	Klinik München-Perlach	Amper-Kliniken (Dachau, Indersdorf)	Klinikum Frankfurt (Oder)	Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik Wiesbaden
Erneuter Eingriff nach Herzschritt-macherimplantation		11,3% (6/53)	7,9% (3/38)	0,0% (0/53)	1,4% (1/72)	
Erneuter Eingriff nach Herzschritt-macheraggregatwechsel		3,8% (1/26)	0,0% (0/9)	0,0% (0/12)	8,8% (5/57)	
Schwere neurologische Defizite oder Tod bei Operation einer asymptomatischen Karotisstenose (Gruppe II, Indikationsgruppe A)		3,0% (1/33)		0,0% (0/3)	0,0% (0/18)	
Organerhaltung bei Ovarieingriffen mit benigner Histologie		98,4% (60/61)		82,5% (33/40)	84,9% (45/53)	86,7% (13/15)
Organverletzung bei Hysterektomie (alle Patientinnen)		0,0% (0/115)		4,2% (8/189)	0,0% (0/222)	0,0% (0/23)
Organverletzung bei laparoskopischen Operationen		0,6% (1/162)		2,9% (6/210)	0,7% (1/134)	0,0% (0/46)
Azidoserate bei reifen Neugeborenen		0,0% (0/471)		0,0% (0/29)	0,1% (1/709)	
Mütter mit Dammriss Grad III oder IV (mit und ohne Episiotomie)		1,6% (6/372)		0,0% (0/27)	0,4% (2/544)	
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose: Selbständiges Gehen bei Entlassung		90,9% (10/11)	95,5% (21/22)	100,0% (126/126)	96,3% (155/161)	
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose: Postoperative Infektionen (alle Patienten)		0,0% (0/11)	0,0% (0/22)	0,0% (0/131)	0,6% (1/163)	
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose: Hüftendoprothesenluxation		0,0% (0/11)	0,0% (0/22)	0,0% (0/131)	0,0% (0/163)	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation: Selbständiges Gehen bei Entlassung		100,0% (3/3)	100,0% (16/16)	98,6% (69/70)	97,9% (93/95)	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation: Postoperative Infektionen (alle Patienten)		0,0% (0/3)	0,0% (0/16)	1,3% (1/78)	0,0% (0/96)	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation: Nervenschaden oder Gefäßläsion (zusammengefasst)		0,0% (0/3)	0,0% (0/16)	0,0% (0/78)	1,0% (1/96)	
Brusterhaltende Therapie bei invasivem Mammakarzinom Stadium pT1		66,7% (10/15)		93,6% (44/47)	96,0% (24/25)	86,7% (39/45)
Komplikationen bei oder nach PTCA				3,8% (18/476)	1,1% (3/279)	2,9% (3/102)
Revisionsbedürftige thorakale Wundinfektion nach elektiver oder dringlicher aortokoronarer Bybassoperation (alle Risikoklassen, mit Herzlungenmaschine)						
Revisionsbedürftige thorakale Wundinfektion nach elektiver oder dringlicher isolierter Aortenklappenoperation (alle Risikoklassen, mit Herzlungenmaschine)						
In-House-Mortalität nach elektiver oder dringlicher aortokoronarer Bybassoperation (mit Herzlungenmaschine)						
In-House-Mortalität nach elektiver oder dringlicher isolierter Aortenklappenoperation (mit Herzlungenmaschine)						
Perforation nach Koloskopie	0,0% (0/2)	0,0% (0/743)	0,0% (0/237)	0,1% (1/825)	0,0% (0/506)	0,0% (0/565)
Postpunktionelles Syndrom	0,0% (0/13)	0,0% (0/18)	0,0% (0/8)	3,1% (8/255)	1,8% (7/390)	0,0% (0/140)
Mortalität während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit PCCL 0 bis 2	0,0% (0/13)	0,2% (23/10.082)	0,6% (14/2.503)	0,3% (40/12.185)	0,3% (41/15.829)	0,0% (1/12.788)

Qualitätsindikator	Ergebnis (Zähler/Nenner)					
	Aukamm-Klinik Wiesbaden	Mittelweser- Kliniken (Nienburg)	Mittelweser- Kliniken (Stolzenau)	Klinikum Uelzen und Bad Bevensen	Krankenhaus Cuxhaven	Krankenhaus Gifhorn
Erneuter Eingriff nach Herzschritt- macherimplantation		10,2% (5/49)	12,5% (2/16)	3,7% (2/54)	0,0% (0/48)	3,2% (3/95)
Erneuter Eingriff nach Herzschritt- macheraggregatwechsel			0,0% (0/2)	0,0% (0/7)	0,0% (0/12)	0,0% (0/11)
Schwere neurologische Defizite oder Tod bei Operation einer asymptomatischen Karotisstenose (Gruppe II, Indikations- gruppe A)				5,6% (1/18)	0,0% (0/2)	20,0% (1/5)
Organerhaltung bei Ovaleingriffen mit benigner Histologie		83,3% (20/24)	100,0% (1/1)	95,7% (22/23)	89,2% (33/37)	68,6% (24/35)
Organverletzung bei Hysterektomie (alle Patientinnen)		0,8% (1/125)		1,2% (1/82)	0,7% (1/151)	0,5% (1/198)
Organverletzung bei laparoskopischen Operationen		1,6% (1/61)	0,0% (0/1)	0,0% (0/62)	1,0% (1/101)	0,8% (1/124)
Azidoserate bei reifen Neugeborenen		0,0% (0/444)		0,0% (0/307)	0,0% (0/530)	
Mütter mit Dammriss Grad III oder IV (mit und ohne Episiotomie)		0,0% (0/363)		2,4% (5/205)	0,8% (3/387)	
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplan- tation bei Koxarthrose: Selbständiges Gehen bei Entlassung	100,0% (129/129)	97,8% (132/135)	100,0% (5/5)	99,0% (101/102)	97,7% (43/44)	100,0% (202/202)
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplan- tation bei Koxarthrose: Postoperative Infektionen (alle Patienten)	0,0% (0/130)	2,2% (3/136)	0,0% (0/5)	0,0% (0/103)	0,0% (0/45)	1,0% (2/204)
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplanta- tion bei Koxarthrose: Hüftendoprothe- senluxation	1,5% (2/130)	0,7% (1/136)	0,0% (0/5)	1,0% (1/103)	0,0% (0/45)	2,0% (4/204)
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplanta- tion: Selbständiges Gehen bei Entlassung	100,0% (118/118)	99,0% (102/103)		100,0% (65/65)	100,0% (41/41)	100,0% (157/157)
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplan- tation: Postoperative Infektionen (alle Patienten)	0,0% (0/119)	1,0% (1/103)		3,0% (2/66)	0,0% (0/42)	0,0% (0/159)
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplanta- tion: Nervenschaden oder Gefäßläsion (zusammengefasst)	0,0% (0/119)	0,0% (0/103)		0,0% (0/66)	0,0% (0/42)	0,0% (0/159)
Brusterhaltende Therapie bei invasivem Mammakarzinom Stadium pT1		86,4% (19/22)		88,9% (8/9)	94,1% (16/17)	78,3% (94/120)
Komplikationen bei oder nach PTCA				16,7% (1/6)		
Revisionsbedürftige thorakale Wundin- fektion nach elektiver oder dringlicher aortokoronarer Bybassoperation (alle Risikoklassen, mit Herzlungenmaschine)						
Revisionsbedürftige thorakale Wundin- fektion nach elektiver oder dringlicher isolierter Aortenklappenoperation (alle Risikoklassen, mit Herzlungenmaschine)						
In-House-Mortalität nach elektiver oder dringlicher aortokoronarer Bybassopera- tion (mit Herzlungenmaschine)						
In-House-Mortalität nach elektiver oder dringlicher isolierter Aortenklappenope- ration (mit Herzlungenmaschine)						
Perforation nach Koloskopie		0,4% (2/485)	0,0% (0/153)	0,9% (5/580)	0,0% (0/313)	0,0% (0/529)
Postpunktionelles Syndrom		2,0% (5/249)		2,0% (1/51)	0,0% (0/11)	2,9% (1/35)
Mortalität während des Krankenhaus- aufenthaltes bei Patienten mit PCCL 0 bis 2	0,0% (0/1.217)	0,7% (43/5.736)	0,5% (8/1.458)	0,5% (39/8.106)	0,4% (30/6.755)	0,1% (11/9.597)

Qualitätsindikator	Ergebnis (Zähler/Nenner)					
	Städtisches Krankenhaus Wittingen	Klinikum Salzgit- ter (Standort Lebenstedt, Standort Salz- gitter-Bad)	Kliniken Herzberg und Osterode	Klinikum Hildesheim	Krankenhaus St. Barbara Attendorf	Herzzentrum Leipzig
Erneuter Eingriff nach Herzschritt- macherimplantation		5,1% (6/117)	0,0% (0/156)	1,0% (1/102)	0,0% (0/6)	0,7% (5/694)
Erneuter Eingriff nach Herzschritt- macheraggregatwechsel		0,0% (0/19)	0,0% (0/22)	0,0% (0/7)	5,9% (1/17)	0,0% (0/62)
Schwere neurologische Defizite oder Tod bei Operation einer asymptomatischen Karotisstenose (Gruppe II, Indikations- gruppe A)			0,0% (0/3)		0,0% (0/32)	
Organerhaltung bei Ovaleingriffen mit benigner Histologie	100,0% (2/2)	80,0% (16/20)	71,4% (20/28)	83,7% (41/49)	89,8% (44/49)	
Organverletzung bei Hysterektomie (alle Patientinnen)	0,0% (0/16)	0,9% (1/109)	1,7% (8/466)	0,0% (0/211)	2,9% (5/175)	
Organverletzung bei laparoskopischen Operationen	8,3% (1/12)	2,7% (2/73)	0,0% (0/42)	1,3% (1/80)	2,4% (4/165)	
Azidoserate bei reifen Neugeborenen	0,6% (1/157)	0,0% (0/681)	0,0% (0/322)	0,3% (2/783)	0,0% (0/514)	
Mütter mit Dammriss Grad III oder IV (mit und ohne Episiotomie)	3,0% (4/134)	1,2% (6/514)	0,9% (2/233)	0,9% (5/580)	1,0% (3/312)	
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplan- tation bei Koxarthrose: Selbständiges Gehen bei Entlassung		97,7% (43/44)	100,0% (132/132)	99,1% (315/318)	100,0% (121/121)	
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplan- tation bei Koxarthrose: Postoperative Infektionen (alle Patienten)		0,0% (0/45)	1,5% (2/134)	2,8% (9/319)	0,8% (1/121)	
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplanta- tion bei Koxarthrose: Hüftendoprothe- senluxation		0,0% (0/45)	0,0% (0/134)	0,6% (2/319)	0,8% (1/121)	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplanta- tion: Selbständiges Gehen bei Entlassung		100,0% (46/46)	100,0% (108/108)	99,6% (284/285)	100,0% (132/132)	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplan- tation: Postoperative Infektionen (alle Patienten)		0,0% (0/46)	0,0% (0/112)	0,0% (0/287)	0,0% (0/135)	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplanta- tion: Nervenschaden oder Gefäßläsion (zusammengefasst)		0,0% (0/46)	0,0% (0/112)	1,0% (3/287)	0,0% (0/135)	
Brusterhaltende Therapie bei invasivem Mammakarzinom Stadium pT1		75,0% (6/8)	69,2% (36/52)	82,4% (56/68)	66,7% (2/3)	
Komplikationen bei oder nach PTCA				5,7% (26/456)		5,2% (135/2.614)
Revisionsbedürftige thorakale Wundin- fektion nach elektiver oder dringlicher aortokoronarer Bybassoperation (alle Risikoklassen, mit Herzlungenmaschine)						0,4% (3/777)
Revisionsbedürftige thorakale Wundin- fektion nach elektiver oder dringlicher isolierter Aortenklappenoperation (alle Risikoklassen, mit Herzlungenmaschine)						0,0% (0/321)
In-House-Mortalität nach elektiver oder dringlicher aortokoronarer Bybassopera- tion (mit Herzlungenmaschine)						1,4% (11/778)
In-House-Mortalität nach elektiver oder dringlicher isolierter Aortenklappenope- ration (mit Herzlungenmaschine)						2,8% (9/321)
Perforation nach Koloskopie	0,0% (0/50)	0,0% (0/730)	0,0% (0/531)	0,2% (1/554)	0,0% (0/396)	1,9% (1/53)
Postpunktionelles Syndrom	0,0% (0/1)	1,4% (1/69)	0,0% (0/3)	3,4% (1/29)	0,0% (0/8)	0,0% (0/6)
Mortalität während des Krankenhausauf- enthaltes bei Patienten mit PCCL 0 bis 2	0,3% (6/1.853)	0,5% (47/9.653)	1,0% (61/6.403)	0,5% (79/15.458)	0,1% (4/5.946)	0,0% (0/5.224)

Qualitätsindikator	Ergebnis (Zähler/Nenner)					
	Park-Krankenhaus Leipzig-Stüdost	Weißertztal-Kliniken	Klinikum Pirna	Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda	Zentralklinik Bad Berka	Klinikum Meiningen
Erneuter Eingriff nach Herzschritt-macherimplantation	2,6% (1/39)	3,3% (2/60)	4,7% (3/64)	8,9% (5/56)	2,2% (4/179)	11,4% (10/88)
Erneuter Eingriff nach Herzschritt-macheraggregatwechsel	0,0% (0/15)	0,0% (0/3)	0,0% (0/14)	0,0% (0/15)	0,0% (0/33)	5,7% (2/35)
Schwere neurologische Defizite oder Tod bei Operation einer asymptomatischen Karotisstenose (Gruppe II, Indikationsgruppe A)	0,0% (0/25)	0,0% (0/13)	0,0% (0/3)		2,9% (2/69)	0,0% (0/13)
Organerhaltung bei Ovaereingriffen mit benigner Histologie		100,0% (15/15)	81,0% (34/42)	80,4% (45/56)		84,3% (70/83)
Organverletzung bei Hysterektomie (alle Patientinnen)		2,3% (4/177)	2,1% (3/146)	0,0% (0/323)		1,0% (2/210)
Organverletzung bei laparoskopischen Operationen	0,0% (0/1)	0,0% (0/51)	0,9% (1/113)	0,0% (0/111)		1,5% (3/201)
Azidoserate bei reifen Neugeborenen			0,2% (1/459)	0,0% (0/369)		
Mütter mit Dammriss Grad III oder IV (mit und ohne Episiotomie)			0,7% (3/408)	0,0% (0/214)		
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose: Selbständiges Gehen bei Entlassung	99,3% (144/145)	99,1% (221/223)	98,2% (56/57)		99,5% (213/214)	99,7% (369/370)
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose: Postoperative Infektionen (alle Patienten)	1,0% (5/490)	0,0% (0/224)	0,0% (0/58)		0,5% (1/215)	1,3% (5/372)
Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose: Hüftendoprothesenluxation	0,4% (2/490)	0,0% (0/224)	0,0% (0/58)		0,9% (2/215)	0,0% (0/372)
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation: Selbständiges Gehen bei Entlassung	98,8% (161/163)	100,0% (232/232)	95,3% (61/64)		100,0% (144/144)	100,0% (308/308)
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation: Postoperative Infektionen (alle Patienten)	1,2% (5/411)	0,4% (1/232)	1,6% (1/64)		0,0% (0/144)	0,0% (0/310)
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation: Nervenschaden oder Gefäßläsion (zusammengefasst)	0,0% (0/411)	0,0% (0/232)	0,0% (0/64)		0,0% (0/144)	0,3% (1/310)
Brusterhaltende Therapie bei invasivem Mammakarzinom Stadium pT1		66,7% (20/30)	89,7% (26/29)	79,5% (31/39)		69,8% (30/43)
Komplikationen bei oder nach PTCA	0,0% (0/3)		3,6% (10/281)		16,7% (2/12)	0,2% (1/602)
Revisionsbedürftige thorakale Wundinfektion nach elektiver oder dringlicher aortokoronarer Bybassoperation (alle Risikoklassen, mit Herzlungenmaschine)					1,8% (12/661)	
Revisionsbedürftige thorakale Wundinfektion nach elektiver oder dringlicher isolierter Aortenklappenoperation (alle Risikoklassen, mit Herzlungenmaschine)					1,7% (3/177)	
In-House-Mortalität nach elektiver oder dringlicher aortokoronarer Bybassoperation (mit Herzlungenmaschine)					4,8% (32/661)	
In-House-Mortalität nach elektiver oder dringlicher isolierter Aortenklappenoperation (mit Herzlungenmaschine)					5,6% (10/177)	
Perforation nach Koloskopie	0,2% (1/654)	0,0% (0/800)	0,4% (2/490)	0,0% (0/590)	7,7% (1/13)	0,3% (4/1.398)
Postpunktionelles Syndrom	0,0% (0/9)	9,1% (1/11)	0,0% (0/22)	0,0% (0/6)	1,7% (10/596)	3,1% (13/423)
Mortalität während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit PCCL 0 bis 2	0,7% (26/3.946)	0,5% (48/9.125)	0,8% (74/9.348)	0,6% (44/7.450)	0,2% (19/11.851)	0,3% (43/15.517)

Ausblick: Auch wenn Qualitätsindikatoren – wie dargelegt – nach unserem Verständnis zunächst Instrumente des internen Qualitätsmanagements darstellen, führt ihre Veröffentlichung zum Vergleich zwischen verschiedenen Krankenhäusern beziehungsweise mit anderen vergleichbaren Leistungserbringern. Es liegt damit im Interesse auch der publizierenden Kliniken, solche Vergleiche methodisch zu ermöglichen beziehungsweise zu erleichtern, damit sie, wenn schon, zu einem möglichst unverfälschten Ergebnis führen. Es wäre deshalb von allseitigem Nutzen, über eine bundesweit einheitliche Systematik der Erfassung, Ausleitung und Bewertung von Qualitätsindikatoren der klinischen Medizin zu verfügen. Dies ist bislang nicht der Fall: Das BQS-System deckt die klinischen Fächer unvollständig ab, ist gleichzeitig in der Fülle seiner Indikatoren pro Fach redundant und meldet die relevanten Ergebnisse mit Verzögerung zurück. Die Systematik anderer Kliniken mit ihrem intensiven Fokus auf der Darstellung von Mortalitäten können wir in ihrer Logik und Stringenz zwar verstehen, aus den genannten Gründen jedoch nicht teilen. An anderer Stelle gibt es derzeit Versuche, mittels eines betont schmalen Indikatorensets Krankenhäuser vergleichbar zu machen. Dies mag möglicherweise gelingen und sinnvoll sein – unserem Ansatz, **jedem Fach** einen methodischen Hebel zur **internen** Optimierung zu geben, wird dies nicht gerecht.

Zusammenarbeit mit anderen Initiativen

Wir sehen jedoch Ähnlichkeiten in der Herangehensweise mit den Indikatorenprojekten des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK) und des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands (VUD). Beide Projekte folgen – wie wir – dem Gedanken der intrinsischen Qualitätsverbesserung, die es mittels routinierter Datenausleitung gezielt zu unterstützen gilt. Beide Projekte stützen sich auf einen Mix aus Indikatoren verschiedener Provenienz unter weitgehender Nutzung bereits vorhandener Daten. Alle drei Projekte (das der beiden Verbände sowie unseres) sind in unterschiedlichen Bereichen unterschiedlich weit entwickelt. Da wir glauben, dass sich alsbald eine optimierte Mischung dieser drei Verfahren durchsetzen wird, beteiligen sich sowohl einige Kliniken des RHÖN-KLINIKUM-Konzerns am Projekt des BDPK als auch das Universitätsklinikum Gießen und Marburg am Projekt des VUD. In beiden Projekten bringen wir unsere Anregungen und bisherigen Erfahrungen uneingeschränkt ein, einschließlich aller methodischen Hintergründe, Rechenregeln et cetera. Wir wollen durch diese vorbehaltlose „open source“-Arbeit dazu beitragen, dass wir in Deutschland möglichst bald über ein stimmiges, belastbares und vor allem dem Tagesgeschäft nützendes System von Qualitätsindikatoren verfügen.

Prozessbeschreibung im Rahmen krankenhausspezifischer einzelner Qualitätsprojekte

Prozessbeschreibungen stellen ein unverzichtbares Werkzeug dar, wenn es darum geht, Abläufe reproduzierbar und stabil und damit Qualität vorhersehbar zu machen. Der RHÖN-KLINIKUM-Konzern lehnt es ab, seinen Kliniken Detailvorschriften zum medizinischen Prozedere zu machen – nicht nur weil dies nicht sachgerecht sein kann, sondern auch weil dies der „Delegation von Verantwortung nach oben“ Vorschub leisten würde. Um jedoch die Abbildung wichtiger Abläufe nicht im Unverbindlichen zu belassen, wurden in jeder Konzernklinik Zielvereinbarungen getroffen, in denen die konkreten klinikspezifischen Vorhaben (insbesondere bezüglich der Formulierung von Ablaufbeschreibungen) für die Jahre 2005 und 2006 fixiert wurden. Diese Zielvereinbarungen wurden klinikintern und konzernintern kommuniziert. – Tabelle 4 gibt die im Jahre 2005 abgeschlossenen Projekte wieder. Die konkreten Ergebnisse finden sich im Qualitätsbericht der jeweiligen Klinik.

Tabelle 4: Übersicht über die im Jahre 2005 abgeschlossenen Qualitätsmanagementprojekte

Klinik	Projektbezeichnung
Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe	<ul style="list-style-type: none"> - Fortbildung der Mitarbeiter im Qualitätsmanagement - Überarbeitung der Konzepte zur Personalentwicklung - Überarbeitung und Erstellung von Pflegestandards - Weiterentwicklung der Pflegedokumentation - Überarbeitung des Formularwesens zur Umsetzung des Medizinproduktegesetzes
Klinikum Pforzheim	<ul style="list-style-type: none"> - Zertifizierung des Brustzentrums nach DIN EN ISO 9001:2000, den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Senologie - Erweiterung der Aufnahmestation des Klinikums - Erweiterung der zur Verfügung stehenden Medizintechnologie - Aufbau einer intensivierten pharmazeutischen Betreuung der Stationen - Einrichtung eines zentralen Beschwerdemanagements - Überarbeitung des Internetauftrittes für das Klinikum
Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt (Saale)	<ul style="list-style-type: none"> - Externe Peer-Reviews - Qualitätsprojekt „Schmerzdokumentation und Schmerzlinderung im Aufwachraum“ - Qualitätsprojekt „Digitale Bild- und Befundinformationen“
Klinik für Handchirurgie Bad Neustadt (Saale)	<ul style="list-style-type: none"> - Reorganisation im OP-Ablauf
Frankenklinik Bad Neustadt (Saale)	<ul style="list-style-type: none"> - Erweiterung der internen Qualitätszirkel durch die Etablierung eines externen kardiologischen Qualitätszirkels - Aufbau einer Patienten-Basisdokumentation
Saaletalklinik Bad Neustadt (Saale)	<ul style="list-style-type: none"> - Zertifizierung nach dem IQMP-Reha-Zertifizierungsverfahren (IQMP, integriertes Qualitätsmanagementprogramm Rehabilitation) - Einführung einer EDV-gestützten Verlaufsdokumentation unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen

Klinik	Projektbezeichnung
Neurologische Klinik Bad Neustadt (Saale)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Kommunikationswege und -techniken zur schnelleren Datenübertragung bei Notfällen - Teilnahme bei der Entwicklung eines Katalogs zur Verbesserung der neurologischen Frührehabilitation bei pflegetherapeutischen Maßnahmen in Bayern (Phase B) - Einführung der Bezugspflege in der Frührehabilitation
Krankenhaus Hammelburg	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung von Patientenbefragungen - Etablierung der routinemäßigen VAS-basierten Schmerzerhebung - Entwicklung von klinischen Pfaden für Endoprothesen und minimal-invasive Chirurgie - Weiterbildung zur pflegerischen Wundversorgung - Organisation eines Treffens der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, um die Pflegeüberleitung zu verbessern und weiterzuentwickeln
Klinik Kipfenberg	<ul style="list-style-type: none"> - Befragung zur Lärmbelastung bei der Betreuung auf Intensivstation
Klinikum München-Pasing	<ul style="list-style-type: none"> - Interne Auditierung zur Umsetzung der Medizinproduktebetriebsverordnung
Klinik München-Perlach	<ul style="list-style-type: none"> - Senkung der Häufigkeit von Übelkeit und Erbrechen nach Operationen
Amper-Kliniken	<ul style="list-style-type: none"> - Neustrukturierung der Ablaufprozesse in der Ambulanz und der zentralen Patientenaufnahme im Rahmen der Inbetriebnahme des Klinikteilneubaus - Reorganisation des Schlafmedizinischen Zentrums am Standort Klinikum Dachau - Neue Organisationsstruktur und Pflegestandards im Pflegedienst - Erfolgreiche Wiederholungszertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000
Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik Wiesbaden	<ul style="list-style-type: none"> - Fachübergreifendes Projekt „Vermeidung kurzfristiger Absagen geplanter Operationen“ - Standardisierung der Arbeitsabläufe im Fachbereich Anästhesie - Implementierung einer multimodalen intensivierten Adipositas-Gruppentherapie und einer Hypertonieschulung
Aukamm-Klinik Wiesbaden	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung von Behandlungsstandards
Mittelweser-Kliniken (Nienburg, Stolzenau)	<ul style="list-style-type: none"> - Organisationsbeschreibung von OP-Ablauf, Ambulanz und Labor zur Inbetriebnahme der Tele-Portal-Klinik Stolzenau - Installation einer Dokumentationssoftware mit Möglichkeiten der Qualitätsmessung
Klinikum Uelzen und Bad Bevensen	<ul style="list-style-type: none"> - Weiterführen einer Dokumentation von Druckgeschwüren mit Dekubitusstatistik - Ausbau des Informationsaustausches über ein Radiologieinformationssystem (RIS) und ein Bildverteilungs- und Archivierungssystem (PACS)
Krankenhaus Cuxhaven	<ul style="list-style-type: none"> - Verbessern der Kommunikation mit den Pflegeheimen durch die Entwicklung eines Pflege-Überleitungsbogens - Weiterentwicklung der Richtlinien beim Umgang mit MRSA-Patienten
Kreiskrankenhaus Gifhorn	<ul style="list-style-type: none"> - Erfolgreiche Durchführung des externen und internen Überwachungsaudits nach DIN EN ISO 9001:2000 und den Fachanforderungen für Brustzentren nach OnkoZert; Umsetzung der Arbeitsaufträge, die sich aus der Primärzertifizierung ergeben
Kliniken Herzberg und Osterode	<ul style="list-style-type: none"> - Umsetzung des Konzeptes zur Verbesserung der Patientenversorgung in der Notfallambulanz, organisatorische Umstrukturierung
Klinikum Hildesheim	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung einer Patientenbefragung - Befragung der zuweisenden Ärzte - Überwachungsaudit nach DIN EN ISO 9001:2000 - Zertifizierung Brustzentrum nach DIN EN ISO 9001:2000

Klinik	Projektbezeichnung
Krankenhaus St. Barbara Attendorn	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung von Qualitätsmanagementbeauftragten aus allen Bereichen des Hauses - Projektumsetzung zur Einführung neuer Mitarbeiter
Herzzentrum Leipzig	<ul style="list-style-type: none"> - Fortführung und nachhaltige Weiterentwicklung des zentralen Beschwerdemanagements - Erstellung eines Konzeptes zur kontinuierlichen Patientenbefragung, mit wechselnden Prioritäten für einzelne Bereiche - Durchführung einer Langzeit-Follow-up-Studie in der Herzchirurgie - Einführen des Home-Monitoring bei Patienten mit implantiertem Cardioverter-Defibrillator
Park-Krankenhaus Leipzig-Südost	<ul style="list-style-type: none"> - Umsetzen des Konzeptes zur Sturz- und Dekubitusprophylaxe
Weißeritztal-Kliniken	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Prävention von Dekubitalgeschwüren - Optimierung der Behandlungsabläufe im Bauchzentrum - Realisierung eines neuen Hygienekonzeptes
Klinikum Pirna	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung eines internen Audits zu Prophylaxe und Therapie von Dekubitalgeschwüren - Neufassung des Prophylaxestandards für Dekubitus - Fortbildungsveranstaltungen wie die medizinischen Sonntagsvorlesungen und zum Thema MRSA für die Kooperationspartner, Fortführung des Qualitätszirkels Entlassmanagement - Implementierung einer umfassenden Erfassung nosokomialer Wundinfektionen - Einführung eines fachübergreifenden Standards zur perioperativen Schmerztherapie, Etablierung eines Qualitätszirkels für Pflegekräfte
Soteria-Klinik Leipzig	<ul style="list-style-type: none"> - Auf- und Ausbau verschiedener Kooperationsbeziehungen mit externen Partnern, die stationär Entgiftungen durchführen - Umsetzung eines Konzeptes zur direkten und unmittelbaren Verlegung von Patienten bei Entwöhnungsbehandlungen - Einführung eines EDV-gestützten Patienteninformationssystems, Datenaustausch nach § 301 SGB V im Bereich Rehabilitation
Krankenhaus Waltershausen- Friedrichroda	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung von Standards und Funktions- und Tätigkeitsbeschreibungen in der Pflege, in der Funktionsdiagnostik und im OP-Bereich
Zentralklinik Bad Berka	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung der Prävalenzerhebung Dekubitus - Zertifizierung des Gefäßzentrums
Klinikum Meiningen	<ul style="list-style-type: none"> - Zertifizierung des Brustzentrums - Zertifizierung der Stroke-Unit - Etablierung des MRSA-Screenings
Fachkrankenhaus Hildburghausen	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung von Mitarbeiter- und Patientenbefragungen - Ein- und Durchführung von Neofeedback-Sitzungen - Teilnahme bei der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung zum Thema Schlaganfall - Einführung von psychometrischen Testverfahren zur Verlaufsbeobachtung bei depressiven Störungen - Einführung eines Monitorings zum Erfassen von Risikofaktoren bei Entstehung eines metabolischen Syndroms unter Psychopharmakotherapie
Alle Kliniken	<ul style="list-style-type: none"> - Interne Leitlinien zum Umgang mit MRSA-besiedelten Patienten, zur Erfassung nosokomialer Infektionen und zur Vorsorge bezüglich aviärer Influenza

Prozessbeschreibungen in der Hand der Kliniken

Wenngleich mithin die einzelne Klinik selbst entscheidet, in welcher Reihenfolge für die einzelnen Leistungsbereichen feste Prozeduren zu beschreiben sind, ist der mittelfristige Weg unverkennbar vorgezeichnet und wird auch so kommuniziert: Es wird von den Konzernkliniken erwartet, dass Ablaufbeschreibungen für alle neu etablierten interdisziplinären Arbeitsbereiche (interdisziplinäre Notfallaufnahme, interdisziplinäres Bauchzentrum und Ähnliches), für alle als risikobehaftet erkannten Bereiche (zum Beispiel zentrale Sterilgutversorgung) und für alle bei Patientenbefragungen beziehungsweise durch Beschwerden auffällig gewordenen Bereiche alsbald formuliert und in Kraft gesetzt werden. Und selbstverständlich wird erwartet, dass Risiken oder Qualitätsdefizite, die sich aus der Analyse der Indikatoren ergeben, mittels systematisierter Ablaufbeschreibungen angegangen werden. Im übrigen wurde den Kliniken ein Raster für ein Qualitätshandbuch zur Verfügung gestellt, welches dazu anregen soll, sich mit risikoträchtigen oder schnittstellenlastigen Abläufen gestaltend zu beschäftigen. Erleichtert wird das Formulieren von klinikinternen Standards oder klinischen Pfaden durch entsprechende intranetgestützte Tauschbörsen sowie von konzerninternen Vorschlägen (internen Leitlinien), die jeweils örtlich nur wenig angepasst werden müssen.

Umgekehrt legen wir Wert darauf, dass auch das schriftliche Fixieren von Standardabläufen der guten klinischen Tätigkeit, der Arbeit am und mit dem Patienten dienen soll und nicht umgekehrt. Wir weisen deshalb die Verantwortlichen in den Kliniken stets darauf hin, dass Themenwahl, Diktion sowie Regelungstiefe unbedingt den örtlichen Gegebenheiten (zum Beispiel Ausbildungsstand der Mitarbeiter) angemessen sein muss. Schon dieser Aspekt macht eine zentrale Formulierung unmöglich.

Konzerninterne fachspezifische Qualitätszirkel, konzerninterne Kommunikation

Abteilungsübergreifende Qualitätszirkel sind ein wichtiges Instrument, um qualitätsrelevante Vorgehensweisen und Erfahrungen in einem breiteren Kreis zu reflektieren, miteinander abzustimmen und für die gemeinsame Verbesserungsarbeit zu nutzen. Es wurden deshalb für die klinischen Fächer insgesamt zwölf Qualitätszirkel etabliert, in denen die betreffenden Chefärzte die Möglichkeit haben, sich zwei oder drei Mal pro Jahr auszutauschen, um die Systematisierung des Qualitätsmanagements auf Fachabteilungsebene weiter voranzutreiben. Derzeit wird in diesem Rahmen an Themen wie etwa der Entwicklung konzernweiter fachspezifischer Leitlinien und Standards, der weiteren Etablierung interdisziplinärer Behandlungszentren, der Durchführung gemeinsamer klinischer Studien oder der Optimierung der ärztlichen Aus- und Fortbildung gearbeitet.

Eine Sonderstellung nehmen zwei durch das Qualitätsmanagement des Konzerns geführte Qualitätszirkel ein: Die **Projektgruppe Hygiene** hat die Funktion einer konzernweiten Hygienekommission. Der hohe Formalisierungs- und Regelungsgrad der Krankenhaushygiene macht es notwendig, hier jeweils sehr rasch normkonforme, handhabbare und ökonomisch sinnvolle Vorgehensweisen einheitlich zu vereinbaren. Auch Beschlüsse der Projektgruppe Hygiene stehen zwar unter dem Vorbehalt der Inkraftsetzung durch die örtliche Geschäftsführung; diese wird jedoch in aller Regel unmittelbar vollzogen.

Die **Projektgruppe Qualitätsmanagement** stellt den „brain trust“, das informelle Prüforgan des Qualitätsmanagements des Konzerns dar. Es hat sich als sehr wertvoll erwiesen, dessen Vorhaben durch die Projektgruppe Qualitätsmanagement aus dem Blickwinkel verschiedener Berufsgruppen und unterschiedlich aufgestellter Konzernkliniken vor, während und nach der Durchführung durchleuchten zu lassen. Initiativen des Qualitätsmanagements des Konzerns, die dem kritischen Blick der Projektgruppe Qualitätsmanagement standgehalten haben, haben ihre erste wichtige Bewährungsprobe bestanden. Einen Teil ihrer Arbeitssitzungen hält die Projektgruppe Qualitätsmanagement „intern öffentlich“ ab und lädt dazu die Qualitätsmanagementbeauftragten aller Konzernkliniken ein; dies dient der direkten bidirektionalen Kommunikation mit der Fachebene der Kliniken.

Vervollständigt wird die konzerninterne Qualitätsmanagement-bezogene systematische Kommunikation durch die intranetbasierten Foren „Qualitätsmanagement“ und „Hygiene“ mit der Möglichkeit der kurzfristigen Informationsbeschaffung einschließlich umfangreicher Downloadmöglichkeiten.

Zentrale Zirkel zu Hygiene und Quali- tätsmanagement

Aktuelles Sonderthema: aviäre Influenza

Im Dezember 2005 wurde eine einheitliche Vorgehensweise beschlossen, die das Verhalten der Konzernkliniken im Vorfeld und bei einer etwa beginnenden Epidemie aviärer Influenza regelt. Diese Vereinbarung steht in Einklang mit den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts beziehungsweise den Epidemieplänen der Länder; sie bricht diese auf Krankenhausebene herab. Wesentliche Bestandteile dieser Vereinbarung sind:

- Eine Liste mit konkret vor Ort zu leistenden organisatorischen vorbereitenden Detailmaßnahmen (Identifizierung geeigneter Separierungsmöglichkeiten, organisatorische Vorab-Absprachen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde und den zuständigen Laboratorien, Mitarbeiterimpfung, -schulung und anderes)
- Vorgaben zum klinischen Vorgehen bei einzelnen beziehungsweise gehäuften Erkrankungsfällen beziehungsweise Verdachtsfällen
- Regelungen einschließlich Mengenschätzungen zur Bevorratung unkritischer Artikel (Schutzkittel, einfache Masken et cetera) sowie von Artikeln mit potenziellen Lieferengpässen (zum Beispiel hochwertige Masken)
- Vorplanung eines Krisenstabs, der mit der ersten Mensch-zu-Mensch-Übertragung in Deutschland oder im benachbarten Ausland aktiviert wird und bei welchem dann alle einschlägige Entscheidungsbefugnis liegt
- Beginn eines intensiven und systematischen Informationsdienstes gegenüber den Konzernkliniken einschließlich Informationsforum und ständig erreichbarer Notfallrufnummer

Eine Umfrage Anfang Februar 2006 hat ergeben, dass die für die Kliniken vor Ort vorgesehenen Aufgaben umgesetzt wurden.

Interne und externe Transparenz

Aktivitäten und Resultate des medizinischen Qualitätsmanagements sind keine Privatangelegenheit einzelner Abteilungen oder derer Funktionsträger. Krankenhäuser müssen vielmehr eine offene Kommunikation – klinikintern, konzernintern und extern – aushalten lernen. Dies setzt vor allem einen handwerklich einwandfreien Gebrauch der entsprechenden Instrumente voraus: leistungsfähige, stabile Indikatoren, passgenaue Ablaufbeschreibungen, systematische Möglichkeiten zur Verbesserung (engmaschige Rückmeldung der Ergebnisse, Qualitätszirkel) und eine seriöse (serviceorientierte, nicht indoktrinierende) Unterstützung mit Know-how (zum Beispiel durch das Qualitätsmanagement des Konzerns). Transparenz nach innen und außen steht deshalb nicht am Anfang sondern am Ende eines Entwicklungsprozesses – eines Prozesses, der den zwar ernsthaften und verbindlichen, nie jedoch punitiven Charakter medizinischen Qualitätsmanagements einübt. Die weitestgehende Bereitschaft der Verantwortlichen, sich innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraums darauf einzulassen, war bemerkenswert. Unter anderem legen die Qualitätsberichte der einzelnen Kliniken davon Zeugnis ab.

**Ernsthaft, nicht
punitiv**

Beitrag zur Weiterentwicklung der bundesweiten medizinischen Qualitätssicherung

Unsere Verpflichtung

Ein Unternehmen, das in der glücklichen Lage ist, in über 40 Kliniken unterschiedlichster Größe und Aufgabenstellung ein nach einheitlichen Grundsätzen aufgebautes Qualitätsmanagementsystem zu pflegen und weiterzuentwickeln, sollte sich in der Pflicht sehen, andere an diesen vielfältigen Erfahrungen teilhaben zu lassen. Wir kommen dieser Pflicht nach, möchten dies jedoch nicht im Sinne der Indoktrination, nicht mit missionarischem Eifer, sondern vielmehr im Sinne des bidirektionalen Austauschs verstanden wissen. Das Qualitätsmanagement in Einrichtungen des deutschen Gesundheitssystems hat sich viel zu lange von isolierten Ideen einzelner Qualitätssicherungsexponenten beeindrucken lassen. Was nunmehr nottut, ist eine „open source“-Arbeit, ein intensiver Austausch auf gleicher Augenhöhe zwischen den Hunderten von Qualitätsmanagementbeauftragten.

Wir wollen hierzu unseren Beitrag leisten – nicht, indem wir unsere Vorgehensweisen verblindet und womöglich über Drittanbieter kommerziell anbieten, sondern indem wir uns als einer von vielen Partnern in die fachlichen Gremien der Verbände und der Selbstverwaltung einbringen – so zum Beispiel zum Thema der Qualitätsindikatoren (siehe oben) oder zur Weiterentwicklung der strukturierten Qualitätsberichte (Bundesärztekammer, Bayerische Krankenhausgesellschaft, Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten, Bayerische Landesärztekammer, fachspezifische Organisationen).

3. Ausblick

Dezentralität, Eigenverantwortung und Transparenz sind seit jeher die Führungsgrundsätze der RHÖN-KLINIKUM AG und ihrer Konzernkliniken. So ist auch das klinische Qualitätsmanagement aufgebaut, welches schwerpunktmäßig mit den Werkzeugen der Ablaufbeschreibungen, der wiederholten und regelmäßigen Ergebnismessung und der internen wie externen Kommunikation dieser Ergebnisse arbeitet. Diese Werkzeuge wurden im Jahre 2005 abschließend etabliert, einschlägige Ergebnisse wurden in den jetzigen Berichten erstmals umfassend und synoptisch dargestellt. Es wird auch in Zukunft das Bestreben der Konzernkliniken sowie des Qualitätsmanagements des Konzerns sein, in allen klinischen Fächern gleichermaßen die Anwendung dieser Werkzeuge zum selbstverständlichen Alltag werden zu lassen und insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass der Qualitätssicherungs-Regelkreis stets geschlossen ist – das heißt, dass (gute wie weniger gute) Ergebnisse regelhaft intern zurückgespiegelt und bewertet werden und dass aus ihnen regelhaft und nachprüfbar Konsequenzen für das weitere Handeln gezogen werden.

Die Kliniken des RHÖN-KLINIKUM-Konzerns legen größten Wert darauf, mit ihren medizinischen Qualitätssicherungsmaßnahmen **glaubwürdig** zu sein; und dies kann nach unserer Überzeugung nur gelingen, wenn Messen, Planen und Handeln in einem stetigen Takt aufeinander folgen.

5 Impressum

RHÖN-KLINIKUM AG

Postadresse:

97615 Bad Neustadt (Saale)

Hausadresse:

Salzburger Leite 1

97616 Bad Neustadt (Saale)

Telefon: (+49) (0) 9771-65-0

Telefax: (+49) (0) 9771-65-1220

Internet:

<http://www.rhoen-klinikum-ag.com>

E-Mail:

rka@rhoen-klinikum-ag.com