

Rationalisierung, Optimierung, Standardisierung, Zertifizierung?

Der klinisch tätige Arzt ist verwirrt: Seit Einführung der DRGs gilt es, in kürzer werdenden Abständen neue Begrifflichkeiten zu verdauen. Kaum haben wir verstanden, dass zur Rettung der stationären Medizin sämtliche „work flows“ „analysiert“, „optimiert“ und „reorganisiert“ werden müssen – natürlich unter Wahrnehmung aller „Rationalisierungspotenziale“ – wird uns nahegelegt, im Sinne einer „Standardisierung“ „clinical pathways“ und „standard operating procedures“ zu „implementieren“. Und nun: die „Zertifizierung“! Mit einem „Qualitätsmanagementsystem“! Ach ja, all dies ist „top down“ beschlossen und muss „bottom up“ umgesetzt werden. Sozusagen von der Basis her („der Mitarbeiter als das wichtigste Gut“). Aber droht angesichts dieses schnellen „change managements“ nicht die Basis auszusteigen? Ist denn den Leistungserbringern vor Ort noch verständlich, wozu all das „managen“ dient? Dass ein großes Ziel hinter all diesen Bestrebungen steckt? Am Beispiel der aktuellen Diskussion über Sinn und Unsinn von Qualitätsmanagementsystemen lässt sich der gemeinsame Nenner anschaulich zeigen.

Am Anfang aller Veränderung stand eine politische Entscheidung, welche am Ende aller Veränderung zu einem Mehr an Wettbewerb im Gesundheitswesen führen soll. Den Weg dahin stellt das pauschalierte Entgeltsystem der DRGs dar. Deren Dogma lautet: Fallabschluss mit möglichst geringem Ressourceneinsatz in möglichst kurzer Zeiteinheit. Oder anders: effiziente und effektive Prozessabläufe führen über eine günstige Kosten-Entgelt-Relation zu mehr Erlös und damit wirtschaftlichem Überleben in einer von Konkurrenz geprägten Krankenhauslandschaft. Folgerichtig wurde begonnen, suboptimale Behandlungsabläufe zu analysieren, zu reorganisieren, zu rationalisieren und zu standardisieren [1]. Und wenn wir ehrlich sind, so gibt es in deutschen Krankenhäusern in dieser Hinsicht noch immer viel zu tun [2]. Bei aller DRG-bedingten „ökonomischen Awareness“ hat der Patient nun Glück, dass effiziente und standardisierte Prozessabläufe seinen Bedürfnissen entgegenkommen. Insofern ist es durchaus korrekt, Systeme, welche eine standardisierte und effiziente Leistungserbringung gewährleisten, als Qualitätsmanagementsysteme zu bezeichnen. Frei nach dem Motto eines ziemlich Profit-orientierten Coca-Cola-Präsidenten: „Wer auf die Qualität zielt, senkt die Kosten“. Der klinisch tätige Arzt in Not erkennt: Qualitätsmanagementsysteme helfen dem Patienten und dem Unternehmen. Sie sind also kein Feindbild.

Es bleibt die Frage nach der richtigen Wahl. Wieso ISO? Es gibt doch auch andere gut klingende Abkürzungen: EFQM, KTQ, JCAHO, etc.. Näher betrachtet, empfiehlt sich für die Zertifizierung von Teilbereichen eines Krankenhauses tatsächlich das DIN-ISO-System in der überarbeiteten Version ISO 9001:2000. Wie von Volk et. al. richtig angeführt, ist die Bewertungsrelation von Struktur-, Prozess- und

Ergebnisqualität nach *Donabedian* [3] nun deutlich verbessert (im Vorgängermodell wäre auch ein Rettungsring aus Beton zertifiziert worden, wenn nur der Prozess des Ins-Wasser-Werfens korrekt beschrieben war). Gegenüber dem Modell der Selbstverwaltungsorgane „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ) muss im ISO-System nicht das gesamte Krankenhaus zertifiziert werden, sondern es können auch Teilbereiche isoliert betrachtet werden. Prinzipiell sind aber neben dem ISO-System auch Qualitätsmanagementsysteme wie das der European Foundation for Quality Management (EFQM) geeignet, die Leistungsprozesse hinsichtlich Qualität und Effizienz zu verbessern. Mit fortschreitender Entwicklung der einzelnen Systeme ist eine Annäherung einiger Modelle (z. B. ISO, EFQM) zu beobachten. Die Wahl des richtigen Qualitätsmanagementsystems wird immer weniger zu einem Glaubenskrieg zwischen den jeweiligen Anhängern der verschiedenen Systeme.

Die Systemvielfalt ermöglicht den Einsatz des geeigneten Systems entsprechend den aktuellen Gegebenheiten. Entscheidend ist primär, dass die Prozessabläufe in den Kliniken hinsichtlich der Patientenbedürfnisse und der Kostenstruktur optimiert werden, mit welchem System auch immer. Für den Patienten sind alle Systeme von Vorteil, da die Qualität der Versorgung dargelegt werden muss und extern bewertet wird.

Aber: „Auch der längste Marsch beginnt mit dem ersten Schritt“. Und dieser erste Schritt besteht darin, die vorhandenen Qualitätsprobleme und Ineffizienzen aktiv anzugehen. Wie die Arbeitsgruppe um Volk et al. zeigen konnte, ist das Qualitätsmanagementsystem ISO 9001:2000 für das Schnittstellenfach Anästhesiologie ein gut geeignetes Verfahren. In dem vorgeschriebenen Qualitätshandbuch werden alle Prozesse nachvollziehbar beschrieben, und den Mitarbeitern wird eine praktische Umsetzungshilfe an die Hand gegeben. Dass hierbei zahlreiche Widerstände überwunden werden müssen, zeigt sehr gelungen die Arbeit von Hölz et al.. Besonders wichtig erscheint der Hinweis, dass die Entscheidung für ein Qualitätsmanagementsystem strategisch von der Klinikleitung (top down) getroffen und unterstützt werden muss, wohingegen die Projektrealisierung und Implementierung eine Einbindung aller Mitarbeiter erforderlich macht (bottom up).

Eine Zertifizierung einer Einrichtung ist immer mit monetären Ausgaben verbunden. Je nach Wahl des Verfahrens werden unterschiedlich hohe, aber immer relevante Kosten auflaufen. Richtigerweise findet sich daher in beiden Arbeiten der Hinweis auf die positiven Auswirkungen einer Zertifizierung, wie beispielsweise Vermeidung von Leerlaufzeiten, Senkung der Komplikationsrate und erhöhte Patientenzufriedenheit.

Nicht zu vernachlässigen ist der positive Marketingeffekt, der durch eine gelungene Zertifizierung erreicht wird. Diese globalen Andeutungen greifen jedoch zu kurz. Zur Rechtfertigung der Kosten und der Mühen, die eine Zertifizierung beispielsweise eines Operationsbereiches für die Mitarbeiter mit sich bringt, sind harte Daten notwendig [4]. Die Generierung valider Daten in einem solch „lebenden“ Setting mit multiplen beteiligten Berufsgruppen und Schnittstellen erweist sich (gerade weil nicht im Labor angesiedelt) als anspruchsvoll. Der Bedarf an wissenschaftlicher Begleitforschung von Reorganisationsmaßnahmen führt denn auch zu einer zunehmenden Bedeutung der in Deutschland noch wenig etablierten Versorgungsforschung. Im Fokus der Bemühungen steht dabei die Reorganisation von Versorgungsprozessen, die Förderung von Zielorientierung und die Stärkung der Patientenorientierung im Gesundheitswesen [5].

Doch bevor wir den zweiten Schritt machen, wagen wir den ersten Schritt auf dem langen Marsch zu einer effizienten und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung. Die

Arbeitsgruppen um Volk und Hölz haben uns gezeigt, wie es geht. Dafür gebühren Ihnen Dank und viele aufmerksame Leser.

Priv.-Doz. Dr. Dr. *Martin Bauer*

Dr. Jörg Martin

Literatur

1. Bauer M, Hanss R, Schleppers A, Steinfath M, Tonner PH, Martin J. Prozessoptimierung im „kranken Haus“, *Anästhesist* 2004; 53(5):414-26.
2. Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2000): Medizinische Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland. Stellungnahme zur Anfrage des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Köln.
3. Jaster H (1997) Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Thieme Verlag, Stuttgart.
4. Sachverständigenrat (1995) Sondergutachten: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 - Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Nomos-Verlag, Baden-Baden.
5. Badura B, Schaeffer D, Troschke v J (2001) Versorgungsforschung in Deutschland – Fragestellungen und Förderbedarf. *Z.f.Gesundheitswiss.*9; Heft 4.

3. Mannheimer OP-Management-Symposium

16.12.2005, 9.45 - 17.30 Uhr

Themen: Berufsbild OP-Koordinator(in) / OP-Manager(in)
 Management von Veränderungen
 Haftungsfragen für OP-Koordinator(in) und OP-Manager(in)

Weitere Informationen unter www.bda.de (Rubrik: Veranstaltungen / Seminare).