UNIVERSITÄT ST. GALLEN
Hochschule für Wirtschafts-, Rechts-
und Sozialwissenschaften

6,780 Public Management I:
Finanz- und Leistungsmanagement

Seminararbeit

6. Semester, SS 2001
Prof. Dr.oec. K. Schedler
Dr.rer.pol. et dipl.Ing.ETH A. Schenker-Wicki

Qualitätsmanagement im Spital Wil

Darstellung, Analyse, Erfahrungen

97-603-914

Fiona Hürlimann
Lindenhofstr. 14
9500 Wil

071 923 35 24

Abgabetermin: 30. Mai 2001

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS ..... **II**

ABBILDUNGSVERZEICHNIS ..... **IV**

TABELLENVERZEICHNIS ..... **IV**

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS ..... **IV**

1 ZUSAMMENFASSUNG **1**

2 EINLEITUNG **1**

2.1 Motivation **1**

2.2 Problemstellung und Zweck der Arbeit **2**

2.3 Aufbau der Arbeit **2**

3 THEORETISCHE GRUNDLAGEN **2**

3.1 Gegenstand des Qualitätsmanagements **2**
3.1.1 Definition Qualität 2
3.1.2 Qualitätsmanagement in Krankenhäusern 3
3.1.2.1 Definition Qualitätsmanagement 3
3.1.2.2 Ziele des Qualitätsmanagements im Krankenhaus 3
3.1.2.3 Aufteilung der Qualitätsbereiche nach Donabedian 3
3.1.2.4 Weitere wichtige Aspekte des Qualitätsmanagements 4
3.1.2.5 Besonderheiten von Leistungen im Krankenhaus 4

3.2 Qualitätskonzept: Die Akkreditierung **5**
3.2.1 Definition Akkreditierung 5
3.2.2 Schweizerische Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen (VQG) 5
3.2.3 Ziele der Akkreditierung 5
3.2.4 Verfahren 6

3.3 Der Qualitätsregelkreis **6**
3.3.1 Standards (Soll) 7
3.3.2 Sammeln von Daten (Ist) 7
3.3.3 Soll-/Ist-Vergleich 8
3.3.4 Verbesserungen planen 8
3.3.5 Verbesserungen einführen: Der Deming-Kreis 8
3.3.6 Überprüfung 9
3.3.6.1 Das Audit 9
3.3.6.2 Patientenzufriedenheit 9
3.3.6.3 Benchmarking 9

3.4 Die Einführung des Qualitätsmanagements **10**
3.4.1 Vorgehen 10
3.4.2 Qualitätsbeauftragte 10
3.4.3 Qualitätskommission 10
3.4.4 Qualitätszirkel 11

4 QUALITÄTSMANAGEMENT IM SPITAL WIL 11

4.1 Darstellung 11
4.1.1 Ausgangslage 11
4.1.2 Organisation 11
4.1.2.1 Qualitätsbeauftragte 12
4.1.2.2 Qualitätskommission 12
4.1.2.3 Qualitätszirkel 13
4.1.3 Standards der VQG 13
4.1.3.1 Ein Beispiel: Standard 1, Spitalhygiene 14

4.2 Analyse: Der Qualitätsregelkreis 14
4.2.1 Standards (Soll) 14
4.2.2 Sammeln von Daten (Ist) 14
4.2.3 Soll-/Ist-Vergleich 15
4.2.4 Verbesserungen planen 15
4.2.5 Verbesserungen einführen: Der Deming-Kreis 15
4.2.6 Überprüfung 15
4.2.6.1 Das Audit 15
4.2.6.2 Patientenzufriedenheit 15
4.2.6.3 Benchmarking 16
4.2.6.4 Akkreditierung 16

4.3 Erfahrungen 16
4.3.1 Mitarbeiter 16
4.3.2 Kosten 16
4.3.3 Organisation 16
4.3.4 Ausblick 17

5 SCHLUSSFOLGERUNGEN 17

5.1 Vorgehen 17

5.2 Organisation 18

5.3 Kosten 18

LITERATURVERZEICHNIS 20

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Krankenhaus nach Donabedian.....3
Abbildung 2: Der Qualitätsregelkreis.....7
Abbildung 3: Der Deming-Kreis.....9
Abbildung 4: Die Prozessorientierte Organisation des Qualitätsmanagements im Spital Wil.....12

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Methoden der Datensammlung.....8

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Aug.	August
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heisst
H+	Die Spitäler der Schweiz
KSK	Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994
Okt.	Oktober
QZ	Qualitätszirkel
vgl.	vergleiche
VQG	Schweizerische Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen

1 Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit ist es, die Problematik und die Chancen der Einführung eines Qualitätsmanagements in einer sozialen Institution am Beispiel des Spitals Wil zu erläutern. Mit der Inkraftsetzung des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1996 wurde die Einführung eines Qualitätsmanagements für die Spitäler obligatorisch. Dabei ist es den Spitälern überlassen, wie sie das Qualitätsmanagement einführen wollen. Das Spital Wil entschloss in Zusammenarbeit mit der „Schweizerischen Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen“, VQG, ein Qualitätsmanagement aufzubauen und eine Akkreditierung anzustreben. Inzwischen wurden bereits sieben Standards der VQG in einem ersten Akkreditierungsgespräch akkreditiert und zwei weitere sind durch das Spital Wil noch in Bearbeitung. Zudem verfolgt das Spital Wil weitere Qualitätsprojekte, die ausserhalb der Akkreditierung durch die VQG laufen.

Da Qualitätsmanagement nicht wie andere Projekte einmal einen Abschluss findet, sondern ein fortlaufender Prozess ist, hat das Spital Wil eine prozessorientierte Organisation zur Einführung des Qualitätsmanagements gebildet. Innerhalb dieser Organisation wurde ein Qualitätsbeauftragter bestimmt sowie eine Qualitätskommission und Qualitätszirkel geformt. Insbesondere der Qualitätsbeauftragte und die Qualitätszirkel arbeiten an der Umsetzung der durch die VQG vorgeschlagenen Standards.

Ganz wichtig zur erfolgreichen Einführung eines Qualitätsmanagements ist die Offenheit unter den Mitarbeitern. Denn nur wenn Fehler eingestanden und Schwachpunkte aufgedeckt werden, kann das Qualitätsmanagement an den relevanten Punkten ansetzen. Zudem sind es schlussendlich die Mitarbeiter, die die Qualität in ihrer täglichen Arbeit umsetzen müssen. Durch die Mitarbeit ihrer Angestellten in Qualitätszirkeln und die regelmässige Information über den aktuellen Stand der Qualitätsarbeit, stellt das Spital Wil den Einbezug der Mitarbeiter sicher.

Zusammenfassend lässt sich das Qualitätsmanagement des Spitals Wil als ein professionelles, vorwiegend an den Patientenbedürfnissen ausgerichtetes Instrument bezeichnen. Allerdings müssen sich ihre Bemühungen noch auf weitere Kundengruppen als die der Patienten ausdehnen und der Kostenaspekt etwas mehr berücksichtigt werden. Aus den Bestrebungen der Qualitätssicherung wird aber ersichtlich, dass das Spital Wil bei der immer grösser werdenden Konkurrenzsituation zu Spitälern ausserhalb der Versorgungsregion und zu privaten Spitälern zu den Gewinnern gehören wollen.

2 Einleitung

2.1 Motivation

Durch die Inkraftsetzung des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) am 1. Januar 1996 in der Schweiz, wurde die Einführung eines Qualitätsmanagements für die Spitäler obligatorisch.
H+ (Die Spitäler der Schweiz) hat als nationaler Spitalverband Leitlinien entwickelt und in Zusammenarbeit mit dem Konkordat der schweizerischen Krankenversicherer (KSK) ein Qualitätskonzept verabschiedet und einen Rahmenvertrag erarbeitet. Diesem Rahmenvertrag ist auch das Spital Wil beigetreten.
Sowohl das KVG als auch der Rahmenvertrag H+ lassen den Spitälern freie Wahl bezüglich Methoden und Durchführung der Bestimmungen. Die Leitung des Spitals Wil hat sich 1996 entschlossen, in Zusammenarbeit mit der „Schweizerischen Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen“, VQG, ein Qualitätsmanagement aufzubauen und eine Akkreditierung anzustreben. (Qualitätskommission, 2001: 3)
Die Spitäler stehen heute zudem unter einem gewaltigen Kosten- und Reorganisationsdruck, deshalb wird ihnen auch im Zuge des New Public Managements die Einführung von Qualitätsmanagementmethoden empfohlen. (Pira, 2000: VII)

2.2 Problemstellung und Zweck der Arbeit

In dieser Arbeit soll das Qualitätsmanagement des Spitals Wil dargelegt und untersucht werden. Die obige Motivation zeigt auf, weshalb das Qualitätsmanagement in Spitälern an Interesse gewinnt. Das Spital Wil ist deshalb ein interessantes Beispiel, weil sie trotz einiger Krisen, die bisweilen nationale Aufmerksamkeit erreichten, ihr Qualitätsmanagement forciert haben. Ein entscheidender Punkt wird sein, ob sich das Personal für die Qualitätsarbeit gewinnen lässt und die Massnahmen in ihrer täglichen Arbeit umsetzt.

2.3 Aufbau der Arbeit

In einem ersten Teil sollen die theoretischen Grundlagen des Qualitätsmanagements, insbesondere im Krankenhaus, dargelegt werden. Nach der Erläuterung des Gegenstandes des Qualitätsmanagements sowie der Darstellung eines Konzeptes, wird auf den Qualitätsregelkreis, mit Hilfe dessen im zweiten Teil das Vorgehen des Spitals Wil erläutert wird, näher eingegangen. Schliesslich wird noch die Einführung des Qualitätsmanagements dargelegt.
In einem zweiten Teil wird das Qualitätsmanagement des Spitals Wil dargestellt, anhand des Qualitätsregelkreises analysiert und schliesslich einige Erfahrungen aufgezeigt.
Im letzten Teil der Arbeit werden die Schlussfolgerungen über das Qualitätsmanagement des Spitals Wil dargelegt.
Es sei noch darauf hingewiesen, dass jedes Mal, wenn eine männliche Form erwähnt wird, diese illustrativen Charakter hat und für Frauen und Männer gleichermassen gilt.

3 Theoretische Grundlagen

3.1 Gegenstand des Qualitätsmanagements

3.1.1 Definition Qualität

Der Begriff Qualität hat in der Alltagssprache verschiedene Bedeutungen. Diese reichen von der Beschaffenheit der Dienstleistungen oder Güter bis zum Wert eines Objektes. Die Bedeutung des Begriffs Qualität hängt im allgemeinen vom jeweiligen Verwender des Gutes oder vom Empfänger der Dienstleistung ab. In der Tatsache, dass ein Vergleich zwischen den Zielen und dem Grad der Zielerreichung hergestellt wird, liegt die Gemeinsamkeit all dieser Bedeutungen.(H+ Die Spitäler der Schweiz, 1997: 7)
Aus einer Fülle von Definitionen scheint mir die folgende Definition von Feigenbaum und Hentschel die geeignetste zu sein und zwar vor allem deshalb, weil sie der Kundenorientierung oberste Priorität schenken. Denn letztendlich ist ja allein die Einschätzung durch den Kunden entscheidend für die Akzeptanz und Inanspruchnahme der Spitalleistungen.

„Leistungsqualität ist die vom Kunden auf einem Gut-Schlecht-Kontinuum beurteilte Beschaffenheit einer Leistung. Das Qualitätsniveau basiert auf individuellen Erwartungen und objektiven wie subjektiven Wahrnehmungen. Es unterliegt – auch bei unveränderter Form der Leistungserstellung – Schwankungen im Zeitverlauf.“ (Schmutte, 1998: 91)

Aus dieser Definition wird auch ersichtlich, dass es unerlässlich ist, die Qualitätssicherungsmassnahmen immer wieder neu zu überdenken, da sich das Qualitätsverständnis im Zeitverlauf ändert.

3.1.2 Qualitätsmanagement in Krankenhäusern

3.1.2.1 Definition Qualitätsmanagement

Wie Seghezzi feststellt, hat Qualität zwei Aspekte, nämlich die Freiheit von Fehlern und den angebotenen Nutzen. Entsprechend kennt das Qualitätsmanagement zwei Ziele, einerseits Fehler zu vermeiden, zu unterbinden, vorauszusehen und in ihrer Wirkung zu bekämpfen und andererseits den Nutzen des Angebots festzulegen, zu gestalten und zu verbessern. (Wengle, 1998: 65)
Qualitätsmanagement ist ein ständiger Prozess und basiert auf den Grundsätzen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Es beginnt bei den Führungskräften und bedeutet Veränderung. Die Führungskräfte stehen nicht nur dahinter, sondern sie gehen voran. Die Basis für Verbesserungen ist das heute Erreichte und wird nicht Anlass zu statischem Festhalten an Normen oder Standards. Das erfordert die Bereitschaft zu kritischem Denken und zu Neuerungen sowie eine hohe Wertschätzung der internen und externen Kunden. (Qualitätskommission, 2001: 4)

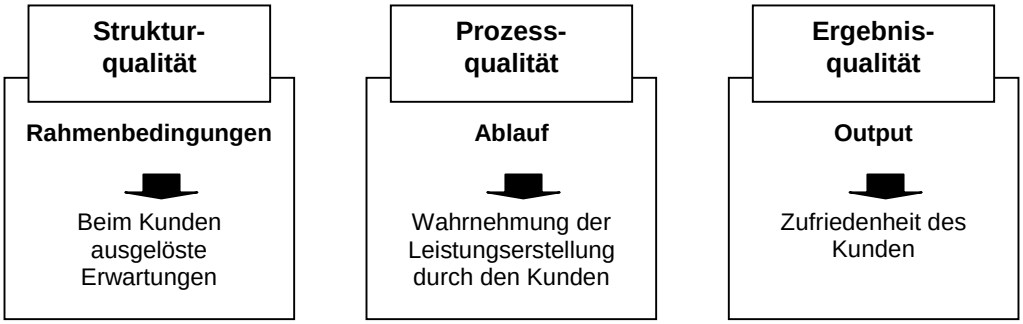
3.1.2.2 Ziele des Qualitätsmanagements im Krankenhaus

Mit dem Qualitätsmanagement werden vor allem zwei Ziele verfolgt, die Verbesserung der Patientenversorgung sowie eine effiziente und effektive Leistungserbringung.
Oft wissen die Mitarbeiter eines Krankenhauses über die Qualität der eigenen Leistungen nicht Bescheid, weil sie darüber keine Rückmeldung erhalten. Mit Hilfe des Qualitätsmanagements sollen sie nun Informationen über die Qualität der erbrachten Leistungen erhalten. Ist die Qualität ungenügend müssen die Ursachen gesucht werden und anschliessend sind Verbesserungsmassnahmen in die Wege zu leiten sowie deren Wirksamkeit/Zweckmässigkeit zu überprüfen. All dies soll zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führen.
Letztendlich führt eine Verbesserung der qualitativen Versorgung auch zu Kosteneinsparungen. Ein Zusammenspiel medizinischer, pflegerischer, aber auch infrastruktureller Massnahmen (Ausbau des Informationswesens, höherer Hotelkomfort, bessere Planung und Organisation, kooperatives Management) ist erforderlich, um eine effiziente und effektive Versorgung der Patienten zu gewährleisten. (H+ Die Spitäler der Schweiz, 1997: 46)

3.1.2.3 Aufteilung der Qualitätsbereiche nach Donabedian

Donabedian betrachtet das Spital als ein offenes, soziotechnisches System, in welchem durch das Zusammenwirken von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen ärztliche Leistungen entstehen. (Wüthrich-Schneider, 1998: 22) Diese drei Komponenten zur Beurteilung der Qualität sollen hier kurz genauer erläutert werden:

Abbildung 1: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Krankenhaus nach Donabedian



Quelle: Schmutte: 1998, 95

Strukturqualität: Darunter werden die zur Verfügung stehenden Mittel wie Gebäude, Einrichtungen, technische Geräte, personelle und materielle Ressourcen sowie die Organisation verstanden, die notwendig sind, um qualitativ einwandfreie Arbeit zu erbringen.

Prozessqualität: Die Prozessqualität umfasst alle Massnahmen, die im Laufe einer Behandlung ergriffen werden. Anerkannte Standards oder Kriterien bilden die Grundlage für die objektive Messung der Prozessqualität. Eine ganzheitliche, interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Betrachtung der Prozesse ist Voraussetzung für eine Verbesserung.

Ergebnisqualität: Die klarsten Indikatoren für Qualität sind die Ergebnisse. Beispiele für Messgrössen sind die Kundenzufriedenheit, Komplikationen und Wartezeiten. Ein Instrument zur objektiven Wertung der Messergebnisse ist das Benchmarking bei dem die eigenen Messergebnisse mit denen anderer Institutionen verglichen werden. (Qualitätskommission, 2001: 4)

3.1.2.4 Weitere wichtige Aspekte des Qualitätsmanagements

Kundenorientierung: Wie oben bereits erwähnt, ist es von essentieller Bedeutung, dass der Kundenorientierung grosse Bedeutung beim Qualitätsmanagement beigemessen wird. Ziel ist es, eine hohe Zufriedenheit bei den Kunden zu erreichen. Als Kunden werden nebst den Patienten und den Angehörigen auch Mitarbeitende, zuweisende Ärzte, Versicherer und der Kanton betrachtet. Die Ausrichtung auf diese Anspruchsgruppen sollte vor allem durch einen fortwährenden Dialog und eventuellen Einbezug bei Qualitätsumfragen geschehen. (Qualitätskommission, 2001: 4)

Einbezug der Mitarbeiter: Da die Mitarbeitenden täglich mit den Problemen konfrontiert werden, sind sie die wichtigsten Leute um Verbesserungsaktivitäten einzuleiten. (Qualitätskommission, 2001: 4) Zudem nützt das Beste Qualitätsmanagement nichts, wenn die Mitarbeiter nicht über die Qualitätsmassnahmen informiert und vor allem wenn sie nicht in ihrer täglichen Arbeit genügend motiviert sind, die Massnahmen auch umzusetzen. Wie später noch zu sehen sein wird, ist es deshalb unerlässlich, die Mitarbeitenden in den Entscheidungsprozess miteinzubeziehen.

Verantwortung der Führung: Qualitätsmanagement ist insofern Aufgabe der Spitalleitung, als sie die langfristige Strategie festlegt und die zur Umsetzung des Qualitätsmanagements erforderlichen Ressourcen bereitstellt. (Qualitätskommission, 2001: 4) Nicht zu unterschätzende Aufgabe der Spitalleitung ist zudem, dass sie eine Kultur des Vertrauens schafft, denn ohne Vertrauen werden Qualitätsverbesserungen nahezu unmöglich, ist es doch Grundvoraussetzung von Verbesserungsvorschlägen, dass Fehler zugegeben werden.

3.1.2.5 Besonderheiten von Leistungen im Krankenhaus

Wie allgemein bei Dienstleistungen, lassen sich drei besondere Eigenschaften der Spitalleistungen unterscheiden (Bieger, 2000: 8):

- Intangibilität (keine Gütertransformation)
- Zusammenfall von Konsum und Produktion (uno actu-Prinzip)
- Kundenbeteiligung

Da die Leistung nicht vorher ausprobiert werden kann, ergibt sich aus der Intangibiliät eine gewisse Intransparenz. So ist es zum Beispiel unmöglich vor einer Blinddarmoperation die Leistung auszuprobieren. Eine Möglichkeit diese Unsicherheit zu reduzieren, ist die Qualität zu kommunizieren.
Leistungserstellung und –abgabe erfolgen nach dem uno actu-Prinzip synchron. Es existiert kein wechselndes Transferobjekt in Form eines stofflichen Produktes. Dies impliziert Nichtlagerfähigkeit und Individualität als Eigenschaften von Dienstleistungen. Die Leistung ist somit nicht standardisierbar und unterliegt in der Ausführung einer hohen Schwankungsbreite. Dies zeigt sich beispielsweise in der Qualifikation des behandelnden Arztes oder dessen körperlicher und geistiger Verfassung während einer Operation. (Schmutte, 1998: 7)
Bei Spitalleistungen bedingt die Produktion neben der Präsenz des Patienten die aktive Beteiligung desselben. Dies führt zu dem Problem, dass die Leistung des Krankenhauses in der Regel nicht

mehr von der Leistung des Patienten getrennt werden kann. Es kann sogar soweit führen, dass der Gesundungsprozess erfolglos bleibt, wenn der Patient seine Mitwirkung verweigert. (Pira, 2000: 25)
Ganz speziell ist bei Spitalleistungen zu beachten, dass der Patient bzw. der Kunde nicht freiwillig kommt, sondern meist aus einer Notlage heraus und er sich den Ärzten und Pflegenden oft hilflos ausgeliefert fühlt. Umso wichtiger ist es, die subjektiven Qualitätserwartungen des Kunden herauszufinden und seinen Erwartungen möglichst zu entsprechen. Wo dies nicht machbar ist, sollten die Gründe dafür kommuniziert werden. All dies schafft eine Vertrauensbasis zwischen dem Personal und dem Patienten und gibt diesem gleichzeitig eine gewisse Sicherheit.

3.2 Qualitätskonzept: Die Akkreditierung

Die Literatur kennt verschiedene Qualitätskonzepte wie beispielsweise das Total Quality Management, die ISO-9000-Normenfamilie und die Akkreditierung. In dieser Arbeit wird ausschliesslich letzteres Qualitätskonzept näher betrachtet, dies deshalb, weil die Behandlung aller Qualitätskonzepte über den Rahmen dieser Seminararbeit hinausgehen würde. Die Wahl fiel auf die Akkreditierung, da sich das Spital Wil für die Einführung dieses Qualitätskonzeptes entschieden hat.

3.2.1 Definition Akkreditierung

Akkreditierung bedeutet im Sprachgebrauch der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, dass eine als kompetent erachtete unabhängige und externe Instanz die qualitätssichernden Vorkehrungen und Massnahmen eines Spitals daraufhin beurteilt, ob sie mit zuvor vereinbarten Standards übereinstimmen. (VQG, 1998: 5)

3.2.2 Schweizerische Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen (VQG)

In der Schweiz wird die Akkreditierung von der VQG koordiniert, organisiert und durchgeführt. Die VQG versteht sich als lernorientierte Selbsthilfeorganisation der Leistungserbringer und möchte in enger Zusammenarbeit mit den Leistungsfinanzierern (Kranken- und Unfallversicherungen, Kantone) ihre Mitglieder dazu befähigen, den Erfordernissen des neuen KVG bezüglich Qualitätssicherung gerecht zu werden. (VQG, 1998: 4)

3.2.3 Ziele der Akkreditierung

Die Akkreditierung soll die Massnahmen eines Spitals zur Sicherung der Qualität ihrer medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen überprüfen und bescheinigen, dass die akkreditierte Institution auf dem richtigen Weg ist, an der kontinuierlichen Förderung der Leistungsqualität zu arbeiten. Zudem stellt die Akkreditierung eine unabdingbare Ergänzung zur institutionsinternen Selbsteinschätzung dar.
Externe Gutachter formulieren im Rahmen des Akkreditierungsverfahrens Empfehlungen, welche zusätzlichen Massnahmen eine Institution bis zum Zeitpunkt der nächsten Akkreditierung noch ergreifen sollte, um die Qualität zu sichern oder zu fördern. (VQG, Okt. 2000: 5)

3.2.4 Verfahren

Die VQG verlangt von den Teilnehmern die Wahl von mindestens sieben Standards (fünf oder mehr aus einer Liste von zwölf Vorschlägen, zwei oder mehr vom Spital selbst). Alle Qualitätsstandards der VQG zielen grundsätzlich auf Aspekte der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. (VQG, Okt. 2000: 4) Die vorgeschlagenen Standards sind (VQG, 1998: 8-45; VQG, Aug. 2000: 6-15):

1 Spitalhygiene
2 Erhebung von Patientenurteilen
3 Beurteilung der Angemessenheit von Aufenthaltsdauern
4 Kommunikation - Patientenfragen
5 Schmerzbekämpfung
6 Abklärung und Behandlung von Diabetes mellitus
7 Chirurgie
8 Gynäkologie
9 Pflegestandards in ausgewählten Bereichen des Spitals
10 Informieren und Entscheiden im Behandlungsnetz
11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen
12 Mitarbeitende Menschen und Spital

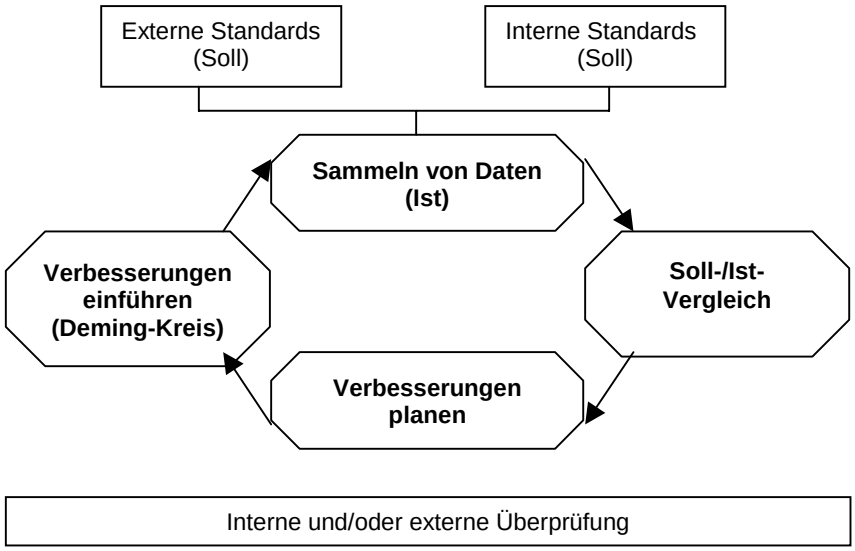
Auf alle Standards einzeln einzugehen würde hier zu weit führen, allerdings sei auf Punkt 4.1.3.1 verwiesen, der Standard 1 wird dort etwas näher betrachtet.

Das Akkreditierungsgespräch dient der Vorbereitung auf die eigentliche Akkreditierung und soll die Frage beantworten, ob die bisherigen Qualitätssicherungs-Aktivitäten eines Spitals den Grundvoraussetzungen für die spätere Akkreditierung genügen und entspricht in etwa einem Vor-Audit. (VQG, Okt. 2000: 5)
Bei den Gutachtern der VQG handelt es sich um selber in Spitälern tätige Chefärzte, Verwaltungsdirektoren und Pflegedienstleiter. Die Gutachter sind also mit dem Spitalwesen durch die eigene Praxis eng vertraut. Sie agieren als sogenannte Peers (d.h. Gleichgestellte oder Gleichrangige), welche mit den Auskunftspersonen des zu beurteilenden Spitals einen informierten Dialog von gleich zu gleich führen können. Die Mitarbeit erfolgt im Milizsystem. (VQG, Okt. 2000: 4)
Ein Gutachterteam umfasst im Minimum drei Mitglieder (Chefarzt, Verwaltungsdirektor, Pflegedienstleiter) sowie einen Berichterstatter. Dem Spital werden die Namen der Mitglieder des Gutachterteams vorgängig bekanntgemacht und dem Spital steht das Recht zu, einzelne oder alle Gutachter abzulehnen. (VQG, Okt. 2000: 5)
Wenn die Voraussetzungen für die Akkreditierung, erfüllt sind, wird akkreditiert. Bei teilweiser Erfüllung „mit Vorbehalt“, bei mangelhafter Erfüllung wird das Spital gar nicht akkreditiert bzw. zertifiziert. Das Verfahren kann auch stufenweise vorgenommen werden, zuerst die grundlegend wichtigen Punkte (strategischer Plan für Qualitätsförderung, Festsetzung langfristiger Ziele), danach der Einbezug möglichst vieler Bereiche des Spitals. (Wüthrich-Schneider, 1998: 53-54)

3.3 Der Qualitätsregelkreis

Qualitätsmanagement ist letztlich, d.h. egal welches Qualitätskonzept angewendet wird, Veränderungsmanagement unter besonderen Voraussetzungen. In allen Konzepten ist der Grundmechanismus um Veränderungen herbeizuführen, d.h. der Qualitätsregelkreis (vgl. Abb. 2), derselbe. Zuerst wird das Ist analysiert, dann ein Soll definiert, eine Veränderung herbeigeführt und schliesslich deren Effekt evaluiert. Der Qualitätsregelkreis ist somit ein Grundelement des Qualitätsmanagements. (Wengle, 1998: 113/115)

Abbildung 2: Der Qualitätsregelkreis



Quelle: in Anlehnung an Wengle, 1998: 115

In Punkt 4.2 wird das Vorgehen des Spitals Wil anhand des Qualitätsregelkreises analysiert werden, deshalb sollen hier die einzelnen Punkte etwas genauer erläutert werden.

3.3.1 Standards (Soll)

Ein Standard gibt an, welches Ziel man für erreichbar hält und auch erreichen will bzw. welches Ziel vorgegeben wird und soll verhaltensmässig bedingt, also veränderbar sein. (H+ Die Spitäler der Schweiz, 1997: 62)
Qualitätslenkung geschieht durch Standards, seien sie extern vorgegeben oder intern formuliert. Diese Standards können durch Praxisrichtlinien, Konsensuskonferenzen, Benchmarking usw. beeinflusst oder gar bestimmt sein. Die Messbarkeit der Qualitätsprobleme ist eine Voraussetzung, damit die Soll-Anforderungen mit dem Ist-Zustand verglichen und Abweichungen in einem Deming-Kreis (vgl. Punkt 3.3.5) korrigiert werden können. Standards können Minimalwerte, die es zu erreichen gilt, aber auch optimale Werte bzw. Prozesse vorschreiben, solange sie auf Vorhanden- oder Nichtvorhandensein überprüft werden können. (Wengle, 1998: 114)
Allgemein gelten folgende Voraussetzungen für Standards (H+ Die Spitäler der Schweiz, 1997: 62):

- Validität, d.h. sie müssen das messen, was sie messen sollen
- Verlässlichkeit, d.h. sie sind unabhängig von zeitlichen, subjektiven und instrumentellen Einflussfaktoren
- Sensitivität, d.h. Qualitätsänderungen müssen sich auch in den Messungen niederschlagen und überprüfbar sein

3.3.2 Sammeln von Daten (Ist)

Als erstes erfordert das Sammeln von Daten eine eindeutige Identifizierung der Datenquelle. Zu den Datenquellen gehören Patientendokumentationen und andere Unterlagen, aber auch die direkte Beobachtung, sowie das Feedback vom Pflegepersonal und von Patienten. Insbesondere die Feedbackmethode ist eine riesige, viel zu wenig genutzte Datenquelle. Um die Situation richtig einschätzen zu können oder eine klare Sicht der Tatsachen zu gewinnen, benötigt man oft mehr als eine Quelle. Die Wahl der Datenquelle hängt von Fragen wie Zeit, Zugänglichkeit, Fähigkeit und Möglichkeiten ab. Auf jeden Fall sollte versucht werden, eine möglichst direkte Quelle zu finden. (Schroeder, 1998: 40)
Nach der Identifizierung der Datenquellen, muss die Methode zur Datensammlung gewählt werden. In Tabelle 1 sind mögliche Datenerhebungsmethoden für die Sammlung von Daten je nach Quelle aufgeführt:

Tabelle 1: Methoden der Datensammlung

Datenquelle	**Erhebungsmethode**
Patient/Familie	Interview: - telefonisch - persönlich Fokusgruppe Schriftliche Befragung / Fragebogen
Beobachtetes Ereignis	Pflegeprotokoll Übergabeprotokoll
Personal	Interviews Fokusgruppen Schriftliche Befragung / Fragebogen Brainstorming
Dokumentation (Patientenunterlagen oder Stations- / Abteilungsunterlagen)	Aktendurchsicht unter Verwendung von: - Pflegeprotokoll - Übergabeprotokoll - Fragebogen

Quelle: in Anlehnung an Schroeder, 1998: 40

Die Datensammlung ist aber erst der Anfang und nicht das Ende des Verbesserungsprozesses.

3.3.3 Soll-/Ist-Vergleich

Damit erhobene Daten überhaupt qualitätsrelevant werden, braucht es eine entsprechende Analyse: Den Soll-/Ist-Vergleich. Eine Überprüfung, extern oder intern, erhöht die Effizienz des Verfahrens und gibt ihm mehr Glaubwürdigkeit gegenüber dem Umfeld des Spitals. Die Überprüfung kann durch unabhängige Inspektoren (Auditoren) oder durch Angehörige der gleichen Berufsgruppen (Peers) vorgenommen werden. In einem Fall wird eher die Kredibilität im Vordergrund stehen, im andern der Lerneffekt. (Wengle, 1998: 114)
Wurde durch den Soll-/Ist-Vergleich festgestellt, dass der Standard erreicht wurde, so war der Leistungsprozess erfolgreich oder der angestrebte Standard vielleicht zu niedrig angesetzt, sodass eine Anhebung zweckmässig wäre. Wenn der Standard jedoch nicht erreicht wurde, so sind die Ursachen dieses Qualitätsdefizites zu suchen. Mit dem nächsten Schritt kann erst begonnen werden, wenn die Ursachen bekannt sind. (H+ Die Spitäler der Schweiz, 1997: 102)

3.3.4 Verbesserungen planen

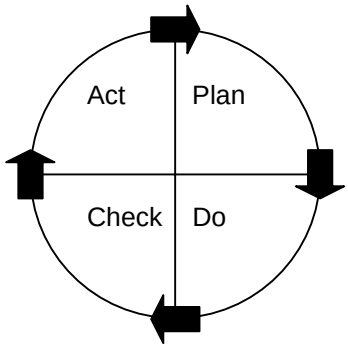
Wurde der angestrebte Standard nicht erreicht und soll das Qualitätsmanagement nicht Selbstzweck bleiben, so sind Massnahmen zu überlegen, wie die Qualität auf den angestrebten Standard verbessert werden kann. Bereits bei der Festlegung der Standards sollte berücksichtigt werden, ob die Qualität auch tatsächlich erreichbar wäre, wenn sich alle Mitarbeiter besonders bemühen würden.
Oft werden Standards für die bessere Abwicklung von Prozessen als Verfahrensanweisung formuliert. Diese Papiere halten fest, wie beispielsweise ein Prozess, ein Ablauf, ein Vorhaben oder eine Therapie optimal ausgeführt werden soll. (H+ Die Spitäler der Schweiz, 1997: 102)

3.3.5 Verbesserungen einführen: Der Deming-Kreis

Der Deming-Kreis (vgl. Abb. 3), auch PDCA-Kreis genannt, ist eine Methode zur Problemlösung. Der Kreis zeigt, dass Qualität Planung, Durchführung Überprüfung und Verbesserung bedingt. Permanente Verbesserungen sind durch die ständige Aufrechterhaltung dieses Kreislaufs möglich. (Bieger, 2000: 180) Dieser Prozess spezifiziert die folgende Vorgehensweise (Qualitäts-kommission, 2001: 9):

Plan: Thema, Plan für Änderung. Welche Daten müssen gesammelt werden? Wer, was, wann?
Do: Änderung durchführen, Test, Dokumentation
Check: Analyse, Konsequenzen
Act: Änderung durchführen, dokumentieren, überprüfen

Abbildung 3: Der Deming-Kreis



Quelle: in Anlehnung an Bieger, 2000: 180

3.3.6 Überprüfung

Eine Überprüfung der Qualitätssicherungsmassnahmen kann sowohl intern als auch extern erfolgen. Eine Auswahl möglicher Überprüfungsmethoden sei hier kurz dargestellt.

3.3.6.1 Das Audit

Mit Audit wird eine systematische Überprüfung bezeichnet die durch interne oder externe, mehr oder weniger unabhängige Untersucher durchgeführt werden. Wird das Audit von einem Angehörigen der gleichen Berufsgruppe durchgeführt, so wird es Peer-Review genannt. (Wengle, 1998: 145)
Interne Audits umfassen systematische, strukturierte Gespräche und die Überprüfung von entsprechenden Unterlagen durch die Mitarbeiter eines Krankenhauses. Die Mitglieder der Auditorengruppe treten dabei als Revisoren auf.
Externe Audits werden durch externe Fachleute durchgeführt, die beispielsweise im Rahmen einer bevorstehenden Akkreditierung eingeladen werden. (H+ Die Spitäler der Schweiz, 1997: 95)

3.3.6.2 Patientenzufriedenheit

Kundenorientierung stellt eines der wesentlichen Prinzipien des Qualitätsmanagements dar, deshalb ist es fast zwingend, eine Beurteilung der Qualität durch den Patienten vornehmen zu lassen. Jeder Patient kommt mit bestimmten Erwartungen in ein Spital, die er als Massstab für die Beurteilung der Qualität der Versorgungsleistung heranzieht. Seine Erwartungen resultieren zum einen aus der öffentlichen Meinung über das Spital und zum andern aus seinem Alltag und lassen sich den drei Qualitätsbereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. Punkt 3.1.2.3) zuordnen. (Pira, 2000: 151)
Die Erhebung der Patientenzufriedenheit kann wie in Punkt 3.3.2 bereits aufgeführt, durch telefonische oder persönliche Interviews sowie durch schriftliche Befragung erfolgen.

3.3.6.3 Benchmarking

Benchmarking ist ein Verfahren, das durch interinstitutionelle Analysen und Vergleiche einen gewissen Grad an Objektivität schafft. (Wengle, 1998: 147) Dabei kann zwischen internem (innerhalb des eigenen Spitals), wettbewerbsorientiertem (mit Wettbewerbern) und funktionalem (mit Branchenexternen) Benchmarking unterschieden werden. (Schmutte, 1998: 175). Mit der Einführung des Benchmarking soll der Bezug auf die Vergangenheit durch einen Bezug auf die Gegenwart ergänzt werden. (Schedler, Proeller, 2000: 162)

3.3.6.4 Akkreditierung

Wenn sich ein Spital für die Einführung des Qualitätskonzeptes der VQG, der Akkreditierung, entschieden hat, ist natürlich ein Faktor der Überprüfung der Qualität die Akkreditierung durch die VQG. Bei der Akkreditierung werden die qualitätssichernden Vorkehrungen und Massnahmen eines Spitals daraufhin überprüft, ob sie mit zuvor vereinbarten Standards übereinstimmen.

3.4 Die Einführung des Qualitätsmanagements

3.4.1 Vorgehen

Qualitätsmanagement muss in einem Spital sowohl “top-down“, als auch “bottom-up” eingeführt werden. „Top-down“ deshalb, weil die Führungsebene die Hauptverantwortung für die Qualität trägt und sie die Qualität täglich demonstrativ vorleben muss. Dies ermöglicht, dass das ganze Spital mit dem Qualitäts-Gedanken durchdrungen wird, Widerstände überwunden werden, genügend Transparenz besteht sowie die Spitalkultur und die darin arbeitenden Menschen sich ändern und eine eigene Qualitätskultur aufbauen können.
„Bottom-up“ deshalb, weil wenn sich die Mitarbeiter im Spital nicht persönlich angesprochen fühlen und Qualitätsmanagement für wichtig erachten, fehlt der Anstoss, auch tatsächlich anzufangen. Durch Weiterbildung der Mitarbeiter und Einbezug derselben in den Qualitätsmanagement-entwicklungsprozess soll das Empfinden hervorgerufen werden, dass jeder Einzelne seinen Beitrag zu leisten hat. (H+ Die Spitäler der Schweiz, 1997: 83-85) Die Einbindung der Mitarbeiter wird zusätzlich dadurch erreicht, dass sie möglichst früh über den Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements informiert werden. Dies wird beispielsweise durch monatliche Rundschreiben oder Mitarbeiterinformationen erreicht.
Generell gilt, dass nur wenn die Qualität der eigenen Leistung das echte Anliegen der Spitalleitung und aller Mitarbeitenden wird, eine langfristig gute Qualität entsteht. (H+ Die Spitäler der Schweiz, 1997: 85)

3.4.2 Qualitätsbeauftragte

Um Qualitätsmanagement „top-down“ einzuführen, zu unterstützen, in alle Entscheide einzubeziehen und über Krisensituationen hinüberzuretten, ist die Ernennung eines Qualitätsbeauftragten entscheidend wichtig. Dieser muss der Spitalleitung angehören oder zumindest von dieser mit den notwendigen Kompetenzen ausgestattet und voll unterstützt werden, damit die Kommunikation im ganzen Betrieb in der gleichen Richtung abläuft und Qualitäts-management-Projekte auch in der Startphase genügend getragen werden. (H+ Die Spitäler der Schweiz, 1997: 87)
Folgende Aufgaben und dazu notwendigen Kompetenzen hat der Qualitätsbeauftragte (H+ Die Spitäler der Schweiz, 1997: 87):

- Sicherstellung, dass ein Qualitätsmanagementkonzept festgelegt, verwirklicht und aufrechterhalten wird
- Sicherstellung, dass ein Überblick über die Auswirkungen des Qualitätsmanagementkonzeptes als Grundlage für Verbesserungen erarbeitet und intern zugänglich gemacht wird.

3.4.3 Qualitätskommission

Der Qualitätskommission sollen unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person (zum Beispiel des Qualitätsbeauftragten) mindestens ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes angehören. Die berufsgruppen-übergreifende Bedeutung des Qualitätsmanagements ist aus der interdisziplinären Zusammensetzung der Kommission zu erkennen. (H+ Die Spitäler der Schweiz, 1997: 87)
Die Qualitätskommission hat unter anderem folgende Aufgaben zu erfüllen (H+ Die Spitäler der Schweiz, 1997: 89):

- die Spitalleitung in Sachen Qualitätsmanagement beraten und informieren
- Qualitätsmanagement-Massnahmen koordinieren
- die Weiterbildung und Motivation der Mitarbeiter für das Leisten von Qualitätsarbeit unterstützen
- die Information der Mitarbeiter ausbauen und diese laufend über die Tätigkeit der Kommission informieren
- Befragungen über die Zufriedenheit der Patienten und Mitarbeiter initiieren

3.4.4 Qualitätszirkel

Qualitätszirkel, oder auch Projektgruppen genannt, sind auf Dauer angelegte Kleingruppen, die aus sechs bis zwölf Personen bestehen und auf freiwilliger Basis zusammenkommen, um den eigenen Arbeitsbereich zu analysieren. Mit Hilfe eines Moderators erarbeiten sie Vorschläge zur Qualitätsverbesserung und sind auch für deren Realisierung zuständig. (H+ Die Spitäler der Schweiz, 1997: 91) Moderatoren für Qualitätszirkel kennen die Techniken der Gruppen- und Projektarbeit und können als Beschäftigte anderer Abteilungen neutral an Problemanalysen und Lösungsmöglichkeiten mitwirken. (Conrad, 1997: 46)

4 Qualitätsmanagement im Spital Wil

4.1 Darstellung

4.1.1 Ausgangslage

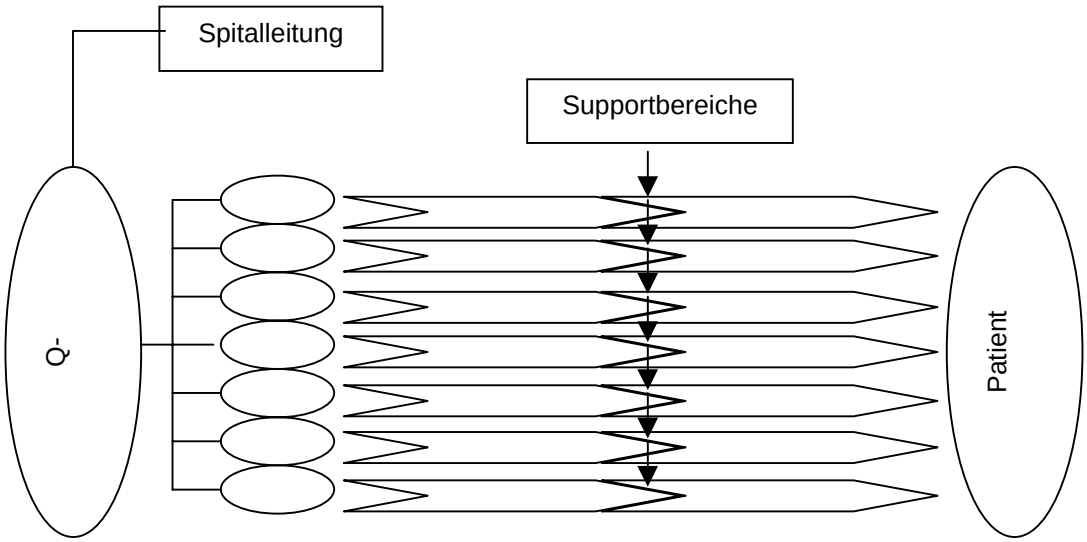
Die Leitung des Spitals Wil beschloss 1996 die Einführung eines Qualitätsmanagements bzw. eines Qualitätssicherungssystems mit dem Ziel der Akkreditierungsgespräche mit der VQG. Die formelle Anmeldung für die Akkreditierungsgespräche erfolgte im Juni 1997 und anfangs 1998 wurde mit der VQG vereinbart, die ersten Akkreditierungsgespräche im Dezember 1999 abzuhalten. Die Legitimation für die Einführung eines Qualitätsmanagements sah die Spitalleitung in den neuen gesetzlichen Auflagen (KVG), der Konkurrenzsituation zu Spitälern ausserhalb der Versorgungsregion und zu privaten Spitälern. Zudem erhoffte sich das Spital einen Gewinn aus dem Qualitätsmanagement.
Der erwartete Nutzen aus dem Qualitätsmanagement ist:

- der Nachweis von Qualität für Patienten, Kunden, Mitarbeiter und Öffentlichkeit
- Möglichkeit von Benchmarking
- Reorganisationsmöglichkeiten, Verbesserungen (zum Beispiel Operations-Wartezeiten)
- Erfüllung gesetzlicher Auflagen
- Ergebnisverbesserungen (medizinisch / pflegerisch, finanziell)
- Reaktionsstruktur für akute Problembereiche

4.1.2 Organisation

Wie aus der Abbildung 4 ersichtlich wird, sind alle Tätigkeiten der Qualitätskommission und insbesondere der Qualitätszirkel (QZ) auf die Patienten ausgerichtet. Unter Supportbereichen werden die die Kernbereiche Chirurgie, innere Medizin sowie Gynäkologie unterstützenden Bereiche wie der Operationssaal, die Röntgenabteilung und der Notfallabteilung verstanden.
Am Spital Wil existiert kein Leitbild, das die langfristige Marschrichtung des Spitals festlegt.
Im Folgenden wird auf die einzelnen Stellen des Qualitätsmanagements näher eingegangen.

Abbildung 4: Die Prozessorientierte Organisation des Qualitätsmanagements im Spital Wil



Quelle: in Anlehnung an Q-News, 2000

4.1.2.1 Qualitätsbeauftragte

Im Spital Wil ist der Qualitätsbeauftragte dem leitenden Arzt unterstellt und hat keine untergeordnete Stelle. Zu den vielfältigen Aufgaben des Qualitätsbeauftragten gehört der Aufbau und die Pflege eines Qualitätssicherungssystems basierend auf den Grundsätzen des Qualitätsmanagements, die Vorbereitung und Koordination der Akkreditierungsgespräche, die Erstellung von Budgetvorschlägen in Zusammenarbeit mit der Qualitätskommission, die Pflege des Qualitäts-Intranets sowie die spitalinterne Koordination der qualitätsfördernden Massnahmen. Ferner hält der Qualitätsbeauftragte den Vorsitz in der Qualitätskommission und ist Ansprechpartner für interne und externe Stellen bezüglich Qualitätsarbeit. Unter Absprache mit den Teilnehmern der Arbeitsgruppe kann er Teilaufgaben übertragen. Die Verantwortung sowohl für die eigene als auch für die spitalinterne Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements liegt ebenfalls beim Qualitätsbeauftragten.
Die Stelle des Qualitätsbeauftragten ist von der leitenden Operationsschwester, Frau Zus, besetzt und die Stellvertretung hat die Bereichsleiterin Pflege im Bereich Gynäkologie, Frau Rathgeb, inne.

4.1.2.2 Qualitätskommission

Die Qualitätskommission ist eine Stabstelle der Spitalleitung und hat ähnliche Aufgaben wie der Qualitätsbeauftragte, dies deshalb, weil der Qualitätsbeauftragte den Vorsitz der Qualitätskommission führt. Zu den Aufgaben gehören die Auswahl von Projekten und Auftrag an die Qualitätszirkel, die Erarbeitung und Umsetzung eines Qualitätskonzeptes im Auftrag der Spitalleitung sowie die Informierung der Spitalleitung. Zudem sucht und pflegt die Qualitätskommission Kontakte zu Partnerspitälern, Qualitätsnetzwerken und weiteren Institutionen. Durchschnittlich zweimal jährlich tagt die Kommission. (Qualitätskommission, 2001: 7) Die Qualitätskommission setzt sich wie folgt zusammen (Qualitätskommission, 2001: 6):

Vorsitz:

Qualitätsbeauftragte:	Leitende Operationsschwester

Mitglieder:

Bereich Chirurgie:	Leiter Pflegedienst
Bereich innere Medizin:	Chefarzt
Bereich Gynäkologie:	Bereichsleitung Pflege
Zentrale Dienste:	Leiter Finanz- und Rechnungswesen
Bereich Hauswirtschaft:	Leiterin Hauswirtschaft

Bei der Zusammenstellung der Kommission wurde darauf geachtet, dass pro Bereich eine Person Einsitz nehmen soll.

4.1.2.3 Qualitätszirkel

Sieben Qualitätszirkel haben sich am Spital Wil gebildet, sieben deshalb, weil sich die Spitalleitung zur Einführung von sieben Qualitätsstandards entschieden hat. Die Zirkel setzen sich interdisziplinär aus vier bis sechs Mitarbeitern sowie einem Moderator zusammen. Der Moderator kennt die Techniken der Gruppen- und Projektarbeit und kommt nicht zwingend aus einer anderen Abteilung, sondern wird aufgrund seines Interesses und seines Fachverständnisses gewählt.
Die Kompetenzen der Qualitätszirkel sind eher beschränkt, so müssen sämtliche von den Qualitätszirkeln zur Verbreitung – intern oder extern – vorgesehenen Papiere zuerst zwingend dem Qualitätsbeauftragten und dem Verwaltungsleiter vorgelegt werden. Eine Veröffentlichung darf erst nach Freigabe durch diese beiden Stellen erfolgen. Sobald ein Beschluss der Qualitätszirkel irgendwelche anderen Bereiche tangiert, muss sie sich mit diesen in Verbindung setzen und bei grösseren finanziellen Anschaffungen einen Antrag an die Qualitätskommission stellen.
Die Arbeitsweise der Qualitätszirkel gestaltet sich folgendermassen: Sie erhalten einen Auftrag der Qualitätskommission, treffen sich ca. einmal monatlich zu einer Sitzung von einer Stunde Dauer, erstellen Protokolle und speichern ihre Daten in einer speziellen Datei, in der die Mitglieder der Qualitätskommission Leserecht haben und sie erstellen Detailkonzepte für ihre Projekte. Wie später noch zu sehen sein wird, arbeitet der Qualitätszirkel nach dem Deming-Kreis. (Qualitätskommission, 2001: 9)

4.1.3 Standards der VQG

Bei der Auswahl der Standards wurde in erster Linie darauf geachtet, dass mindestens die drei Kernbereiche des Spitals Wil, der Chirurgie, der inneren Medizin sowie der Gynäkologie durch diese Standards abgedeckt sind. Zudem wurden Inputs und Anregungen „bottom-up“, also von Mitarbeitern, entgegengenommen.
Im Jahr 2000 wurden sieben Standards, davon ein freier Standard, in einem ersten Akkreditierungsgespräch akkreditiert. Diese mit diesen Standards verbundenen Massnahmen sind (Qualitätskommission, 2001: 8):

Standard 1, Spitalhygiene:
Bildung einer Hygienekommission, Erarbeiten von Richtlinien, Dokumentation, Überprüfung der Handhabung.

Standard 2, Erhebung von Patientenurteilen:
Externe Erhebung von Patientenurteilen, externes Benchmarking, systematische Bearbeitung der Ergebnisse, Durchführung einer laufenden Befragung in den Perioden wenn keine externe Erhebung stattfindet.

Standard 6, Abklärung und Behandlung des Diabetes mellitus:
Erstellen eines interdisziplinären Konzeptes zur systematischen Erfassung von Diabetikern, Erarbeiten von Handlungsanweisungen bei erhöhten Blutzuckerwerten, Richtlinien zur Therapie und Beratung von Diabetikern.

Standard 7, Chirurgie:
Systematische Erfassung von prä- und postoperativen Diagnosen sowie intra- und postoperativen Komplikationen mittels Statistik, Erarbeiten und umsetzen von Verbesserungen aufgrund der Ergebnisse, Outcome Messung.

Standard 8, Gynäkologie und Geburtshilfe:
Erfassen von intra- und postoperativen Komplikationen mittels Statistik, Erarbeiten und umsetzen von Verbesserungen aufgrund der Ergebnisse, Unicef Projekt „stillfreundliche Klinik“, Outcome Messung „Geburt-Sectio“.

Standard 9, Pflegestandards in ausgewählten Bereichen des Spitals:
Einführung Pflegeanamnese, Austrittsplanung.

freier Standard, Rettungswesen:
Messung der Zeiten zwischen Alarm-, Abfahrts- und Ankunftszeit, Hygiene-Konzept Ambulanz, Vorbereitung für die Anerkennung durch den Interverband für Rettungswesen.

Im Moment ist der Standard 11, Umgang mit kritischen Zwischenfällen, in Vorbereitung und der Standard 12, Strategie zur Beurteilung und Förderung der Mitarbeitenden auf Basis von Zielvereinbarungen, wurde bereits teilweise umgesetzt.

Neben den Standards, die die Akkreditierung anstreben, hat das Spital Wil noch weitere Qualitätsprojekte. Das Hygienekonzept Küche, das Konzept Blutspende Labor, das Wundbehandlungskonzept sowie die Lernwerkstatt wurden bereits erfolgreich eingeführt und umgesetzt. Noch in der Projektphase sind das Aufnahmeprozedere, das Personalentwicklungskonzept und das Projekt Teleradiologie. Für diese Qualitätsprojekte werden nicht eigentliche Qualitätszirkel gebildet, sondern Projektteams die sich nach erfolgreicher Umsetzung des Projektes auflösen.

4.1.3.1 Ein Beispiel: Standard 1, Spitalhygiene

Wie in Punkt 4.2 ersichtlich sein wird, werden die weiteren Ausführungen vor allem auf dem Beispiel des Standards der Spitalhygiene basieren, weshalb dieser Standard hier kurz erläutert werden soll (VQG, 1998: 9):

1. Das Spital hat die Richtlinien zur Spitalhygiene so dokumentiert, dass wichtige Elemente grundsätzlich von jedem Mitarbeiter nachvollzogen werden können.
2. Die Protokolle der Hygienekommission und die tatsächlich umgesetzten Vorstellungen zeigen, welche Prioritäten existieren und wie die Ziele zu erreichen sind.
3. Die Zielerreichung wird gemessen.
4. Die Hygienekommission ist repräsentativ zusammengestellt.
5. Mitglieder der Hygienekommission haben Fortbildungsveranstaltungen in diesem Feld besucht.
6. Mit aussenstehenden Fachpersonen im Feld der Spitalhygiene besteht so Kontakt, dass sie bei Bedarf um Rat und Unterstützung angegangen werden können.

4.2 Analyse: Der Qualitätsregelkreis

Anhand des unter Punkt 3.3 theoretisch dargelegten Qualitätsregelkreises, wird hier überwiegend das Vorgehen eines ausgewählten Qualitätszirkels erläutert. Eine Auswahl wurde deshalb getroffen, weil die Erläuterung der Vorgehensweisen aller Qualitätszirkel an dieser Stelle zu weit führen würde. Die Auswahl fiel auf den Qualitätszirkel der Spitalhygiene, nicht zuletzt deshalb, weil die Problematik der Spitalhygiene auch für Laien des Gesundheitswesens nachvollziehbar und die Ausdrücke verständlich sind.

4.2.1 Standards (Soll)

Externe Standards sind hier die vorgegebenen Standards der VQG, wie das Beispiel des Standards 1, der Spitalhygiene. Die freien Standards sowie die von der VQG unabhängigen Qualitätsprojekte bilden die internen Standards. Innerhalb der Spitalhygiene wird besonderes Gewicht auf die Händehygiene gelegt. Der Soll-Zustand wäre, eine einheitliche korrekte Händehygiene zu erreichen, sowie eine spitalübergreifende Richtlinie zu erarbeiten, um den Status der Händehygiene, besonders der hygienischen Händedesinfektion , zu optimieren.

4.2.2 Sammeln von Daten (Ist)

In Bezug auf die Forderung des Standards, die Richtlinien der Spitalhygiene so zu dokumentieren, dass sie allen Mitarbeitern zugänglich und für alle nachvollziehbar sind, waren die Daten schnell erhoben, es existierte schlicht keine solche Dokumentation. Zur Erhebung des Ist-Zustandes der Händehygiene wurde ein Fragebogen erstellt, der an Ärzte, das Pflegepersonal, den Hausdienst, das Küchenpersonal sowie an Mitarbeitende aus paramedizinischen Bereichen verteilt wurde.

Insgesamt wurden 42 Personen befragt. An diesen 42 Mitarbeitern wurde zugleich eine Überprüfung der Händedesinfektion anhand eines flourenzierenden Präparates und einer UV-Lampe durchgeführt. Diese Überprüfung deckte für alle sichtbar die Benetzungslücken an den Händen auf.
Das Sammeln dieser Daten, der Soll-/Ist-Vergleich sowie das Planen und Einführen von Verbesserungen ist Aufgabe des Qualitätszirkels Spitalhygiene.

4.2.3 Soll-/Ist-Vergleich

Der Fragebogen deckte auf, dass die Kenntnisse der Mitarbeiter bezüglich Notwendigkeit, Anwendung und Wirkung der Händedesinfektion ungenügend sind und dass keine einheitliche konsequente Durchführung derselben praktiziert wird. Zudem wurde klar, dass Spender für Desinfektionsmittel nicht überall vorhanden sind und dass das Abfüllen von Händedesinfektionsmitteln nicht geregelt ist. Ein weiteres Problem ist, wie bereits erwähnt, das Fehlen einer Richtlinie über die Händehygiene.

4.2.4 Verbesserungen planen

Massnahmen um die Händehygiene zu optimieren sind die Erarbeitung von Richtlinien in Form eines Hygieneordners, die Fortbildung einiger Mitarbeiter auf dem Gebiet der Händehygiene sowie die Einführung einer jährlichen institutionellen Schulung. Das Abfüllen von Händedesinfektionsmitteln soll klar geregelt werden und mehr Spender für Desinfektionsmittel aufgestellt werden.

4.2.5 Verbesserungen einführen: Der Deming-Kreis

1. Plan: Hier werden die Zuständigkeiten der institutionellen Schulung, des Hygieneordners und des Aufstellens der Desinfektionsmittelspender geregelt. Die entsprechenden Anträge an die Qualitätskommission werden ebenfalls jetzt gestellt, wie beispielsweise ein Budgetantrag für die Anschaffung von zusätzlichen Spendern.
2. Do: Die Änderungen wurden durchgeführt. So wurde für alle Mitarbeiter eine obligatorische Schulung zum Thema Händehygiene durchgeführt, ein Hygieneordner erstellt und in den Stationen verteilt, sowie zusätzliche Spender aufgestellt. Ferner wurden die Resultate dieser Massnahmen etwa ein Jahr später mit dem selben Fragebogen, wie bei der ursprünglichen Sammlung von Daten, erhoben.
3. Check: Die erneute Befragung der Mitarbeiter ergab, dass die Kenntnisse bezüglich Notwendigkeit, Anwendung und Wirkung der Händedesinfektion bedeutend besser waren als vor der Einführung des Standards. Allerdings waren die Kenntnisse der neu eingetretenen Mitarbeiter noch immer ungenügend.
   Die Konsequenz war, dass beschlossen wurde, einmal pro Monat für die neu eintretenden Mitarbeiter eine Schulung über die Händehygiene durchzuführen.
4. Act: Die Schulung der neu eingetretenen Mitarbeiter wird jetzt konsequent einmal monatlich durchgeführt und in etwa einem Jahr wird die Überprüfung der erfolgreichen Umsetzung wiederum anhand des gleichen Fragebogens durchgeführt.

4.2.6 Überprüfung

4.2.6.1 Das Audit

Das Spital Wil hat noch kein internes Audit, bereitet aber eine Schulung für Mitarbeiter vor, die die Grundlagen des internen Audits erlernen sollen. Ein externes Audit wird nicht durchgeführt.

4.2.6.2 Patientenzufriedenheit

Eine Patientenzufriedenheitsumfrage wurde von einer externen Organisation, dem Bund der Spitäler mit Qualitätssicherung, durchgeführt. Die Befragung erfolgte schriftlich, und wo erwünscht, wurde die Möglichkeit einer telefonischen Rückmeldung geboten. Die Fragen deckten ganzheitlich

die Struktur-, Prozess- und die Ergebnisqualität ab. Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass die Befragung durch eine externe Organisation durchgeführt wurde. Wie bereits erwähnt, befindet sich der Patient in einer gewissen Abhängigkeitsposition gegenüber dem Personal des Spitals. Würde also der Fragebogen zurück an das Personal gehen, müsste die Ehrlichkeit der Antworten in Frage gestellt werden, denn wer würde seinem Arzt vor der Operation schlechte Noten erteilen wollen.
Anzufügen bleibt hier, dass die zuweisenden Ärzte nie in den Qualitätsmanagementsprozess miteinbezogen werden, also auch nicht ihre Zufriedenheit gemessen wird.

4.2.6.3 Benchmarking

Das Benchmarking erfolgt sowohl spitalintern, als auch wettbewerbsorientiert. Basierend auf den Resultaten der Patientenbefragung hat der Bund der Spitäler mit Qualitätssicherung zusätzlich das Benchmarking durchgeführt.

4.2.6.4 Akkreditierung

Die qualitätssichernden Vorkehrungen und Massnahmen des Spitals Wil wurden im Februar 2000 in einem ersten Akkreditierungsgespräch daraufhin überprüft, ob sie mit den sieben vereinbarten Standards übereinstimmten. Alle sieben Standards wurden von der VQG akkreditiert und zwei davon, die Gynäkologie und die Chirurgie, sogar mit Bestnote.

4.3 Erfahrungen

4.3.1 Mitarbeiter

Bei den Mitarbeitern ist die Akzeptanz der Qualitätssicherungsmassnahmen gross. Vor allem zu Beginn der Einführung des Qualitätsmanagements war die Motivation unter ihnen enorm, heute bedarf es vereinzelt etwas mehr Überzeugungsarbeit, aber dennoch ist das Bewusstsein der Mitarbeiter um die Wichtigkeit der Qualität bedeutend gestiegen. Oft ist von Seiten des Personals sogar zu hören, dass einige Änderungen schon lange nötig waren, weil sie ihren Arbeitsablauf merklich erleichtern. Dies war beispielsweise bei der Einführung einer schriftlich klar geregelten Anmeldung der Diabetiker zur Ernährungsberatung der Fall.
Insbesondere die Tatsache, dass beim Benchmarking mit anderen Spitälern ersichtlich wird, dass das krisengeschüttelte Spital Wil überaus gut positioniert ist, gibt den Mitarbeitern Zuversicht und Befriedigung.
Die Mitarbeiter werden etwa dreimal pro Jahr durch das hausinterne Blatt „Q-News“ über die Qualitätsanstrengungen des Spitals informiert. Um die Wichtigkeit dieser Informationen zu unterstreichen, wird das Blatt dem Lohnauszug beigelegt.

4.3.2 Kosten

Da das Spital Wil keine Kostenstellen- oder Kostenträgerrechnung hat, werden die finanziellen Aufwände oder Erträge die durch das Qualitätsmanagement hervorgerufen werden, nicht ersichtlich. Auch die Personalkosten, die durch die vielen Sitzungen, insbesondere der Qualitätszirkel, generiert werden, werden nicht erfasst.
Beim Spital Wil steht beim Qualitätsmanagement allerdings nicht die Kosteneinsparung im Vordergrund, sondern das Vermeiden von Leiden und Schmerzen der Patienten.

4.3.3 Organisation

Die Prozessorientierte Organisation des Qualitätsmanagements am Spital Wil (vgl. Abbildung 4) hat sich bestens bewährt.
Da die Aufgaben des Qualitätsbeauftragten äusserst umfangreich und zeitintensiv sind, wurde dafür ein Pensum von dreissig Prozent geschaffen. Allerdings ist es wegen Personalmangels der Qualitätsbeauftragten im Moment noch nicht möglich, ihr normales Arbeitspensum um dreissig Prozent zu verringern.

Die Qualitätsbeauftragte ist überzeugt, dass das Qualitätssicherungssystem der Akkreditierung im Moment für das Gesundheitswesen das geeignetste Instrument ist.

4.3.4 Ausblick

Im Zuge des Projektes Quadriga des Kantons St. Gallen, wird der Kanton in vier Versorgungsregionen aufgeteilt. Das Spital Wil wird dann, voraussichtlich im Jahr 2002, mit den Spitälern Flawil und Wattwil zu einem Verbund zusammengeschlossen. Im Hinblick auf diese Zusammenschliessung arbeiten die drei Spitäler bereits heute eng zusammen. Durch die Quadriga sollte dann auch der Kanton mehr ins Qualitätsmanagement des Spitals Wil miteinbezogen werden.
Nicht zuletzt das Qualitätsmanagement hat dafür gesorgt, dass die Offenheit unter den Spitälern allgemein stark zugenommen hat.

Ein Ziel der VQG ist es, ihr Akkreditierungsverfahren innerhalb von etwa 2 Jahren vom Bundesamt für Messwesen zertifizieren zu lassen, und somit eine nationale Anerkennung zu erreichen.

5 Schlussfolgerungen

5.1 Vorgehen

Besonders lobenswert ist der frühe Miteinbezug der Mitarbeiter in den Qualitätsmanagement-prozess im Spital Wil. So sind sie stets informiert, was die Qualitätsanstrengungen betrifft und dementsprechend auch motiviert, die Vorgaben in der täglichen Arbeit umzusetzen. Die Tatsache, dass die Q-News dem Lohnauszug beigelegt werden, unterstreicht die Wichtigkeit die die Spitalleitung der Qualitätsarbeit einräumt und stellt gleichzeitig sicher, dass alle Mitarbeiter über den Stand der Arbeit informiert sind. Diese Vorgehensweisen und die Möglichkeit für die Mitarbeiter in einem Qualitätszirkel mitzuwirken, stellen sicher, dass das Qualitätsmanagement „bottom-up“ eingeführt wird. Der „top-down“ Aspekt wird durch die Ernennung eines Qualitätsbeauftragten gewährleistet. Der Qualitätsbeauftragte gehört im Spital Wil zwar nicht der Spitalleitung an, wurde aber von dieser mit den entsprechenden Kompetenzen ausgestattet. Die Erfahrung zeigt auch, dass sich eine eigentliche Qualitätskultur am Spital Wil gebildet hat. Das Prinzip, dass Qualitätsmanagement sowohl „top-down“ als auch „bottom-up“ geschehen soll, wird also vorbildlich befolgt.

Obwohl das Spital Wil der Kundenorientierung grosse Wichtigkeit einräumt und neben den Patienten, den Angehörigen und den Mitarbeitern auch die zuweisenden Ärzte als ihre Kunden definiert, werden diese nur wenig oder sogar gar nicht in ihr Qualitätsmanagement miteinbezogen. Da es aber vor allem die Hausärzte der Versorgungsregion des Spitals Wil sind, die dem Spital die Patienten „zuliefern“, ist es immens wichtig, deren Bedürfnisse festzuhalten, die sie an das Spital Wil haben. Eine Möglichkeit diese Bedürfnisse ausfindig zu machen, wäre zusätzlich zu den Patientenbefragungen eine Befragung der zuweisenden Ärzte durchzuführen. Einige Erkenntnisse die aus diesen Befragungen gewonnen werden könnten, wären beispielsweise ob die Berichte über die Patienten rechtzeitig wieder bei den zuweisenden Ärzten sind und gerade beim krisengeschüttelten Spital Wil, ob das Vertrauen in das Spital vorhanden ist.

Wie die Analyse der Vorgehensweise des ausgewählten Qualitätszirkels Spitalhygiene anhand des Qualitätskreislaufes gezeigt hat, ist die Vorgehensweise gesamthaft als sehr gut einzustufen. Besonders hervorzuheben ist hier, dass die zur Überprüfung der Qualitätssicherungsmassnahmen durchgeführten schriftlichen Patientenbefragungen von einer externen Organisation, dem Bund der Spitäler mit Qualitätssicherung, durchgeführt wurden. So ist die Unabhängigkeit und vor allem die Sicherheit bezüglich der Konsequenzen der Aussagen für den Patienten gewährleistet. Die Fragen deckten zudem ganzheitlich die Struktur-, Prozess- und die Ergebnisqualität ab.
In Zusammenhang mit der Patientenbefragung durch den Bund der Spitäler mit Qualitätssicherung wurde gleichzeitig sowohl ein spitalinternes als auch ein spitalexternes Benchmarking durchgeführt. Als Erweiterung wäre hier noch das funktionale, d.h. mit Branchenexternen, Benchmarking durchzuführen.

5.2 Organisation

Die prozessorientierte Organisation des Qualitätsmanagements am Spital Wil hat sich bestens bewährt. Die Qualitätsbeauftragte hat die notwendigen Kompetenzen um sicherzustellen, dass ein Qualitätsmanagementkonzept festgelegt, verwirklicht und aufrechterhalten wird sowie, dass ein Überblick über die Auswirkungen des Qualitätsmanagementkonzeptes als Grundlage für Verbesserungen erarbeitet und intern zugänglich gemacht werden. Um zu gewährleisten, dass der ausserordentlich hohe Einsatz und Zeitaufwand der von einem Qualitätsbeauftragten gefordert wird auch über längere Zeit aufrechterhalten werden kann, wurde dafür eine dreissig Prozent Stelle geschaffen.

Die Qualitätskommission steht unter dem Vorsitz des Qualitätsbeauftragten, was eine gute fachliche Kompetenz garantiert. Vor allem die interdisziplinäre Zusammensetzung der Qualitätskommission ist besonders hervorzuheben. Es wurde darauf geachtet, dass pro Bereich eine Person Einsitz nehmen soll, womit alle Aspekte des Spitals in den Qualitätsmassnahmen berücksichtigt werden können.

Die Qualitätszirkel bestehen am Spital Wil aus vier bis sechs Mitarbeitern, sollten idealerweise aber aus sechs bis zwölf Mitarbeitern bestehen (H+ Die Spitäler der Schweiz, 1997: 91). Allerdings ist zu beachten, dass angesichts der zusätzlichen Belastung die für die Mitarbeiter in den Qualitätszirkeln anfällt und der beschränkten Mitarbeiterressourcen am Spital Wil, die ideale Grösse von sechs Mitarbeitern nicht erzwungen werden soll. Wichtiger ist es, motivierte und engagierte Mitarbeiter in den Qualitätszirkeln zu haben.
Die Moderatoren kennen zwar die Techniken der Gruppen- und Projektarbeit, kommen aber nicht zwingend aus einer anderen als der im Qualitätszirkel bearbeiteten Abteilung. Um aber zu gewährleisten, dass der Moderator neutral an Problemanalysen und Lösungsmöglichkeiten mitwirken kann (Conrad, 1997: 46), sollte er aus einer anderen Abteilung stammen.

Das Qualitäts-Intranet am Spital Wil ist als eine äusserst gute Einrichtung einzustufen, allerdings ist es heute nicht allen Mitarbeitern zugänglich. Eine Möglichkeit allen Mitarbeitern den Zugang zum Qualitäts-Intranet zu ermöglichen ist, in einem Mitarbeiteraufenthaltsraum eine PC-Station einzurichten mit direktem Zugang auf das Intranet. Hier könnten die Mitarbeiter direkt Verbesserungsvorschläge und Probleme einbringen.

Um die langfristige Marschrichtung des Spitals Wil und somit auch der Qualitätsarbeit festzulegen, ist es unabdingbar, ein Leitbild aufzustellen. In anbetracht der Tatsache, dass in Zusammenhang mit dem Projekt Quadriga der Kanton St. Gallen in naher Zukunft in vier Versorgungsregionen aufgeteilt wird und das Spital Wil somit mit den Spitälern Flawil und Wattwil zu einem Verbund zusammengeschlossen werden wird, bleibt es wohl noch mit der Erstellung eines Leitbildes bis zur Zusammenschliessung abzuwarten. Allerdings wird dann der Festlegung eines Leitbildes höchste Priorität einzuräumen sein.

5.3 Kosten

Das Spital Wil hat weder eine Kostenstellen- noch eine Kostenträgerrechnung, somit kann auch nicht nachgewiesen werden, ob die durch das Qualitätsmanagement erhoffte finanzielle Ergebnisverbesserung eingetreten ist. Zudem werden die durch die Einführung des Qualitätsmanagements generierten Kosten, beispielsweise durch die vielen Sitzungen der Qualitätszirkel, nicht erfasst. Grundsätzlich gilt allerdings, dass wo eine bessere Kostenkontrolle besteht, schlussendlich mehr Geld für den Patienten übrig bleibt.

Abschliessend bleibt zu bemerken, dass das Spital Wil hohe Anstrengungen unternimmt, um ihre Qualität nachweisbar zu verbessern. Dies zeigt sich auch darin, dass sie nicht nur Qualitätsanstrengungen in bezug auf die von der VQG vorgeschlagenen Standards unternimmt, sondern auch intern eigene Qualitätsprojekte verfolgt, die nicht offiziell akkreditiert werden.

Danksagung

Ich möchte an dieser Stelle der Qualitätsbeauftragten am Spital Wil, Frau Zus, sowie ihrer Stellvertreterin, Frau Rathgeb, ganz herzlich für ihre Unterstützung und vor allem für die mir zur Beantwortung von Fragen zur Verfügung gestellten Zeit danken.

Literaturverzeichnis

Bieger Th. (2000):
Dienstleistungsmanagement. Einführung in Strategien und Prozesse bei persönlichen Dienstleistungen. 2. Auflage, Verlag Paul Haupt, Bern, Stuttgart, Wien.

Conrad H.-J. (1997):
Qualitätsmanagement und Controlling im Krankenhaus. Medizinische und ökonomische Zielsetzung, Inhalte, Methoden und Hinweise zur Realisierung. pmi Verlagsgruppe, Frankfurt am Main.

H+ Die Spitäler der Schweiz (1997):
Leitfaden zum Qualitätsmanagement im schweizerischen Krankenhaus. 2. Auflage, H+ Bildungszentrum, Aarau.

Pira A. (2000):
Umfassendes Qualitätsmanagement im Spital. Das EFQM-Modell als Basis. vdf Hochschulverlag an der ETH, Zürich.

Q-News (Ausgabe 2 / 2000), Spital Wil.

Qualitätskommission (2001):
Qualitätssicherung, Qualitätsförderung Spital Wil: Konzept und Ziele. Spital Wil.

Schedler K., Proeller I. (2000):
New Public Management. Verlag Paul Haupt, Bern, Stuttgart, Wien.

Schmutte A.M. (1998):
Total Quality Management im Krankenhaus. Gabler Verlag, Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.

Schroeder P. (1998):
Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen: Konzepte, Programme und Methoden des Total Quality Management. Verlag Hans Huber, Bern.

Wengle H.P. (1998):
Grundlagen des Qualitätsmanagements im Spital. SGGP (Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik), Muri.

Wüthrich-Schneider E. (1998):
Qualitätsmanagement in Spitälern: Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit. Dissertation der Universität St. Gallen, Difo-Druck, Bamberg.

VQG (1998):
Standards für Akkreditierungs-Gespräche in Akutspitälern und -kliniken. Vereinigung für Qualitätssicherung und Qualitätsförderung im Gesundheitswesen (heute: Schweizerische Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen). VQG, Bern.

VQG (Aug. 2000):
Drei weitere Standards für Akkreditierungs-Gespräche in somatischen Akutspitälern. Schweizerische Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen. VQG, Bern.

VQG (Okt. 2000):
Schweizer Spitäler mit extern überprüfter Qualitätssicherung. Schweizerische Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen. VQG, Bern.