

# Qualitätsmanagement in Österreichischen Krankenhäusern – ein Überblick über verschiedene Modelle

**Silvia Brandstätter**

Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation (Vorstand: Prim Dr.S.Brandstätter)  
im Hanuschkrankenhaus, Wien

## ZUSAMMENFASSUNG

Der Begriff Qualität wurden bereits 1966 in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilt. Allen gemeinsam ist die Eignung zur Erfüllung festgelegter Erfordernisse im Sinne des Patienten und unter Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin.

Qualitätssicherung besteht aus Qualitätsbeurteilung und Qualitätsverbesserung und ist in Bundes- und Ländergesetzen geregelt. Unter Qualitätsmanagement (QM) versteht man die Kontrolle und Steuerung qualitätssichernder Maßnahmen. Total Quality Management (TQM) ist QM in seiner umfassendsten Form, Qualität ist integraler Bestandteil der Geschäftspolitik.

In Österreich existieren zwei Leitfäden des Ministeriums, einerseits zur Qualitätssicherung im Krankenhaus, andererseits zur Patientenorientierung.

In Österreichischen Krankenhäusern wird Qualitätssicherung sehr oft im Qualitätszirkelarbeit gelebt. Möglichkeit zur medizinischen Qualitätssicherung bieten EBM (Evidence Based Medicine), HTA (Health Technology Assessment) oder der Einsatz von Klinischen Pfaden (Clinical Pathways). Eine Form der Ergebnisqualitätsmessung für Krankenhausabteilungen bietet die Teilnahme am Quality Indicator Project® der Maryland Hospital Association, das weltweite längste Erfahrung in Entwicklung und Anwendung valider ergebnisorientierter Qualitätsindikatoren hat. Beispiele für Zertifizierungen von Instituten oder Abteilungen nach den internationalen ISO-Normen existieren, aktuell gibt es in Österreich nur ein Beispiel für die Zertifizierung eines Krankenhauses nach der Deutschen KTQ®. Akkreditierungen nach der – ursprünglich amerikanischen – Joint Commission International (JCIA) sind die Ausnahme, wie auch die Teilnahme am Austrian Quality Award bzw. Qualitätsarbeit und Organisationsentwicklung nach dem EFQM-Modell für Exzellenz, einem europäischen TQM-Modell.

## QUALITY MANAGEMENT IN AUSTRIAN HOSPITALS- A SURVEY OF VARIOUS MODELS

In 1966 the term quality was differentiated into structure, process and outcome quality. All definitions have the capability to meet defined needs and expectations of patients with respect to the current state of art of medicine.

Quality management consists of quality assessment and quality improvement and quality management in hospitals is regulated by federal and country law. Quality management (QM) is defined as the controlling and guiding mechanisms of procedures for quality assurance. Total Quality Management (TQM) is the most comprehensive version of QM. Quality is an integrale part of business policy..

The Austrian Ministry of Social Affairs published two guidelines related to quality management, one for quality assurance in hospitals and another for patient orientation.

In Austrian hospitals, quality assurance occurs very often within quality circles. Other possibilities of quality assurance in medicine are EBM (Evidence Based Medicine), HTA (Health Technology Assessment) or the use of Clinical Pathways. The participation in the Quality Indicator Project® of the Maryland Hospital Association, which possesses worldwide the longest experience in development and application of valid quality indicators for outcomes, may be used as a quality measurement tool by hospital departments. Some institutes and hospital departments have been certified according to international ISO-Norms, but at the moment only one hospital in Austria received certification from the German KTQ® system. Accreditations to the originally American Joint Commission International (JCIA) are uncommon, also the participation in the Austrian Quality Award or quality management and organisation development related to the EFQM-Model for Exzellenz, an European TQM-Model.

## 1. Was Ist Qualität im Gesundheitswesen?

Aus der Sicht des Kunden = Patienten wird als Qualität empfunden, was positiv belegt ist: freundliche Menschen, angenehmes Interieur, akzeptabler Preis... sehr stark emotional besetzt.

**Qualität ist, was am Ende herauskommt**, sowohl für den **Patienten** als auch für das **Krankenhaus**, letztlich die Ergebnisqualität. Diese ist wiederum abhängig von verschiedenen Faktoren, die durch Management- und Führungsmaßnahmen beeinflussbar sind.

### 1.1.1. Definition Qualität

Damit kommen wir auf die auf Donabedian (1,2) zurückgehende Unterscheidung von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität, welche allgemein akzeptiert wird.

**Strukturqualität:** Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen (Rahmenbedingungen)

**Prozeßqualität:** Leistungserbringendes Handeln, Durchführung der Maßnahmen

**Ergebnisqualität:** Sie erfasst die Qualität des Produkts, hat also eine messbare Dimension (Outcome).

“Qualität medizinischer Versorgung ist die Gesamtheit der Merkmale eines Prozesses oder eines Objektes hinsichtlich der Eignung, vorgegebene Erfordernisse im Sinne des Patienten und unter der Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin zu erfüllen“(3).

Ganz ähnlich ist auch die Definition in der *DIN 55350 Teil 11*: „Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produkts oder einer Dienstleistung, die sich auf die Eignung zur **Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse** beziehen“ (4)

Die *DIN ISO 8402* definiert Qualität ganz ähnlich als „Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ (5,6)

Bei diesen Definitionen ist ganz klar ersichtlich, dass es sich **nicht nur um die Sicht des Herstellerbetriebes** handelt, sondern dass **auch die subjektive Anforderung der Kunden (der Patienten) enthalten** ist. (Übereinstimmung des Produktes mit den Anforderungen des Kunden, ISO 9000(7)). -

### 1.1.2. Definition Qualitätssicherung

Die Terminologie kommt aus dem angloamerikanischen Sprachraum. Durch unterschiedliche Bedeutung der Wörter oder falsche Übersetzungen wurden etliche Begriffe geprägt, die in unserem Sprachraum eine ganz andere Bedeutung haben. Ein Teil der Verständnis- und Akzeptanzprobleme geht darauf zurück.

So bedeutet das Wort Qualitätssicherung für uns, dass vorhandene Qualität abzusichern sei, also etwas sehr Statisches. Im Englischen bedeutet „**Quality assurance**“ so etwas wie „Qualitätszusicherung“, was wesentlich dynamischer wirkt. Obwohl dieser Begriff im Englischen weitgehend zugunsten anderer, besserer

Begriffe verdrängt wurde, hat er sich leider im deutschsprachigen Raum durchgesetzt und ist sogar als integraler Bestandteil von Bundes- und Ländergesetzen verpflichtend geworden.

Das Konzept der QS wurde im industriellen Bereich entwickelt und bezieht sich dort auf die Kontrolle und Optimierung des Produktionsprozesses und des dabei entstandenen Produktes. QS wird **allgemein** als die **Gesamtheit aller Maßnahme zu Gewährleistung, Erhaltung und Verbesserung von Produkten und Dienstleistungen verstanden**.

In der **Medizin** bezeichnet QS die laufende Beurteilung und Prozeßkontrolle medizinischen Handelns im Alltag auf der Basis gesicherten oder konsensorientierten Wissens. QS **setzt die Verfügbarkeit evaluierter Maßnahmen und qualitätsbestimmender Parameter voraus**.

QS besteht somit aus 2 Komponenten:

der **Qualitätsbeurteilung (Quality Assessment)**. Hier gilt es Maßnahmen zu treffen, die die Eignung eines Produkts oder einer Dienstleistung an ihrer Eignung für das angestrebte Ziel beurteilt. Dazu gehört eben auch die Entwicklung von Standards und Kriterien.

der **Qualitätsverbesserung (Quality Improvement)**: Hier müssen Maßnahmen getroffen werden, um erkannte Schwachstellen zu beseitigen

Die **WHO** forderte bereits 1985 in ihrem Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000“ **qualitätssichernde Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung aller Mitgliedsländer bis zum Jahre 1990**. Die WHO empfiehlt, Maßnahmen der QS in die **nationale Gesundheitspolitik** aufzunehmen, regelmäßig kritische Berichte zu veröffentlichen, multidisziplinäre QS-Projekte zu koordinieren etc. (8).

Auch der Druck hoher Ausgaben im Gesundheitswesen führt zu der Frage, ob diese Mittel mit ausreichender Qualität und Effizienz eingesetzt werden, und damit zur Forderung nach einer kontinuierlichen Q-Kontrolle.

### 1.1.3. Definition Qualitätsmanagement

QM bezeichnet die laufende kriterienorientierte **Kontrolle und Steuerung der qualitätssichernden Maßnahmen** mit den Aspekten der Struktur-, Behandlungs- und Ergebnisqualität.

Da der Kunde des Gesundheitswesens, also der Patient, aufgrund seines im allgemeinen geringen Fachwissens nur beschränkt kontrollieren kann, ob eine

Behandlung/Operation qualitativ hochwertig ausgeführt wurde, führt das zu der Situation, dass die Anbieter der Leistungen die Qualität ihrer Arbeit zu einem großen Teil selbst überprüfen müssen.

Unter Qualitätsgesichtspunkten kann auch überprüft werden, inwieweit die eingesetzten Therapieprogramme dem neuesten Forschungsstand entsprechen, und in ausreichendem Maße theoretisch fundiert sind.

#### 1.1.4.Total Quality Management

QM in seiner umfassendsten Form wird auch als TQM bezeichnet (). Q ist zentrales Unternehmensziel, dem sich die **MA aus allen Unternehmensbereichen verpflichtet fühlen** sollen. TQM beruht auf einem kontinuierlichen Verbessern betrieblicher Prozesse **durch die Mitarbeiter selbst**. „**Alle machen mit in einem umfassenden Qualitätsmanagementsystem**“. Es geht in seinem Umfang deutlich über die *ISO 9000* (7) hinaus, indem es beispielsweise auch die **Führungsqualität** der Geschäftsleitung, **Kundenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Prozessorientierung**, das **Informations- und Datenmanagement** und die **Geschäftsergebnisse** berücksichtigt. Qualitätsarbeit wird zu einem **integralen Bestandteil der Geschäftspolitik**. Prüfungen durch Dritte entfallen. TQM kennt **keine Zertifikate**. Mittels strukturierter **Selbstbewertung** aufgrund vorgegebener Kriterienkataloge wird evaluiert, wo das Unternehmen auf dem Weg zur Exzellenz, Spitzenqualität, steht.

#### 1.1.5. „Continous Quality Improvement (CQI)

CQI ist ein Synonym für „kontinuierlicher Qualitätsverbesserungsprozess“ (**KVP**). Bedeutet, dass man sich nicht mit erfolgreichen Interventionen zufrieden gibt, sondern dass man nicht optimale Arbeitsprozesse identifiziert und angepasste Verbesserungen entwickelt und umsetzt. In der Praxis werden Regelkreise angewendet („Deming cercle“, nach dem Prinzip „plan-do-check-act“), die einen ständigen Qualitätsverbesserungsprozess in Gang halten (9,10)

## 2.GESETZLICHE GRUNDLAGEN

### 2.1.Bundes Krankenanstaltengesetz 1993 §5b (11)

„Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, im Rahmen der Organisation **Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen** und dabei überregionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass **vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden...** Die **Qualitätssicherungskommission** hat die Aufgabe, Qualitätssicherungs-

maßnahmen zu initiieren, koordinieren und unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern. Die Mitglieder der Qualitätssicherungskommission setzen sich aus allen Berufsgruppen zusammen.

### 2.2.Wiener Krankenanstaltengesetz 1995

#### §15b Absatz 5 (11)

Das Gesetz ist im Wesentlichen eine Wiedergabe des Bundes KAG

### 2.3.15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens 2001, Artikel 6

Die systematische Qualitätsarbeit ist zu intensivieren

Ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem ist zu entwickeln, umzusetzen, evaluieren.

Die Strukturkommission hat dafür zu sorgen, dass auf den Gebieten:

- Information und Qualitätsberichterstattung
- Förderungs- und Anreizmechanismen
- Leitlinien, Richtlinien und Standards
- Qualitätsmessung und Qualitätsevaluierung
- Qualitätsorientiertes Schnittstellenmanagement
- die erforderlichen Aktivitäten unternommen werden.

Folgende Projekte sollen unterstützt und begleitet werden:

- Verbesserung von Zuweisungs- Aufnahme- und Entlassungsqualität
- Entwickeln von Best-Practice-Modellen
- Qualitätsmaßnahmen im Blutbereich
- Sinnvoller und gesamtökonomischer Medikamenteneinsatz
- Krankenhausinfektionen und Krankenhaushygiene
- Erarbeitung von Behandlungspfaden und Mindeststandards
- Wissenschaftliche Evidenz von Gesundheitsleistungen
- Ergebnisqualität im intra- und extramuralen Bereich
- Schnittstellenmanagement
- Gesundheitstelematik
- Dokumentationsqualität
- Strukturqualitätskriterien zur Leistungsangebotsplanung

## 2.4. Strukturqualitätskriterien für Gesundheitseinrichtungen im ÖKAP/GGP 2001, des BMSG

Hier finden sich die Auflagen für Strukturqualität, die gemeinsam mit den Fachgesellschaften geschaffen wurden. Sie umfassen

- die Ausbildungsqualität,
- die apparative Ausstattung und
- das Leistungsspektrum für bestimmte Krankentypen.

Die Strukturqualitätskriterien der Hotelkomponente finden sich in den Anforderungen der Privatversicherungen wieder.

## 2.5. Leitfaden des Ministeriums zur Qualitätssicherung (12)

Betonung des österreichischen Weges

- Schwerpunkt interne Qualitätssicherung
- Freiwilligkeit
- Interdisziplinarität
- Evaluation
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

## 2.6. Leitfaden des Ministerium zur Patientenorientierung (12)

„Die Qualität der Versorgung eines Krankenhauses ist viel mehr als bisher auf die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten auszurichten und aus ihrer Perspektive zu erfassen und zu beurteilen ....“ *„die Qualität der Patientenversorgung darf aber nicht nur an professionellen Standards des medizinischen, pflegerischen und sonstigen Personals, sondern muss auch an der Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Krankenhausaufenthalt gemessen werden“*

Patient/innenorientierte Qualitätssicherung kann sich in allen Formen der beschriebenen Qualitätssicherungsmodelle wiederfinden.

Ein systematischer Ansatz bietet sich in folgenden Instrumenten an:

Patientenbefragungen

- Beschwerdemanagement, Fehlermanagement
- Aufklärungs- Informationsmanagement
- Schmerztherapie
- Angehörigeninformation
- Entlassungsmanagement

## 2.7. Gesundheitsqualitätsgesetz (Regierungsvorlage 2005)

Derzeit gibt es im Gesundheitswesen weder ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem noch bundesländerübergreifende Q-Arbeit.

Derzeit gibt es kaum transparente Vorgaben für Qualität der Leistungserbringung.

Der österreichische Weg der Qualitätssicherung beruht bisher auf folgenden Prinzipien:

- Freiwilligkeit
- Interdisziplinär
- Qualitätszirkelarbeit
- Qualitätssicherungskommission als Stabsstelle der Kollegialen Führung
- Ergebnisevaluierung - Vergleichbarkeit
- Kein systematischer Ansatz

Ziele:

- Implementierung eines bundesländer- und sektorenübergreifenden Q-systems (auf den Prinzipien PatientInnenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz) zur Verbesserung und Sicherstellung der Q im Gesundheitswesen.
- Schaffung der Möglichkeit, die Erbringung von Gesundheitsleistungen an die Einhaltung von Bundesqualitätsstandards zu binden.

## 3. ÖSTERREICHISCHE GÜTESIEGEL

### 3.1. Güterichtlinie GRL01 „Betreuungseinrichtungen für ältere Menschen (stationär)“ BGBL 142, 25.5.2005

Ziel ist, „Menschen in einer soliden Einrichtung Sicherheit bieten und Individualität zu gewährleisten“:

- Sicherung der Qualität in Betreuung und Pflege
- Weiterentwicklung der Betreuungsqualität

### 3.2. Best Health Austria

Best Health Austria Gesellschaft für Gesundheitstourismus mbH ist die nationale Clustergesellschaft des österreichischen Gesundheitstourismus. Die Gesellschaft ist Entwicklerin des Qualitätsgütezeichens Best Health Austria. Der Kriterienkatalog, der bei der Zertifizierung zur Anwendung kommt, besteht aus 10 Kategorien (Allgemeine Anforderungen, Führung, MitarbeiterInnen, Partnerschaften und Ressourcen, Service-Kette, KundInnenbezogene Ergebnisse, MitarbeiterInnenbezogene Ergebnisse, Gesellschafts bezogene Ergebnisse, Schlüsselergebnisse). Der Katalog ist **ähnlich EFQM aufgebaut**. Neben Wellnessseinrichtungen ist eine Teilnahme auch für Kurzentren, Rehabilitationszentren und Kliniken möglich (Humanomed Krankenhaus Management, Klinik Pirawarth Kur- und Rehabilitationszentrum, Kurbad Tatzmannsdorf, Kur- und Vitalzentrum Bad Hofgastein, Moorheilbad Harbach)

#### 4.QUALITÄTSMODELLE

Nachfolgend werden einige der wichtigsten Qualitätssicherungsmodelle vorgestellt

##### 4.1.Qualitätszirkel

Die in üblicher Form betriebene Qualitätssicherung in Österreich ist Qualitätszirkelarbeit.

Vorteile:

- praxisorientiert
- interdisziplinär
- anlassbetont
- erfolgsorientiert
- Messbare Ergebnisse

Nachteile:

- Keine systematische Prozessevaluation
- Keine systematische Ergebnisevaluation
- Keine systematische Patientenorientierung
- Wenig medizinische Qualitätssicherung
- Keine Kostenevaluation

##### 4.2. Medizinische Qualitätssicherung

###### 4.2.1.EBM (evidence based medicine)

Der Schwerpunkt liegt hier auf Therapiekonzepten/medizinischen Interventionen (13, 14). Dabei wird versucht durch Literaturrecherche (unter anderen von einem eigenen Institut im Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung, 15) die aktuelle medizinische Erkenntnis über die Wirksamkeit diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen an die Bedürfnisse eines individuellen Patienten anzupassen .

Die EBM kennt folgende Evidenzstufen: .

- **Stufe Ia:** Wenigstens eine Metaanalyse auf der Basis methodisch hochwertiger randomisierter kontrollierter Studien (RCT)
- **Stufe Ib:** wenigstens ein ausreichend große, methodisch hochwertige randomisierter kontrollierter Studie
- **Stufe IIa:** wenigstens eine hochwertige Studie ohne Randomisierung
- **Stufe IIb:** wenigstens eine hochwertige Studie eines anderen Typs, quasi experimentelle Studie
- **Stufe III:** mehr als eine methodisch hochwertige nicht experimentelle Studie
- **Stufe IV:** Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung); Expertenkommissionen; beschreibende Studien

Vorteile:

- Weg von „eminenzbasierten“ hin zu „evidenzbasierten“ Empfehlungen
- Einsatz im klinischen Alltag
- Einheitlichkeit und Übersichtlichkeit
- Sicherheit für die Patienten.

Nachteile

- Keine systematische Ergebnisqualitätsmessung
- Nicht auf Abläufe ausgerichtet, nur auf medizinische Interventionen ausgerichtet

###### 4.2.2.Health Technology Assessment (HTA)

HTA ist eine Methode der systematischen Betrachtung von medizinischen Interventionen. Ziel ist der wissenschaftlich begründete und ökonomisch angemessene Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Methoden. Sie soll jene herausfinden, die übermäßig oder ohne Nutzen für den Patienten eingesetzt werden (16,17,18)

Zum Unterschied von EBM, die nur medizinische Interventionen beurteilt, betrachtet HTA auch die **organisatorischen Zusammenhänge, in dem Leistungen erbracht werden** und die Kosten-Effektivität im **Vergleich zu alternativen Interventionen**. HTA zielt auf die **Beratung und Vorbereitung nationaler und regionaler Entscheidungen** ab, die die Einbettung von Leistungen in organisatorische Gegebenheiten und Kostenrechnungen im Blick haben. Als Folge ergeben sich „Disease-Managementprogramme“ (DMP) für verschiedene Krankheitsbilder.

Vorteile:

- Planungs- und Steuerungsinstrument für Gesundheitspolitik.
- Der ökonomische Aspekt wird stark betont.
- Kosten-Effektivität im Vergleich zu alternativen Interventionen

Nachteile:

- erst in den Anfängen
- Widerstände der Medizin wie bei EBM zu erwarten
- (noch) wenig praxiserprobt.

###### 4.2.3.Klinische Pfade (Clinical Pathways)

Diese beschreiben den **Prozessablauf**, dem ein Patient während eines Aufenthalts **bei einer bestimmten Diagnose** unterzogen wird. In Rasterform werden täglich notwendige Prozessschritte in Standardform definiert. Sie umfassen folgende Bereiche von der **Aufnahme bis zur Entlassung**:

- **Diagnostische und therapeutische** Maßnahmen aus interdisziplinärer Sicht: sowohl Berufsgruppen übergreifend (Medizin, Pflege, Institute) als auch Fächer übergreifend
- **Integration der Verwaltung in den patientenbezogenen Ablauf**

Vorteile:

- Interdisziplinär
- Sicherheit im Prozessablauf
- Übersichtlichkeit
- Kostentransparenz

Das Abweichen vom Standard ist dokumentierbar

Nachteile:

- Für chirurgische Abteilungen einfacher als für internistische oder pädiatrische
- Keine explizite Ergebnisqualitätsmessung
- Zusätzliche Arbeitsbelastung durch Erstellung des Pfades
- Das Erarbeiten und die Pflege der Pfade erfordert kontinuierliche Weiterarbeit

Beispiel: Im Hanusch KH: TURP

#### 4.3. Messung der Ergebnisqualität

##### 4.3.1. Modell Zürich

Im Kanton Zürich wird eine PatientInnen orientierte systematische Form von Ergebnisqualitätsmessung mit gutem Erfolg durchgeführt. Diese Form von Messung kann nur in Zusammenarbeit mit vorhandenen Standards der verschiedenen Fachgruppen durchgeführt werden.

Vorteile:

- Ergebnisqualität ist als letztes Glied der „Produktionskette“ am aussagekräftigsten
- Benchmarking mit anderen Krankenhäusern möglich

Nachteile:

- wenig Erfahrungen
- braucht Zeit und Geld

##### 4.3.2. Quality Indicator Project® (19)

Dieses Projekt der Maryland Hospital Association hat weltweit die längste Erfahrung in der Entwicklung und Verwendung valider ergebnisorientierter Qualitätsindikatoren (seit 1986). Es bietet für verschiedenste Versorgungsbereiche Sets von umfassenden Messgrößen, die auf internationalen Erkenntnissen beruhen und durch klinische Studien belegt sind.

Teilnehmende Krankenhäuser haben die Möglichkeiten, Ergebnisqualität bei verschiedenen Diagnosen an

festgelegten **Indikatoren** zu messen und **sich mit anderen Krankenhäusern zu vergleichen (Benchmarking ist möglich)** Durch den Vergleich dieser Parameter mit anderen Spitälern werden Problemkreise erkannt, analysiert und Verbesserungsmaßnahmen entwickelt und eingeleitet.

Vorteile:

- Hohe Anzahl an teilnehmenden Krankenhäusern bieten validen Datenvergleich (bessere Kooperation)
- Systematische Vorgehensweise mit zielgerichteter Dokumentation
- Umfassende Unterstützung, Training und Beratung

Nachteile:

- Notwendige Prozessveränderungen erfolgen freiwillig und sind nicht im System implementiert
- Hohe Teilnahmekosten

Beispiele: Das **AKH Linz** ist bereits seit 1998 auf freiwilliger Basis an diesem weltweiten Vorhaben beteiligt. Mit Oktober 2000 wurden **alle oberösterreichischen Spitäler** per Landesverordnung zur Teilnahme am **Quality Indicator Project** verpflichtet. Seither werden unter anderem die Qualitätsindikatoren wie „ungeplante Rückkehr auf die Intensivstation“, „Stürze auf den Abteilungen“, „Reoperationsraten“ systematisch erfasst.

Ebenso das KH Zams in Tirol, Abteilungen der KAR des Wr KAV.

##### 4.3.3. Qualitätsmodell Krankenhaus (QMK) (20)

Ergebnisorientiertes Deutsches Modell, das vom AOK-Bundesverband in Zusammenarbeit mit dem Institut für medizinische Biometrie und Epidemiologie der Universität München und 2 Krankenhausträgern entwickelt wurde. Ähnliche Ziele wie das ORYNX-Programm der JC. Patientenbefragungen, Einweiserbefragungen, spezifische Ergebnisindikatoren messen das „Medical Outcome“, primär in der Inneren Medizin.

#### 4.4. Akkreditierungen, Zertifizierungen mittels QM-Systemen

Eine *Zertifizierung* ist im exakten Sinn kein Qualitätsnachweis, sondern nur ein Nachweis der Übereinstimmung (Konformität) zwischen eigener Vorgabe (Handbuch) und der Krankenhausrealität. Zertifizierung beinhaltet nur ein Audit.

*Akkreditierung* vereint Audit mit Assessment. Es wird die Qualität der Leistung über einen standardisierten QB bewertet anhand von Merkmalen.

#### 4.4.1. ISO-Normen („International Organization for Standardization“) (4-7, 21)

Die ISO ist eine weltweite Vereinigung der nationalen Normierungsinstitute, ein Dachverband. Ziel ist, weltweit gültige Normen zu entwickeln, müssen jedoch nicht in die nationalen Normen übernommen werden, sondern dienen als Empfehlung. Die Norm gibt nur vor, WAS geregelt sein muss, WIE es geregelt wird, entscheidet jedes Unternehmen für sich individuell. Ziel war die Verbesserung der Qualitätsfähigkeit von Unternehmen. Hat nicht den Anspruch, Ergebnisqualität zu messen!

ISO ist ein optimales Werkzeug zur systematischen Erfassung und Beschreibung der kompletten Prozessabläufe in einem bestimmten Bereich. Das größte Verbesserungspotential in Richtung Kundenzufriedenheit liege in der ständigen Überprüfung und Optimierung einzelner Arbeitsabläufe, was wiederum das Ziel der ISO-Normen darstellt. **IST-Zustand nebst Prozessen.** Alle Mitarbeiter sollen diese Vorschriften, die in **Handbüchern** verfügbar sind, einhalten.

Die **Zertifizierung** erfolgt zur **externen Bestätigung, dass ein unternehmensspezifisches QM-System** auf Basis der 9000er Reihe aufgebaut ist und in der Einrichtung angewendet wird. Jährliche Überwachungsaudits, Zertifizierung für 3 Jahre.

Vorteile:

- Hohe Akzeptanz durch breite Anwendbarkeit
- Es kann in kurzer Zeit durch Zertifizierung der Nachweis der Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität ermöglicht werden.

Das System *DIN EN ISO 9001:2000* (DIN = Deutsche Industrienorm, EN = Europäische Industrienorm) ist in der neuen Fassung **prozess- und ergebnisorientiert**, bildet damit eine Grundlage für die spätere Anwendung des *EFQM*-Modells mittels Durchführung von Selbstbewertung. Auch eine anschließende Zertifizierung nach dem *KTQ*-Modell für Krankenhäuser kann vorbereitet werden.

Die Anforderungen der Norm ISO 9001:2000 werden in **4 Kategorien** zusammengefasst: Prozessmodell der DIN EN ISO (Handbuch)

1. **Verantwortung der Leitung:** inkl. Einführung eines Systems zur Ermittlung der Kundenerwartungen. Für alle Bereiche werden angemessene Q-Ziele festgelegt.

2. **Management der Mittel (Ressourcen-M):** Interne Standards, nach gesetzlichen Vorgaben, für das Per-

sonal-M, die Steuerung des Informationsflusses, die Infrastruktur, die Räumlichkeiten.

3. Durchführung gesundheitsfördernder Dienstleistungen (Produktrealisation): alle Prozesse der Diagnostik und Therapie enthalten (**Prozess-M**)

4. **Messung, Analyse und Verbesserung:** Controlling-System, Messung zur Kundenzufriedenheit, interne Standards für KVP.

Vorteile:

- Darlegung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und Schaffung der Voraussetzungen für kontin. Verbesserungen.
- Prozessorientierte Struktur: **Transparenz der Prozesse:** gewünschte Ergebnisse lassen sich auf effiziente Weise erreichen, wenn zusammengehörige Mittel und Tätigkeiten als ein Prozess geleitet und gelenkt werden.
- Beseitigung organisatorischer Schwachstellen
- Alle Mitarbeiter sind involviert
- Marketinginstrument – Imagezuwachs

Nachteile:

- ·Branchenunspezifisch
- ·Kostenintensiv (akkreditierte Zertifizierungsstellen mit neutralem Gutachter)
- ·Keine Garantie für Ergebnisqualität
- ·Kunden- und Mitarbeiterorientierung im Vergleich eher gering
- ·Im komplexen Spitalsbetrieb nur in kleinen überschaubaren Bereichen anwendbar

Beispiele: etliche Institute im AKH Wien, Radiologie KFJ

#### 4.4.2. Akkreditierung nach der Joint Commission International (22)

Die JCAHO die älteste (Gründung 1951) private, unabhängige und gemeinnützige Körperschaft zur Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen mit Sitz in Chicago. Ziel ist die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung in den Vereinigten Staaten wie auch weltweit. Sie ist mit ca. 20.000 freiwilligen Akkreditierungen die größte Akkreditierungsorganisation der USA, darunter mehr als 80% der amerikanischen Krankenhäuser. Sie wurde speziell für Gesundheitseinrichtungen entwickelt. Weitere Zielgruppen sind:

- ·Behandlungsnetzwerke
- ·Ambulante Behandlungseinrichtungen
- ·Laboratorien
- ·Einrichtungen der Langzeitpflege

- Pflegeheime und Hauspflege
- Präventive und gesundheitserzieherische Einrichtungen.

Die JCIA ist der internationale Ableger. Die Standards bieten die Möglichkeit, Prozesse auf einer vergleichbaren Basis zu evaluieren.

**Internationale Konsensus-Standards** sind die Basis für die Akkreditierung (16-köpfige Task-Force Einheit aus 6 großen geographischen Räumen, aus den 3 interdisziplinären Richtungen Ärzte, Pflege, Administration plus Öffentlichkeitsarbeit, 2 der Teilnehmer sind gleichzeitig Mitglieder der International Society for Quality in Health Care ISQua).

Der 2-teilige Katalog umfasst **11 Kriterien**: diese beziehen sich jeweils auf die gesamte Einrichtung. Somit kommt ein interdisziplinärer und berufsübergreifender Ansatz zum Tragen:

Teil 1: **5 patientenorientierte Standards** (Zugang zur Behandlung und ihre Kontinuität, Patienten- und Familienrechte, Untersuchungen, Patientenversorgung, Aufklärung und Schulung von Patienten und Angehörigen)

Teil 2: **6 Betriebs- und managementbezogene Standards** (QM und Qualitätsverbesserung, Prävention und Hygiene, Unternehmensleitung, Umwelt und Sicherheit, Qualifikation und Ausbildung, Informationsmanagement).

Die Standards fußen auf **Meßkriterien**, die nach einem **Punktesystem** bewertet werden. Es handelt sich um eine Prüfung und kontinuierliche Messung verschiedener leistungsorientierter Parameter.

“Kern“-Standards müssen erfüllt werden.

Der internationale Zertifizierungsprozess ist so konzipiert, dass er mit den gesundheitspolitischen, wirtschaftlichen, kulturellen und regionalen Gegebenheiten unterschiedlichster Länder und Gesundheitssysteme zu vereinbaren ist (gesetzliche, religiöse, kulturelle Gegebenheiten).

Akkreditierungsteam (je ein Repräsentant aus Medizin, Pflege und Verwaltung) wird abhängig von der Einrichtungsgröße und dem Behandlungsspektrum zusammengestellt.

Akkreditierung ist recht erprobt und gilt als zuverlässig und basiert auf der eingehenden Analyse der Surveyergebnisse. Die Bewertung wird einem übergeordneten Gremium zur Entscheidung vorgelegt, das über die

Vergabe eines Zertifikats entscheidet. Ein von der Joint Commission erteiltes Zertifikat ist **drei Jahre gültig**.

Das Zertifizierungsverfahren „**KTQ**“ basiert auf Teilen des **JCIA**-Verfahrens.

Vorteile:

- • Kranken-hausspezifisch
- absolut **patientenfokussiert**
- änderspezifisch
- Transparenz
- Akkreditierung durch die Joint Commission bedeutet ein **sichtbares Qualitätssiegel für ein Krankenhaus**

Nachteile:

- Kostenintensiv

**Beispiele:**

Im Akutbereich: KH Villach, Knochenmarkstransplantation und Blutgruppenserologie AKH Wien

Im Rehab. Bereich: Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg

#### **4.4.3.KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) (23)**

Deutsches Verfahren einer externen Qualitätssicherung im Krankenhaus. Ziel war 1997 ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren für die deutschen Krankenhäuser zu entwickeln. Seit 2004 ist KTQ auch im Bereich der niedergelassenen Ärzte präsent. Das Zertifizierungskonzept ist an Vorbildern wie z.B. auch JCAHO (USA) ausgerichtet, weiters am Canadian Council on Health Services Accreditation (Kanada), Australian Council on Healthcare Standards (Australien).

Zertifizierungsfähiger Kriterienkatalog zur Selbst- und Fremdbewertung zu den 3 Bereichen Ärzte, Pflege, Verwaltung. Zertifiziert wird das ganze Krankenhaus, nicht einzelne Abteilungen.

Die KTQ® GmbH hat Vertragspartner wie

- die Dt. Krankenhausgesellschaft
- Spitzenverbände der Krankenkassen
- die dt. Bundesärztekammer
- **proCum Cert** (eine Zertifizierungsstelle für konfessionelle Krankenhausträger) und
- den Dt. Pflegerat (wichtigste Interessensvertreter).

Das Projekt wurde



- finanziell gefördert vom BM für Gesundheit und
- wissenschaftlich vom Institut für Medizinische Informationsverarbeitung (IMI) der Universität Tübingen begleitet.
- Weitere Partner sind die AWMF.

Ziele:

- Förderung des Q-Bewußtseins und des QM – Zertifikat für erfolgreiches QM.
- Verbesserung der Qualität der Versorgung
- Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Förderung der Transparenz des Leistungsgeschehens im Sinne des Patienten
- Zertifizierung als Beratungs- und Controllinginstrument für das Management.

Kernelement der Zertifizierung ist die Selbst- und Fremdbewertung anhand eines vorgegebenen Kriterienkatalogs.

Katalog Version 4.0: **6 Kategorien** mit 69 Kriterien:

- 1. Patientenversorgung
- 2. Sicherstellung der MA-Orientierung
- 3. Sicherheit im Krankenhaus
- 4. Informationswesen
- 5. Krankenhausführung
- 6. QM

**Punkteverfahren**, Reliabilitätsprinzip (unterschiedliche Visitoren müssen zu gleichen Ergebnissen kommen). Spezifische Gewichtung definiert die erreichbare Punktezahl pro Kriterium. Plan do check act. (4) mit jeweils Werten zwischen 0-3. Qualität ist „Durchdringung und Erreichung“. Sonderfälle/Ausnahmen sind möglich: wenn Kriterien auf ein Krankenhaus nicht zutreffen, Kriteriumsaspekt auf ein Krankenhaus nicht anwendbar ist.

Strukturierte **Selbstbewertung** (die Inhalte werden durch geschulte MA des Krankenhauses erarbeitet, praxisorientiert) in der Vorbereitungsphase als Grundlage zur Zertifizierung: zeigt ob Zertifizierung erreicht werden kann bzw. wo Veränderungen nötig sind. Alle MA sind einbezogen bei der Selbstbewertung.

**Fremdbewertung** durch externe „Visitoren“: Praxisnähe durch beruflich gleichgestellte klinisch tätigen Experten (Leitungsfunktion) analog den angloamerikanischen „Peers“.

Visitoren müssen neben ärztlicher, pflegerischer und ökonomischer Qualifikation, über umfassende Kenntnisse in QM verfügen (Schulung gemäß den Anforderungen des „Curriculum QM“ der Bundes. Ärzte-

kamer. Zusätzlich Visitorenschulung der KTQ: Patientenorientierung, MA-Orientierung, Krankenhausführung, berufsgruppenübergreifendes QM).

Veröffentlichung des KTQ-Qualitätsberichtes (allgemeinverständlich verfasst, spezifisches EDV-Tool dafür vorhanden). Dieser QB-Vorschlag wird von den Visitoren geprüft. QB dient Patienten, zuweisenden Ärzten und Krankenkassen als Informationsgrundlage der Leistungen des Krankenhauses, die Personalbereitstellung, die diagnostischen Möglichkeiten sowie die medizinisch-pflegerische und technische Ausstattung.

KTQ-Lenkungsgremium: Definiert die Inhalte und Kriterien

KTQ-Geschäfts- und Akkreditierungsstelle: Verbreitung des Verfahrens einschließlich der Bewertungskataloge und zugehöriger Software. Akkreditierung der Visitoren, Informationsstelle

KTQ-Arbeitsgruppen: Experten überarbeiten einzelne Kriterien

Eigenschaften von KTQ im Überblick:

- Krankenhausspezifischer Kriterienkatalog
- Kein QM-System, kein Gütesiegel
- Setzt ein QM-System voraus
- Transparenz als Basis für Qualität
- Gute Führungsstrukturen sind Voraussetzung für QM
- MA Zufriedenheit am Arbeitsplatz als Wert an sich
- Abläufe und deren Qualitäten (Schnittstellen definiert? Zuständigkeiten klar?)
- Fragt keine Ergebnisse ab
- Umfassende Zertifizierung für das Krankenhaus
- Beschränkte Gültigkeitsdauer des Zertifikats: 3 Jahre
- Möglichkeit der validen Außendarstellung durch standardisierten Zertifikationsbericht

Visitation: erfolgreiche Bewertung (Assessment) einschließlich Visitation (Audit) vor Zertifizierung; akkreditiv

#### 4.4.4. EFQM für Excellence 1999 (24-28)

Die EFQM wurde 1988 durch 14 führende europäische Unternehmen gegründet. Vorbild war das US-amerikanische Modell für Excellence (= **Total Quality Management**), der Malcolm Baldrige National Quality Award. Mit Excellence sind „Weltbeste Praktiken“ gemeint, die anderen Unternehmen als Vorbild

dienen können. Dieser nationale Preis für Bestleistungen war maßgeblich daran beteiligt, daß die USA innerhalb von etwa 10 Jahren ihren gewaltigen Nachholbedarf in Sachen Qualität gegenüber Japan aufholen konnte. Mit der Gründung der EFQM wurde das gleiche Ziel für Europa verfolgt. EFQM hat somit eine enge Verwandtschaft zum japanischen Deming-Modell und zum amerikanischen Baldrige-Bewertungsmodell.

Derzeit sind über 600 Mitglieder registriert.

Prämisse: Exzellente **Ergebnisse** im Hinblick auf Leistung, Kunden (Patienten), Mitarbeiter und Gesellschaft werden erzielt durch eine Führung, die Politik und Strategie, Mitarbeiter, Partnerschaften und Ressourcen sowie Prozesse auf ein hohes Niveau vorantreibt.

**Selbstbewertungsmodell mit 9 definierten Hauptkriterien: 5 Befähiger-Kriterien** (was die Organisation tut = **Strukturen und Prozesse = qualitätsfördernden Kriterien**), **4 Ergebnis-Kriterien** (welche Leistung die Organisation erzielt, sind auf die Befähiger zurückzuführen) unterteilt in 32 Unterkriterien. Die Kriterien sind gewichtet. **0-1000 Punkte (jeweils 500 Punkte für Befähigerkriterien und 500 Punkte für Ergebniskriterien)**. Die Organisation muss die Ergebnisse (Leistungen der Organisation in finanzieller und operationeller Hinsicht sowie die Wahrnehmung durch die Interessengruppen) bestimmen, die sie mit ihrem Politik- und Strategieprozess erzielen möchte. Muss fundierte Vorgehensweisen planen und erarbeiten, um aktuell und zukünftig die geforderten Ergebnisse zu erbringen.

Das EFQM-Modell für Excellence sollte von Beginn an mit einer Balanced Score Card (**BSC**) verknüpft werden. Nur so gelingt es, den Aktionsplan strategisch zu bündeln.

Das Ziel der Selbstbewertung ist die ganzheitliche Unternehmensentwicklung inklusive ständiger Verbesserungen (MA-Zufriedenheit, gesellschaftlicher Verantwortung und Geschäftsergebnissen) in einer ständig lernenden Organisation. Teilnahme am EQ Award bzw. Austrian Q A (= Staatspreis Qualität) möglich. Jedes Unternehmen, das sich um den EQA bewirbt, erhält eine von Experten erstellte Unternehmensanalyse (RADAR-Bewertung: **R**esults (Ergebnisse), **A**pproach (Vorgehen), **D**eployment (Umsetzung), **A**ssessment and **R**eview (Bewertung und Überprüfung), ähnlich der PDCA-Bewertung). Alleine in diesem Zusammenhang erfolgt eine Bewertung durch externe EQA-Assessoren.

**Werkzeug, das ermöglicht, die Qualität zu messen und zu verbessern.** Dafür müssen die Strukturen, die letztendlich verändert werden müssen, bereits bekannt sein.

Vorteile:

- Europäisch, nicht nur deutsch
- Etabliert
- freiwillig
- Systematischer Ansatz
- Schwächen können gut erkannt werden
- Organisationsentwicklung
- Kontinuierliche Verbesserung, nach innen gerichtetes Verfahren
- Benchmarking mit anderen Krankenhäusern möglich
- Selbstbewertung
- Ziel ist das Streben nach Spitzenleistungen (Excellence)
- Qualität wird messbar (auch Ergebnisqualität)
- Wesentlich umfassender als ISO (Mitarbeiterorientierung und -zufriedenheit, Ergebnisqualität)

Nachteile:

- Branchenunspezifisch
- Reife Organisation notwendig
- Keine kurzfristigen Erfolge
- Aufwändig
- Schulung von Mitarbeitern notwendig
- keine „Zertifizierung“ oder „Akkreditierung“ möglich, keine Norm!

Beispiele: Theresienhof Frohnleiten, Abteilungen im AKH Linz, Abteilungen des Wr. KAV

#### **EFQM Quickscan©**

DerQuick Scan ist eine spezielle Form der Selbstbewertung eines Unternehmens, die durch die AFQM entwickelt wurde. Teilnehmer sind die Führungsperson oder der Führungskreis im Rahmen eines eintägigen Workshops. Es wird eine Ist-Analyse der Organisation durchgeführt. Dies erfolgt anhand von Fragen nach den 9 Kriterien. Auf Basis dieser Bestandsaufnahme werden anschließend die zentralen Verbesserungsbereiche identifiziert.

#### **CAF (Common Assessment Framework)**

Selbstbewertung für Organisationen des öffentlichen Sektor, wurde 2000 in allen EU-Staaten von den Ministerium für den öffentlichen Dienst beschlossen. Dient dem Einstieg in QM für öffentliche Bereiche. Die

Tabelle 1  
Überblick und Eigenschaften der verschiedenen Qualitätsmanagementsysteme

	Struktur	Prozesse	Ergebnisse	KH-spez.	Zertif.	Akkred	EQA	Org.entw	Benchmark	€
EFQM	✓	✓	✓	x	x	x	✓	✓	(✓)	↓
ISO	✓	✓	?	x	✓	x	x	x	x	↑
JC	✓	✓	(✓) Orynx	✓	x	✓	x	✓	✓	↑
KTQ	✓	✓	x	✓	✓	x	x	x	✓	↑
QIP	x	x	✓	✓	x	x	x	x	✓	↑

Struktur ist EFQM angelehnt: 9 Kriterien, die folgendermaßen bewertet werden:

- noch nicht begonnen/nach nicht umgesetzt/unbekannt
- geringer Fortschritt- wesentlicher Fortschritt- alle Aktivitäten (Maßnahmen) wurden umgesetzt
- höchster Grad der Umsetzung und Überprüfung; ein Zyklus zur kontinuierlichen Verbesserung wurde eingeleitet.

Jede dieser Antworten entspricht einer Punkteskala von 0 bis 5. Es lässt sich für jedes der 9 Themenfelder die durchschnittliche Punktezahl ermitteln und auch ein Gesamtwert für alle Themenfelder, der die Gesamtnote der Organisation ergibt. Diese Punkteskalen erlauben einen grundlegenden Vergleich der Gesamtergebnisse verschiedener Organisationen sowie des Grades der Zielerreichung innerhalb der einzelnen Felder. Die Vorlage ist über das Bundeskanzleramt abrufbar:

#### 4.4.5. Fächerspezifische Zertifizierungen:

Beispiel: Zertifizierung des Brustzentrums (EUSOMA vs. Dt. Ges. für Senologie)

5. Zertifizierungs-/Akkreditierungsverfahren im praktischen Vergleich: Möglichkeiten und Grenzen der einzelnen Modelle

Modellvielfalt. Ähnlichkeit zwischen den Verfahren.

**EFQM: Struktur, Prozess, Ergebnisqualität, EQA, QB, Assessment, Org.analyse, Oft ergänzt durch eigene spezifische Merkmale und Indikatoren, dadurch ist Benchmarking schwierig.** Daher unternehmensspezifische Konkretisierung der Kriterien. Wegen der unzureichenden Krankenhausspezifität wird empfohlen die Ergänzung (Crosswalk) mit krankenhausspezifischen Bewertungsinstrumenten **KTQ** oder **QMK**, oder **JC**.

**KTQ: akkreditive** Ausrichtung, umfasst nur Bereich der EFQM-Befähiger (**Struktur** und **Prozesse**). Ergänzen sich mit **QMK (Ergebnisse)**.

KTQ lässt sich einarbeiten in **EFQM-Befähiger: Zertifizierung (KTQ)** und ergänzend **Ergebnisqualität (EFQM)**

**ISO: prozessdokumentierendes Modell:** beschränkt sich auf die **5 EFQM-Befähiger** Kriterien. Die neue Fassung der **DIN EN ISO 9001:2000 orientiert sich von der Gliederung an EFQM.** Die Norm beinhaltet kein akkreditives Verfahren, sondern **nur Zertifizierung.**

**JCAHO: QB, Akkreditierung mit normativen Vorgaben** mit Bewertungsmerkmalen (Standards): **beschränken sich auf den Bereich der Befähiger im EFQM-Bereich (Struktur und Prozesse).** Es gibt keine ergebnisorientierten JC-merkmale – Mitte der 90er Jahre hat die JC das **ORYNX**-Verfahren aufgelegt, das mit Hilfe von Ergebnisindikatoren die **Ergebnisqualität** im Krankenhaus abzubilden versucht. Internationale Variante **JCIA**, allerdings einige der internationalen „Standards“ ohne Kenntnis des amerikanischen Originals schwer verständlich. Die Systematik ist großteils **abteilungs- bzw. bereichsbezogen.** Für das QM im Krankenhaus ist eine struktur- und prozessorientierte Gliederung, wie nach EFQM oder Baldrige, einfacher zu erfüllen. Synthese im „Crosswalk“ zwischen **JC und EFQM: Akkreditierung (JC) UND Ergebnisbewertung (EFQM) (interner QB mit KVP).**

#### Schlussfolgerung

Die Verbreitung des Q-Denkes in alle Gesundheitsbereiche benötigt Zeit, sie kann durch gesetzliche Regelungen nur angeregt oder gefördert werden. Modell-

projekte können gangbare Wege aufzeigen, über die in Einrichtungen und Verbänden anschließend ein Konsens erzielt werden muß. Aus diesem Grund haben Maßnahmen zur QS in weiten Bereichen des Gesundheitswesens bislang noch Modellcharakter.

Die hohen Kosten, welche an die meist externen Anbieter dieser Modelle zu zahlen sind, sind eine Fehlinvestition, wenn die Integration nicht erfolgt und keine Qualitätsverbesserung stattfindet.

QM ist keine Serviceleistung, die eingekauft werden kann, sondern **ein Prozess, der gelebt werden muss**.

### Danksagung

Mein Dank gilt folgenden Kollegen für Ihre Mitarbeit bei der Erstellung dieses Überblicks:

- OA Dr. Wolfgang Wondratsch, Qualitätsmanager des Hanuschkrankenhauses und OA der Urologischen Abteilung
- Prim. Univ.Prof. Dr. Christoph Reisser, Vorstand der HNO-Abteilung des Hanuschkrankenhauses und EFQM-Anwender
- OA Prof. Dr. Michael Stierer, OA der Chirurgischen Abteilung des Hanuschkrankenhauses, Leiter des interdisziplinären Brustzentrums, EUSOMA-Zertifizierung
- OA Prof. Dr. Kurt Ammer PhD, OA im Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation des Hanuschkrankenhauses
- und meinem Chef und Auftraggeber : Ärztl. Dir. Prim. Univ.Prof. Dr. Klaus Klaushofer

### Literatur

1. Donabedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44(July): 166–203, .
2. Donabedian, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment.* Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, 1980
3. Viethen, G. *Qualität im Krankenhaus . Grundbegriffe und Modelle des Qualitätsmanagements.* Schattauer 1995
- Viethen G: *QM-Checklisten für das Gesundheitswesen. Bewährte Vorlagen und Praxisbeispiele auf CD-ROM.* Forum Verlag, Mering, 2003.
4. DIN 55350, Teil11, *Begriffe der Qualitätssicherung und Statistik; Grundbegriffe der Qualitätssicherung;* (Mai 1987)
5. Deutsches Institut für Normung: *DIN ISO 8402 (Entwurf), Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung, Begriffe,* März 1992, Beuth Verlag, Berlin.
6. *Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung, Anmerkungen zu Grundbegriffen,* Beiblatt zu DIN ISO 8402, Entwurf, Nov. 1992, Beuth Verlag, Berlin.
7. *EN ISO 9000: 2005, Qualitätsmanagementsysteme - Grundlagen und Begriffe.* Beuth Verlag, Berlin.

8. [www.who.int/health-services-delivery/performance/accreditation/](http://www.who.int/health-services-delivery/performance/accreditation/)
9. Deming WE. *Out of the crisis: quality, productivity, and competitive position.* Cambridge: Cambridge University Press, 1986
10. Womack, James P., Daniel T. Jones und Daniel Roos, 1991: *Die zweite Revolution in der Automobilindustrie. Konsequenzen aus der weltweiten Studie des Massachusetts Institute of Technology.* Frankfurt a.M./New York: Campus.
11. Appel WH. *Krankenanstaltengesetz.medcon.*1999
- 12 Hauke E in: *Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus,* Hausdruckerei BMAGS 1998
13. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72
14. Reilly BM. The essence of EBM. *BMJ* 2004;329:991-992
15. Arrich J, Piribauer F, Mad P, Schmid D, Klaushofer K, Müllner M. Intra-articular hyaluronic acid for the treatment of osteoarthritis of the knee: systematic review and meta-analysis. *CMAJ* , 2005; 172 (8)
16. HTA beim DIMDI. [Www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)
17. Gerhardus A, Jalilvand N., Heintze C, Krauth C. (Hrg) *Vergleich verschiedener chirurgischer Verfahren zur elektiven Leistenhernienoperation bei Erwachsenen. Ein Health Technology Assessment.* Asgard-Verlag 2003 Sankt Augustin
18. Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technol Assessment* 1998;2 (16)
19. Thomson RG, McElroy H, Kazandjian VA. Maryland Hospital Quality Indicator Project in the United Kingdom: an approach for promoting continuous quality improvement. *Quality in Health care* 1997; 6:49-55
20. Schneeweiss S, Manstetten A, Wildner M, Sangha O, Liebetrau M, Paeger A. Costs of Measuring Outcomes of Acute Hospital Care in a Longitudinal Outcomes Measurement System. *Am J Med Qual* 2003, 18: 3-9.
21. Sweeney J, Heaton C. Interpretations and variations of ISO 9000 in acute health care. *Int J Qual Health Care* 2000; 12: 203-209
22. Donahue KT, van Ostenberg P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. *Int J Qual Health Care* 2000; 12:243-246
23. Krumpaszy HG, Kolkmann FW, Jonitz G, Flenker I, Weidinger JW, Stobrawa FF. *Krankenhäuser: Zertifizierung wird Routine. Selbstverwaltungsmodell KTQ® stellt hohe Ansprüche.* Deutsches Ärzteblatt. 2002, 88(10); a614-a616
24. Nabitz UW, Klazinga NS. EFQM approach and the Dutch Quality Award. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 1999;12(2-3):65-70.
25. Jackson S. Exploring the possible reasons why the UK Government commended the EFQM (European Foundation for Quality Management) excellence model as the framework for delivering governance in the new NHS. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 1999;12(6-7):244-53.
26. Moeller J, Breinlinger-O'Reilly J, Elser J. Quality management in German health care--the EFQM Excellence Model. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 2000; 13(6-7):254-8.

27. Möller J. The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. *Int J Qual Health Care* 2001; 13:45-49

28. van Harten WH, Casparie TF, Fisscher OAM. The evaluation of the introduction of a quality management system. A process-oriented case study in a large rehabilitation hospital *Health Policy* 2002; 60: 17-37

Korrespondenzadresse der Autorin

Prim. Dr Silvia Brandstätter  
Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation im  
Hanuschkrankenhaus, Heinrich Collinstr 30  
1140 Wien

Email: Silvia.Brandstaetter@wgkk.sozvers.at