

Teil D - Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsmanagement als integraler Bestandteil des Managements des Universitätsklinikums Dresden

Mit Beginn des Jahres 2000 hat sich der Vorstand des Universitätsklinikums Dresden für die Einführung und Weiterentwicklung eines umfassenden und systematischen Qualitätsmanagements im Universitätsklinikum Dresden ausgesprochen. Diese Entscheidung folgt nicht nur der gesetzgeberischen Forderung (§ 135a SGB V), sondern auch der Erkenntnis, dass es im Bemühen um Qualität zum Wohl des Patienten mehr bedarf als die bereits zahlreich vorhandenen Aktivitäten in den verschiedenen Kliniken und Instituten. Vielmehr gilt es, die Zufriedenheit der Patienten und folglich auch der Mitarbeiter im universitären Spannungsfeld von Krankenversorgung, Forschung und Lehre mit den damit verbundenen wirtschaftlichen Zwängen konsequent und systematisch in den Vordergrund des täglichen Tun und Handelns zu stellen. Qualitätsmanagement im Universitätsklinikum Dresden wird als eine Führungsaufgabe verstanden, die sich in der Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems widerspiegelt. Der Fokus liegt hierbei auf den Ergebnissen der verschiedenen Qualitätsdimensionen (Strukturen, Prozesse, Ergebnisse), die in erster Linie medizinische Ergebnisse betreffen. Darüber hinaus spielen ökonomische Resultate und Serviceaspekte bis hin zu persönlichen Sichtweisen der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen, kooperierender Einrichtungen und der eigenen Mitarbeiter eine Rolle. Damit wird ein ganzheitlicher und umfassender Ansatz verfolgt und das Qualitätsmanagementsystem im Universitätsklinikum Dresden als integraler Bestandteil des Managementkonzeptes des Klinikums mit entsprechender Führungsverantwortung durch den Vorstand verstanden. Dies zeigt sich u. a. auch daran, dass von Beginn an der „Zentralbereich Qualitätsmanagement“ ein gleichwertiges Führungsinstrument zu den Bereichen Finanzen, Controlling, Personal etc. darstellt und auftragsgemäß regelmäßige Informationen für die Steuerung der Kliniken, Institute bzw. Zentren liefert. Demzufolge sind diese qualitätsrelevanten Kennzahlen integraler Bestandteil des seit dem Jahr 2006 etablierten internen Berichtswesens und allen Mitarbeitern zugänglich.

Gemeinsames Leitbild des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus Dresden

Die Qualitätspolitik des Klinikums wird durch einen jährlich vom Vorstand beschlossenen Qualitätsentwicklungsplan konkretisiert (siehe D-2) und orientiert sich an den im gemeinsamen Leitbild des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus zusammen gefassten Grundwerten:

1. Unser Maßstab ist fachliches Spitzen-Niveau als Kompetenzführer in der Region.
2. Patientenfreundliche Abläufe sind Verpflichtung eines jeden von uns.
3. Eine auf den Patienten ausgerichtete Kommunikation und Information ist Teil unserer täglichen Aufgaben.
4. Motivierte, eigenverantwortlich handelnde und geachtete Mitarbeiter sind unser Ziel.
5. Der wirtschaftliche Einsatz der materiellen Ressourcen ist eine Verpflichtung für jeden von uns und entscheidet über unsere Zukunft.
6. Qualifizierung ist Teil unserer täglichen Aufgaben und eine Investition in die Zukunft.
7. Optimale Betreuung braucht die Kooperation mit weiteren Partnern des Gesundheitswesens. Für die Pflege dieser Beziehung und der Darstellung nach außen sind unsere Mitarbeiter mit verantwortlich.

8. Wir achten unsere Geschichte.
9. Wir sind eine lernende Organisation.

Kurz zusammengefasst lautet das vom Vorstand im Jahr 2002 beschlossene und veröffentlichte Leitbild:

Das Universitätsklinikum Dresden und die Medizinische Fakultät bilden eine gemeinsame Institution. Sie sind zur Exzellenz in der Hochleistungsmedizin, der medizinischen Forschung und Lehre sowie der Gesundheitsdienstleistung für die Patienten der gesamten Region verpflichtet.

Unser Ziel ist es, ein international hervorragendes akademisches, medizinisches Zentrum mit starker Ausstrahlungskraft zu sein.

Dies wird mit hoch qualifizierten, engagierten Mitarbeitern und einer hervorragenden Ausstattung erreicht.

Damit bildet das Universitätsklinikum Dresden mit der Medizinischen Fakultät an der Technischen Universität Dresden eine Einheit. Beide stellen sich gemeinsam dem Anspruch, exzellente Qualität sowohl in der Krankenversorgung als auch in Lehre und Forschung zu erbringen. Das dies für eine Einrichtung der Maximalversorgung nicht immer einfach ist, ist dem Klinikumsvorstand sehr wohl bewusst. Schon aus diesem Grund wird der tatsächlichen Zufriedenheit insbesondere der Patienten und ihrer Angehörigen, aber auch der niedergelassenen Ärzte, sowie zuweisenden Krankenhäusern eine hohe Bedeutung beigemessen. Diese konkretisiert sich zum einen an den regelmäßig stattfindenden Zufriedenheitsbefragungen der verschiedenen Adressaten und zum anderen an dem seit dem Jahr 2002 etablierten übergreifenden Beschwerdemanagementsystem.

Kommunikation, Information und Transparenz sind unsere Herausforderungen

Die Schwerpunkte Kommunikation, Information und Transparenz sind ein wesentlicher und integraler Bestandteil der Qualitätspolitik des Klinikumsvorstandes und dies auch im Hinblick auf die wertschöpfende Ressource der Mitarbeiter. Deshalb investiert das Universitätsklinikum Dresden jährlich in verschiedene interne und externe Informations- und Kommunikationsinstrumente und hat hierzu eine Marketinggruppe beauftragt, die sich aus eigenen Mitarbeitern einschließlich der Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement mit externer Unterstützung zusammensetzt. Auch im Jahr 2008 wurden zahlreiche bestehende Angebote weiterentwickelt bzw. neue Ideen umgesetzt. Hierzu gehören unter anderem:

- Überarbeitung der Kurzinformation für Patienten mit aktuellem Lageplan
- Entwicklung eines neuen Konzeptes für eine Patientenbroschüre
- Erstauflage einer Informationsbroschüre speziell für niedergelassene Ärzte und Kooperationspartner mit einem vollständigen Überblick über das Behandlungsspektrum und Kontaktinformationen direkt zu Klinikärzten
- Vereinheitlichte Neugestaltung und deutlich erhöhte Anzahl von Briefkästen für Patientenfeedback im gesamten Klinikumsgelände
- Einheitliche Gestaltung von Druckerzeugnissen für Kliniken, Institute, Medizinische Zentren und selbständige Abteilungen sowie weitere Bereiche (z.B. Seelsorgezentrum) sowie von verschiedenen Produkten für den täglichen Klinikumsbedarf (Behandlungsnachweise, Sportbefreiungen, Patienten-Telefonkarten, etc.)
- Kontinuierliche Weiterentwicklung der Intranetplattform (z.B. verbesserte Telefonnummernsuche, Veranstaltungskalender etc.)

- Produktion eines Imagefilms sowie vier Patienteninformationsfilme zu den Themen Aufnahme, Aufenthalt, Serviceangebote und Entlassung
- Zusätzlich zur regelmäßig erscheinenden Mitarbeiterzeitung „Carus Intern“ Start einer neuen, kurzen und prägnanten Information für Mitarbeiter im Klinikum „Carus Quick“ mit insgesamt 8 Ausgaben

Darüber hinaus verfügt das Universitätsklinikum seit 2003 über eine eigene Mitarbeiterzeitung „Carus Intern“. Die Zeitung entspricht einer Verbesserungsmaßnahme aus Mitarbeiterbefragungen, bei denen diese signalisierten, dass sie sich über klinikumsübergreifende Themen schlecht informiert fühlen. Der Klinikumsvorstand hat als Konsequenz ein Redaktionsteam und einen -beirat mit der Erstellung einer viermal im Jahr erscheinenden Zeitung mit eigenem Layout beauftragt.

Der Jahresbericht des Universitätsklinikums Dresden wird mit externer Unterstützung erstellt und folgt für das Jahr 2008 einem ganz neuen Konzept mit der Überschrift: „Die Dresdner 2008 - Schlagworte zur Gesundheit im Jahresbericht des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden“. So wurden wichtige Informationen in ein alphabetisch geordnetes Nachschlagewerk gefasst. Dieses soll vor allem den Patienten und ihren Angehörigen medizinisches Wissen vermitteln, verbunden mit einem Einblick in die Struktur des Universitätsklinikums Dresden samt allen Anbietern für die Versorgung in unserem großen Haus. Ein Anhang vermittelt einen Einblick in die Leistungs- und Bilanzdaten in komprimierter Form sowie die Darstellung der Qualitätsentwicklung und eine Chronologie des Jahres 2008. Der Jahresbericht ist auf unserer Homepage unter www.uniklinikum-dresden.de abrufbar.

Der öffentlichkeitswirksamen Präsentation des Universitätsklinikums Dresden in den Medien misst der Klinikumsvorstand einen hohen Stellenwert bei. Die Pressestelle agiert als Zentralbereich des Vorstands und ist ihm direkt unterstellt. Die strategische Ausrichtung der Öffentlichkeitsarbeit wird zudem durch die „Arbeitsgruppe Marketing“ gesteuert. Das Gremium setzt sich aus Klinikumsmitarbeitern und Experten der Dresdner Agentur von Pleon Deutschland zusammen.

Im Mittelpunkt der Pressearbeit des Universitätsklinikums Dresden steht die Information der Medien zu allen Fragen der Gebiete Gesundheitsversorgung und patientennahe Forschung sowie der wirtschaftlichen Situation des Klinikums. Seit Oktober 2007 bearbeitet in der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus ein hierfür neu eingestellter Pressereferent die Anfragen zu Forschung und Lehre. Deshalb ist die Zahl der 2008 in der Pressestelle des Universitätsklinikums aufgelaufenen Anfragen der Medien leicht gesunken. Insgesamt 600 Kontakte hat es in dem Berichtszeitraum gegeben. Mit 73 Pressemitteilungen informierte das Klinikum die Öffentlichkeit über das Behandlungsprofil der Einrichtung, über Patientenveranstaltungen, Forschungsprojekte, Investitionen, Personalien sowie weitere Aktivitäten wie das vom Klinikum initiierte Gesundheitsnetzwerk „Carus Consilium Sachsen“.

Die Medien berichten regelmäßig über unser Klinikum; Schwerpunkt sind hierbei die lokalen und regionalen Medien. 2008 erschienen ca. 1.800 Beiträge. Zu etwa 85 Prozent handelt es sich dabei um Veröffentlichungen in Zeitungen, Zeitschriften und online-Medien. Weitere 10 Prozent sind Hörfunkbeiträge, etwa 90 Beiträge wurden 2008 von Fernsehsendern ausgestrahlt.

D-2 Qualitätsziele

Der Qualitätsentwicklungsplan ist integraler Bestandteil des Qualitätsmanagement-systems des Universitätsklinikums Dresden

Die aus der Qualitätspolitik und -strategie des Universitätsklinikums Dresden abgeleiteten Qualitätsziele werden bereits seit dem Jahr 2003 in einem jährlichen Qualitätsentwicklungsplan festgelegt und vom Vorstand beschlossen. Damit wird zum einen das Ziel erreicht, Transparenz über qualitätsrelevante Projekte und Aktivitäten im Universitätsklinikum gegenüber den Einrichtungen und ihren Mitarbeitern herzustellen und zum anderen, einen klaren Auftrag an den Zentralbereich Qualitätsmanagement zu erteilen. Die Zielerreichung wird mit der Erarbeitung jedes neuen Qualitätsentwicklungsplanes regelmäßig überprüft und vom Klinikumsvorstand gemeinsam mit der Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement ausgewertet.

Der Qualitätsentwicklungsplan ist damit integraler Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems im Universitätsklinikum Dresden und setzt auch im Jahr 2008 die bisherige Strategie des Klinikumsvorstandes kontinuierlich fort. Dieser verfolgt bewusst keine flächendeckende Zertifizierung aller Kliniken, Institute, Zentren und selbständigen Bereiche, vielmehr soll eine Zertifizierung in den Struktureinheiten durchgeführt werden, bei denen ein klares Commitment, d.h. Identifikation seitens der Leitung besteht und eine Wertschöpfung sowohl für die Einrichtung als auch das UKD identifiziert werden kann. Inhaltliche Schwerpunkte sind neben ausgewählten Zertifizierungsverfahren die Erfassung und Bewertung von alten und auch neuen Qualitätsindikatoren mit der Ableitung entsprechender Maßnahmen zur Verbesserung. Neu ist in diesem Zusammenhang die Teilnahme am Benchmarkprojekt der „Initiative Qualitätsmedizin (IQM)“. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Weiterentwicklung der Betriebsorganisation im großen Neubauvorhaben des Diagnostisch-Internistisch-Neurologischen Zentrums (DINZ) auf der Grundlage der gemeinsamen Erarbeitung von Sollprozessen mit Einsatz einer modernen Prozessmodellierungssoftware AENEIS. Die dritte Säule ist die Patientensicherheit und das Klinische Risikomanagement als ein weiterer wichtiger strategischer Faktor im Universitätsklinikum Dresden.

Qualitätsentwicklungsplan 2008

Zu Beginn des Jahres 2008 wurde folgender Qualitätsentwicklungsplan vom Vorstand des Universitätsklinikums Dresden beschlossen:

1. Weiterentwicklung der Betriebsorganisation im Diagnostisch-Internistisch-Neurologischen Zentrum (DINZ) auf der Grundlage vorher modellierter und abgestimmter Sollprozesse mittels der Prozessmodellierungssoftware AENEIS. Dies geschieht durch die vom Vorstand beauftragte Arbeitsgruppe unter Koordination und Moderation der Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement. Im Jahr 2008 stehen als neue Module die Funktionsdiagnostik und die stationäre Versorgung im Vordergrund. Darüber hinaus gilt es, erste Module zur tatsächlichen Umsetzung z. B. zum Bettenmanagement oder zur Terminplanung im DINZ zu erarbeiten und wenn möglich bereits als klinikumsweiten Standard zu etablieren.

2. Neue Zertifizierungsbereiche:

- Erstzertifizierung des KIK-Brückenprojektes nach DIN EN ISO 9001:2000,
- Fremdbewertung nach KTQ in der Klinik und Poliklinik für Orthopädie (Pilotprojekt),
- Zertifizierung der gesamten Klinik und Poliklinik für Urologie nach DIN EN ISO 9001:2000.

3. Konsequente Weiterentwicklung der Erfassung und Bewertung von Qualitätsindikatoren aus den verschiedenen Systemen (BQS, KISS, IQIP und gegebenenfalls der Universitätskliniken/VUD) und Kommunikation der Ergebnisse mit den Kliniken, Instituten und Zentren.

4. Bezüglich des BQS-Verfahrens erfolgreiche Umsetzung der Anforderung an das Modul Dekubitus.

5. Weiterentwicklung bzw. zusätzliche Aufnahme von Parametern aus dem internationalen Benchmarkverfahren IQIP (International Quality Indicator Project).
6. Umsetzung der Anforderungen aus der deutschlandweiten Kampagne zur „Aktion Saubere Hände“ u. a. mit der Einführung eines E-Learning-Tools zur Erhöhung der tatsächlichen Durchführung der Händedesinfektion.
7. Weiterentwicklung des Risikomanagements im Universitätsklinikum Dresden bezüglich des Expertenstandards Sturzprophylaxe, der Empfehlung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit zur Verhinderung der Seitenverwechslung und zur flächendeckenden Einführung eines Systems zur Patientidentifikation mittels Armbändchens.
8. Implementierung eines internen Auditsystems nach dem Peer Review-Verfahren in allen Ambulanzen des Universitätsklinikums Dresden. Vorbild ist das inzwischen fest etablierte Verfahren in allen operativen Bereichen.
9. Etablierung einer „Peer Group UKD“ mit Mitarbeitern bzw. den Qualitätsbeauftragten aus allen zertifizierten Bereichen und denjenigen, die derartige Werkzeuge (interne Audits in den operativen Bereichen) nutzen. Zielsetzung ist die Sicherstellung eines gleichartig hohen Qualitätsniveaus in allen zertifizierten und angrenzenden Bereichen.

Hohe Zielerreichung im Universitätsklinikum Dresden

Mit Erarbeitung des Qualitätsentwicklungsplanes 2009 erfolgte automatisch die Überprüfung zur Zielerreichung der zahlreichen Projekte, Aktivitäten und Maßnahmen aus dem Jahr 2008. Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass nahezu alle Ziele erreicht wurden. Lediglich hinsichtlich der Einführung des Expertenstandards Sturzprophylaxe fand eine Verlängerung der Pilotphase in ausgewählten Kliniken statt und wurde mit Blick auf eine flächendeckende Einführung auf das Jahr 2009 verschoben.

Die weitere Aufnahme von Parametern im internationalen Benchmarkverfahren IQIP wurde hinsichtlich des Indikators „Vorzeitige Rückverlegung auf Intensivstation“ geprüft, hat sich aber aufgrund der unscharfen Definition zunächst nicht bewährt. Dies veranschaulicht ganz klar die kritische Haltung der Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement, die gemeinsam mit den Fachexperten sehr sorgfältig den Nutzen der Qualitätsindikatoren überprüft. Im Weiteren haben mehrere Gespräche mit der Ansprechpartnerin von IQIP für Deutschland stattgefunden, und in diesem Zusammenhang wurde auch ein Poster auf dem „International Forum on Safety in Health Care“ am 17. - 20. März 2009 in Berlin zum Indikator Dekubitus angemeldet und auch angenommen.

Alle weiteren Ziele wie z.B. auch die herausfordernde Etablierung eines internen Auditsystems in den Ambulanzen des Universitätsklinikums Dresden wurden erreicht und werden 2009 weiter entwickelt.

Ausgesprochen stolz sind wir über die erfolgreiche Zertifizierung der Klinik und Poliklinik für Orthopädie nach den Kriterien der Kooperation für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (KTQ). Damit ist diese Klinik die erste Fachklinik in Deutschland, die innerhalb eines Universitätsklinikums die Chance für eine Zertifizierung nach den Anforderungen der KTQ erhalten hat.

Weitergehende Informationen finden Sie in den Teilen D-5 (Qualitätsmanagementprojekte) und D-6 (Bewertung des Qualitätsmanagements).

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Im Universitätsklinikum Dresden spiegelt sich die hohe Anbindung des Qualitätsmanagements als Führungsaufgabe sowohl strukturell als auch inhaltlich wider. So ist die Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement bereits seit der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems im Jahre 2000 stimmberechtigtes Mitglied in der **Betriebsleitung**, gemeinsam mit der Pflegedienstleiterin, dem Leiter des Geschäftsbereiches Personal, einem Vertreter der Klinikdirektoren sowie der Medizinischen Fakultät und dem Vorstand. Gemäß der Geschäftsordnung bereitet die Betriebsleitung auf Veranlassung des Vorstandes wesentliche Beschlüsse vor. Dabei werden vorgelegte Konzepte hinsichtlich des interprofessionellen Zusammenwirkens der an den medizinischen und wirtschaftlichen Hauptprozessen beteiligten Berufsgruppen, zentralen Betriebseinheiten und der Fakultät bewertet. Als Grundlage gelten die im Leitbild festgelegten Werte. Die wirtschaftlichen und organisatorischen Auswirkungen sowie das Qualitätsmanagement sind dabei einzubeziehen.

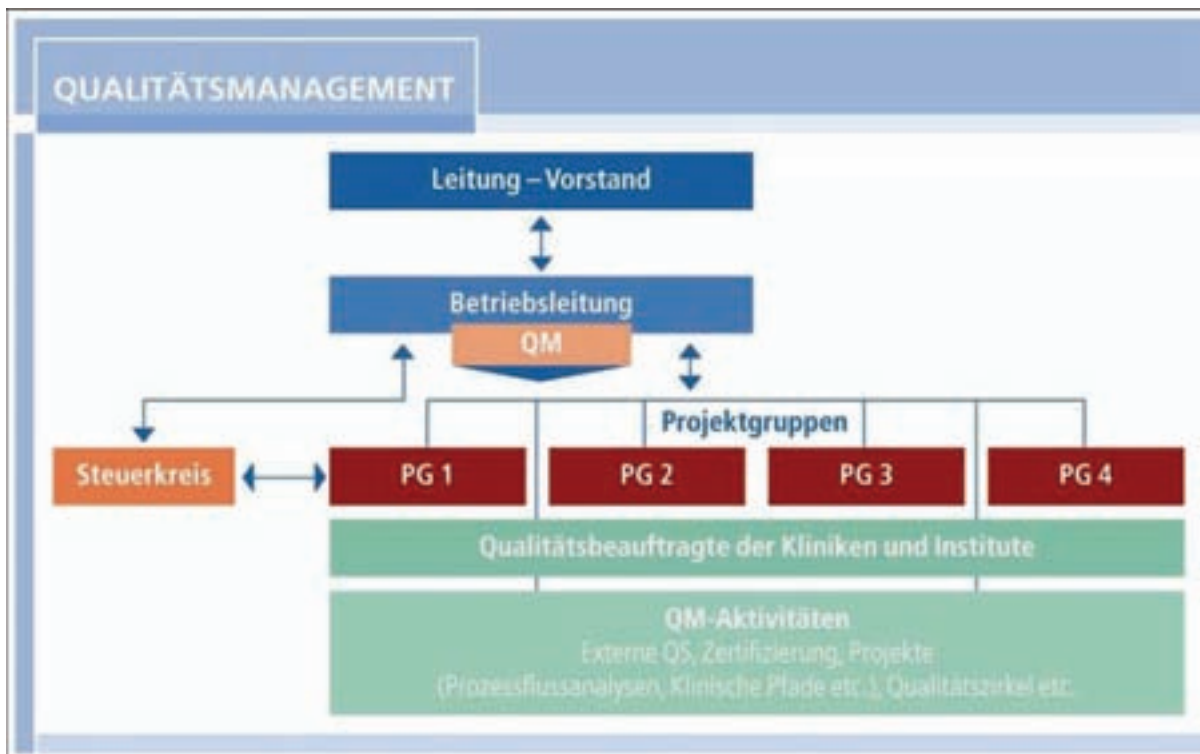


Abbildung 1: Aufbauorganisation des Qualitätsmanagementsystems im Universitätsklinikum Dresden

Das Forum der inhaltlichen Diskussion ist der **Steuerkreis**, der interdisziplinär mit Ärzten aus verschiedenen Kliniken und verschiedenen Fachdisziplinen, Mitarbeitern der Pflege und Verwaltung auf hoher Hierarchieebene zusammengesetzt ist. Dort findet die inhaltliche Diskussion der Themenschwerpunkte des Qualitätsentwicklungsplanes und auch eigener Problemstellungen statt, die als Empfehlung für den Vorstand bzw. für die Betriebsleitung aufbereitet werden. Der Steuerkreis wurde im Jahr 2000 gegründet und zeichnet sich sowohl durch die Kontinuität der monatlich stattfindenden Sitzungen als auch durch die Kontinuität der Besetzung durch die verschiedenen Berufsgruppen, Fachgebiete und Hierarchieebenen aus. Dies belegt die Stabilität des Qualitätsmanagementsystems im Universitätsklinikum Dresden, denn das Schicksal einer universitären Einrichtung ist der beständige Wechsel von hochqualifiziertem Personal in entsprechend verantwortungsvolle Positionen.

Die nächste Stufe der Kommunikation und Information sind die **Qualitätsbeauftragten** aus den Zentren, Kliniken, Instituten und Verwaltungsbereichen, die sich einmal im Quartal zusammenfinden.

Eine besondere Form der intensiven Zusammenarbeit bildet die **Peer-Group Qualitätsmanagement UKD**, in der die Qualitätsbeauftragten der zertifizierten Kliniken, Zentren und Institute sowie Verwaltungsbereiche zusammengefasst sind.

Der **Zentralbereich Qualitätsmanagement** ist bezogen auf die Größe des Universitätsklinikums Dresden eine vergleichsweise kleine, zentrale Einheit, die die Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen bei der Erbringung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung unterstützt. Grundprinzip ist die Stärkung der Eigenverantwortung! Im Jahr 2008 wurde der Zentralbereich Qualitätsmanagement aufgrund der Aufgabenvielfalt erweitert, sodass insgesamt 8 festangestellte Mitarbeiter, 1 Trainee und 2 Studenten im Zentralbereich Qualitätsmanagement zu folgenden verschiedenen Themenschwerpunkten arbeiten:

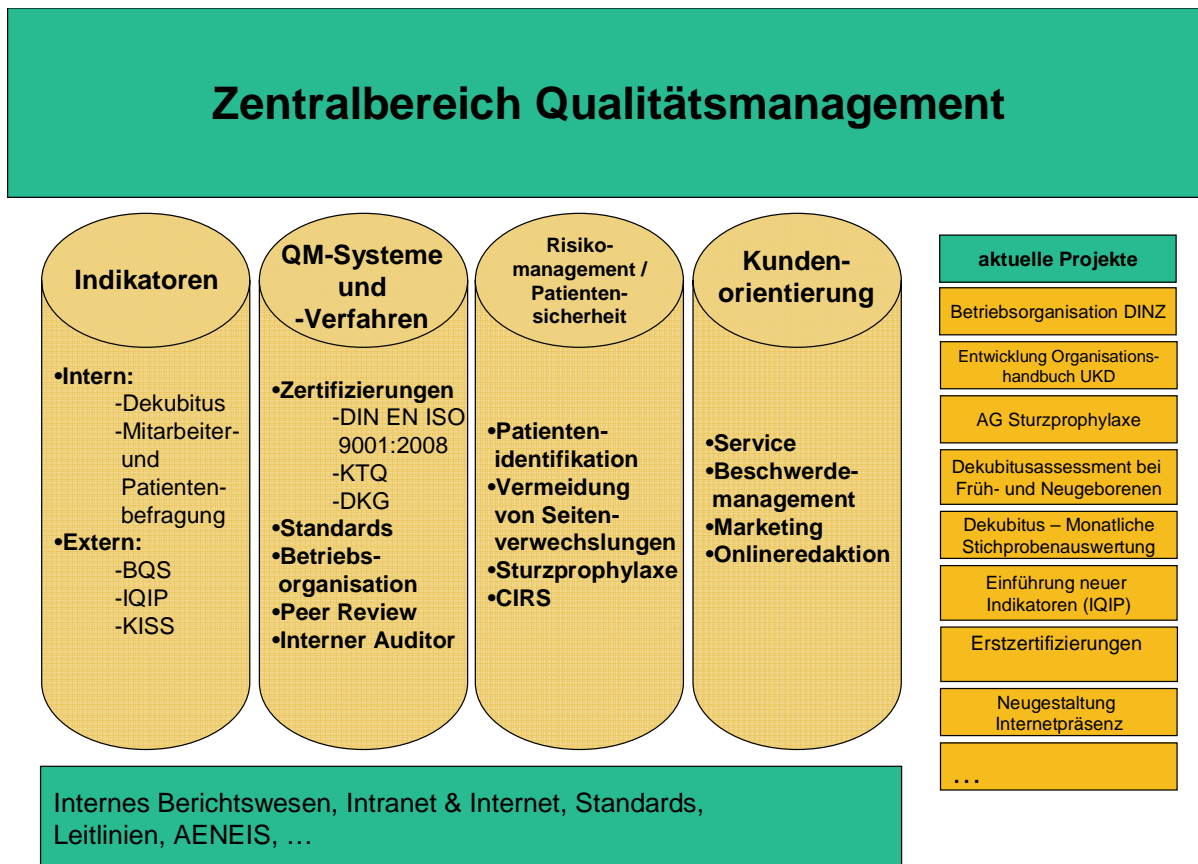


Abbildung 2: Themenschwerpunkte des Zentralbereiches Qualitätsmanagement im Universitätsklinikum Dresden

Die einzelnen Arbeitsaufgaben für die kontinuierliche Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems im Universitätsklinikum Dresden lauten für die einzelnen Mitarbeiter wie folgt:

Die **Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement** ist Fachärztin für Pathologie und hat berufsbegleitend zahlreiche Fort- und Weiterbildungen zum Thema Qualitätsmanagement erfolgreich absolviert sowie ein Studium zum European Master in Quality Management abgeschlossen. Im Jahr 2008 hat sie ihre Habilitationsschrift zum Thema „Qualitätsmanagement in der Pathologie“ erfolgreich verteidigt. Ihre Aufgaben betreffen insbesondere:

- die Koordination sämtlicher Qualitätsmanagement-Aktivitäten im Universitätsklinikum Dresden im Hinblick auf die vom Vorstand beschlossene Qualitätspolitik und Strategie,
- Unterstützung der Klinikumsleitung bei der Weiterentwicklung des bestehenden Qualitätsmanagementsystems,
- Vorbereitung, Moderation und Nachbereitung der Sitzungen des Steuerkreises und der Qualitätsbeauftragten des Klinikums und der Medizinischen Fakultät,

- Weiterentwicklung der Zertifizierungsverfahren im Universitätsklinikum Dresden als „externer“ Begleiter im Sinne der Projektplanung und Durchführung einschließlich der damit verbundenen internen Audits,
- Übertragung der Erfahrungen aus den Zertifizierungsverfahren in die nicht zertifizierten Einrichtungen im Sinne der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems,
- Koordination und Bewertung der nationalen und internationalen Benchmark-Projekte,
- Information und Kommunikation über laufende Qualitätsmanagement-Aktivitäten sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- Lehraufträge an der Medizinischen Fakultät Dresden und der staatlich anerkannten Universität „Dresden International University (DIU)“,
- Öffentlichkeitsarbeit in enger Zusammenarbeit mit der Pressestelle des Universitätsklinikums Dresden (Mitglied der Redaktion Carus Intern und der Marketinggruppe).

Mitarbeiter mit Schwerpunkt Service:

- Verantwortliche Wahrnehmung von Serviceaufgaben im Zusammenhang mit der persönlichen Betreuung von stationären Patienten,
- Annahme, Bearbeitung und Dokumentation von Beschwerden laut Beschwerdemanagementsystem des Universitätsklinikums Dresden,
- Entwicklung von Serviceangeboten (Post-, Kopier- und Faxservice für die Patienten, Pflege des Dolmetscherpools etc.),
- Mitwirkung bei der Öffentlichkeitsarbeit (Homepage, Mitarbeiterzeitung, Patientenbroschüre, Patienteninformationsmappe, Postkarten zu Feiertagen etc.),
- Fortbildungs- und Trainingsangebote bis hin zum persönlichen Coaching zur Verbesserung der Kommunikation im Universitätsklinikum Dresden.

Mitarbeiter mit Schwerpunkt Pflege, Prozessberatung, QM- und Zertifizierungsverfahren, Internes Audit:

- Einführung, Weiterentwicklung und Überprüfung von Pflegestandards,
- Einführung von Qualitätsindikatoren speziell in der Pflege mit Aufbau eines Berichtswesens (z. B. zur Vermeidung von Druckgeschwüren der Haut als Folge dauerhafter örtlicher Druckwirkung - Dekubitus),
- Begleitung von Kliniken bzw. Instituten bei der Einführung systematischer Qualitätsmanagementverfahren wie z. B. der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 oder einer Selbstbewertung nach dem deutschen Zertifizierungsverfahren Kooperation für Transparenz im Gesundheitswesen KTQ,
- Implementierung und Weiterentwicklung interner Auditverfahren im Bereich des OP und der Ambulanzen im Universitätsklinikum Dresden.

Mitarbeiter mit Schwerpunkt Indikatoren:

- Regelmäßige Eingabe der Daten für die verschiedenen Benchmarkprojekte,
- Statistische Auswertung und Bewertung der Daten, insbesondere der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V, des International Quality Indicator Projects (IQIP), des Qualitätsvergleiches des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) sowie aktuell und ganz neu der Initiative Qualitätsmedizin (IQM),
- Betreuung der Kliniken und deren Ansprechpartner im Rahmen des zu führenden strukturierten Dialogs (externe Qualitätssicherung gemäß §137 SGB V) mit den Facharbeitsgruppen bei der Sächsischen Landesärztekammer,
- Implementierung und Weiterentwicklung eines internen Berichtswesens für Qualitätskennzahlen im Universitätsklinikum Dresden

Mitarbeiter mit Schwerpunkt Risikomanagement:

- Mitarbeit in Klinikspezifischen Arbeitsgruppen zur Analyse und Auswertung von Beinahefehlern (CIRS- Critical Incident Reporting System) und damit Schnittstelle für organisationsübergreifende Themen des Universitätsklinikums Dresden,
- Erarbeitung und Umsetzung sicherheitsrelevanter Standards und Verfahren zur Vermeidung oder Minderung unerwünschter Ereignisse im Sinne der Patienten- und auch der Verfahrenssicherheit der Mitarbeiter (z.B. Einführung des Expertenstandards Sturzprophylaxe),
- Projektbegleitung und Unterstützung im Rahmen der Umsetzung von Schwerpunkten des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit (z.B. Patientenidentifikation),
- Mitarbeit bei der Annahme, Bearbeitung und Dokumentation von Beschwerden laut Beschwerdemanagementsystem unter dem Aspekt der Prozess- und Fehleranalyse und möglicher Risikoidentifikation.

Mitarbeiter mit Schwerpunkt Prozessmanagement:

- Implementierung und Weiterentwicklung eines elektronischen Organisationshandbuches (AENEIS),
- Unterstützung der Mitarbeiter in den Kliniken/Instituten auf dem Weg zu einer prozessorientierten Arbeitsweise,
- Erarbeitung und Weiterentwicklung von Managementhandbüchern und Verfahrensanweisungen durch Dokumentation und Visualisierung der Abläufe
- Erarbeitung von organisatorischen klinikumsweiten Standards

Onlineredakteur und Leiter AG Marketing:

- Redaktionelle Pflege und Weiterentwicklung des gemeinsamen Intranets von Klinikum und Fakultät, Etablierung des Intranets als zentrales Medium der internen Kommunikation,
- Redaktionelle Pflege und Weiterentwicklung des Internetauftritts des Universitätsklinikums,
- Mitarbeit in der Arbeitsgruppe Marketing des Universitätsklinikums: Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen in Marketing und Öffentlichkeitsarbeit, Integration der Themen in klassischen Medien und Onlinebereich,
- Mitarbeit in der Redaktion der Mitarbeiterzeitschrift.

Der „**Rotationsstelle Arzt**“ kommt eine besondere Bedeutung zu. Für den Zeitraum eines Jahres ist ein ärztlicher Mitarbeiter im Qualitätsmanagement für klinik- bzw. institutseigene Projekte tätig und von der täglichen Routine freigestellt. Er selbst erhält eine Ausbildung im Qualitätsmanagement und hilft seiner eigenen Einrichtung beim Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems. Zurück in der Klinik bzw. im Institut ist er der qualifizierte Ansprechpartner für den Zentralbereich Qualitätsmanagement des UKD und entwickelt das Qualitätsmanagementsystem der Klinik bzw. des Institutes kontinuierlich weiter.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Im Universitätsklinikum Dresden kommen selbstverständlich zahlreiche Instrumente zur Messung, Bewertung und kontinuierlichen Verbesserung der Qualität zur Anwendung. Dies entspricht im Übrigen einer ärztlichen, im Berufsrecht der Ärzte verankerten Verpflichtung. Die Werkzeuge umfassen bewährte und lang etablierte Verfahren wie Morbiditäts- (Häufigkeit von Erkrankungsfällen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem definierten Zeitraum), Mortalitäts- (Anzahl der Todesfälle in einem bestimmten Zeitraum bezogen auf 1.000 Individuen einer Population) und Komplikationskonferenzen und auch neue Methoden z.B. des Risikomanagements und der Patientensicherheit. Es würde den Rahmen dieses Berichtes sprengen, alle Maßnahmen und Aktivitäten der einzelnen Kliniken, Institute, Medizinischen Zentren sowie selbständigen Abteilungen diesbezüglich aufzuzählen, weshalb der Schwerpunkt auf die übergreifenden Instrumente des Qualitätsmanagementsystems im Universitätsklinikum Dresden gelegt wird. Ausdrücklich weisen wir auf den auf unserer Homepage hinterlegten Jahresbericht des Universitätsklinikum Dresden hin (www.uniklinikum-dresden.de).

Indikatoren

Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems fußt auf zwei wesentlichen Elementen:

- dem Qualitätsmanagement-Verfahren, mit festgelegten Regeln, Zuständigkeiten und Überwachungs- bzw. Anpassungsmechanismen
- und den zugrundeliegenden Stellgrößen, an denen die Qualität gemessen, bewertet und ausgerichtet wird.

Die Qualität der medizinischen Versorgung ist dabei ein komplexes Phänomen und lässt sich in der Regel nur durch mehrere Indikatoren abbilden, denn einzelne können nur Teilaspekte der Qualität beleuchten. Es ist daher sinnvoll, Zusammenstellungen mehrerer Indikatoren zur Beurteilung eines Versorgungsaspektes in Form von Profilen zugrunde zu legen. Die Einteilung der einzelnen Indikatoren erfolgt nach unterschiedlichen Kriterien; so betreffen typische globale Indikatoren die Mortalität im Krankenhaus, nosokomiale Infektionen, unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen, Stürze aus dem Bett, ungeplante Wiederaufnahmen. Diese Indikatoren geben im Vergleich zu den spezifischen ein eher grobes Bild, wenngleich sie ein wichtiges Informationsmittel darstellen. Fach- und diagnosespezifische Indikatoren betreffen z. B. in der Geburtshilfe die Sectiorate und in einem Fach wie der Pathologie z. B. das Verhältnis zwischen vermuteter Diagnose und histologischer Bestätigung.

Im Universitätsklinikum Dresden wird die Qualität der Leistungserbringung schon seit vielen Jahren mittels systematischer Messung von globalen und fachspezifischen Indikatoren gemessen und bewertet. Beispiele betreffen sowohl gesetzlich verbindliche Verfahren (gemäß § 137 Sozialgesetzbuch V) als auch freiwillige nationale und internationale Maßnahmen. Die folgende Auswahl aus dem Jahr 2008 gibt einen Einblick sowohl in die Erfassung und statistische Aufbereitung der Kennzahlen als auch in die sich anschließende Evaluation mit ggf. Ableitung von Maßnahmen.

Gesetzgeberisch verbindliche Maßnahmen gemäß § 137 SGB V

Im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung hat das Universitätsklinikum Dresden auch im Jahr 2008 dieses Instrument der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V genutzt, um die medizinische und pflegerische Behandlungsqualität zu messen und durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (www.bqs-online.de) analysieren zu lassen. Eine Auswahl dieser Indikatoren findet sich im Teil C-1.2 unter „Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren“. Besonders hervorheben möchten wir an dieser Stelle unser Grundprinzip zur eigenverantwortlichen Leistungserbringung auf hohem Qualitätsniveau. Als Voraussetzung müssen die Mitarbeiter selbst über die nach ihren Bedürfnissen entsprechend aufbereiteten Daten verfügen und in die Lage versetzt werden, diese auszuwerten, um ggf. Maßnahmen zur Verbesserung einzuleiten.

Bezüglich der Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V wurde deshalb die Notwendigkeit einer zeitnahen und unterjährigen Rückmeldung an die Kliniken mit der Möglichkeit einer frühzeitigen Erkennung von Auffälligkeiten erkannt. Damit besteht die Chance, vor Abschluss des laufenden Berichtsjahres auf mögliche Fehler in der Dokumentation Einfluss zu nehmen (Dokumentationsqualität), Definitionsunklarheiten bezüglich der Indikatoren zu bereinigen, Trends bzw. Qualitätsdefizite zu erkennen und prospektiv Maßnahmen zur Verbesserung einzuleiten. Mit dieser Zielsetzung wurde in Abstimmung mit den Kliniken für jedes Modul eine Übersicht über die tatsächlich „interessierenden“ Kennzahlen erarbeitet und vereinbart, diese - entsprechend aufbereitet - quartalsweise als Grundlage einer Bewertung im Intranet des Klinikums zur Verfügung zu stellen. Die Daten sind in dieser Form selbstverständlich verschlüsselt, so dass keine patientenbezogenen Daten veröffentlicht werden. Klinikintern kann mit entsprechender Berechtigung und Nachfrage im Zentralbereich Qualitätsmanagement eine Rückkopplung zur Fallnummer erfolgen. Weiterhin wird halb- und ganzjährig für ausgewählte Module eine Übersicht zu den Qualitätsindikatoren erstellt, welche mit den Rechenregeln der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) berechnet werden. Die Ergebnisse werden den Referenzbereichen der BQS, den Vorjahresergebnissen und den landesweiten Werten des Vorjahres gegenübergestellt. Ein einfaches Ampelsystem ermöglicht die Einschätzung, d.h. Bewertung der Ergebnisse wie folgt auf einen Blick für das Beispiel Hüftgelenknahe Femurfraktur.

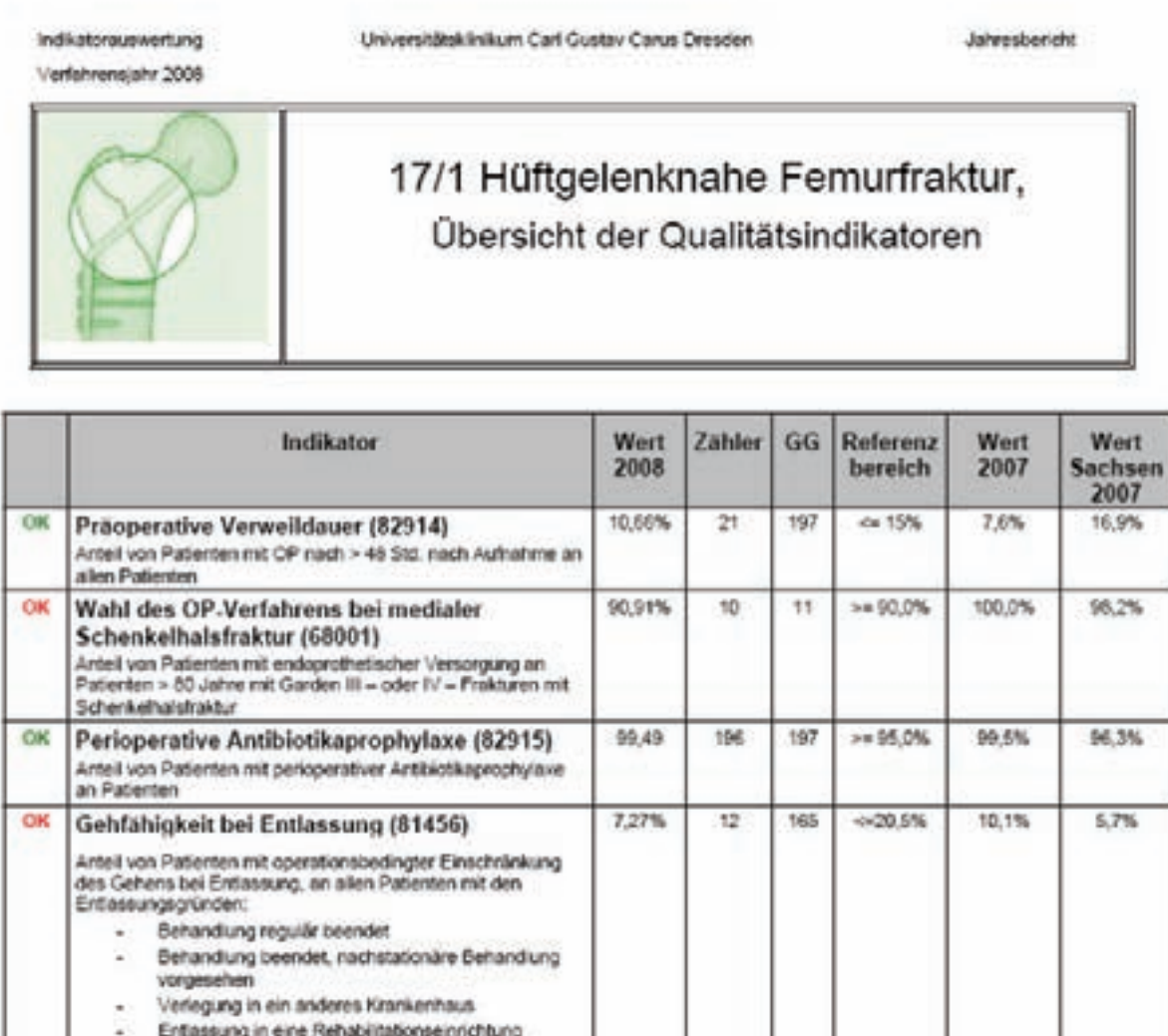


Abbildung 3: Ergebnisse der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V für die Hüftgelenknahe Femurfraktur; unterjährige Auswertung im Universitätsklinikum Dresden

Freiwillige Verfahren

Aktion Saubere Hände

In Deutschland treten etwa 500.000 Krankenhausinfektionen im Jahr auf. Diese Infektionen führen zu zusätzlichem Leid der Patienten, zur Verlängerung der Krankenhausverweildauer und damit auch zu zusätzlichen Kosten.

Experten sind sich darüber einig, dass die wichtigste Maßnahme zur Vermeidung der Übertragung von Infektionserregern die sorgfältige Händedesinfektion ist. In vielen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass durch die Verbesserung der Händedesinfektion das Auftreten von Krankenhausinfektionen reduziert werden kann. Deshalb hat die World Health Organization (WHO) in einer weltweiten Kampagne „Clean care is safer care“ die Verbreitung von effektiven Maßnahmen zur Verbesserung der Händehygiene als eines von 5 vorrangigen Zielen zur Erhöhung der Patientensicherheit genannt. In verschiedenen Ländern wurden bereits umfangreiche Initiativen zur Verbesserung der Händehygiene eingeleitet.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de), die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (www.gqmg.de) und das Nationale Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen (www.nrz-hygiene.de) haben die Kampagne „Aktion Saubere Hände“ für deutsche Gesundheitseinrichtungen ins Leben gerufen. Sie bündelt Partner aus dem Gesundheitswesen, Politik und Gesellschaft, um die Thematik der Händedesinfektion und ihre Bedeutung in der Prävention in der Krankenhausinfektion in einem breiteren Kontext hervorzuheben.

Die Kampagne hat das Ziel, die Compliance der Händedesinfektion in deutschen Krankenhäusern deutlich und nachhaltig zu erhöhen (www.praxis-page.de/ash/)

Das Universitätsklinikum Dresden ist von Beginn an Mitglied der Kampagne. Die Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement, Frau PD Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska, vertritt darüber hinaus als Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung einen der 3 Träger der Kampagne. Mit maßgeblicher Unterstützung des Leiters des Zentralbereiches Krankenhaushygiene und Umweltschutz, Herrn PD Dr. rer. nat. et rer. habil. Lutz Jatzwauk, wurden Untersuchungen zur Compliance sowie zum Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln realisiert. Die Untersuchungen erfolgten im Jahr 2008 auf allen Intensivstationen des Universitätsklinikums Dresden sowie auf Stationen der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie sowie der Inneren Medizin. Die beobachteten Mitarbeiter des Universitätsklinikums Dresden desinfizierten sich durchschnittlich in 60 % der erforderlichen Fälle die Hände.

Durch ein E-Learning-Programm „Klinische Händehygiene“ sowie zahlreiche Fortbildungen wurde eine Optimierung der Händedesinfektion angestrebt. Am E-Learning-Programm nahmen bisher etwa 1.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Universitätsklinikums Dresden teil. Darüber hinaus wurden zahlreiche Desinfektionsspender angeschafft und direkt am Patientenbett angebracht.



Abbildung 4: Ausstattung der Patientenbetten mit Desinfektionsmittelspender

Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) - Surveillance nosokomialer Infektionen auf den Intensivstationen des Universitätsklinikums Dresden

Durch systematische Erfassung, Analyse und Interpretation (Surveillance) der wichtigsten nosokomialen Infektionen lassen sich Infektionsprobleme erkennen, vorbeugende Maßnahmen (Prävention) gezielt intensivieren und damit Infektionen vermeiden. Wissenschaftlich fundierte Vergleichsdaten stehen in Deutschland durch das vom Nationalen Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen und vom Robert-Koch-Institut aufgebauten Krankenhaus-Infektions-Surveillance System (KISS) zur Verfügung. Das Universitätsklinikum Dresden nimmt schon seit einigen Jahren an diesem nationalen Indikatoren-Programm teil, und es ist schon eine gute Tradition, über die Entwicklung der nosokomialen Infektionen in den Intensivstationen des Universitätsklinikums Dresden zu berichten.

Bei allen ausgewerteten Infektionen (ZVK-assoziierte Sepsis, Blasenkatheter-assoziierte Harnwegsinfektionen Beatmungsassoziierte Pneumonie,) zeigt sich eine positive Entwicklung und bestätigt das konsequente Hygieneregime des Leiters des Zentralbereiches Krankenhaushygiene und Umweltschutz, Herrn PD Dr. rer. nat. et rer. medic. habil. Lutz Jatzwauk über die vielen Jahre. Beispielhaft ist im Folgenden die Entwicklung der ZVK-assoziierten Septikämien aufgeführt. So erhalten die überwiegende Anzahl der intensivmedizinisch versorgten Patienten für gewisse Zeit eine Infusionstherapie. Die durch intravasale Katheter bedingte Bakteriämie ist eine schwere Komplikation dieser Therapie, deren Prävention eine große Bedeutung zukommt. Durch konsequente Hygienemaßnahmen und den Einsatz antimikrobiell beschichteter Venenkatheter lässt sich eine deutliche Reduktion der sogenannten ZVK-Infektionen erzielen.

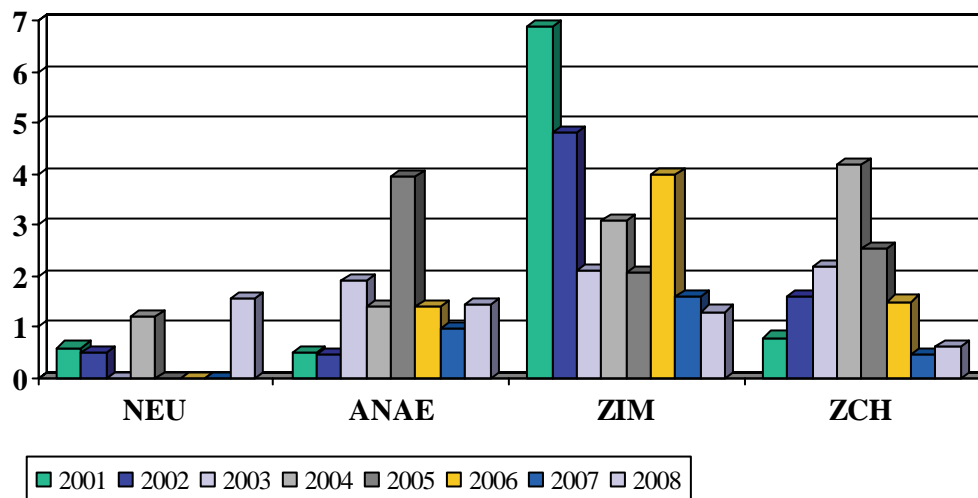


Abbildung 5: Nosokomiale Infektionen in den Intensivstationen (Neurologie, Anästhesie, Innere Medizin, Chirurgie) des Universitätsklinikums Dresden: ZVK-assoziierte Infektionsraten und ihre Entwicklung

International Quality Indicator Project (IQIP)

Das International Quality Indicator Project (IQIP - www.internationalqip.com) ist ein System zur Bewertung von medizinischen Versorgungsleistungen in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen. Es basiert auf der Messung von wissenschaftlich fundierten und international anwendbaren Leistungsindikatoren in inzwischen weltweit mehr als 2.000 Einrichtungen und hat sich als Grundlage für die Einführung und professionelle Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems in Krankenhäusern bewährt. Inzwischen hat sich IQIP zum weltweit größten Qualitätsinstrument und Forschungsprojekt der Messung von klinischen Leistungsindikatoren entwickelt.

Seit dem Jahr 2004 hat der Zentralbereich Qualitätsmanagement die Teilnahme am IQIP um jeweils einen weiteren Indikator erweitert und in das interne Berichtswesen des Universitätsklinikums Dresden integriert.

Verband der Universitätsklinika Deutschlands

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) wurde 1997 gegründet. Er vertritt die Interessen von 32 Universitätsklinika, die an 38 Standorten in Deutschland medizinische Spitzenleistung anbieten. Der VUD hat im Jahr 2008 die erste Version eines Qualitätsberichtes speziell für die Hochschulmedizin veröffentlicht. Die Grundlage für die darin abgebildete Statistik bilden Routinedaten, die primär der Abrechnung mit den Kostensträgern dienen. Abgebildet werden lediglich die Anzahl der in den Universitätsklinika durchgeführten Eingriffe bzw. Behandlungen. Zukünftig sollen weitere Qualitätsindikatoren abgebildet werden, die vor allem die Aspekte der Hochleistungsmedizin widerspiegeln.

Das Universitätsklinikum Dresden hat mit anderen Universitätskliniken erstmals 2007 am Indikatorenset des VUD teilgenommen. Einer dieser Indikatoren widmet sich dem Krankheitsbild des Schlaganfalls. Die Auswertung zeigt, dass 32 von 34 Universitätsklinika über eine Stroke Unit, einer spezialisierten Schlaganfallstation verfügen, von denen 30 ein Qualitätssiegel vorweisen können; das Universitätsklinikum Dresden gehört mit dem erfolgreich zertifizierten Universitäts SchlaganfallCentrum mit zu dieser Gruppe.

Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

Im Jahr 2008 haben sich zwölf führende Krankenhausträger zur „Initiative Qualitätsmedizin“ (IQM, www.initiative-qualitaetsmedizin.de) zusammengeschlossen. Das Universitätsklinikum Dresden ist Gründungsmitglied, und der Medizinische Vorstand, Herr Prof. Dr. med. D. Michael Albrecht, hat sich von Beginn an für folgende Zielsetzung der Initiative eingesetzt:

Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) verfolgt das Ziel, Sicherung und Management der Qualität in der Medizin durch den Einsatz von Routinedaten träger- und sektorenübergreifend weiter zu entwickeln.

Ideen- und Beschwerdemanagement

Seit dem Jahr 2002 werden im Zentralbereich Qualitätsmanagement Beschwerden und Ideen von Patienten sowie auch von Mitarbeitern des Universitätsklinikums Dresden entgegengenommen und systematisch gemeinsam mit der Rechtsstelle, dem Geschäftsbereich Finanzen (Patientenabrechnung) und dem Klinikumsvorstand bearbeitet. Lösungsorientiertes Handeln durch schnelle Rückmeldung an die Beschwerdeführer und konsequente Einbeziehung der Mitarbeiter stehen bei der Beschwerdebearbeitung im Mittelpunkt. Ziel ist es, Unzufriedenheit zu erkennen, Ursachen gemeinsam mit den Beteiligten zu analysieren, Maßnahmen zu erarbeiten und zu kommunizieren.

Im Jahr 2008 gingen insgesamt 220 schriftliche Beschwerden beim Vorstand bzw. den beteiligten Bereichen ein. Die steigende Tendenz gegenüber den Vorjahren entspricht der zunehmenden Fallzahl im stationären und ambulanten Versorgungsbereich. Sie ist ein Indiz dafür, dass Patienten, Angehörige und Besucher zunehmend aktiv ihre Unzufriedenheit über Abläufe, Umgangsformen, unzureichende Informationen oder Servicequalität äußern. Dabei liegt es im eigenen Interesse des Klinikums, Patienten und Besucher zur Kommunikation bei Unzufriedenheit zu motivieren, denn nur so können Verbesserungspotenziale aufgedeckt und Wege zur Problemlösung identifiziert werden. Insofern werden häufig nicht nur Beschwerden eingereicht, sondern auch zahlreiche Ideen, Hinweise und auch Danksgungen.

Die Auswertung der schriftlichen Beschwerden aus dem Jahr 2008 ergab wie in den Vorjahren einen wesentlichen Schwerpunkt hinsichtlich einer missverständlichen oder auch unzureichenden Kommunikation nach dem Motto:

„Wahr ist nicht, was A gesagt hat. Wahr ist, was B verstanden hat - für B jedenfalls...“.

Beschwerden insbesondere gegenüber den Ärzten und dem Pflegepersonal machen deutlich, dass sich Patienten aus ihrer Sicht zu wenig informiert, häufig allein gelassen oder unsensibel behandelt fühlen. Dabei stehen die Wahrnehmung der Patienten und ihrer Angehörigen häufig in Kontrast zur Einschätzung der Mitarbeiter. Deshalb ist eine sehr sensible und zugleich sachlich fundierte Aufarbeitung der Schilderungen notwendig, um den Bedürfnissen der Beteiligten beider Seiten gerecht zu werden.

Einen zweiten Schwerpunkt bilden kritische Rückmeldungen über die Ausstattung und die baulichen Rückstände im Klinikum. Das betrifft in erster Linie den Altbauring, klinikumsweit werden aber auch verschlissene Kopfkissen, Matratzen, Unsauberkeit der Sanitäranlagen, fehlende Mückenfenster und Baulärm beanstandet, oder es wird der Wunsch nach Wasserspendern, Klimaanlage oder kostenlosen Kopfhörern geäußert.

Der stete Ausbau des Ideen- und Beschwerdemanagements hat die Sensibilität für die Wünsche und Sorgen der Patienten gestärkt. Auch weiterhin steht die Zufriedenheit der Patienten mit den Angehörigen im Vordergrund unserer Bemühungen. Die Unterstützung der Mitarbeiter vor Ort, beispielsweise durch Kommunikationstrainings und auch die Umsetzung von Anregungen, etwa die Nachrüstung von Klimaanlage, Einsatz von Hostessen in der Speisenversorgung oder die Einrichtung von Arzt- und Klinikhotlines sind sichtbare Ergebnisse mit einem reichen Potenzial zur noch stärkeren Ausweitung.

CIRS - Critical Incident Reporting Systeme als Werkzeuge des klinischen Risikomanagements

Die systematische Erfassung kritischer, sogenannter sicherheitsrelevanter Ereignisse ist ein in der Industrie etabliertes Verfahren, um Systemfehler bzw. systematische Fehler zu identifizieren und nach einer entsprechenden Analyse Vermeidungs- bzw. Lösungsstrategien abzuleiten. Im medizinischen Bereich und hier insbesondere in der Anästhesie wurde in den letzten Jahren zunehmend auf die Erfahrungen der Industrie zurückgegriffen und ähnliche Erfassungssysteme eingeführt. Übertragbar auf das klinische Risikomanagement bezeichnet man eine Situation immer dann als kritisch, wenn sie zu einer Gefährdung der Sicherheit der Patienten hätte führen können. Hiervon theoretisch abzugrenzen sind Beinahunfälle und Unfälle. Bei diesen ist eine Gefährdung der Sicherheit von Patienten offensichtlich. Es ist davon auszugehen, dass sich die Ursachen, die zu einem kritischen Ereignis oder zu einem Unfall bzw. Beinahunfall führen, nur unwesentlich voneinander unterscheiden. Ein Critical Incident Reporting System (CIRS) macht sich dieses Wissen zu Nutzen. Ziel eines CIRS ist es, die häufigen kritischen Ereignisse systematisch zu erfassen und zu analysieren, um durch die abgeleiteten Maßnahmen die Inzidenz von seltenen Unfällen und Beinahunfällen zu reduzieren. Folgende Charakteristika weist ein CIRS auf:

- Von der Klinikleitung gewünscht und aktiv unterstützt
- Anonymität
- Straffreiheit
- Freiwilligkeit
- Unabhängigkeit von der Klinikleitung
- Analyse durch Experten, die die Kompetenz und Entscheidungsgewalt zur Optimierung der Prozessabläufe haben

- zeitnahe Auswertung mit Feedback an die Mitarbeiter
- Orientierung auf das System und nicht auf das Individuum

In der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie am Universitätsklinikum Dresden existiert seit 6 Jahren ein CIRS und ist eine Erfolgsgeschichte nicht nur für die Klinik sondern für das gesamte Klinikum. Seither sind 781 Meldungen seitens der Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie eingegangen und von der eigens etablierten Arbeitsgruppe bearbeitet worden. Dies bedeutet nicht nur die Analyse der eingegangenen Meldungen, sondern insbesondere die Ableitung von Maßnahmen unterschiedlichster Art wie z.B.:

- Erarbeitung von Regeln, Standards sowie Algorithmen
- Planung und Durchführung von Schulungen
- Durchführung regelmäßiger Fallkonferenzen

Von ganz besonderer Bedeutung ist die konsequente Unterstützung der Klinikleitung, die ungebrochen seit der Einführung durch Frau Prof. Dr. med. Thea Koch besteht. Diese motiviert ihre Mitarbeiter zur Anzeige kritischer Ereignisse und unterstützt die Arbeitsgruppe maßgeblich bei der Ableitung bzw. Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen.

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

Es würde den Rahmen dieses Qualitätsberichtes sprengen, alle Qualitätsprojekte des Universitätsklinikums Dresden zu beschreiben, deshalb wurde eine Auswahl getroffen, die im Jahr 2008 unter anderem auch die Weiterentwicklung des Klinischen Risikomanagementsystems berücksichtigt.

Einweiserzufriedenheit

Im Universitätsklinikum Dresden werden in regelmäßigen Abständen in den Kliniken, Zentren und Instituten Einweiserzufriedenheitsbefragungen durchgeführt. Sie entsprechen zum einen klassischen Instrumenten des Qualitätsmanagements, stellen aber hinsichtlich der Planung, Durchführung und Bewertung regelmäßig ein umschriebenes Projekt dar. Hierin sind im Universitätsklinikum Dresden häufig Studenten, Diplomanten oder Praktikanten eingebunden, um sich mit der konkreten Arbeit des Qualitätsmanagements vertraut zu machen. Die Systematik folgt dem bekannten Regelkreis des so genannten PDCA-Zyklus. Der Zyklus ist ein aus den 30iger Jahren des vergangenen Jahrhunderts stammendes Konzept mit dem Ziel kontinuierlicher systematischer Qualitätsverbesserung. Er besteht aus einer logischen Reihenfolge von sich vier wiederholenden Schritten mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung und des ununterbrochenen aktiven Lernens: Plan - Do - Check - Act. Im Gesundheitswesen hat sich der PDCA-Zyklus zunächst insbesondere im Krankenhaus etabliert und ist integraler Bestandteil des Zertifizierungsverfahrens der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ).

Alle Zufriedenheitsbefragungen im Universitätsklinikum Dresden folgen dieser grundlegenden Systematik nach dem Motto:

Eine Befragung ohne die Umsetzung qualitätsrelevanter Verbesserungspotentiale entspricht nicht der Philosophie eines professionellen Qualitätsmanagementsystems!

Auch das Regionale Brustzentrum Dresden (RBZ) hat im Jahr 2008 zusätzlich zu einer Befragung zur Patientenzufriedenheit (siehe nächster Themenschwerpunkt) eine Einweiserbefragung bei 318 Einweisern aus den Bereichen Gynäkologie, Allgemeinmedizin und Innere Medizin durchgeführt. Das Zentrum hat das primäre Ziel, einen regionalen Versorgungsanspruch auf hohem Qualitätsniveau in 4 verschiedenen Krankenhäusern des Dresdner Raums für Patientinnen mit Brustkrebs sicher zu stellen. Die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte ist ein bedeutendes Qualitätsmerkmal und hat maßgeblichen Einfluss auf die Inanspruchnahme der Leistungen des Zentrums seitens der Patientinnen mit Brustkrebs.

Die Befragung der einweisenden Ärzte hatte einen Rücklauf von 26 %; die Auswertung erfolgte sowohl standortspezifisch als auch für das Regionale Brustzentrum gesamt. Die Gründe für die Einweisung in das Regionale Brustzentrum Dresden liegen im Wesentlichen in der guten Zusammenarbeit und dem passenden Diagnose- und Therapieangebot. Weniger ausschlaggebend ist die geografische Nähe zum Wohnort der Patientinnen. Alle Einweiser erhalten für die weitere Behandlungsplanung die Protokolle der Tumorboardbeschlüsse, weshalb Angaben dazu in die Befragung mit aufgenommen wurden. Die Frage nach der Zufriedenheit und der Gestaltung, Ausführlichkeit und Vollständigkeit der Protokolle wurde überwiegend positiv bewertet. In der folgenden Abbildung sind wesentliche Ergebnisse dargestellt.

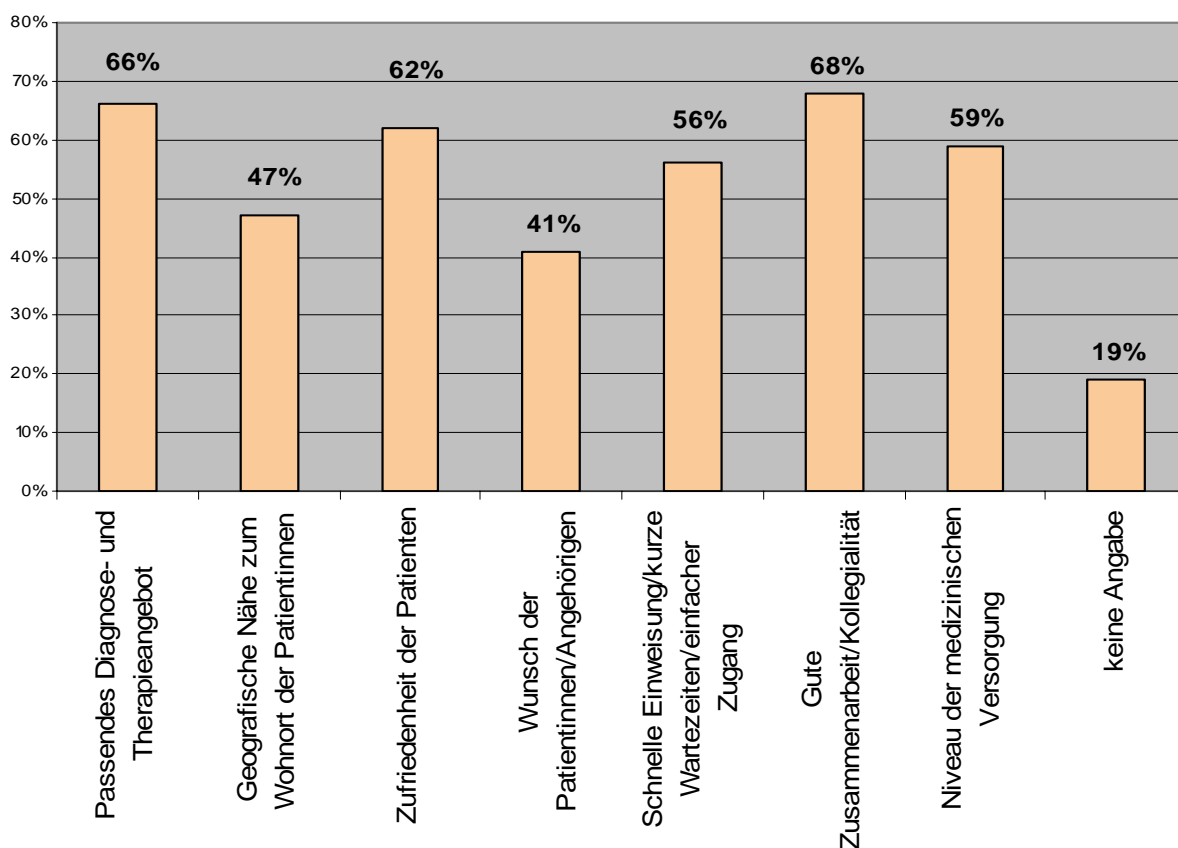


Abbildung 6: Ergebnisse der Einweiserbefragung durch das Regionale Brustzentrum Dresden - Gründe für die Einweisung

Patientenzufriedenheit

Zusätzlich zur Befragung der einweisenden Ärzte hat das Regionale Brustzentrum Dresden (RBZ) im Jahr 2008 eine Patientenbefragung durchgeführt. Das Zentrum hat einen regionalen Versorgungsanspruch auf hohem Qualitätsniveau zum Ziel und stellt diesen in den folgenden vier verschiedenen Krankenhäusern des Dresdner Raums für Patientinnen mit Brustkrebs sicher:

- Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Dresden
- Diakonissen-Krankenhaus Dresden
- St. Joseph-Stift Dresden
- Elblandkliniken Radebeul

Alle Patientinnen, die in einem definierten Zeitraum Ende 2008 im Regionalen Brustzentrum Dresden stationär behandelt wurden, erhielten am Entlassungstag einen Fragebogen einschließlich eines frankierten Rückumschlags durch das Pflegepersonal ausgehändigt. Die ausgefüllten Fragebögen schickten die Patientinnen an die Qualitätsbeauftragte des Regionalen Brustzentrums Dresden zurück. Die Rücklaufquote entsprach 39 %; die Auswertung erfolgte sowohl standortspezifisch als auch für das gesamte Regionale Brustzentrum. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass sich die Patientinnen hauptsächlich für einen Standort des Regionalen Brustzentrums entscheiden, weil dieser einen guten Ruf genießt oder weil diese Einrichtung ihnen vom behandelnden Arzt empfohlen wurde. Weniger von

Bedeutung sind die geografische Nähe zum Wohnort oder die bisherigen Erfahrungen. Im Folgenden sind die Ergebnisse veranschaulicht.

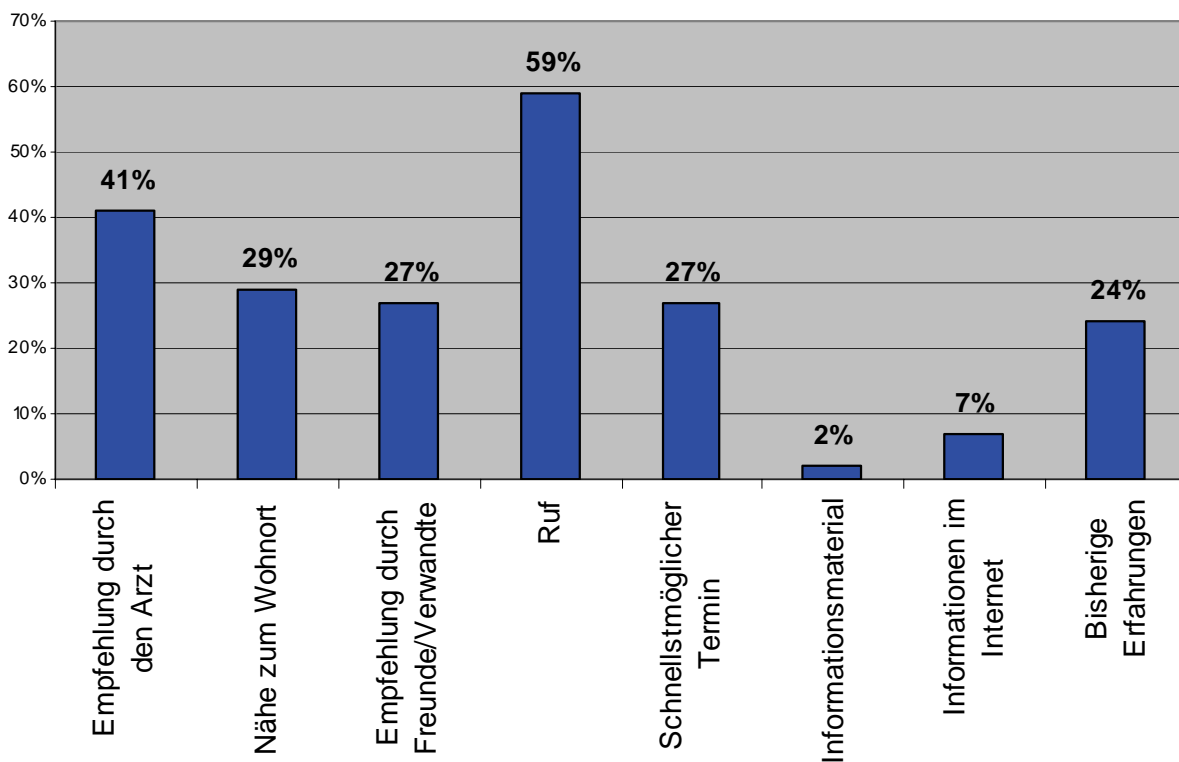


Abbildung 7: Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsbefragung im Regionalen Brustzentrum Dresden - Entscheidungsgründe für die Wahl einer Einrichtung des RBZ

„Kunden“-orientierung

Es gibt viele „Kunden“ in einem Krankenhaus; man unterscheidet zwischen den internen, das sind die Mitarbeiter, und den externen Kunden. Letztere umfassen in erster Linie die Patienten, ihre Angehörigen, aber auch Kooperationspartner wie einweisende Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen bis hin zu Rehabilitationseinrichtungen.

Für das Universitätsklinikum Dresden sind die Patienten die allererste Zielgruppe und diese sind mehr als „Kunden“, so der Medizinische Vorstand, Herr Professor Dr. med. D. Michael Albrecht.

Für die umfassenden Anfragen zur Verbesserung der Servicequalität ist unter der Servicehotline (0351-4582200) Kerstin Riefenstein (Mitarbeiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement) zu erreichen. Für persönliche Gespräche im Rahmen des Beschwerdemanagements steht sie im Verwaltungsgebäude/Haus 1 im Zimmer 322 zur Verfügung. In vertrauensvoller Atmosphäre können dabei enttäuschte Erwartungen oder andere Unzufriedenheiten während des Klinikaufenthaltes besprochen und auch wertvolle Hinweise und Anregungen gegeben werden. Kerstin Riefenstein beantwortet die verschiedensten Fragen von Patienten einschließlich ihrer Angehörigen mit Geduld und hoher Fachkompetenz. Sie nimmt im Rahmen des Service-, Ideen- und Beschwerdemanagements viele Hinweise und Anregungen zur Steigerung der „Kunden“-zufriedenheit im Klinikum entgegen und initiiert Maßnahmen, Aktivitäten und auch klinikumsweite Projekte, um den Patienten den stationären und ambulanten Aufenthalt im Universitätsklinikum Dresden zu erleichtern.

Durch das seit Jahren etablierte Ideen- und Servicemanagement im Universitätsklinikum konnten im Jahr 2008 die bereits existierenden Serviceangebote systematisch und „kunden“-orientiert weiter oder

auch neu entwickelt werden.

Dies betraf insbesondere ein abwechslungsreiches und gesundes Patientenessen sowie eine Verbesserung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements, eine Verkürzung der Befundübermittlungszeiten, der Wunsch nach Internetanschlüssen am Patientenbett, einem rauchfreien Krankenhaus, klimatisierten Patientenzimmern sowie schallschutzisolierten Fenstern und Zimmertüren.

Neue Orientierungshilfen in den Häusern und auf dem Gelände, aktuelle Lage- und Kurzinformationen, kostenfreie Parkplätze für Notfallpatienten, Grußkarten, Fernseh- und Radioempfang am Bett, Zeitungsservice, Tragetaschen, Handläufe, neue Matratzen und Patientenkopfkissen, neue Bettwäsche sowie Fliegenfenster (Mückenschutz) und Wasserspender konnten den Patienten angeboten werden.

Seit 2008 bietet das Universitätsklinikum einen Begleitservice für Patienten. Er kann telefonisch über eine Hotline angefordert werden und begleitet bedürftige Patienten zu ihren Stationen oder innerhalb des Hauses zu Untersuchungen.

Achtsamkeit und ein wertschätzender Umgangston sind nicht nur gegenüber Patienten, ihren Angehörigen und Besuchern des Universitätsklinikum Dresden von hoher Bedeutung, sondern auch für die tägliche Zusammenarbeit der Mitarbeiter der unterschiedlichsten Professionen. Dies ist bei zunehmender Leistungsdichte und steigenden Anforderungen von verschiedenster Seite im Gesundheitswesen eine Herausforderung für die Zukunft! Vielleicht ist dieser Anspruch das größte Qualitätsmanagementprojekt im Universitätsklinikum Dresden, das immer wieder neu aufgegriffen bzw. weiterentwickelt werden muss.



Abbildung 8: Servicebeauftragte des Universitätsklinikum Dresden, Frau Kerstin Riefenstein

Transparenz

Das Universitätsklinikum Dresden ist für die Region Ostsachsen der größte Gesundheitsversorger und im Jahr 2008 Anlaufpunkt für 58463 stationäre und 295333 ambulante Patienten gewesen. Für niedergelassene Ärzte und andere regionale Gesundheitsversorger ist das Klinikum ein wichtiger Ansprechpartner und kompetenter Partner für die Weiterbehandlung ihrer Patienten. Und nicht zuletzt ist es einer der größten Arbeitgeber und größter Ausbilder in der Stadt Dresden. Für all diese Menschen ist das Universitätsklinikum Dresden ein wichtiger Bezugspunkt, welcher aufgrund seiner Größe und Komplexität daher manchmal nicht ganz leicht zu überschauen ist.

Deshalb arbeitet eine Gruppe aus Kommunikationsspezialisten und Vertretern verschiedener weiterer Professionen aus dem Klinikumsumfeld kontinuierlich an Konzepten, Maßnahmen und kleinen oder größeren Projekten, um das Klinikum in seiner Komplexität für interne und externe Öffentlichkeiten besser zugänglich und „greifbar“ zu machen. Die klare Meinung des Klinikumsvorstandes lautet:

„Transparenz herzustellen ist eines der wichtigsten Ziele in der Öffentlichkeitsarbeit des Klinikums. Schließlich ist Transparenz eine der Grundvoraussetzungen für das dem Klinikum entgegengebrachte Vertrauen seiner Patienten, Kooperationspartner und Mitarbeiter.“

Das Jahr 2008 wurde für eine ganze Reihe von Verbesserungen, die der Transparenz des Unternehmens dienen, genutzt. Eines der aufwändigsten neuen Produkte richtet sich speziell an niedergelassene Ärzte und Kooperationspartner. Erstmals wurde im Rahmen eines größeren Projektes eine Broschüre zusammengestellt, die sich ausschließlich an den Bedürfnissen der niedergelassenen Kollegen orientiert. Schließlich sind es die niedergelassenen Ärzte, die für den weit größten Teil des Zulaufs von Patienten in das Universitätsklinikum Dresden verantwortlich sind. In einer qualitativ hochwertigen und zugleich effizienten Patientenversorgung spielen niedergelassene Ärzte - sowohl spezialisierte Fachärzte als auch Allgemeinärzte - eine wesentliche Rolle. Das Universitätsklinikum fördert diese enge Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung, indem es den Kontakt zwischen niedergelassenen Kollegen und dem Klinikum erleichtert. Die exklusiv zu diesem Zweck konzipierte Broschüre enthält einen kompakten Überblick über sämtliche Fachkliniken, Zentren und Institute und deren Spezialambulanzen im praktischen Kitteltaschenformat. Entscheidend für eine reibungslose Kooperation ist der unkomplizierte Kontakt zum mitbehandelnden Arzt. Kern der Broschüre sind Durchwahlnummern zu Ärzten in den Kliniken und Spezialambulanzen, die direkt und ohne Umwege für Fragen der Kollegen zur Verfügung stehen. Das ausschließlich positive Echo aus den Reihen der Einweiser und aus dem Klinikum selbst unterstreicht die Notwendigkeit eines solchen Wegweisers zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den Beteiligten.



Abbildung 9: Einweiserbroschüre des Universitätsklinikums Dresden

Für seine Patienten hält das Klinikum eine große Bandbreite an Broschüren, Orientierungshilfen und vielen weiteren Informationsmaterialien bereit. Die Patientenkommunikation konzentriert sich traditionell auf die Vermittlung von Informationen aus dem Klinikum heraus an seine Patienten. Als ausbaufähig wurden die Möglichkeiten zur Kommunikation in umgekehrter Richtung - also von den Patienten in Richtung Klinikum - bewertet, so dass für Patienten die Pfade zur Kommunikation mit dem Klinikum erweitert wurden. Eine gute Vorlage bot dabei das bewährte Instrument der Feedback-Postkarte, welches am Universitätsklinikum Dresden bereits seit einigen Jahren erfolgreich eingesetzt wird. 2008 wurde die Anzahl der Briefkästen, in welche die Postkarten unkompliziert und anonym eingeworfen werden können, um ein Vielfaches erhöht. An insgesamt 20 Standorten befinden sich nun gut sichtbare, einheitlich im Corporate Design gestaltete Briefkästen, an denen Feedback-Karten entnommen und ausgefüllt eingeworfen werden können. Im Sinne der Transparenz zum weiteren Verbleib der Karten befinden sich auf den Kästen Aufkleber mit Informationen, was mit den Hinweisen, die sich auf den Karten befinden, passiert. Außerdem sind auf allen Kästen Name und Telefonnummer der für das Service-, Ideen- und Beschwerdemanagement zuständigen Mitarbeiterin vermerkt (siehe Themenschwerpunkt Kundenorientierung), so dass sich Patienten auch direkt mit ihr in Verbindung setzen können.



Abbildung 10: Briefkasten Feedback-Karte an 20 Stellen im Gelände des Universitätsklinikums Dresden

Neue Wege der Patienten- und Prozessorientierung am Universitätsklinikum Dresden

Im Zusammenhang mit der Erarbeitung einer Betriebsorganisation im großen Neubauvorhaben des Diagnostisch-Internistisch-Neurologischen Zentrums (DINZ) wurden neue Wege der Prozessgestaltung eingeschlagen. So hat der Vorstand der Kern-AG DINZ-BO den Auftrag erteilt, die Betriebsorganisation auf der Grundlage von Sollprozessen zu entwickeln. Dies bedeutet zunächst eine kritische Analyse der Ist-Abläufe und die Neugestaltung im Hinblick auf einen Gebäudekomplex, der eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglichen und Ressourcen effizienter nutzbar machen soll. Für diese Arbeit bedarf es professioneller externer und vor allem einer EDV-technischen Unterstützung. Letztere wurde durch eine Prozessmodellierungssoftware - AENEIS - konkret, die den hohen Ansprüchen nicht nur der verschiedenen Professionen in der Arbeitsgruppe, sondern auch den Bedürfnissen an ein Organisationshandbuch UKD gerecht werden sollte.

AENEIS ist ein Werkzeug zur Modellierung, Dokumentation und Analyse von Geschäftsprozessen und Organisationsstrukturen, mit dessen Hilfe Prozessabläufe strukturiert und systematisch erstellt und weiter entwickelt werden können. Mit dieser Prozessmodellierungssoftware und der integrierten Datenbank kann über Verknüpfungen und Referenzen exakt festgelegt und ausgewertet werden:

- Wer (Bereiche, Berufsgruppen, Mitarbeiter),
- Was (Aufgaben),
- Womit (Dokumente, Vorlagen, Software),
- Wie (Abläufe, Verfahrensbeschreibungen) und
- nach Welchen Regeln tut (Gesetze, Leitlinien, Standards).

Ein grundlegender Vorteil ist die Dokumentation und Visualisierung von klinikumsweiten und klinik- bzw. bereichsspezifischen Prozessen, so dass das Wissen der Mitarbeiter gespeichert, Vorgaben der Leitungsebene kommunizierbar und jederzeit mit Hilfe eines elektronischen Berichtes abrufbar ist. Außerdem werden „Schnittstellen“ zu anderen Bereichen klar definiert und in „Nahtstellen“ umfunktio- niert.

Die Folge ist eine Verbesserung insbesondere der Prozessqualität, die im Universitätsklinikum Dres- den immer im Zusammenhang mit der Ergebnisqualität als ein wesentlicher Baustein eines Qualitäts- managementsystems betrachtet wird.

Im Jahr 2008 hat der Vorstand des Universitätsklinikum Dresdens AENEIS als das führende Instru- ment zur Erarbeitung eines übergreifenden Organisationshandbuches erklärt und den Zentralbereich Qualitätsmanagement mit der Umsetzung beauftragt. In einem ersten Schritt wurde das KIK- Brückenprojekt mit Hilfe der Prozessmodellierungssoftware AENEIS im Jahr 2008 als Pilotprojekt er- folgreich zertifiziert und verfügt als erster Bereich im Universitätsklinikum Dresden über ein in AENEIS komplett integriertes Managementhandbuch (siehe D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements: KIK- Brückenprojekt).

Darüber hinaus wurde als weiteres Pilotprojekt die Grundlage für einen klinikumsweiten Standard be- züglich der Unterstützungsprozesse erarbeitet, der ab dem Jahr 2009 für alle Kliniken, Zentren und Institute gelten wird. Diese betreffen insbesondere Anforderungen an gesetzlich vorgegebene Themen wie Arbeitssicherheit, Brandschutz, Hygiene, Gesundheits- und Mutterschutz sowie Notfallmanage- ment.

Klinik und Poliklinik für Orthopädie

Das besondere dieser Klinik betrifft die Auswahl des Bewertungs- bzw. Zertifizierungsverfahrens. Be- reits im Jahr 2003 hat sich die Klinikleitung mit den Mitarbeitern auf den Weg der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems gemacht. Als nutzbringendes Instrument wurde der krankenhausspezi- fische Bewertungskatalog des deutschen Zertifizierungsverfahrens Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) genutzt. Die KTQ-Philosophie war zum damaligen Zeitpunkt strikt auf die Zertifizierung einer Gesamteinrichtung mit ggf. mehreren Kliniken ausgerichtet, so dass eine offizielle Zertifizierung für die Klinik und Poliklinik für Orthopädie zum damaligen Zeitpunkt nicht möglich war. Trotzdem hat sich der Klinikdirektor, Herr Prof. Dr. med. Klaus-Peter Günther für diesen Weg der (zunächst) Selbstbewertung entschieden und das Qualitätsmanagementsystem in seiner Klinik kontinuierlich weiterentwickelt.

Drei Jahre später, angesichts der erneut anstehenden Selbstbewertung nach dem KTQ-Modell, wurde der Wunsch der Mitarbeiter deutlich, dieses Bemühen auch mit einem Zertifikat sowohl nach innen als auch nach außen kommunizieren zu können. Diese Anliegen wurde durch die Leiterin des Zentralbe- reiches QM, Frau PD Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska, an die KTQ-Gesellschafter herangetra- gen. Kritische Diskussionen folgten, und im Ergebnis wurde dem Vorhaben einer Fremdbewertung nach den Regeln der KTQ als Pilotprojekt in Deutschland für eine Fachklinik mit Budget- und Perso- nalverantwortung zugestimmt.

Am 26. bis 27. Mai 2008 wurde die Fremdvisitation erfolgreich durchgeführt. Die Visitoren empfahlen uneingeschränkt eine Zertifizierung nach dem KTQ-Verfahren. Dieses Vorgehen war und ist einmalig in Deutschland und freut natürlich in erster Linie alle Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Orthopädie sowie den Klinikdirektor, Herrn Professor Dr. med. Klaus-Peter Günther und insbesondere auch die Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement, Frau PD Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska.

Klinik und Poliklinik für Urologie

Bereits im Jahr 2007 wurde ein Teilbereich der Klinik und Poliklinik für Urologie, das Prostatakarzinomzentrum unter dem Dach des Universitäts KrebsCentrum (UCC) nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft erfolgreich zertifiziert. Damit gehörte das Dresdner Prostatakarzinomzentrum zu den ersten in Deutschland zertifizierten Zentren und stellt sich den hohen Anforderungen einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten mit Prostatakarzinom.

Das Qualitätsmanagementsystem nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft beinhaltet die Etablierung eines allgemeinen Qualitätsmanagementsystems mit zusätzlichen fachlichen Anforderungen. Durch die außerordentlich gut strukturierte Arbeit in der Klinik und Poliklinik für Urologie unter Leitung des Direktors, Herrn Prof. Dr. med. Manfred Wirth und die systematische sowie kontinuierliche Einbindung der Mitarbeiter wurde im Jahr 2008 das Qualitätsmanagementsystem auf die gesamte Klinik übertragen und ausgeweitet. Am 15. Dezember 2008 erfolgte die erfolgreiche Zertifizierung der gesamten Klinik und Poliklinik für Urologie nach der DIN EN ISO 9001:2000. Damit haben sich die Mitarbeiter mit dem Direktor der Klinik ein persönliches Weihnachtsgeschenk hart erarbeitet und dies auch verdient gefeiert.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Hinsichtlich der Bewertung des Qualitätsmanagementsystems im Universitätsklinikum Dresden gibt es angesichts der zahlreichen Selbst- und Fremdbewertungsverfahren in den Kliniken, Zentren, Instituten und selbständigen Abteilungen sehr viel mehr als mit den Möglichkeiten dieser Veröffentlichung zu berichten. Deshalb mussten wir eine Auswahl treffen und stellen insbesondere die Verfahren vor, die im Jahr 2008 neu etabliert wurden.

KIK-Brückenprojekt

Als bundesweit erste Einrichtung bietet das KIK-Brückenprojekt am Universitätsklinikum Dresden schwerstkranken Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung an und hat im Jahr 2008 ein Gütesiegel nach der internationalen Norm DIN EN ISO 9001:2000 erhalten. Im Mittelpunkt des KIK-Brückenprojektes stehen medizinische, pflegerische und psychosoziale Leistungen, die ein Team der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin gemeinsam mit Partnern erbringen. Die durch die Qualitätsnorm geregelten Verfahrensanweisungen stellen dabei sicher, dass sich die ambulante Versorgung der unheilbar Erkrankten verlässlicher und transparenter als bisher an deren Bedürfnissen orientiert. Der externe Gutachter stellte am Ende der Überprüfung fest:

„Zusammenfassend zeigt sich, dass im KIK-Brückenprojekt Dresden fachliche Kompetenz und menschliches Einfühlungsvermögen nicht voneinander getrennt werden und den zu betreuenden Patienten höchstmögliche Zuwendung in beiden Bereichen geboten wird.“

Die besondere Leistung der Mitarbeiter des KIK-Brückenprojektes wurde mit Verleihung der Zertifizierungsurkunde aus den Händen Sachsens Sozialministerin Christine Clauss mit folgenden Grußworten gewürdigt:

„Es ist gelungen, bei allen Normanforderungen die Individualität der Patienten zu erhalten, und das ist eine hervorragende Leistung!“

Das KIK-Brückenprojekt wurde von Herrn Andreas Müller, Kinderkrankenpfleger aus der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Dresden aufgebaut. Er gilt in Deutschland als einer der Pioniere auf dem Gebiet der ambulanten Palliativversorgung von Kindern. Im Mittelpunkt der Betreuung steht eine sie „ummantelnde“ (lateinisch: palliative) Therapie und Pflege. Ziel ist es, die Patienten körperlich und psychisch zu stabilisieren und die Krankheitssymptome, soweit dies möglich ist, zurückzudrängen. Das jetzt etablierte Qualitätsmanagementsystem kam als Anstoß aus Gesprächen, die das KIK-Brückenprojektteam mit betroffenen Familien führte. Wunsch der Angehörigen war es, die Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Partnern zu regeln und verbindlich festzuschreiben. Nicht nur für das KIK-Brückenprojekt in Dresden selbst, sondern darüber hinaus wurden Zeichen gesetzt. So vertritt sein Leiter, Herr Andreas Müller, folgende Position:

„Wir denken, dass der Aufbau des zertifizierungsfähigen Qualitätsmanagementsystems der ambulanten Palliativversorgung bundesweit eine Vorbildfunktion hat und auch auf erwachsene Patienten übertragbar ist“.



Abbildung 11: Team des KIK-Brückenprojektes

Interne Audits im Universitätsklinikum Dresden am Beispiel der AG Ambulanzen

Der aus dem Englischen stammende Begriff entspricht im Deutschen am ehesten „Revision“ oder „Überprüfung“. Im Kontext mit Qualitätsmanagement ist das Audit ein durch eine externe (unabhängige) Stelle erfolgendes Begutachtungsverfahren von Organisationen bezüglich der Einführung und Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagementsystems.

Quelle: Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement, Herausgeber Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, 4. Auflage 2007

Interne Audits werden nicht durch Externe erbracht, sondern durch die eigenen Mitarbeiter in einer Einrichtung, meist in Vorbereitung auf ein Fremdbegutachtungsverfahren (Zertifizierung). Sie sind häufig an das so genannte Peer Review gekoppelt, das im nachfolgenden Themenschwerpunkt beschrieben wird.

Im Universitätsklinikum Dresden hat sich das Instrument der internen Audits auch in Bereichen bewährt, die nicht zertifiziert sind, wie zum Beispiel in allen operativen Abteilungen des Klinikums. Dieser Erfolg gab im Jahr 2008 den Anlass, das Verfahren auch auf alle Ambulanzen des Klinikums zu übertragen.

Ausgangspunkt für die Etablierung der **Arbeitsgruppe Ambulanzen** im Universitätsklinikum Dresden war es, in allen Ambulanzen ein gleich hohes Qualitätsniveau zu erreichen, zu sichern und weiterzuentwickeln. Dabei galt es, die Erfahrungen aus den Zertifizierungsverfahren und internen Audits zu nutzen und auf die Anforderungen der Arbeitsabläufe in den Ambulanzen zu übertragen. Im Januar 2008 erfolgte die Konstituierung von insgesamt 3 Arbeitsgruppen. Die 31 Verantwortlichen der 54 Ambulanzen, 2 Notaufnahmen und 3 Tageskliniken des Klinikums erhielten eine Grundqualifikation zum Internen Auditor, um mit diesem Wissen in der neuen Rolle als „Prüfer“ entsprechend dem Peer Re-

view Verfahren aufzutreten. Die monatlichen Workshops schaffen die notwendige Kontinuität bezüglich einer konstruktiv-kritischen Zusammenarbeit zu folgenden Themenschwerpunkten:

- Förderung des Erfahrungsaustauschs zwischen den Kollegen (Ideentransfer/Transparenz),
- systematische und strukturierte Abbildung pflegerischen Handelns in der Ambulanz,
- Abstimmung von Mindeststandards, -abläufen und -anforderungen sowie
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit.

Unterstützung erfolgt durch den Zentralbereich Qualitätsmanagement. Ziel dabei ist, dass Aufgaben und Aufwand in einem praktikablen Verhältnis zueinander stehen und das Wissen vieler Personen in einer Expertengruppe gebündelt wird. Letztlich entstehen gruppenenergetische Effekte, die den Output eines Teams erfolgsträchtiger werden lassen als die kumulierte Arbeit von „Einzelkämpfern“. 2008 haben die ersten 9 internen Audits im Peer Review Verfahren stattgefunden, die dazu dienen, Prozessabläufe hinsichtlich der Erfüllung von Anforderungen und Richtlinien zu bewerten. Eine diesbezügliche Orientierung und Ausrichtung liefert die DIN EN ISO 19011:2002 / 9001:2008. Die ersten Erfahrungen haben ergeben, dass die Ambulanzleiter bzw. -mitarbeiter die internen Audits als Chance zur Verbesserung im eigenen Bereich einschätzen, um bestehende Abläufe ggf. neu zu gestalten. Außerdem wird der Erfahrungsaustausch zwischen den Kollegen als positiv bewertet.

Peer-Review Verfahren im Universitätsklinikum Dresden - der Start 2008

Peer-Review ist definiert als eine kontinuierliche, systematische und kritische Reflexion durch mehrere Angehörige einer Berufsgruppe über die eigene Leistungsfähigkeit und die der Kollegen unter Verwendung eines strukturierten Prozesses mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung. Unter dem Begriff „Clinical Audit“ oder „Medical Audit“ wird im Angelsächsischen Sprachgebrauch ein Konzept verstanden, dass ein Peer-Review speziell für medizinische Behandlungsprozesse darstellt und demzufolge fachlich gleichgestellten ärztlichen Kollegen zur gegenseitigen Beratung vorbehalten ist („Peers“: ebenbürtige). Dieser Vorgang beginnt z. B. mit der systematischen Aufzeichnung ärztlichen Tuns und anschließender Beurteilung der erbrachten ärztlichen Leistungen durch qualifizierte Gutachter.

Quelle: Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement, Herausgeber Bundesärztekammer Kassenärztliche Bundesvereinigung, 4. Auflage 2007

Dieses Verfahren wurde im Universitätsklinikum Dresden aufgegriffen und eine Peer-Group Qualitätsmanagement (Peer Group QM UKD) im Jahr 2008 gegründet. Die Mitglieder der Peer Group QM UKD rekrutieren sich aus den jeweils zertifizierten Bereichen des Universitätsklinikums Dresden und denjenigen, die das Auditverfahren in den operativen Bereichen und Ambulanzen nutzen.

Ziel war und ist die Sicherstellung eines gleichartig hohen und vergleichbaren Qualitätsniveaus vor allem in den zertifizierten Bereichen des Klinikums. Dies betrifft im besonderen Maße die Unterstützung bei der Durchführung interner und externer Audits, die Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen sowie die Schaffung einer Plattform für einen breiten Erfahrungsaustausch. Die Peers treffen sich monatlich zu einem zweistündigen Arbeitstreffen mit theoretischer Wissensvermittlung bis hin zum konkreten Erfahrungsaustausch entsprechend eines im Jahr 2008 erstmals erstellten Jahresplans.

26.02.08	Internes Audit - Anforderung und Umsetzung	Input - Austausch
25.03.08	Dokumentation: Anforderung - Audit	Input - Austausch
29.04.08	Berichterstattung - Qualitätsbericht	Input - Austausch
27.05.08	Die Interview - Situation	Input/ Rollenspiel
24.06.08	Zufriedenheitsbefragung	Input - Austausch
29.07.08	Werkzeuge und Methoden des QM	Training
26.08.08	Qualitätsentwicklung/ Verbesserung	Input - Austausch
30.09.08	Qualitätskennzahlen/ Indikatoren/ Benchmarking	Input - Austausch
28.10.08	Management von Ressourcen (Personal)	Input - Austausch
25.11.08	Infrastruktur/ Arbeitsumgebung/ Notfallmanag.	Input - Austausch
16.12.08	Revision der DIN EN ISO 9001:2000/ Evaluation	Input

Peer Group QM UKD - Jahresplan 2008

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	C16	285	Magenkrebs
2	C18	269	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
3	G47	260	Schlafstörung
4	C92	240	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)
5	C83	235	Krebs der Lymphknoten mit verstreutem Wachstum, außer Hodgkin-Krankheit
6	C20	231	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
7	C90	177	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)
8	D61	173	Sonstige Blutarmut durch zu geringe Neubildung der roten Blutkörperchen
9	C34	159	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
10	C91	156	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)