

Ergänzungsvorlage-Nr. 12/1434/1

öffentlich

Datum: 12.07.2006
 Dienststelle: Amt 84
 Bearbeitung: Herr van Brederode, Herr Eichmüller

Krankenhausausschuss 1	17.08.2006	Beratung
Krankenhausausschuss 2	15.08.2006	Beratung
Krankenhausausschuss 3	14.08.2006	Beratung
Krankenhausausschuss 4	16.08.2006	Beratung
Gesundheitsausschuss	18.08.2006	Beratung

Tagesordnungspunkt:

Entwicklungsstand Qualitätsmanagement in den Rheinischen Kliniken

Kenntnisnahme:

Der Bericht zum aktuellen Stand der Entwicklung des Qualitätsmanagement in den Rheinischen Kliniken wird zur Kenntnis genommen.

Finanzielle Auswirkungen:

Kosten der Maßnahme:		keine
Im Haushaltsplan veranschlagt:	Nein	
Im Wirtschaftsplan veranschlagt:	Nein	
Mittel stehen zur Verfügung:	Nein	
Jährliche Folgekosten:		keine

In Vertretung

K u k l a

Begründung der Vorlage Nr. 12/1434/1

A) aktuelle Beratungslage

Die Krankenhausausschüsse und der Gesundheitsausschuss haben in ihren letzten Sitzungen darum gebeten, die Vorlage Nr. 12/1434 in ihren nächsten Sitzungen zu beraten.

B) Text der Ursprungsvorlage Nr. 12/1434

1 Vorbemerkung

Der Gesundheitsausschuss hat die Verwaltung in seiner Sitzung am 06.03.1998 beauftragt, ein Konzept zum Qualitätsmanagement in den Rheinischen Kliniken vorzulegen und umzusetzen.

Seitdem hat die Verwaltung fortlaufend über die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements berichtet:

- Vorlage Nr. 10/99 Ge vom 27.04.1999
- Vorlage Nr. 11/38 Ge vom 29.09.2000
- Vorlage Nr. 11/83 Ge vom 05.07.2002
- mündlicher Bericht in der Ge-Sitzung am 06.10.2003
- Vorlage Nr. 11/140 Ge vom 02.07.2004

Der folgende Bericht informiert über den aktuellen Entwicklungsstand.

2 Stand der Umsetzung

Mit Blick auf die Einzelmaßnahmen und Teilziele des Qualitätsmanagements ergibt sich folgender Entwicklungsstand:

(1) Qualitätsmanagement-Strukturen in den Kliniken

In allen Kliniken sind die erforderlichen Strukturen zur Umsetzung des Qualitätsmanagements etabliert: Alle Rheinischen Kliniken verfügen über einen bzw. mehrere Qualitätsbeauftragte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf allen hierarchischen Ebenen der Rheinischen Kliniken wurden durch Fortbildungsmaßnahmen qualifiziert.

(2) Durchführung von zwei Selbstbewertungen nach EFQM

„Selbstbewertung“ bezeichnet die systematische Revision der eigenen Arbeit (d. h. der Maßnahmen, Prozesse und Ergebnisse) anhand des Kriterienkatalogs der EFQM sowie ihre systematische Bewertung anhand eines definierten Verfahrens. Das Verfahren ist darauf gerichtet, Stärken und Schwächen (bzw. Verbesserungspotenziale) zu identifizieren.

In allen Kliniken wurde eine erste Selbstbewertung durchgeführt. Aus der Selbstbewertung und aus dem Einsatz weiterer ergänzender Verfahren (wie z.B. der Mitarbeiter- und Patientenbefragung) wurden umfangreiche Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und umgesetzt, bzw. befinden sich noch im laufenden Umsetzungsprozess (siehe hierzu auch (6))

Die ursprünglich im Zeitraum von zwei bis drei Jahren nach der ersten Selbstbewertung geplante zweite Selbstbewertung wurde zeitlich nach hinten verschoben. Ein wesentlicher Grund hierfür liegt in der zwischenzeitlichen Einführung des KTQ-Zertifizierungsverfahrens und seiner wachsenden Relevanz für den Krankenhaussektor (siehe hierzu Abschnitt 3). Bereits fünf Rheinische Kliniken sind mittlerweile nach den KTQ-Verfahren zertifiziert. Die KTQ-Zertifizierung ist aufwändig und sollte nicht parallel zur EFQM-Selbstbewertung geleistet werden. Hier bedurfte es insofern einer Priorisierung. Überdies bestehen zwischen dem Qualitätsmanagementverfahren der EFQM und dem KTQ-Verfahren Überschneidungen. Es erscheint insofern methodisch sinnvoll, beide Verfahren zukünftig miteinander zu koppeln. Dessen ungeachtet erschien eine Streckung des Zeitraums bis zur zweiten Selbstbewertung auch geboten, um eine ausreichende Zeit für die Umsetzung der vielfältigen Verbesserungsmaßnahmen zu gewährleisten, die nach der ersten Selbstbewertung vereinbart wurden (siehe hierzu (6)).

(3) Aufbau eines Prozessmanagementsystems

„Prozessmanagement“ bezeichnet ein systematisches Verfahren zur Optimierung der Kernprozesse (ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung etc.) sowie der Unterstützungsprozesse (Speiseversorgung, Instandhaltung etc.).

Im Jahr 2004 wurde in den Behandlungs- sowie in den Verwaltungs- und Wirtschaftsbereichen der Rheinischen Kliniken mit der Durchführung von Prozessworkshops begonnen. Die Prozessworkshops wurde durch einen externen Berater unter Beteiligung von Mitarbeitern der Projektleitung QM moderiert. Bis zum Zeitpunkt der Berichtslegung wurden mehr als 140 Kern- und Unterstützungsprozesse überplant. **Anlage 1** gibt Auskunft über die Bereiche, in denen Prozessworkshops stattfanden.

Schwerpunkt der aktuellen Aktivitäten ist die Überführung des Konzeptes der Prozessoptimierung in die Routineanwendung. Damit verbunden sind die Zielsetzungen, die begonnenen Aktivitäten auf der Grundlage von Wiederholungsworkshops fortzuführen und sie quantitativ auf alle Bereiche der Rheinischen Kliniken (also auch auf jene Abteilungen und Bereiche, die bisher noch nicht beteiligt waren) auszudehnen.

(4) Befragungen der verschiedenen „Kundengruppen“ (Patientinnen und Patienten, Angehörige, Kooperationspartner)

Die Befragung von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Kooperationspartnern kann unter der Voraussetzung valider und ausreichend repräsentativer Ergebnisse eine wichtige Grundlage für die Einschätzung der Qualität der Arbeit und die Identifizierung von Verbesserungspotentialen bilden.

Patientenbefragungen in der Psychiatrie gelten als methodisch sehr anspruchsvoll. So kann etwa die Beantwortung durch die Befragten u. U. stark durch krankheitsbedingte Störungsbilder gefärbt sein, die besonderen Beziehungen im therapeutischen Prozess können in einer Scheu vor kritischen Bewertungen niederschlagen etc.

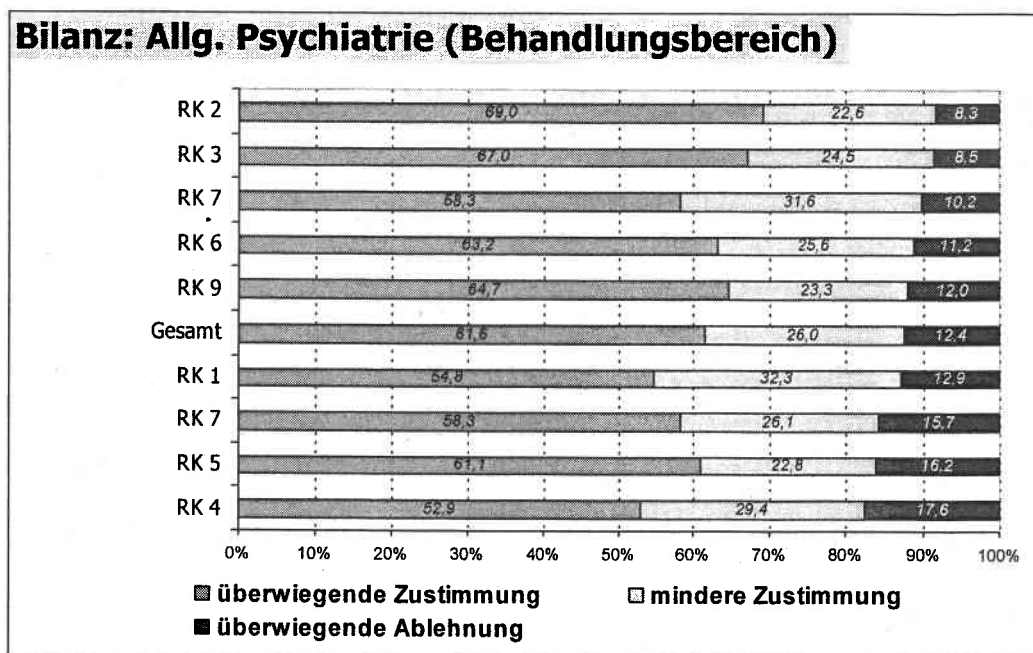
Das im Rahmen des Projektes entwickelte methodische Verfahren zur Patientenbefragung hat sich ungeachtet dieser immanenten Problematik in der Anwendung als sehr praxistauglich erwiesen. In den meisten Häusern konnte eine gute bis sehr gute Beteiligung der Patien-

ten erzielt werden. Die durchschnittliche Ausschöpfungsquote¹ betrug im Gesamtbild aller Kliniken 49,6%. In fünf Kliniken² wurden Ausschöpfungsquoten von mehr als 55 % bis zu 87,2% der insgesamt behandelten Patientinnen und Patienten erreicht. Diese Rücklaufquoten können im Vergleich zu anderen Untersuchungen in Deutschland als weit überdurchschnittlich gewertet werden.

Die Ergebnisse zeigen – ebenfalls im Vergleich zu anderen Untersuchungen im Bundesgebiet – eine hohe Differenziertheit der durch die Patientinnen und Patienten geleisteten Bewertungen. Sie wurden auf der Ebene der einzelnen Abteilungen der Rheinischen Kliniken und – soweit sinnvoll – bis hinunter auf die Stationsebene analysiert. Einzelne Daten wurden darüber hinaus in einen Vergleich der Rheinischen Kliniken eingestellt.

Eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse würde den Rahmen dieser Vorlage sprengen. Die im folgenden sowie in **Anlage 2** dargestellten Grafiken sollen insofern lediglich der Verdeutlichung der Vorgehens dienen.

Schaubild 1: Zusammenfassende Bilanz der Bewertungen im Rahmen der Patientenbefragung



In der Bilanz wird der Grad der Zufriedenheit der Patienten durch die zusammenfassende Analyse von 25 Einzelfragen gemessen (die Einzelbewertungen der gemessenen Indikatoren können der Anlage 2 entnommen werden). Schaubild 1 fasst die Bewertungen der Patienten von allgemeinpsychiatrischen Abteilungen auf Ebene der einzelnen Kliniken zusammen.

¹ Die Ausschöpfungsquote beschreibt den Anteil der eingegangenen Fragebögen an den im Befragungszeitraum behandelten Patientinnen und Patienten. Krankheitsbedingt konnten nicht alle Patientinnen und Patienten an der Befragung beteiligt werden.

² RK Düren (55,4%), Bedburg-Hau (56%), Viersen (61,8%), Essen (76,5%), RKO Viersen (87,2%)

Im Gesamtbild aller Abteilungen der Rheinischen Kliniken zeigten sich jeweils mehr als die Hälfte der Befragten mit den unterschiedlichen bewertungsrelevanten Aspekten ihres Behandlungsaufenthaltes überwiegend zufrieden bis sehr zufrieden. Die in der Anlage 2 ergänzend dargestellten Bewertungen der Patienten von gerontopsychiatrischen und Suchtabteilungen weisen eine noch positivere Bewertungstendenz aus. Die Ergebnisse bedürfen insofern einer vorsichtigen Interpretation als ein Überhang positiver Bewertungen charakteristisch für Befragungen von Krankenhauspatienten ist.

Die Detailanalyse der Daten auf der Ebene einzelner Abteilungen und Stationen oder eine differenzierte Betrachtung der Einzelergebnisse beinhalten jedoch wichtige Hinweise auf Stärken und Schwächen. So verweist bereits die differenzierte Betrachtung der Bewertungsprofile auf Verbesserungspotenziale und gibt Ansatzpunkte für weitere Maßnahmen:

- **Hohe Zufriedenheitswerte** wurden im Gesamtbild aller Kliniken in bezug auf die Kompetenz des Personals, das Respektieren der Privatsphäre, die Zusammenarbeit des Personals, die Stationsregeln, die Beachtung persönlicher Rechte, das wahrgenommene Mitgefühl bei der Aufnahme sowie die Ansprechbarkeit des Personals dokumentiert,
- **Relativ niedrige Zufriedenheitswerte** zeigen sich dagegen in Bezug auf die Information zur Medikation, die Qualität der Mahlzeiten, die Information über die Krankheit und die Räumlichkeiten (siehe hierzu auch Anlage 2).

Gegenüber der Patientenbefragung erwies sich die Gewährleistung einer hohen Beteiligung im Rahmen der **Angehörigenbefragung** als schwierig. Ausschlaggebend hierfür ist, dass nur ein Teil der Patientinnen und Patienten ausreichend regelmäßig von Angehörigen besucht wird, um die für die Durchführung einer solchen Befragung erforderliche Verlässlichkeit zu gewährleisten. Die Ergebnisse leiden insofern unter einer eingeschränkten Repräsentativität. Dennoch erscheint die Befragung von Angehörigen aus grundsätzlichen Erwägungen auch zukünftig unverzichtbar.

Eine Befragung der **Kooperationspartner** der Rheinischen Kliniken befindet sich zur Zeit in der Umsetzung. Die Befragung ist differenziert in die Gruppen *Niedergelassene Ärzte* und *Institutionelle Kooperationspartner*. Wichtige Befragungsdimensionen sind z. B. die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit sowie die Einschätzung der medizinischen und pflegerischen Versorgung aus der Außensicht.

(5) Mitarbeiterbefragung

Eine weitere wichtige Grundlage für die Bewertung der Arbeit der Rheinischen Kliniken bildet die Binnensicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ihre Arbeitszufriedenheit und Identifikation mit der eigenen Arbeit. Zur Erfassung dieser Dimensionen wurde eine einheitliche Mitarbeiterbefragung entwickelt.

Alle Rheinischen Kliniken haben eine erste Befragung abgeschlossen und die Ergebnisse systematisch ausgewertet. Das zu Projektbeginn gesetzte Ziel, einen Rücklauf von mindestens der Hälfte der Beschäftigten zu erhalten, konnte in allen Einrichtungen erreicht werden. Die Rücklaufquote erreichte im Gesamtbild aller Rheinischen Kliniken 60,3%. Mit Rücklaufquoten von über 60 – 76,5% liegen auch hier 5 Kliniken³ im Spitzenfeld vergleichbarer Befragungen.

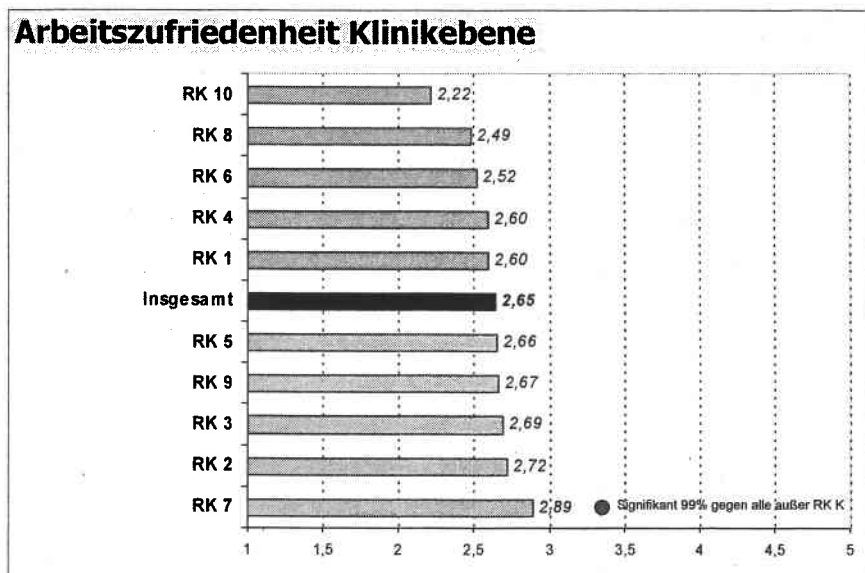
³ RK Düren (63,5%), RK Köln (63,8%), RKO Viersen (64,9%), RK Düsseldorf (72,9%), RK Mönchengladbach (76,5%)

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse der Erhebung ist im Rahmen dieses Berichtes nicht möglich. Die folgende Darstellung zur Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rheinischen Kliniken dient der Illustration des Vorgehens.

Schaubild 2 zeigt bei einer im Gesamtbild insgesamt positiven Bewertungstendenz zwischen den einzelnen Häusern deutliche z. T. statistisch signifikante Unterschiede in der Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten. Die Unterschiede konnten in der Detailanalyse z. T. durch einzelne Faktoren (etwa die längerfristige Vakanz von Führungspositionen in einzelnen Abteilungen) zurückgeführt werden. Sie gaben darüber hinaus in den Kliniken und Abteilungen zahlreiche Ansatzpunkte für Verbesserungsprojekte. Einen weiteren Auszug von Ergebnissen finden Sie in der **Anlage 3**.

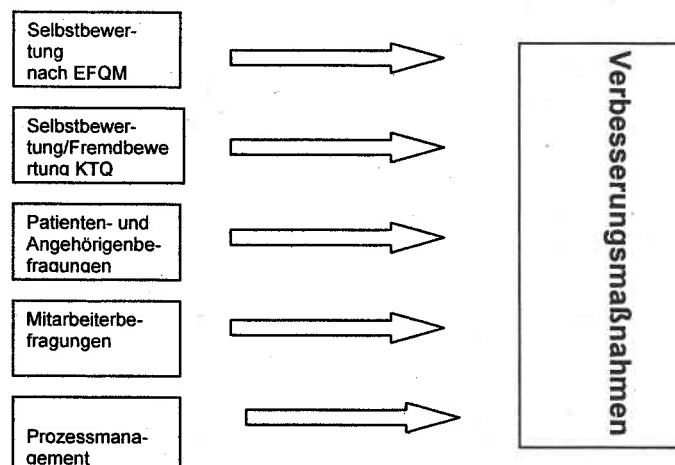
Schaubild 2: Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Rheinischen Kliniken

(1...sehr hoch; 5... sehr niedrig)



(6) Ableitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen und Aufbau eines zentralen Projektinformationssystems

Die verschiedenen Maßnahmen des Qualitätsmanagements führen regelmäßig zur Identifizierung von Verbesserungspotentialen und darauf gerichtete **Verbesserungsmaßnahmen**.



Vor dem Hintergrund der in den Rheinischen Kliniken zur Verfügung stehenden begrenzten Ressourcen für die Umsetzung Verbesserungsmaßnahmen konnten naturgemäß nicht alle identifizierten Potenziale zeitnah und zeitgleich in entsprechende Maßnahmen umgesetzt werden.

Anlage 4 gibt einen Überblick über die vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen. Nicht enthalten sind hier die vielfachen Maßnahmen, die im Rahmen des Prozessmanagements in den einzelnen Abteilungen vereinbart wurden.

Mit einem zentralen **Projektinformationssystem** soll allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das Thema Qualitätsmanagement (QM) mit den verschiedenen Teilaspekten transparent gemacht werden. Neben allgemeinen Informationen zum QM und zu Verbesserungsmaßnahmen in den Einrichtungen sind alle erarbeiteten Prozessoptimierungen im Intranet systematisch hinterlegt und verfügbar. Vergleichbar dazu sollen die wesentlichsten Ergebnisse aus den Befragungsprojekten im Intranet zur Verfügung gestellt werden.

(7) Benchmarking in der psychiatrischen Akutbehandlung

Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt zur Erprobung von Verfahren des prozess- und ergebnisbezogenen Benchmarkings im Gesundheitswesen ermöglichte den Rheinischen Kliniken den Einstieg in den systematischen Vergleich von Behandlungsergebnissen und -abläufen. Das Projekt wird durch das Fachdezernat koordiniert. Die wissenschaftliche Leitung wird durch die Rheinischen Kliniken Düsseldorf wahrgenommen.

Das Erprobungsvorhaben konzentriert sich zunächst ausschließlich auf Patientinnen und Patienten der Diagnosegruppen

- o chronische Alkoholabhängigkeit,
- o Depressionserkrankungen im höheren Lebensalter
- o Schizophrene Erkrankungen

In einer ersten Erhebungswelle wurden differenzierte Daten zur Erkrankungssituation bei Aufnahme und Entlassung sowie zum Ablauf der Behandlung (Medikamentenverordnung, sonstige Therapien etc.) dokumentiert und ausgewertet. Nach einer Interventionsphase in der ein einrichtungsübergreifender Austausch zu bewährten Vorgehensweisen auf Grundlage der Ergebnisvergleiche begann, erfolgt zur Zeit die Post-Erhebung zur Identifikation von erreichten Verbesserungen.

Ein Auszug der Ergebnisse aus der Prä-Erhebung ist in **Anlage 5** beigefügt.

3 Das Zertifizierungsverfahren nach KTQ

Wie bereits in Abschnitt 2 dargestellt, stellt die KTQ-Zertifizierung eine Ergänzung und Prüfung des Qualitätsmanagements in den Rheinischen Kliniken dar. Das KTQ-Verfahren unterzieht das nach § 137 SGB V seit dem Jahr 2005 verpflichtende interne Qualitätsmanagement von Krankenhäusern einer detaillierten (externen) Kontrolle und legt dabei medizinische, pflegerische und verwaltungstechnische Abläufe offen. Die Zertifizierung ist freiwillig. Ergänzende Informationen zur Zertifizierung nach KTQ wurden in **Anlage 6** zusammengestellt.

Nach Einführung eines an die spezifischen Bedingungen psychiatrischer Krankenhäuser angepassten Bewertungskataloges wurde im Jahr 2004 erstmalig die Zertifizierung von psy-

chiatrischen Fachkrankenhäusern möglich. Seitdem haben sich fünf Rheinische Kliniken dem Zertifizierungsverfahren unterworfen und konnten dieses erfolgreich abschließen:

- Rheinischen Kliniken Langenfeld, Januar 2004
- Rheinischen Kliniken Düren, März 2005
- Rheinischen Kliniken Essen, März 2006
- Rheinischen Kliniken Düsseldorf, April 2006
- Rheinischen Kliniken Köln, April 2006

Bundesweit wurden bislang insgesamt mehr als 400 (überwiegend somatische) Krankenhäuser nach dem KTQ-Verfahren zertifiziert. KTQ hat sich damit im Krankensektor als wichtiges Zertifizierungsverfahren etabliert. Für die Zukunft ist von einer tendenziell weiter steigenden Relevanz des Verfahrens auszugehen. Vor diesem Hintergrund strebt das Fachdezernat die Zertifizierung aller Rheinischen Kliniken an.

Die KTQ-Gesellschaft weist darauf hin, dass die KTQ Zertifizierung kein Qualitätsmanagementsystem per se darstellt, sondern die Einrichtung bzw. das Vorhandensein eines Qualitätsmanagementsystems voraussetzt. Die in den fünf zertifizierten Häusern gewonnenen Erfahrungen verweisen darauf, dass das Qualitätsmanagementsystem der Rheinischen Kliniken gut auf die Zertifizierungsreife vorbereitet. Mit der Umsetzung des gemeinsamen Projektes der Rheinischen Kliniken zur Einführung des Qualitätsmanagements wurden insofern zentrale Voraussetzungen für eine erfolgreiche Erstzertifizierung geschaffen.

Nach einer erfolgreich abgeschlossenen Zertifizierung sieht das KTQ-Verfahren alle drei Jahre eine Re-Zertifizierung der Krankenhäuser vor. Die Re-Zertifizierung stellt die Krankenhäuser im Vergleich zur Erstzertifizierung vor erhöhten Anforderungen, so dass auch zukünftig unverminderte Anstrengungen zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in den Rheinischen Kliniken erforderlich sein werden.

4 Qualitätsmanagement im Dezernat Gesundheit / Heilpädagogische Netzwerke

Die Einführung und Fortschreibung des Qualitätsmanagements in den Rheinischen Kliniken wird seitens des Fachdezernates durch eine zentrale Projektleitung im Amt für Planung und Förderung begleitet. Parallel zur Umsetzung in den Kliniken erfolgten gleichgerichtete Aktivitäten zur Umsetzung eines Qualitätsmanagements im Dezernat. Im Juni 2004 fand eine Selbstbewertung statt, die durch eine Mitarbeiterbefragung im November 2005 ergänzt wurde. Die aus beiden Verfahren abgeleiteten Verbesserungspotenziale befinden sich in der Umsetzung. Als nächste Schritte sind die Einführung eines systematischen Prozessmanagements sowie eine Befragung der wesentlichen Kundengruppen vorgesehen.

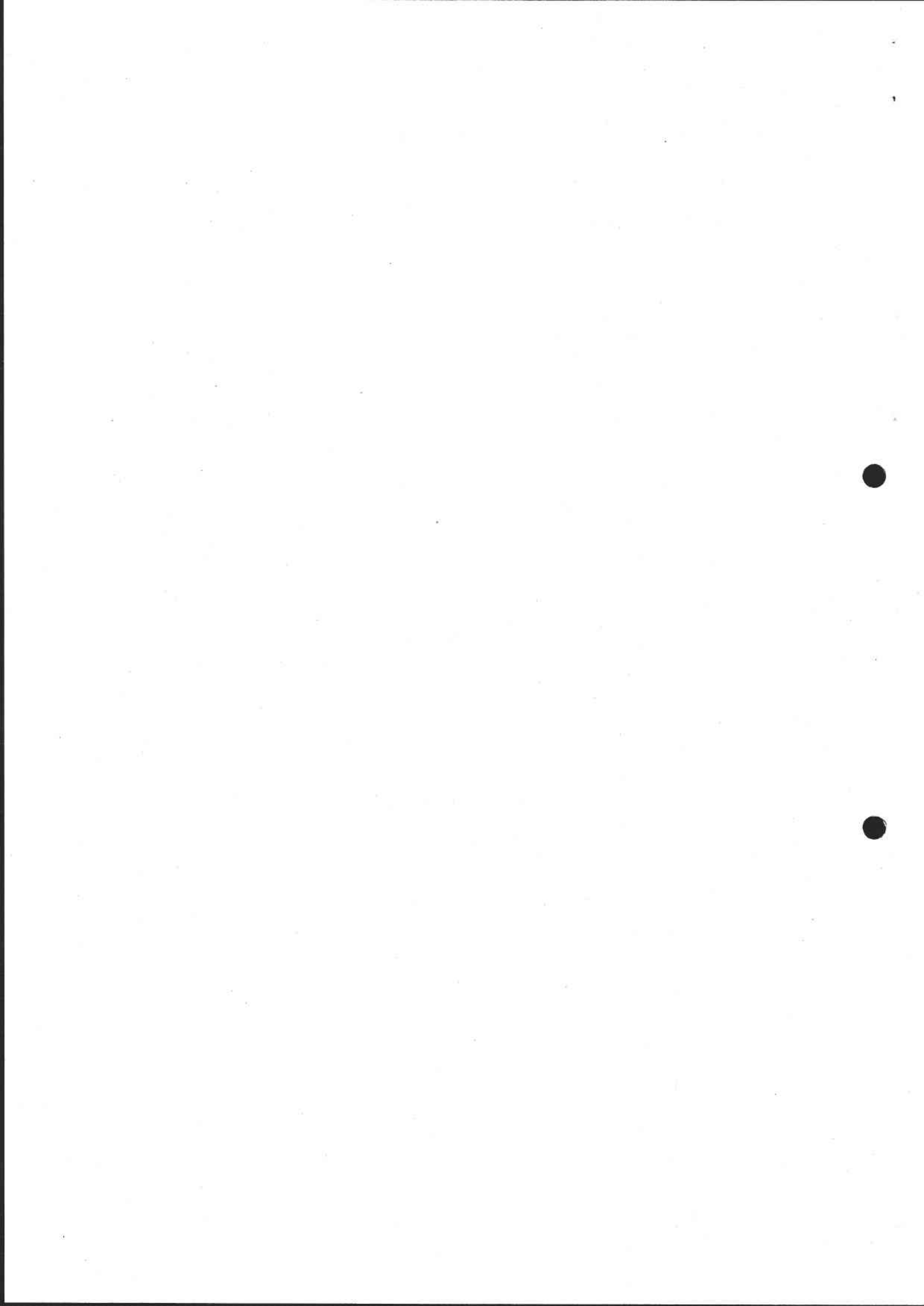
In Vertretung

Kukla

**Anlage 1 zur Vorlage
Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements in den Rheinischen Kliniken**

Übersicht zum Stand der Prozessoptimierungen

Rheinischen Kliniken	Workshop in Bereichen/Abteilungen mit dem Schwerpunkt ...		Durchführung der Workshops	Anzahl beschriebener Prozesse
	Behandlungsprozesse (Abteilung)	Unterstützungsprozesse		
Bedburg Hau	Allgemein Psychiatrie 1+2, Gerontopsychiatrie		2. Quartal 2004	10 Prozesse
	Neurologie		3. Quartal 2004	15 Prozesse
	Allgemein Psychiatrie		4. Quartal 2005	4 Prozesse
Bonn		Instandhaltung		11 Prozesse
		Personalwesen		5 Prozesse
Düren	Allgemeine Psychiatrie		2. Quartal 2005	6 Prozesse
		Archivierung	2. Quartal 2005	8 Prozesse
		Instandhaltung	3. Quartal 2005	6 Prozesse
Düsseldorf	Allgemeine Psychiatrie 1		2. Quartal 2004	7 Prozesse
Essen	Allgemeine Psychiatrie		4. Quartal 2004	9 Prozesse
Köln	Suchtabteilung		4. Quartal 2003	5 Prozesse
	Allgemeine Psychiatrie 1		4. Quartal 2004	5 Prozesse
	Forensik		4. Quartal 2004	20 Prozesse
Langenfeld		Speisenversorgung	3. Quartal 2002	6 Prozesse
		Patientendokumentation	4. Quartal 2002	5 Prozesse
		Instandhaltung	2. Quartal 2003	5 Prozesse
		Personalwesen	2. Quartal 2003	10 Prozesse
		Ärztlicher Schreibdienst	2. Quartal 2004	Ablaufoptimierung
	Institutsambulanz		2. Quartal 2005	6 Prozesse
Mönchengladbach	Station 1 Gerontopsychiatrie		2. Quartal 2004	4 Prozesse
Viersen	Kinder- und Jugendpsychiatrie		1. Quartal 2005	3 Prozesse
RKO Viersen	OP-Management		3. Quartal 2004	6 Prozesse



Anlage 2 zur Vorlage Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements in den Rheinischen Kliniken

Ausgewählte Ergebnisse der Patientenbefragung

Die Ergebnisse der Patientenbefragung werden hier beispielhaft anhand eines zusammenfassenden Kennwertes zur Patientenzufriedenheit dargestellt. Der Kennwert wurde wie folgt durch eine zusammenfassende Betrachtung von 25 Einzelfragen gebildet.

- **Zustimmung** – bei 13 Fragen und mehr wurde eine positive Antwort gegeben
- **Indifferent** – bei 1-12 Fragen wurde eine positive Antwort gegeben, die restlichen Antworten waren neutral oder negativ
- **Ablehnung** – bei allen Fragen wurden entweder neutrale oder negative Wertungen abgegeben

Die einzelnen, in die Bewertung eingegangenen Variablen können Schaubildern 3 – 5 entnommen werden.

Mit diesem Gesamtindex ist den Rheinischen Kliniken für die unten aufgeführten Behandlungsbereiche eine schnelle, grobe Orientierung zur eigenen Position im Verhältnis zu anderen Kliniken des LVR möglich. Detailinformation zur notwendigen vertiefenden Datenanalyse stehen den Einrichtungen zur Verfügung.

Schaubild 1

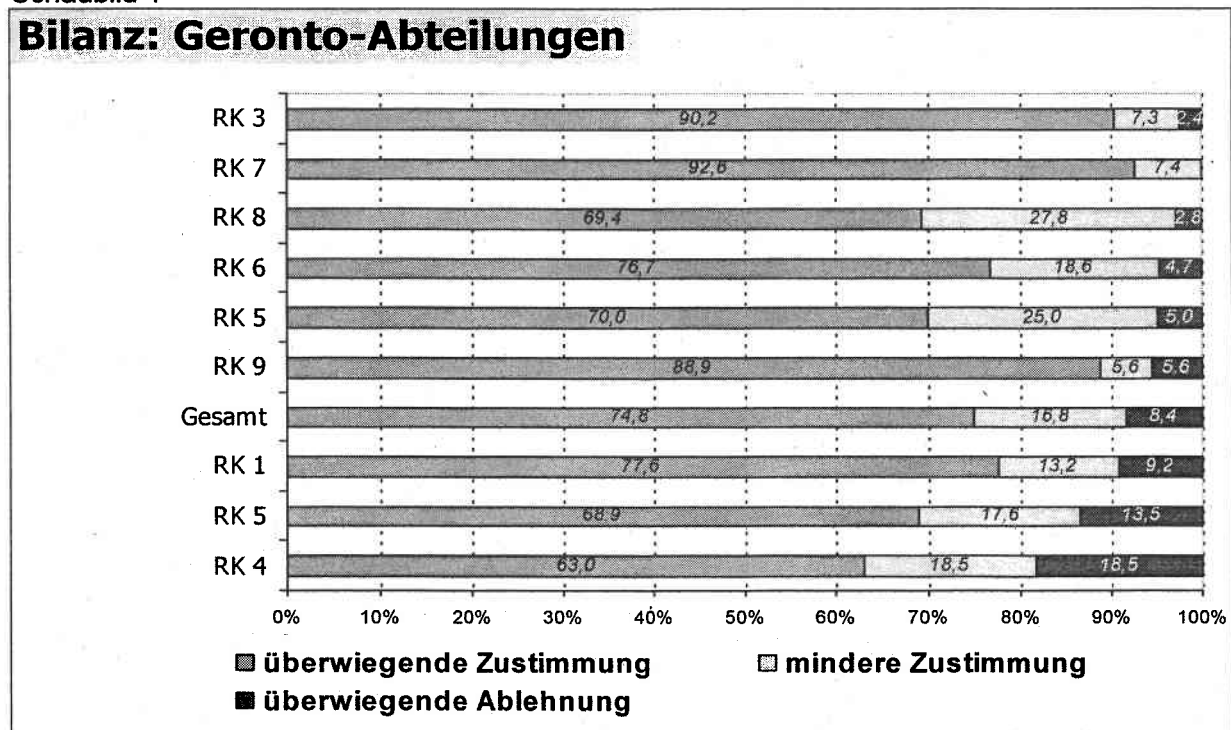
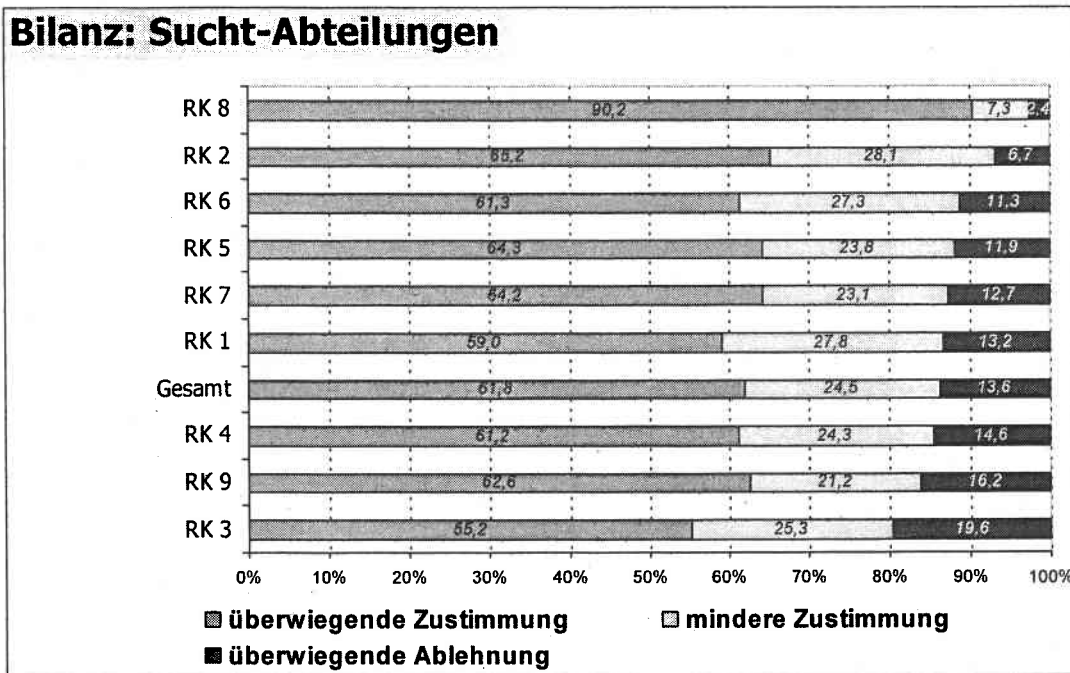


Schaubild 2



Die folgenden Schaubild 3 – 5 geben eine differenzierte Darstellung der Bewertungen der Patienten zu den einzelnen Aspekten ihres Behandlungsaufenthaltes wieder. Die Darstellung konzentriert sich auf Patienten allgemeinspsychiatrischer Stationen.

Schaubild 3

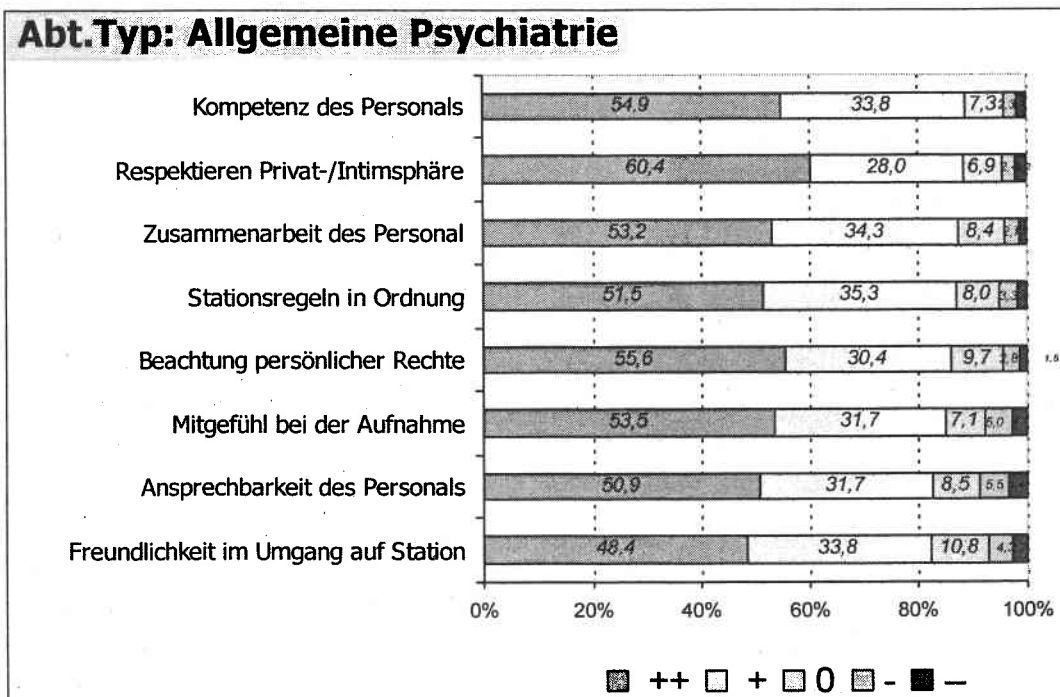


Schaubild 4

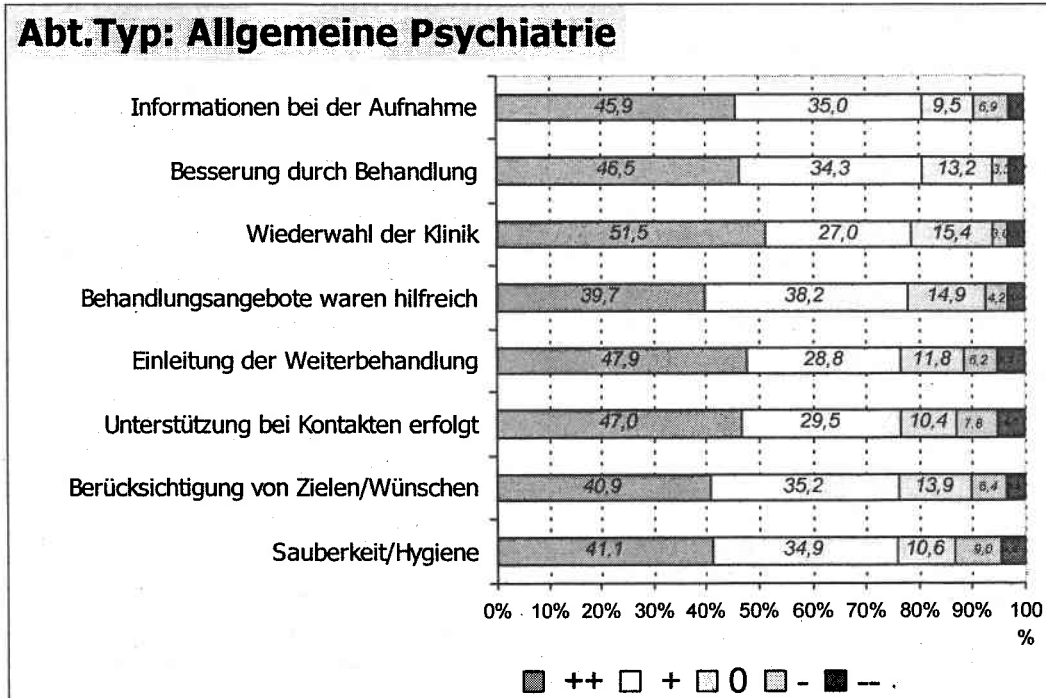
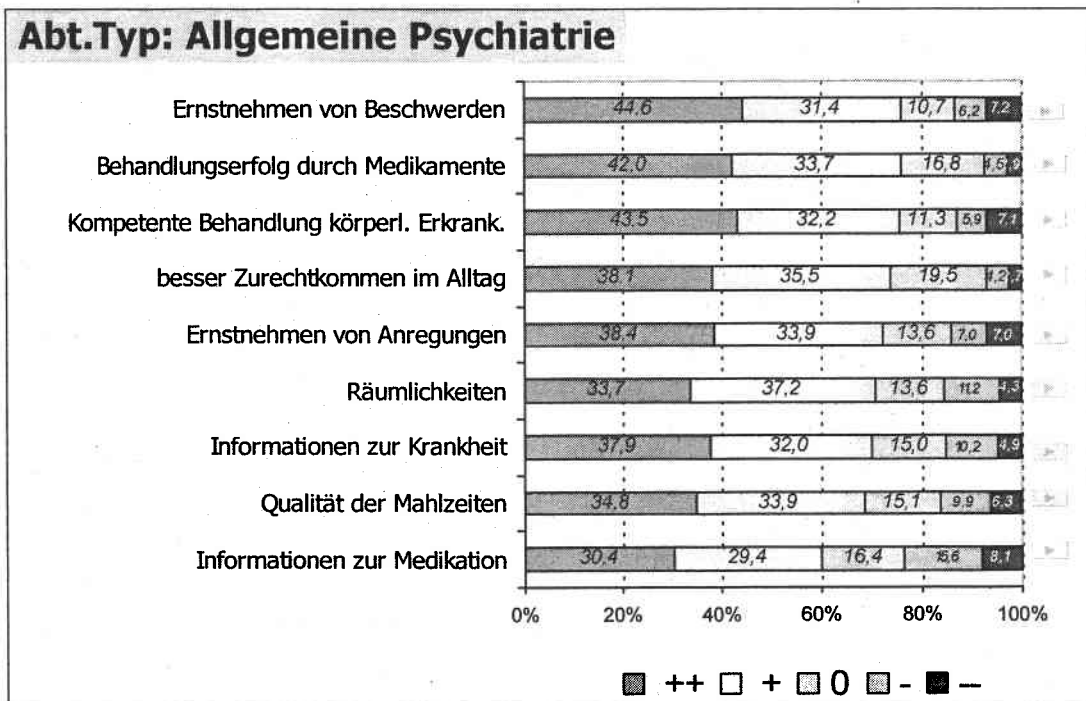
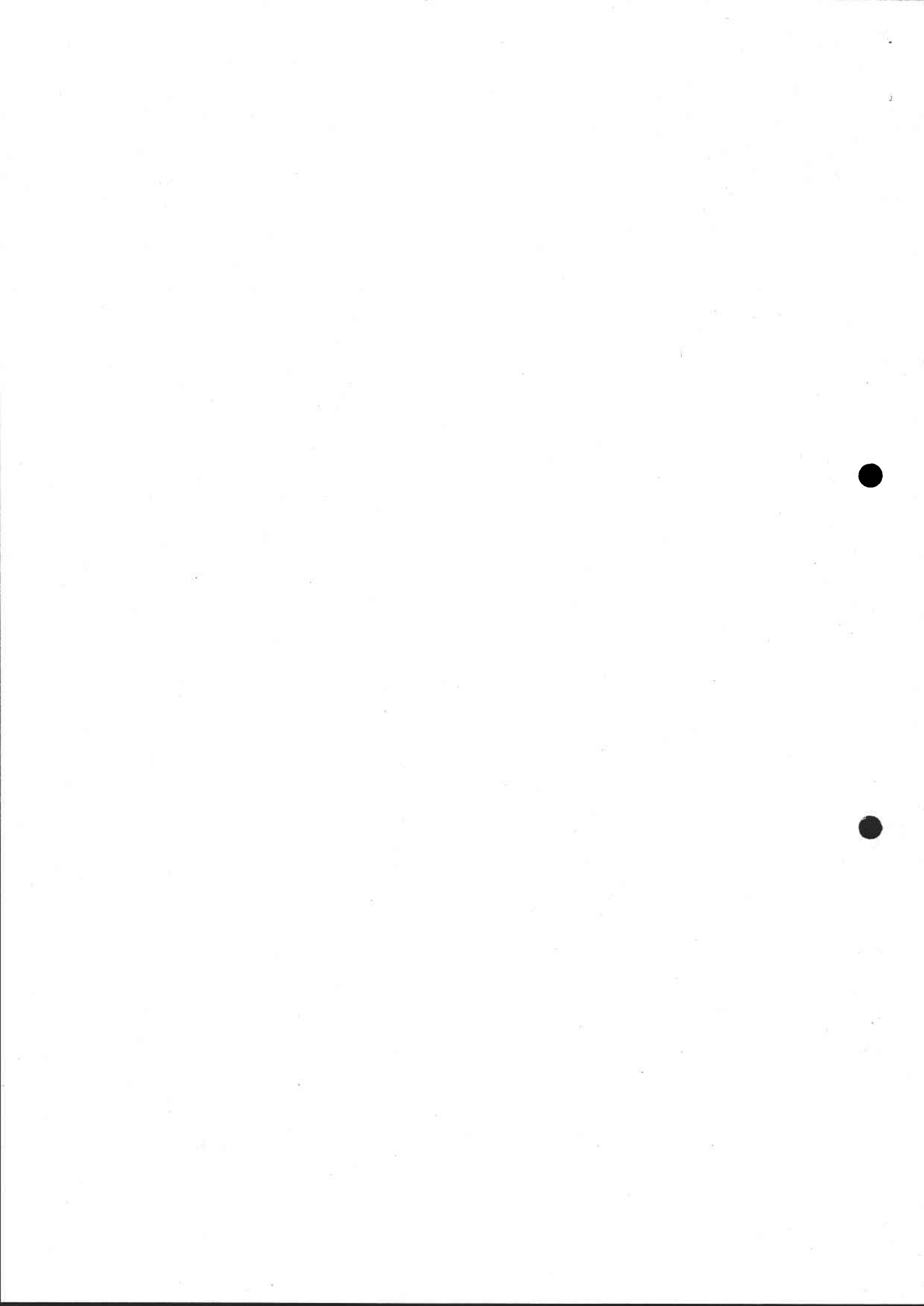


Schaubild 5

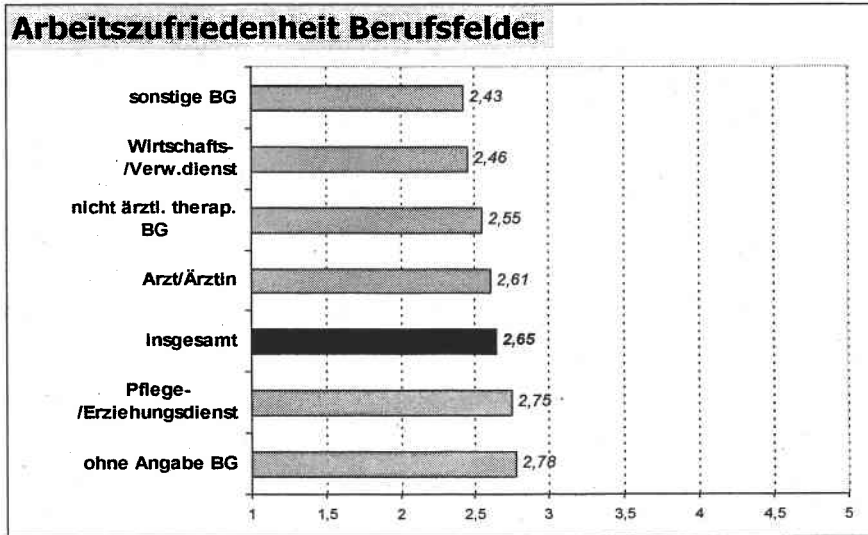




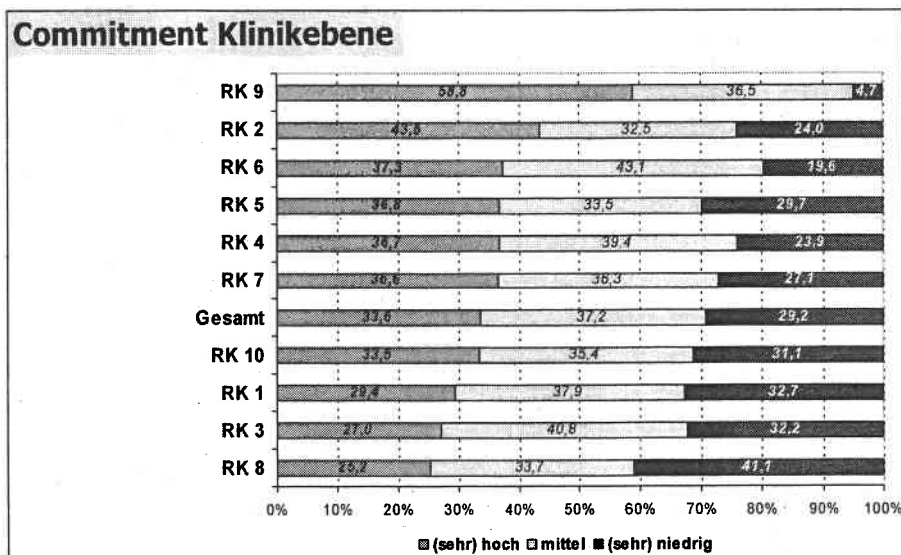
**Anlage 3 zur Vorlage
Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements in den Rheinischen Kliniken**

Ausgewählte Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung

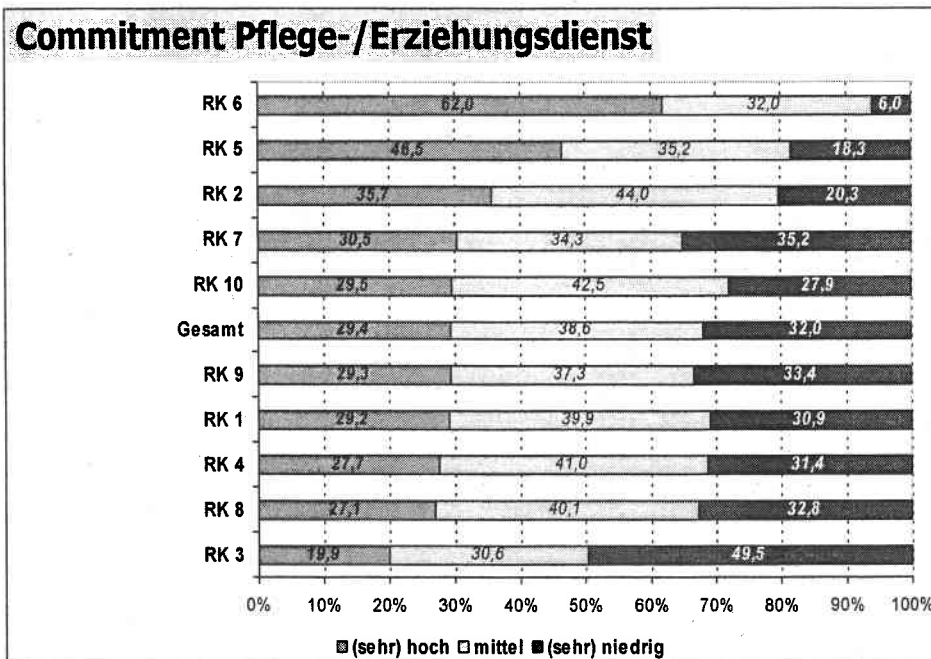
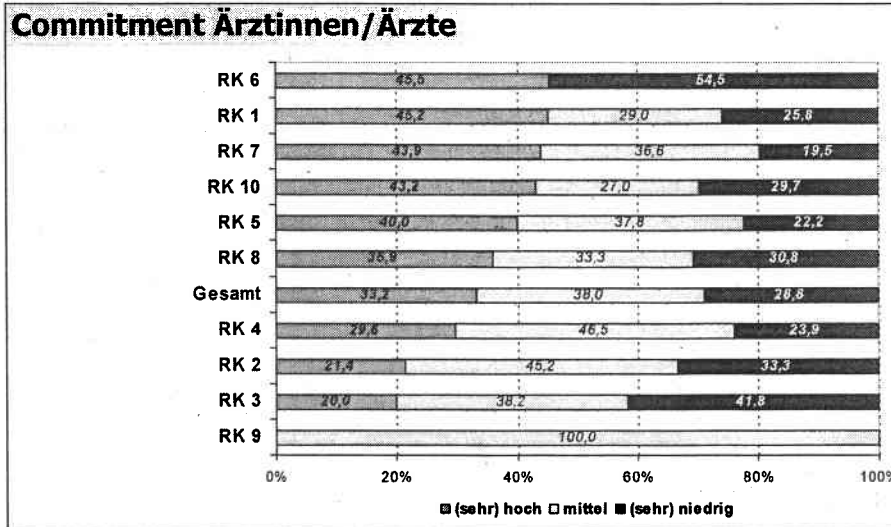
Zwischen den einzelnen Berufsgruppen zeigen sich unterschiedliche Zufriedenheitswerte. Der Vergleich der beiden Hauptgruppen (Ärzte, Pflege- und Erziehungsdienst) zeigt für den Pflege- und Erziehungsdienst eine tendenziell niedrigere Arbeitszufriedenheit (Unterschied statistisch nicht signifikant).



Der Kennwert ,Commitment , wurde durch eine zusammenfassende Analyse unterschiedlicher Einzelwerte generiert. Er misst den Grad der Identifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Organisation, hier in der vergleichenden Darstellung aller RK über alle Berufsgruppen. Zwischen den einzelnen Rheinischen Kliniken zeigen sich hier z. T. deutliche Varianzen.



Die beiden folgenden Grafiken vergleichen das Commitment der Ärztinnen und Ärzte sowie des Personals im Pflege- und Erziehungsdienst. Zwischen den beiden Berufsgruppen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Deutliche Varianzen werden jedoch auch hier zwischen den einzelnen Kliniken erkennbar.



Anlage 4 zur Vorlage Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements in den Rheinischen Kliniken

Auszug aus der Liste aktueller Verbesserungsprojekten

RK Bedburg Hau

- Erstellung einer Marktanalyse mit Unterstützung eines externen Partners
- Optimierung der ärztlichen Telefonvermittlung
- Entwicklung eines standardisierten Pflegeüberleitungsbogen
- Sturzprophylaxe
- Entlassungsmanagement
- Überarbeitung und Neuerstellung von stationsspezifischen Lernzielkatalog der Krankenpflegeschule

RK Bonn

- Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Verbesserung des Instandhaltungsmanagements
- Angebot von Kindergartenplätzen durch Kooperation
- Teilnahme an einer Studie zur Wirkung von Supervision in der Psychiatrie der Universität Amsterdam
- Verbesserung der Informations- und Kommunikationsstrukturen

RK Düren

- Systematische Kundenpflege
- Kennzahlen entwickeln
- systematische Öffentlichkeitsarbeit
- Vorschlagswesen

RK Düsseldorf

- Restrukturierung im Bereich der Hauswirtschaftskräfte
- Öko-Audit

RK Essen

- Einführung neuer Mitarbeiter
- SOS- Maßnahme (Sauberkeit, Ordnung, Sicherheit)
- Verbesserungspotentiale der KTQ-Selbstbewertung realisieren (z.B. Führungsgrundsätze entwickeln mit ZeQ)
- Vorschlagswesen etablieren

RK Köln

- Reduzierung der Fixierungsraten in der Gerontopsychiatrie um 20 Prozent
- Entwicklung und Fertigstellung eines Konzeptes für eine Angehörigengruppe forensisch untergebrachter Patienten im Kontext des Abteilungskonzeptes und der Stationskonzepte verbunden mit der Implementierung in den Abteilungsalltag
- Entwicklung und Einführung von Komplikationsstandards
- Erstellen eines Konzeptes zur Begrüßung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen; Konzept zur Durchführung der Mitarbeitergespräche; Funktionsbeschreibungen zu ausgewählten Funktionen/ Aufgabenfeldern
- Konstituierung des Ethik - Komitees und Erstellung einer Geschäftsordnung;

RK Langenfeld

Erfassung von Wartezeiten
Behandlungsangebote für Migranten
Betriebliche Gesundheitsförderung
Vortragsserie für Angehörige

RK Mönchengladbach

Weiterentwicklung des Gerontopsychiatrischen Zentrums
Verbesserung der internen Kommunikation

RK Viersen

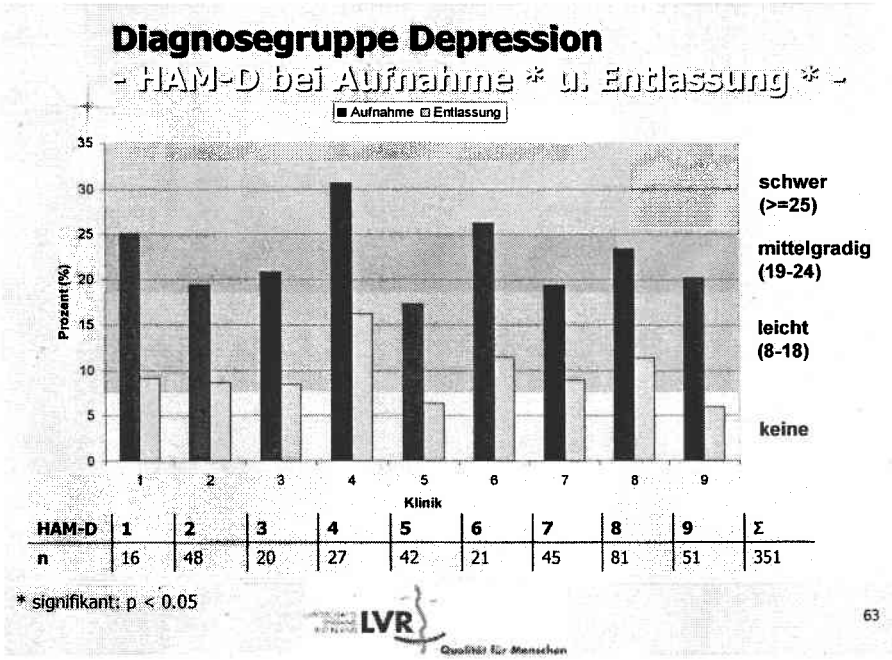
Erstellung QM-Handbuch Pflegeheim
Einführung e-BADO
Einführung Pflegediagnosen
Erstellung Klinikbroschüre und Stationsflyer
Einführung des Mitarbeitergesprächs

RKO Viersen

Weiterentwicklung der Öffentlichkeitsarbeit
Gesamtkostenermittlung für Hauptdiagnosen

Anlage 5 zur Vorlage
Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements in den Rheinischen Kliniken

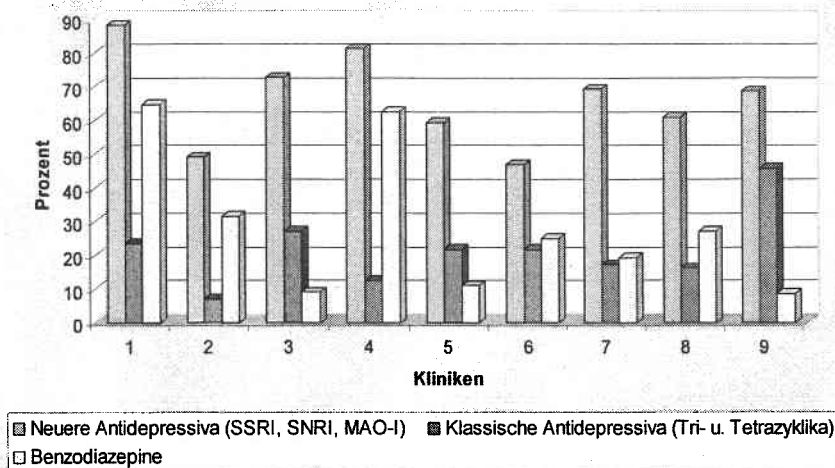
Ausgewählte Ergebnisse der Prä-Erhebung im Projekt
Benchmarking in der psychiatrischen Akutbehandlung



Bei der Hamilton Depression Scale (HAMD) handelt es sich um das am weitesten verbreitete Fremdbeurteilungsverfahren zur Einschätzung des Schweregrades einer Depression. Die Gesamtskala besteht aus 21 Items, die jeweils auf mehrstufigen Kategorienskalen, welche sich auf die Intensität der Symptomatik beziehen, beurteilt werden. Die vergleichende Darstellung ermöglicht den Dialog über Strategien um möglichst große relative Verbesserung im Rahmen der Behandlung herbeiführen zu können. Die Ergebnisse verweisen auf deutliche Symptomverbesserungen im Verlauf der Behandlung.

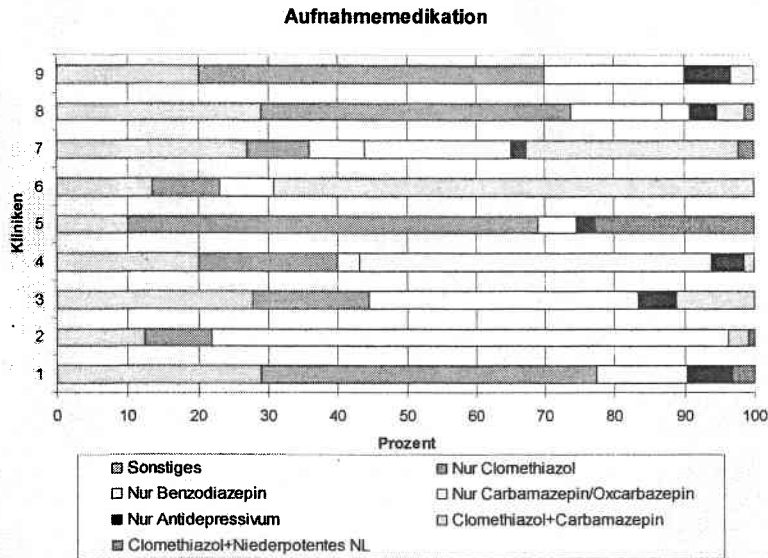
Diagnosegruppe Depression

- Medikation bei Entlassung -



Die vergleichende Darstellung der Medikation bei Aufnahme und Entlassung von depressiv diagnostizierten Patientinnen und Patienten über 60 Jahre zeigt unterschiedliche Medikationsstrategien bei der Entlassung auf. Ein einrichtungsübergreifender Austausch zu möglichen Verbesserungen hat bereits begonnen.

Diagnosegruppe Alkoholabhängigkeit - Aufnahmemedikation I * -



* signifikant: $p < 0.05$



Auch hier liegen unterschiedliche Strategien im Rahmen der Aufnahmemedikation vor. Die vergleichende Darstellung ermöglicht einen Austausch zu bewährten Vorgehensweisen und kann Hinweise auf Verbesserungspotenziale geben.

Diagnosegruppe Schizophrenie

- DOTES und Verweildauer – (Klinikvergleich)

Kliniken, bei denen signifikante Unterschiede in der Verweildauer bzgl. psychologischer bzw. neurologischer Nebenwirkungen vorliegen

DOTES		Klinik 1		Klinik 4		Klinik 7		Klinik 8	
		N	mittlere Verweildauer	N	mittlerer Verweildauer	N	mittlerer Verweildauer	N	mittlerer Verweildauer
psych. Nebenwirkungen	ja	2	31,8	13	42,8	26	27,2	26	53,5
	nein	41	18,4	38	27,6	100	32,6	95	37,4
		signifikant $p=0,004$		signifikant $p=0,04$		nicht signifikant		signifikant $p=0,017$	
neurolog. Nebenwirkungen	ja	7	40,3	13	34,1	12	44,4	22	49,6
	nein	36	22,9	38	30,5	114	30,1	99	38,9
		signifikant $p=0,04$		nicht signifikant		signifikant $p=0,044$		nicht signifikant	

Die Dotes-Skala beurteilt die psychologischen und neurologischen Nebenwirkungen an hand einer festgelegten Begleitsymptomliste. Mit dieser Auswertung wurde überprüft, ob es einen signifikanten Zusammenhang zwischen vorhandenen Nebenwirkungen und der Verweildauer der Patientinnen und Patienten gibt.

Anlage 6 – Informationen der KTQ-Gesellschaft zum Zertifizierungsverfahren KTQ

KTQ - unser Zertifizierungsverfahren



Eine allgemeine Verfahrenskurzbeschreibung zum Download finden Sie hier (PDF, 102KB.)

In vierjähriger Entwicklungsarbeit haben Experten aus der Krankenhauspraxis unter der Leitung von Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Deutschen Pflegerates ein Verfahren entwickelt, welches seit 2002 zur Bewertung des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern eingesetzt wird. Ziel der KTQ-Zertifizierung ist stets die Verbesserung und Optimierung von Prozessen und Ergebnissen innerhalb der Patientenversorgung.

Zentrales Ergebnis der Entwicklungsarbeit ist der sogenannte KTQ-Katalog. In diesem KTQ-Katalog wurden Kategorien zusammengestellt, die im Rahmen der Zertifizierung von Akutkrankenhäusern abgefragt werden, um Aussagen über die Qualität der Prozessabläufe in der medizinischen Versorgung treffen zu können.

Die gegenwärtig 70 Kriterien gliedern sich in folgenden Kategorien:

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit im Krankenhaus,
- das Informationswesen,
- die Krankenhausführung und
- das Qualitätsmanagement.

Den einzelnen Kriterien wurden jeweils eigene Fragenpakete zugeordnet. Erst über dieses aufwändige Verfahren war es möglich, ein adäquates Instrumentarium für die Leistungsdarstellung berufsgruppen- und hierarchieübergreifend in einem gesamten Krankenhaus herzustellen.

Damit steht für die vorgeschaltete Selbstbewertung und die über die KTQ-Zertifikatsvergabe entscheidende Fremdbewertung eine schlüssige Systematik als Grundlage zur Verfügung, die eine transparente und nachvollziehbare Bewertung ermöglicht. Das KTQ-Zertifizierungsverfahren, speziell für das deutsche Gesundheitswesen entwickelt, orientiert sich dabei auch an bewährten Systemen, wie beispielsweise dem Australian Council on Healthcare Standards.

Die Schritte des KTQ-Bewertungsverfahrens im Einzelnen:

- Selbstbewertung des Krankenhauses
- Anmeldung zur Fremdbewertung bei einer der KTQ-Zertifizierungsstellen
- Fremdbewertung durch ein KTQ-Visitorteam
- Zertifizierung und Veröffentlichung des KTQ-Qualitätsberichts

Gemäß der gesetzlichen Vorschriften nach § 137 SGB V müssen Krankenhäuser ab 2005 einen Nachweis über ein internes Qualitätsmanagement erbringen. Welches Verfahren sie dazu anwenden, bleibt den Entscheidern selbst überlassen. Die KTQ® ist und bleibt ein freiwilliges Verfahren - das zum aktuellen Zeitpunkt allerdings im Gegensatz zu anderen Verfahren auf die speziellen Anforderungen in Krankenhäusern ausgelegt ist.

Auf Grund der Akzeptanz des KTQ-Zertifizierungsverfahrens in der stationären Akutversorgung sowie den spürbaren Verbesserungen in den Krankenhäusern, die sich mit diesem Verfahren auseinander setzen, wird das international bewährte Grundkonzept als geeignet angesehen, für andere Versorgungsbereiche im deutschen Gesundheitswesen Anwendung zu finden. So etwa im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung.

