

---

# Struktur- und Prozessinnovationen Modernisierung im Krankenhaus

Ralf Heimbach

Es ist (wohl nicht nur in Fachkreisen) bekannt, dass sich die Akutkrankenhäuser heute mit schwierigen Rahmenbedingungen auseinandersetzen müssen. Auf diesem Hintergrund wird der vorliegende Beitrag über die aktuellen Modernisierungsschwerpunkte in der Branche berichten und an einigen ausgewählten Beispielen aufzeigen, wie große Krankenhausverbände mit den gegenwärtigen Herausforderungen umgehen. Zum Abschluss wird dann noch eine Einschätzung der mittelfristigen Entwicklung versucht.

Eine Bemerkung vorweg: Im Rahmen des Themas „Modernisierung im Krankenhaus“ verwende ich den Innovationsbegriff ausschließlich für Struktur- und Prozessinnovationen. Der Grund für diese bewusste Zurückhaltung ist die Einschätzung, dass aus dem Krankenhaus heraus in der heutigen Zeit keine Basisinnovationen entstehen. Wenn überhaupt, so sind wirkliche Innovationen im Rahmen der medizinischen Behandlungsprozesse zu beobachten. Für den Bereich der Organisation und Administration gilt dies dagegen – sektorenübergreifend – eindeutig nicht. Aber selbstverständlich sind auch hier wesentliche Neuerungen zu beobachten, die alle Prozesse im Krankenhaus betreffen und zu einer deutlichen Verbesserung der Effizienz der Krankenhäuser führen – woraus sich letztlich für alle Beteiligten Vorteile ergeben.

Im Wesentlichen handelt es sich dabei um

- den Einsatz von Organisationsformen und Prozessen,

- die im Krankenhaus neu sind, aber an anderer Stelle bereits mit Erfolg eingesetzt wurden,
- die Verwendung von neuen Techniken und Instrumenten mit dem Zweck, die Abläufe im Krankenhaus möglichst effizient zu gestalten.

### *Zur aktuellen Situation im Krankenhausesektor*

Zunächst soll jedoch ein Blick auf die Ausgangssituation der Krankenhäuser geworfen werden. Der Krankenhausalltag ist geprägt durch:

- einen Investitionsstau von ca. 50 Mrd. Euro,
- sektorübergreifende Strukturen, die eine Neupositionierung der Krankenhäuser erforderlich machen,
- einen zunehmenden Wettbewerbsdruck durch Verbände und regionale Cluster,
- einen aggressiven Wettbewerb um Patienten, Personal und finanzielle Mittel,
- durch innovative und teure Neuerungen in der Medizintechnik,
- durch immer besser informierte und immer mobilere Patienten,
- durch die Tatsache, dass das Personal (bzw. dessen Verfügbarkeit, Kosten, Qualität) immer mehr zu einem kritischen Erfolgsfaktor wird,
- durch kurzfristige Planungszyklen und zunehmende bürokratische Auflagen,
- durch deutliche Überkapazitäten im System.

Um mit diesen drängenden Problemen umzugehen, haben die Krankenhausmanager auf Lösungsansätze zurückgegriffen, die überwiegend in anderen Branchen erfolgreich Anwendung gefunden haben. So wird beispielsweise versucht, die Mittel, deren Fehlen für den Investitionsstau

verantwortlich sind, über innovative „PPP-Modelle“ („Public Private Partnership“) zu ersetzen. Um den Erfordernissen einer sektorübergreifenden Positionierung gerecht zu werden, werden Gesundheitszentren gebildet. Dem geht – relativ neu im Krankenhaussektor – der Einsatz von Marktforschungsinstrumenten voraus. Angesichts des zunehmenden Wettbewerbsdrucks wird auf erprobte Verbundstrukturen mit dem Ziel der Hebung von synergetischen Effekten und auf den standardisierten Einsatz von praxiserprobten, effizienten Prozessen gesetzt. Die teure Medizintechnik mit immer kürzeren Lebenszyklen führt in der Praxis zu Betreiberverträgen mit Industriepartnern. Die Tatsache, dass die Patienten zunehmend mündig und gut informiert sind, hat im Ergebnis zur Übernahme von Marketingmaßnahmen wie Kundenbindungsprogrammen, Einweiserplattformen und aktiver Öffentlichkeitsarbeit geführt – vor zwanzig Jahren kaum vorstellbar. Die Verknappung der qualifizierten personellen Ressourcen führt dazu, dass Instrumente wie e-Recruiting, einrichtungsübergreifende Laufbahnplanungsmaßnahmen, Zielvereinbarungen und Ähnliches zum Einsatz kommen.

Der Kurzatmigkeit in der Branche wird mit dem Einsatz von modernen Planungsinstrumenten wie der „Balanced Scorecard“ begegnet. Um das Problem der Überkapazitäten im Gesamtsystem für ihre Einrichtungen beherrschbar zu machen, entwickeln Krankenhausmanager selektive Wachstumsstrategien und verändern ihr jeweiliges Leistungsportfolio – in der Regel nach einer professionellen Markterkundung.

Um eine Einschätzung zu gewinnen, was aus der Sicht der Krankenhausgeschäftsführer die drängenden Modernisierungsthemen sind, haben wir eine große Marktbefragung durchgeführt, die zwanzig große Krankenhäuser mit mehr als 1,5 Mio. Patienten erfasste. Dabei wurden vor allem die folgenden Punkte genannt:

1. Digitalisierung des gesamten Krankenhauses,
2. zentrale Aufnahme inkl. zentraler Diagnostik,
3. webgestützte integrierte Einweiserplattform,
4. Weiterentwicklung der Zentrenstruktur,
5. umfassende personalpolitische Instrumentarien,
6. Case-Management,
7. Organisationsentwicklung über Leitlinien mit externer Unterstützung (Porsche),
8. Kundenbindungsprogramme,
9. eigenständiges OP-Management,
10. Einsatz von professionellen Marktforschungsinstrumenten.

Was auffiel, war die Dominanz des Themas Digitalisierung. Die Thematik rangiert bei allen zwanzig Krankenhäusern unter den Top-3-Themen, meistens auf Position 1. Bei der Beurteilung der anderen Themen muss berücksichtigt werden, dass sie zumindest teilweise in einigen der befragten Häuser bereits umgesetzt sind. Insgesamt ergibt sich jedoch ein Bild, das den erfahrenen Krankenhausmanager nicht überrascht.

### *Drei Beispiele*

Im Folgenden möchte ich drei sehr unterschiedliche Praxisbeispiele für Struktur- und Prozessinnovationen im Krankenhausalltag vorstellen. Sie wurden in unterschiedlicher Trägerstruktur (frei-gemeinnützig, öffentlich und privat) entwickelt und mit unterschiedlichen Zielsetzungen eingeführt. Die Beispiele haben gemeinsam, dass sie nachhaltig die Krankenhausorganisation verändert haben, dass sie erfolgreich umgesetzt wurden und schließlich auch, dass sie durch erfolgreiche Unternehmen umgesetzt wurden.

## Beispiel 1: Der Aufbau eines zentralen Aufnahme- und Belegmanagements

Das Ziel eines zentralen Aufnahme- und Belegmanagements ist es, durch die Schaffung von interdisziplinär organisierten Querschnittsfunktionen entlang des Krankenhausaufenthaltes von Patienten unter Einbeziehung aller wesentlichen Prozessbeteiligten eine deutliche Steigerung von Qualität und Effizienz zu erreichen. Aus der Sicht des Managements sollen dabei durch eine bessere Ressourcennutzung primär Einsparungen erzielt – und als durchaus erwünschter Nebeneffekt soll zudem eine Steigerung von Behandlungsqualität und -komfort bewirkt werden.

Eckpunkte des „zentralen Beleg- und Aufnahmemanagements (ZBAM)“ sind:

- eine hochwertige Einweiserplattform,
- eine gemeinsame Terminplanungen und Aufnahmepreparierungen für alle elektiven Patienten und geplanten Notfälle,
- die Durchführung von Aufnahmeuntersuchungen auf Facharztniveau ganztägig in einer Aufnahmeabteilung,
- die Glättung der Belastungsspitzen durch zeitliche Entzerrung,
- eine verbindliche Behandlungs- und Diagnostikplanung samt Terminierung im Anschluss an die Aufnahmeuntersuchung,
- die Zuordnung der Patienten zu einem pflegerischen Case-Manager,
- die Weiterentwicklung der Aufgabeninhalte,
- die Schaffung einer Abteilung Patientenmanagement und eines Service-Centers mit dem Recht, auf alle Stationen durchzugreifen.

In der Praxis lässt sich das Modell wie folgt abbilden:

## Struktur- und Prozessinnovationen Modernisierung im Krankenhaus



- Fehlende Kontinuität in der Patientenversorgung
  - keine ressourcen-orientierten Pflegeplanungen
  - keine klar geregelten Verantwortlichkeiten
  - Der Patient hat viele Ansprechpartner
  - keine prozessorientierte Aufgabenverteilung
- Unvernetzte Kommunikationsstruktur
  - keine stringente Informationsweitergabe
  - ineffiziente und unkoordinierte Organisation der Visiten
  - fehlende Absprachen im therapeutischen Team
  - Informationsverluste

Ralf-Heimbach Consulting Innovationen in  
Medizin und Gesundheitswesen

Das Modell wurde vom Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg entwickelt und im Sana-Konzern weitgehend umgesetzt. Auch öffentliche Krankenhäuser wie die Hochtaunus-Kliniken GmbH haben sich damit auseinandergesetzt.

Was soll die Einführung des zentralen Beleg- und Aufnahmemanagements bewirken? Der Krankenhausalltag ohne ein professionelles Aufnahme- und Entlassmanagement zeichnet sich aus durch:

- unkoordinierte Aufnahmen ohne hinterlegte Leitungszahlen,
- überwiegend nicht terminierte Aufnahmen,
- nicht abgestimmte Entlassungen,
- die Tatsache, dass versprochene Wahlleistungsbetten häufig nicht zugewiesen werden können,
- eine „tägliche Chaosverwaltung“.

Aus derartigen Defiziten in der Patientendurchlaufsteuerung ergeben sich unerwünschte Folgen wie:

- eine dezentrale Aufnahmeorganisation, mit Ressourcenvergeudung und hohem Abstimmungsbedarf,
- lange Wartezeiten,
- unbekannte Wege,
- Erstkontakt der Patienten mit „unerfahrenen“ Assistenten.

Für die Patientenversorgung bedeutet das konkret:

- keine ressourcen-orientierten Pflegeplanungen,
- keine klar geregelten Verantwortlichkeiten,
- eine Vielzahl von Ansprechpartnern für den Patienten,
- keine prozessorientierte Aufgabenverteilung.

Das Ganze ist in der Regel verbunden mit einer unvernetzten Kommunikationsstruktur – mit folgenden Konsequenzen:

- keine stringente Informationsweitergabe,
- ineffiziente und unkoordinierte Organisation der Visiten,
- fehlende Absprachen im therapeutischen Team,
- Informationsverluste.

Diesen Nachteilen der herkömmlichen Organisationsstruktur sollen nun die Vorteile des zentralen Aufnahme- und Belegmanagements gegenübergestellt werden.

Aus der einen Komponente, der Belegungssteuerung, ergeben sich die folgenden Vorteile:

1. Alle elektiven Aufnahmen, Notaufnahmen, Verlegungen werden zentral gesteuert.
2. Für geplante Notaufnahmen und elektive Aufnahmen steht zeitnah ein Bett zur Verfügung.
3. Die Suche nach freien Betten entfällt.
4. Es erfolgt eine fachübergreifende Belegung nach abgestimmten Vorgaben.

5. Die Quote der internen Verlegungen wird deutlich gesenkt.
6. Für die Kernaufgabe Einbestellung nach vereinbarten Kennzahlen in den Abteilungen wird deutlich Zeit gewonnen.

Das Aufnahmemanagement führt zu folgenden Vorteilen:

1. eine „gleichmäßige“ Auslastung der vorhandenen Kapazitäten und der Personalressourcen (OP, Intensiv etc.),
2. eine Reduktion der präoperativen Verweildauer durch effizientere Organisation der prästationären Diagnostik,
3. eine Reduktion der Gefahr von Fehlbelegung bereits beim Erstkontakt,
4. eine überwiegende Einbestellung nach vereinbarten Aufnahmezeiten,
5. eine deutliche Erlössteigerung bei WLA/WLU durch Verkaufsgespräche.

Insgesamt handelt es sich also um eine Maßnahme, die die Gesamtstruktur eines Krankenhauses nachhaltig weiterentwickelt und wesentliche Defizite des alltäglichen Krankenhausbetriebes abbauen kann. Wegen des ganzheitlichen Ansatzes ist es allerdings auch eine anspruchsvolle Aufgabe, das ZABM einzuführen. Die Einführung ist mit einem hohen Aufwand und mit der Überwindung von vielen Widerständen im gesamten Krankenhaus verbunden. Sie gelingt zumeist nur mit professioneller Unterstützung und dem Nachweis, dass das System in anderen Einrichtungen erfolgreich praktiziert wird.



## Beispiel 2: Fremdvergabe des gesamten radiologischen Gerätemanagements an einen Industriepartner

Als zweites Beispiel für innovative Ansätze im Gesundheitswesen möchte ich auf die Fremdvergabe des Gerätemanagements an Industriepartner verweisen. Hier ist die Innovation klar durch pekuniäre Einsparziele getrieben. Das jeweilige Krankenhausmanagement verspricht sich jedoch auch eine deutliche Qualitätsverbesserung bei der Leistungserbringung.

Als Beispiel für dieses Vorgehen dient die Gesundheit Nordhessen AG. Der Krankenhauskonzern in öffentlicher Trägerschaft hat seinen gesamten radiologischen Gerätepark für die Dauer von zehn Jahren einem privaten Unternehmen übertragen, und zwar gleichermaßen Beschaffung, Wartung und Betrieb. Angesichts der guten Erfahrungen hiermit wurde eine vergleichbar angelegte Übertragung aller weiteren elektrischen Geräte an eine andere, ebenfalls private Firma vereinbart.

Im Ergebnis konnten die Betriebskosten nachhaltig reduziert werden. Die erforderliche Erneuerung der Medizintechnik wurde entzerrt und mit professioneller Unterstützung vorangetrieben. Die Gesellschaft hat sich selbst gezwungen, eine ZehnJahresplanung aufzustellen – eher eine Ausnahme im schnelllebigen Krankenhausgeschäft.

Angemerkt werden muss jedoch, dass die Bindung an einen großen Anbieter für zehn Jahre nicht unproblematisch ist.

## Beispiel 3: Die Qualitätsmanagement-getriebene Modernisierung im Helios-Konzern

Im Rahmen der Studie „Innovative Ansätze im Krankenhaus“ (im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung, 2009) habe ich u. a. einem Manager der HELIOS-Kliniken die

Frage gestellt, worin er die wichtigste Innovation in seinem Konzern sehe. Die Antwort lautete: In dem dort praktizierten Qualitätsmanagement mit dem sog. Peer-Review-Ansatz. Der Konzern führte als erstes größeres Unternehmen der Branche einen medizinischen Qualitätsbericht ein, in dem die eigene Leistungsstruktur überraschend transparent dargestellt wurde.

Damit folgen die HELIOS-Kliniken dem strategischen Ansatz, dass ein erfolgreiches Agieren im Gesundheitswesen auf lange Sicht nur durch eine hohe und transparente Qualität erreicht werden kann. Der ökonomische Ansatz ist einfach und überzeugend: Durch eine hohe – und auch als solche wahrgenommene – Qualität wird eine Fallzahlsteigerung bewirkt – einschließlich der damit einhergehenden positiven ökonomischen Effekte (Skaleneffekte, bessere Ressourcenauslastung etc.). Bei dieser einfachen Logik wird allerdings oft vernachlässigt, dass eine hohe Qualität nur durch ein hohes Maß an interner Transparenz erreicht werden kann. Das Unternehmen, der verantwortliche Arzt, der einzelne Leistungserbringer muss wissen, was gute Qualität ist und wo er mit seiner eigenen Qualitätsausprägung steht. Die hierfür erforderliche Datenerhebung liefert wertvolle Hinweise zur Weiterentwicklung aller relevanten Organisationsmerkmale. Im Ergebnis bedeutet dies, dass Systeme und Prozesse optimiert werden können. Dadurch können ökonomische Reserven und (zeitliche) Kapazitäten gewonnen werden, die ihrerseits in weitere den Patienten zugute kommende Qualität fließen können. Dieser ganzheitliche Ansatz drückt sich auch im Unternehmensleitensatz aus: „Jeder Moment ist Medizin.“

Seit dem Jahr 2000 messen die HELIOS-Kliniken die Qualität ihrer medizinischen Ergebnisse mit Routinedaten. Diese auf der gesetzlichen Grundlage des § 301 SGB V im Zusammenhang mit der Abrechnung erhobenen, zeitnah verfügbaren und auch an die Krankenkassen übermit-

telten Daten der Krankenhäuser werden als Ausgangsbasis für die Definition von Mengen-, Verfahrens- und Ergebnisindikatoren für diverse Krankheitsbilder und operative Verfahren genutzt. Anders als bei auf separater Dokumentation basierenden Verfahren (z. B. dem des BQS-Instituts) entsteht hier kein zusätzlicher Erfassungsaufwand. Die für ausnahmslos jeden Behandlungsfall vollständig vorliegenden Daten werden von den Kliniken selbst, von den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen auf ihre Richtigkeit hin überprüft. Es handelt sich daher um den derzeit bestgeprüften Datenbestand.

Derzeit messen die Kliniken rund 700 Indikatoren und bilden damit rund zwei Drittel ihrer Leistungen ab. Unabhängig davon stehen die üblichen ICD-, OPS- und DRG-Statistiken zur Verfügung. Indikatoren lassen sich durch die logisch beliebig komplexe Kombination von Haupt- und Nebendiagnosen, Prozeduren und demografischen Daten ableiten.

Bei vielen Krankheitsbildern ist die Sterblichkeit ein bedeutender Endpunkt. Wesentliche Qualitätsmängel im Behandlungsablauf äußern sich, sofern es sich nicht um sehr einfache Behandlungsverfahren handelt, letztendlich auch in einem Anstieg der Sterblichkeit. So führen beispielsweise Wundinfektionen, Nahtinsuffizienzen, Probleme im postoperativen Behandlungsmanagement oder die Nichteinhaltung oder Nichtumsetzung adäquater und aktueller Leitlinien in der Therapie (z. B. der Herzinsuffizienz oder der Pneumonie) u. a. zu einem Anstieg der Sterblichkeit. Umgekehrt werden, um die Sterblichkeit zu verringern, genau solche Schwachstellen in den Behandlungsabläufen analysiert und die Behandlungsprozesse gezielt verbessert. Eine Verbesserung des Endpunktes Sterblichkeit schließt daher Verbesserungen in den untergeordneten Qualitätsparametern regelmäßig mit ein. Die durch diese Zielorientierung erreichten Verbesserungen sind sowohl nach Inter-

vention in einzelnen Kliniken als auch im Mittel über den Konzern messbar und signifikant.

Neben der Sterblichkeit umfasst das Indikatoren-Set aber auch weitere Parameter, die sich in den routinemäßig erfassten Daten messen lassen: So werden z. B. der Anteil laparoskopischer Operationsverfahren, der Einsatz neuer Techniken oder auch die Kaiserschnitttrate oder die Anzahl von Dammrissen bei Geburten ausgewertet.

Darüber hinaus werden Mengeninformationen zu vielen Krankheitsbildern oder Operationen dargestellt. Die differente Zusammensetzung der in einzelnen Kliniken behandelten Patienten lässt unterschiedliche Ergebnisse erwarten. Um die Vergleichbarkeit der Kennzahlen zu verbessern, werden für einzelne Krankheitsbilder Risikoadjustierungen durchgeführt. Für jede einzelne Klinik sowie für den Konzern werden die Sterblichkeiten berechnet, die nach der Alters- und Geschlechtsstruktur der behandelten Patientengruppen zu erwarten wären.

Das beschriebene Qualitätsmanagementsystem stellt damit nicht ausschließlich auf Struktur- oder Prozessmerkmale ab, sondern folgt insbesondere einer Ergebnisorientierung. Wesentlich für den angestrebten Verbesserungsprozess ist dabei die Transparenz der Ergebnisse.

So sind intern die Kennzahlen für alle Chefärzte und Verwaltungsleiter der Kliniken offen zugänglich und fördern so den Leistungs- und Qualitätswettbewerb. 30 wesentliche Krankheitsbilder werden derzeit über rund 140 Qualitätsindikatoren, verbunden mit klar definierten medizinischen Konzernzielen, öffentlich dargestellt und prioritär verfolgt. Zu diesen gehören häufige und wichtige Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Pneumonie) und Operationen (z. B. Cholezystektomie, Herniotomie, Hüft- und Kniegelenkendoprothesen) sowie komplexe und heterogene Behandlungen und Krankheitsbilder (z. B. Sepsis, Beatmung, Ösophagusresektionen).

Für Patienten, Einweiser und Krankenkassen sowie die interessierte Öffentlichkeit sind diese Zahlen im medizinischen Jahresbericht, im Internetauftritt des Konzerns und in den Klinikführern der einzelnen Krankenhäuser einsehbar.

Der Peer-Review-Prozess setzt hier an. Um die Ergebnisse verbessern zu können, werden auf der Grundlage der Qualitätsmessungen konkrete Handlungsfelder identifiziert. Hierzu führen die HELIOS-Kliniken seit dem Jahr 2001 das Peer-Review-Verfahren zur Identifizierung der Ursachen von Qualitätsproblemen durch. Bei Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren einzelner Kliniken kommen Chefärzte aus anderen Kliniken des Konzerns zusammen, um anhand der Patientenakten die Behandlungsabläufe bei konkreten kritischen Fällen zu analysieren. Häufig sind insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern mehrere Abteilungen einer Klinik involviert. Bei operativen Fällen wird so beispielsweise nicht nur die Operation selbst, sondern auch die Indikationsstellung, der gesamte perioperative Ablauf inklusive der Nachsorge und gegebenenfalls die adäquate Versorgung bei Begleiterkrankungen analysiert. Die Zielsetzung bei der Analyse dieser Fälle ist vorwärtsgerichtet: Es geht darum, eventuelle systematische Schwachstellen in den Abläufen zu erkennen, um daraus Verbesserungsmöglichkeiten für die Zukunft abzuleiten. Deren Beseitigung hilft nicht nur potenziellen Problemfällen, sondern wirkt sich positiv auf die Behandlung vieler anderer Patienten aus. Wenn es sich nicht um krankheitsspezifische Schwachstellen handelt, sondern beispielsweise um Probleme in der interdisziplinären Zusammenarbeit, können die Verbesserungswirkungen weitreichend sein und über das ursprünglich adressierte Krankheitsbild hinausgehen.

Im Anschluss an die medizinisch-fachliche Diskussion wird auch die Verwaltungsleitung bzw. Geschäftsführung in das Verfahren einbezogen. Gemeinsam werden die gege-

benenfalls für notwendig erachteten strukturellen und organisatorischen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung sowie die Entwicklungsziele festgelegt. Die getroffenen Vereinbarungen werden dokumentiert, ihre Umsetzung sowie die Auswirkungen auf die Ergebnisindikatoren werden nachverfolgt. In der Vergangenheit konnten wiederholt Verbesserungen der gemessenen Ergebnisqualität im zeitlichen Zusammenhang mit Reviews beobachtet werden. Die klassischen Peer-Review-Verfahren wurden um die Analyse von seltenen Zwischenfällen ergänzt. Todesfälle bei Low-risk-Operationen wie Gallenblasenentfernungen sind beispielsweise in einzelnen Krankenhäusern selten, kommen aber bei der Betrachtung großer Fallzahlen auf Konzernebene regelmäßig vor. Alle diese seltenen Ereignisse lassen sich über den zentralen Routinedatenbestand anonymisiert und in den jeweiligen Kliniken auch direkt identifizieren. Es erfolgt eine Analyse der Fälle in einem zentralen Verfahren, das der Review-Methodik folgt. Auch hierbei treten bei einem Teil der Fälle vermeidbare Fehler in den Abläufen zutage, die in den Fachgruppen diskutiert werden und zu Veränderungen im Konzern führen.

*Wichtig ist: Voraussetzung für die Akzeptanz und den Erfolg aller Peer-Review-Verfahren ist, dass das Verfahren als gemeinsamer kollegialer Lernprozess begriffen wird. Ohne eine ausreichende Vertrauensbasis, respektvollen Umgang miteinander und eine offene Diskussionskultur sind derartige Konzepte nicht umsetzbar.*

Der Qualitätsmanagementprozess wird durch die Mitwirkung des Medizinischen Beirats und der Fachgruppen der Kliniken optimiert. Der Medizinische Beirat besteht aus sechs erfahrenen, langjährig im Konzern tätigen Chefarzten. In den medizinischen Fachgruppen des Konzerns arbeiten die leitenden Ärzte einer Fachrichtung oder verwandter Fachgebiete aus allen zur Gruppe gehörenden Kliniken zusammen. Die Fachgruppe Pflege wird von den

leitenden Pflegekräften aller Kliniken gebildet. Die Fachgruppen dienen der Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Kliniken, dem Wissenstransfer und der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung. Bedarfsweise werden auch interdisziplinäre und interprofessionelle (in der Regel temporäre) fachgruppenübergreifende Arbeitsgruppen gebildet, die sich beispielsweise mit Konzepten zur minimal-invasiven Chirurgie, zur Verbesserung der Beatmungsstrategien oder zur Schmerztherapie befassen. Der Konsensbildungsprozess mündet in konzernweit und gegebenenfalls auch fachübergreifend wirksame Beschlüss.

Ein entscheidender Teil der Fachgruppenarbeit besteht in der Auseinandersetzung mit den medizinischen Unternehmenszielen und den zur Verfügung stehenden internen Qualitätskennzahlen sowie eben den Ergebnissen der Peer Reviews. So werden neue Qualitätsindikatoren unter Beteiligung der jeweiligen Fachgruppen entwickelt und auf ihre Praxistauglichkeit hin überprüft. Ebenso liegt die Definition von Qualitätszielen, soweit keine externen Vergleichswerte (wie z. B. zur Sterblichkeit) auf Bundesebene vorliegen, im Aufgabenbereich der Fachgruppen.

Das Peer-Review-Verfahren wird durch fachgruppeninterne Selbst-Reviews ergänzt. Die Selbst-Reviews werden von den Fachgruppen in Eigenregie organisiert und durchgeführt. Dabei erfolgen keine Fallbewertungen durch externe „Peers“, die verantwortlichen Chefärzte führen die retrospektiven Aktenanalysen selbst durch. Welche Fälle Gegenstand der Reviews sind, wird innerhalb der Fachgruppe festgelegt. Die Bewertungskriterien decken sich inhaltlich mit denen der Peer Reviews. Grundsätzlich werden alle Kliniken einbezogen, also auch solche mit guten oder unauffälligen Qualitätskennzahlen. Ein weiterer wichtiger Aspekt besteht darin, dass zur Vorbereitung der sog. Todesfallkonferenzen die entsprechenden Patientenakten im Sinne eines internen Reviews überprüft und

dann vorgestellt werden. Qualitätsmanagement wird damit ein Teil der Abteilungs- bzw. Klinikkultur.

Besonders interessant an dem von den HELIOS Kliniken gewählten Ansatz ist, dass er, gewissermaßen in einem System der kommunizierenden Röhren, gleichzeitig sowohl ein Optimierungsinstrument als auch einen wesentlicher Teil der gelebten Unternehmenskultur darstellt. Und beides wird mit durchaus vorzeigbarem Erfolg eingesetzt.

### *Fazit*

Die hier beschriebenen neuen Modelle werden natürlich – soweit sie vergleichbar sind – in der Industrie und im Dienstleistungssektor bereits erfolgreich praktiziert. Im Krankenhaussektor – mit seinen sehr eigenen Strukturen – war die Implementierung und erfolgreiche Umsetzung mit erheblichen Widerständen verbunden. Der unternehmerische Erfolg der Gesellschaften, die den Mut zur Veränderung und den langen Atem hatten, der notwendig ist, sie auch tatsächlich umzusetzen – dieser Erfolg zeigt, dass auch auf der Ebene der Krankenhausorganisation und des Krankenhausmanagements tiefgreifende Veränderungsprozesse durchaus einen Sinn und eine Chance haben.

Es mag sein, dass gerade im Krankenhaussektor der Spruch gilt: „Das Neue wird nur unter Schmerzen geboren“. Und man kann nicht selten den Eindruck gewinnen, dass sozusagen die kritische Schmerzschwelle vielerorts noch nicht erreicht ist. Vielleicht mangelt es aber auch an den entsprechenden Freiräumen – die die einen nicht sehen und die anderen sich dennoch nehmen.