

Stand und Entwicklung des Qualitätsmanagements in
psychiatrischen Kliniken in Deutschland im
Berichtszeitraum 2006 bis 2010

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Mayr-Erlinger, geb. Erlinger, Regina Maria

2016

Dekan:

Professor Dr. I. B. Authenrieth

1. Berichterstatter:

Professor Dr. M. Eichner

2. Berichterstatter:

Professor Dr. G. Längle

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	4
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	6
1 EINLEITUNG	7
1.1 QUALITÄTSMANAGEMENT IM GESUNDHEITSWESEN	7
1.1.1 <i>Definition Qualitätsmanagement</i>	7
1.1.2 <i>Gesetzliche Rahmenbedingungen des Qualitätsmanagements</i>	7
1.1.3 <i>Grundelemente des internen Qualitätsmanagements in der stationären Versorgung</i>	8
1.1.4 <i>Strukturen des Qualitätsmanagements</i>	13
1.2 QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEME.....	14
1.2.1 <i>DIN EN ISO</i>	15
1.2.2 <i>KTQ</i>	16
1.2.3 <i>proCum Cert</i>	17
1.2.4 <i>EFQM Modell</i>	18
1.3 DER STRUKTURIERTE QUALITÄTSBERICHT	20
1.4 UNTERSUCHTE FRAGESTELLUNGEN	22
2 MATERIAL UND METHODIK	23
2.1 ZUSAMMENSETZUNG DER DATENQUELLEN	23
2.2 BESCHREIBUNG DER AUSWERTUNGSSTICHPROBEN.....	25
2.2.1 <i>Beschreibung der Auswertungsstichprobe Teil A</i>	25
2.2.2 <i>Beschreibung der Auswertungsstichprobe Teil B</i>	26
2.2.3 <i>Beschreibung der Auswertungsstichprobe Teil C</i>	28
2.3 AUSWERTUNGSMODALITÄTEN DES QUALITÄTSBERICHTS	29
2.3.1 <i>Auswertung des Abschnittes D-1 Qualitätspolitik</i>	29
2.3.2 <i>Auswertung des Abschnittes D-2 Qualitätsziele</i>	29
2.3.3 <i>Das PATH-Framework</i>	30
2.3.4 <i>Erläuterungen zur Auswertung der Qualitätsziele und -Projekte mittels PATH</i>	32
2.3.5 <i>Auswertung des Abschnittes D-3 Aufbau des internen Qualitätsmanagements</i>	36
2.3.6 <i>Auswertung des Abschnittes D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements</i>	36
2.3.7 <i>Auswertung des Abschnittes D-5 Qualitätsmanagementprojekte</i>	38
2.3.8 <i>Auswertung des Abschnittes D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements</i>	38
2.4 AUSWERTUNGSMODALITÄTEN TEIL A.....	39
2.5 AUSWERTUNGSMODALITÄTEN TEIL B	39
2.6 AUSWERTUNGSMODALITÄTEN TEIL C	40

3	ERGEBNISSE	41
3.1	ERGEBNISSE DER AUSWERTUNG TEIL A	41
3.2	ERGEBNISSE DER AUSWERTUNG TEIL B	42
3.2.1	<i>Ergebnisse des Abschnittes D-1-Qualitätspolitik</i>	42
3.2.2	<i>Ergebnisse des Abschnittes D-2-Qualitätsziele</i>	43
3.2.3	<i>Ergebnisse des Abschnittes D-3- Aufbau des internen Qualitätsmanagements</i>	48
3.2.4	<i>Ergebnisse des Abschnittes D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements</i>	49
3.2.5	<i>Ergebnisse des Abschnittes D-5 Qualitätsmanagementprojekte</i>	50
3.2.6	<i>Ergebnisse des Abschnittes D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements</i>	54
3.3	ERGEBNISSE TEIL C: AUSWERTUNG DER QUALITÄTSBERICHTE 2010	55
3.3.1	<i>Ergebnisse des Abschnittes D-1-Qualitätspolitik 2010</i>	55
3.3.2	<i>Ergebnisse des Abschnittes D-2-Qualitätsziele 2010</i>	56
3.3.3	<i>Ergebnisse des Abschnittes D-3- Aufbau des internen Qualitätsmanagements 2010</i>	58
3.3.4	<i>Ergebnisse des Abschnittes D-4 Instrumente des QM 2010</i>	59
3.3.5	<i>Ergebnisse des Abschnittes D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 2010</i>	61
4	DISKUSSION	62
4.1	DISKUSSION ZU TEIL A	62
4.2	DISKUSSION ZU TEIL B	66
4.2.1	<i>Diskussion zu D-1- Qualitätspolitik</i>	66
4.2.2	<i>Diskussion zu D-2- Qualitätsziele</i>	67
4.2.3	<i>Diskussion zu D-3 Aufbau des internen Qualitätsmanagements</i>	68
4.2.4	<i>Diskussion zu D-4- Instrumente des Qualitätsmanagements</i>	70
4.2.5	<i>Diskussion zu D-5- Qualitätsmanagementprojekte</i>	72
4.2.6	<i>Diskussion zu D-6- Bewertung des Qualitätsmanagements</i>	73
4.3	DISKUSSION ZU TEIL C	75
4.4	DISKUSSION ZUR METHODIK	78
4.5	SCHLUSSFOLGERUNG AUS DER ARBEIT	79
5	ZUSAMMENFASSUNG	81
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	82
	TABELLENVERZEICHNIS	83
	LITERATURVERZEICHNIS	84
	ERKLÄRUNG ZUM EIGENANTEIL DER DISSERTATIONSSCHRIFT	90
	ANHANG	91
	DANKSAGUNG	98
	LEBENS LAUF	99

Abkürzungsverzeichnis

ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BADO	Basisdokumentation
BMI	Bundesministerium des Inneren
CIRS	Critical-Incident-Reporting-System
DEKV	Deutscher Evangelischer Krankenhausverband
DIN	Deutsches Institut für Normung
EFQM	European Foundation für Quality Management
EN	Europäische Norm
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISO	International Standardisation Organisation
KCQ	Kompetenz-Centrum "Qualitätssicherung /Qualitätsmanagement" der MDK-Gemeinschaft und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KKVD	Katholischer Krankenhausverband Deutschland
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
PATH	Performance assessment tool for quality improvement in hospitals
pCC	proCum-Cert
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
QM	Qualitätsmanagement
SGB	Sozialgesetzbuch

1 Einleitung

Spätestens seit die Verpflichtung zur Qualitätssicherung in Deutschland gesetzlich verankert ist, sind alle Organisationen der stationären Versorgung dazu angehalten, sich damit auseinanderzusetzen. Anhand der Auswertung der zweijährlich veröffentlichten Qualitätsberichte sollen Stand und Entwicklung des Qualitätsmanagements in psychiatrischen Häusern dargestellt werden.

1.1 Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

1.1.1 Definition Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement ist ein methodischer Ansatz, der dazu befähigt, die im ärztlichen Selbstverständnis begründeten Qualitätsziele durch definierte, systematische, aufeinander abgestimmte, organisatorische Maßnahmen und Methoden zu erreichen und, zwar mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, als dies im gewachsenen ärztlichen Handlungsrahmen möglich ist (Phillip & Laux, 2008). Von einem funktionierendem Qualitätsmanagement wird erwartet, dass es Effektivität und Effizienz verbessert, Patientenzufriedenheit steigert, Wettbewerbsfähigkeit erhöht und Transparenz zur Einrichtung und ihren Leistungen herstellt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013).

1.1.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen des Qualitätsmanagements

Im Sozialgesetzbuch V § 135 a (1) ist die allgemeine Verpflichtung zur Qualitätssicherung verankert. In Absatz 2 § 135a werden Krankenhäuser und andere Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 11a besteht, dazu verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die die Ergebnisqualität verbessern, sowie ein internes QM-System einzuführen und weiterzuentwickeln. Die Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Festlegung der Richtlinien für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind in § 137 festgeschrieben. Internes Qualitätsmanagement wird in erster Linie aber nicht deshalb vorangetrieben,

weil es gesetzlich gefordert wird, sondern vielmehr aus dem Grund, dass das interne Qualitätsmanagement ein wesentlicher Bestandteil der Berufsausübung ist und in den Verantwortungsbereich der Versorgungseinrichtungen selbst gehört (Selbmann, 2011).

1.1.3 Grundelemente des internen Qualitätsmanagements in der stationären Versorgung

Der Gemeinsame Bundesausschuss benennt acht Grundelemente des Qualitätsmanagements (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2005). Diese sollten sich im internen Qualitätsmanagement und in der jeweiligen Qualitätspolitik der Kliniken wiederfinden. Im Folgenden werden diese Grundelemente erläutert.

a) Patientenorientierung

Der Begriff der Patientenorientierung beinhaltet verschiedene versorgerische Verhaltensweisen, die die Interessen, Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten berücksichtigen. Dabei sind die Patienten als von ärztlicher Sicht aus zu informierende, zur Mitsprache berechnigte Partner zu sehen (Devis, 2007). Patientenorientierte Prozesse wirken sich positiv auf die Patientenwahrnehmung und auf deren Mitwirkung am Versorgungsprozess aus (Devis, 2007). Weiter beinhaltet der Grundsatz der Patientenorientierung auch die Gewährleistung der Sicherheit der Patienten. Wobei Patientensicherheit als Produkt aller Maßnahmen verstanden wird, die darauf ausgerichtet sind Patienten vor vermeidbaren Schäden in Zusammenhang mit der therapeutischen Behandlung zu bewahren (Ertl-Wagner, et al., 2013).

b) Verantwortung und Führung

Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements stehen Führung und die Übernahme von Verantwortung immer in unmittelbarer Beziehung zueinander. Führung bedeutet strategische Ausrichtung eines Unternehmens, Festlegung der Qualitätspolitik, Definition von Unternehmenszielen und die Festlegung der Qualitätsplanung. Darüber hinaus zählen auch die Bewusstseinsbildung zur Umsetzung des Qualitätsstrebens und die Veranlassung zu Qualitätsmessungen zu den Führungsaufgaben (Selbmann & Weidringer, 2009).

Während bestimmte Tätigkeiten des internen Qualitätsmanagements delegiert werden können, beispielsweise an Qualitätsbeauftragte, gilt dies für die Verantwortung für das System nicht. Der Punkt Verantwortung und Führung kann deshalb immer nur so gut ausgeführt werden, wie die Führungskompetenzen der Leitung sind. Führung und Verantwortung können für die Belange des internen Qualitätsmanagements eingefordert werden, aber nicht ohne Weiteres erwartet und letztlich auch kaum überprüft werden, da die Voraussetzung und Fähigkeiten dazu nicht gleichmäßig verteilt sind (KCQ, 2012).

c) Wirtschaftlichkeit

Der G-BA postuliert in der QM-Vereinbarung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2005), dass Maßnahmen des Qualitätsmanagements, wie alle anderen Krankenhausleistungen auch, der Forderung nach Effektivität und Wirtschaftlichkeit genügen müssen. Neben der Qualität wird Wirtschaftlichkeit als eine der Hauptdeterminanten für den Erfolg von Krankenhäusern angesehen (KCQ, 2012). Der Gemeinsame Bundesausschuss benennt keine Instrumente, durch deren Anwendung explizit die Wirtschaftlichkeit in den Kliniken optimiert werden kann. Um wirtschaftlich agieren zu können, setzt sich ein Trend zur Fusion und zum Zusammenschluss zu größeren Klinikverbänden fort (Augurzky, et al., 2013). Für einen Kausalzusammenhang zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gibt es allerdings bisher keine eindeutige Evidenzlage (KCQ, 2012).

d) Prozessorientierung

Eine eindeutige Definition des Begriffs Prozessorientierung besteht nicht. Allgemein wird darunter eine strikte Ausrichtung des Handelns an den Zielen eines Unternehmens verfolgt, wobei die Zielgröße das Ergebnis einer Abfolge von Tätigkeiten darstellt (Rohner, 2010). Im Hintergrund einer durchgehenden Prozessorientierung einer Unternehmensorganisation steht die Philosophie des lernenden Unternehmens (Sens, 2010). Wird in einem Unternehmen prozessorientiert gearbeitet, so werden unter klarer Festlegung von Zuständigkeiten bestimmte Handlungen vorgenommen und das Ergebnis des Zusammenwirkens in den Mittelpunkt gestellt.

Dabei können funktional-organisatorische Festlegungen oder berufsgruppenspezifische Grenzen überschritten werden (Rohner, 2010).

Nach Vorgaben des BMI (Bundesministerium des Inneren, 2007) sind vor allem die Beseitigung von Schnittstellen, die Herstellung von flachen Hierarchien und die Bildung von Partnerschaften grundlegende Merkmale der Prozessorientierung. Typische prozessorientierte Entwicklungen im klinischen Setting sind Klinische Pfade (Clinical Pathways) oder die Umsetzung eines Entlassmanagements (KCQ, 2012). Diese Klinischen Pfade sollen eine Kostensenkung bewirken, gleichzeitig aber durch eine Orientierung an Leitlinien die Ergebnisqualität und somit die Patientenzufriedenheit erhöhen (Kirschner, et al., 2007).

Um eine optimale Prozessorientierung zu erreichen, wird eine Verzahnung von klinischen und diagnostischen Prozessen empfohlen. Zusätzlich sollte eine frühe Einbeziehung des Informationsbedarfes und der dafür notwendigen IT-Anwendungen mit Abbildung der Prozesse in geeigneter Software stattfinden. Darüber hinaus sollte eine lose Kopplung klinischer und administrativer Prozesse sowie eine auf den Entlassungszeitpunkt gerichtete Fertigstellung der Dokumentationen forciert werden (Rohner, 2010). Die Einrichtungen des Gesundheitswesens haben diesen prozessorientierten Ansatz trotz der enormen Veränderungsdynamik und den Forderungen nach Qualität bisher nur zögerlich umgesetzt, obwohl damit ein nachhaltiger Nutzen für Patienten, Mitarbeiter und die Klinik selbst verbunden ist, nämlich stabile, qualitätsfähige und effiziente Behandlungsprozesse (Sens, 2010).

e) Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterbeteiligung

Mit dem Begriff Mitarbeiterorientierung wird die Grundhaltung einer Organisation bezeichnet, die jeden einzelnen Mitarbeiter als Träger wichtiger Fähigkeiten wertschätzt (Ertl-Wagner, et al., 2013). In der Qualitätsmanagementvereinbarung des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2005) wird postuliert, dass auch Mitarbeiter Verantwortung für Qualität und Leistung tragen und sich für die Realisierung der Regelungen zum Qualitätsmanagement einsetzen müssen.

Dementsprechend sollen Krankenhausmitarbeiter über das Qualitätsmanagement informiert, geschult und motiviert werden, um QM-Aufgaben übernehmen zu können und ein Qualitätsbewusstsein zu entwickeln. In Zeiten von Pflegekräftemangel und demographisch alternder Mitarbeiterstruktur sollte die klassische Personalverwaltung durch ein strategisches Personalmanagementkonzept ersetzt werden. In dessen Mittelpunkt sollten Personalentwicklung und eine attraktive Arbeitsplatzgestaltung stehen. Auch verbesserte Mitarbeiterakquirierung und innovative Arbeitszeit- und Vergütungsmodelle sollten miteinbezogen werden (Da-Cruz & Hermann, 2010). Zur Motivationsförderung und Ermittlung der Stimmung des Personals sind Mitarbeiterbefragungen ein probates Instrument. Zudem gelten sie als eines der Mittel, um Schwachstellen aufzudecken, Arbeitsplätze zu gestalten, Tätigkeiten zu spezifizieren und die interne Kommunikation zu verbessern (KCQ, 2012).

f) Zielorientierung und Flexibilität

In der QM-Vereinbarung zur stationären Versorgung definiert der Gemeinsame Bundesausschuss (2005) Zielorientierung in einer Organisation als die Ausrichtung des Denkens und Handelns auf ein erwünschtes und im Voraus möglichst präzise formuliertes Ziel hin. Dementsprechend sind die Kliniken dazu aufgefordert, möglichst konkrete und operative Ziele zu formulieren. Anhand des Ausmaßes der Detaillierung der Zielformulierung, der zugezogenen Maßnahmen und zugehörigen Messungen kann abgeschätzt werden, inwieweit sich eine Organisation aktiv mit internem Qualitätsmanagement befasst (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2013a). Eine zielorientierte Unternehmensführung wird generell als Voraussetzung für den langfristigen Erfolg von Unternehmen angesehen (KCQ, 2012). Bei der Festlegung von Zielen empfiehlt sich eine Beschränkung auf wenige, aber dafür konkrete Zielsetzungen. Ein zielorientiertes Management wird in Projekten verfolgt, die systematisch und strukturiert durchgeführt werden müssen. Dazu bedarf es eines Projektmanagements, in dem Planung, Umsetzung und Überprüfung koordiniert werden können. Wichtig ist auch eine Evaluation der Projekte, durch die ermittelt werden kann, ob die formulierten Ziele erreicht werden konnten (Stratmeyer, 2002).

Die Flexibilität, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gefordert wird, soll es den Kliniken ermöglichen, dynamisch auf Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen reagieren zu können (KCQ, 2012). Heiß und Reiche stellten in ihrer Arbeit fest, dass oftmals keine Übereinstimmung zwischen der Darstellung von Zielen und derer tatsächlicher Umsetzung besteht und der Grundsatz der Zielorientierung von den Krankenhäusern nur unzureichend umgesetzt wurde (Heiß & Reiche, 2011). Gründe dafür sind ein hoher Zeitaufwand, der Aufwand durch Schaffung neuer Organisations- und Kommunikationsformen sowie die notwendige Einbeziehung mehrerer Personen in den Zielentwicklungsprozess (Stratmeyer, 2002).

g) Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Fehlervermeidung und der Umgang mit Fehlern stehen in unmittelbarer Verbindung mit der Gewährleistung der Patientensicherheit (KCQ, 2012). Es wird vermutet, dass circa 80% aller unerwünschten Ereignisse im Krankenhaus auf menschliche Fehler oder Irrtümer zurückgehen (Hofinger, 2009). Es wurde deutlich, dass der traditionelle personenorientierte Umgang mit Fehlern, wie er in der Ärzteschaft verbreitet ist, im Hinblick auf die Patientensicherheit nicht zielführend ist, da Fehlleistungen einzelner häufig durch Sicherheitslücken im System verursacht werden und so dieselben Fehler immer wieder passieren können (Rohe, et al., 2012). Deshalb kommt kein Qualitätsmanagement ohne eine strukturierte und konstruktive Fehlerkultur aus (Ertl-Wagner, et al., 2013). Zur Umsetzung einer solchen Fehlerkultur haben sich Fehlerberichts- und Lernsysteme wie das Critical-Incident-Reporting-System (CIRS) etabliert. Kerngedanke dieser Systeme ist das Berichten von sicherheitsrelevanten Ereignissen und deren systematische Analyse (Rohe, et al., 2012). Es ist die Aufgabe des internen Qualitätsmanagements, eine systemische Fehlersicht zu etablieren und eine Ursachensuche auf allen Ebenen zur Selbstverständlichkeit werden zu lassen. Gelungenes Fehlermanagement beinhaltet dabei immer Freiwilligkeit und Anonymität der Fehlermeldung, Analyse der Fehlerquellen und die Durchführung der entsprechenden Veränderungen im System (Hofinger, 2009).

h) Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Der Gemeinsame Bundesausschuss thematisiert in seiner QM-Vereinbarung den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Nähere Ausführungen dazu folgen allerdings nicht, auch geeignete Instrumente zur Umsetzung werden nicht genannt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2005). Das Konzept des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses stützt sich auf ein systematisiertes organisationsbezogenes Lernen auf der Grundlage des PDCA-Zyklus (Deming, 1991). Dieser Prozess kann sich nur in Einzelschritten und über längere Zeiträume hinweg entwickeln (KCQ, 2012). Stellgrößen für den Erfolg der kontinuierlichen Verbesserung sind dabei adäquate Zielsetzungen, ausreichend verfügbare Ressourcen zur Umsetzung von Veränderungen sowie die Einbindung von Mitarbeitern und die Evaluation der Ergebnisse (KCQ, 2012).

1.1.4 Strukturen des Qualitätsmanagements

Zu den wichtigsten Strukturen des internen Qualitätsmanagements gehören ein Qualitätsmanagementbeauftragter, eine Qualitätslenkungsgruppe, Qualitätskonferenzen und Qualitätszirkel. Die Charakteristika und Definitionen dieser Strukturmerkmale werden im Folgenden erläutert.

So ist ein Qualitätsmanagementbeauftragter eine von der obersten Leitung beauftragte Person. Er oder sie hat die festgelegte Befugnis und Verantwortung dafür, dass ein Qualitätsmanagementsystem definiert, verwirklicht und aufrechterhalten wird. Auch die konsequente Umsetzung aller QM-Maßnahmen und die kontinuierliche Überprüfung ihrer Wirksamkeit gehört zu den Aufgaben des Qualitätsmanagementbeauftragten (Bundesärztekammer, 2007a).

Wird der/die Qualitätsmanagementbeauftragte zusammen mit der obersten Leitung, also Geschäftsführung oder Krankenhausleitung betrachtet, so wird dies als die Qualitätslenkungsgruppe bezeichnet. Diese Gruppe steuert die Durchführung von Planung, Lenkung, Sicherung und Verbesserung aller qualitätsbezogenen Aspekte einer Klinik (Phillip & Laux, 2008).

In einer Befragung unter psychiatrischen Fachkliniken von 2009 gaben 93% der teilnehmenden Kliniken (n=71) an, dass die Verantwortung der Umsetzung eines systematischen Qualitätsmanagements von einer Qualitätslenkungsgruppe übernommen wird (Schulze-Mönking, 2009).

Wohingegen sich in einer Qualitätskonferenz alle Qualitätsbeauftragten einer Organisation treffen, die die oberste Leitung in der Lenkung des Qualitätsmanagementsystems unterstützen. Sie beraten und fördern die qualitätsbezogene Kommunikation der Leitung mit der ausführenden Ebene. Die Einberufung einer solchen Konferenz ist nur in größeren Organisationen üblich und sinnvoll (Phillip & Laux, 2008). Im kleineren Rahmen sind eher Qualitätszirkel üblich. Dies sind kleine institutionalisierte Mitarbeitergruppen, die regelmäßig freiwillig zusammentreffen, um in ihrem Arbeitsbereich auftretende Probleme selbstständig zu bearbeiten (Phillip & Laux, 2008). In diesen Arbeitsgruppen werden die Ideen und das Wissen der Mitarbeiter gesammelt geordnet und priorisiert, um die Qualität der Gesamtorganisation zu fördern. Darüber hinaus trägt die Arbeit der Qualitätszirkel zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess einer Klinik bei (Ertl-Wagner, et al., 2013). Die Zusammensetzung ist meist abteilungs- und berufsgruppenübergreifend (Bundesärztekammer, 2007a). Da in diesen Zirkeln üblicherweise sehr erfahrene und hochmotivierte Mitarbeiter teilnehmen, ist die Arbeit der Qualitätszirkel sehr effektiv (Ertl-Wagner, et al., 2013).

1.2 Qualitätsmanagementsysteme

Alle deutschen Krankenhäuser sind vom Gesetzgeber verpflichtet worden, Qualitätsmanagement zu betreiben, in der Wahl des QM-Modells sind sie jedoch frei. Die wichtigsten und gebräuchlichsten Systeme des internen Qualitätsmanagements in Deutschland werden im Folgenden dargestellt.

1.2.1 DIN EN ISO

Die Normen der DIN-EN-ISO-Reihe werden im Klinikbereich als gutes Grundlagentmodell betrachtet, da sie Wertschöpfung und Patient im gleichen Maße berücksichtigen und einen prozessorientierten Ansatz verfolgen (Steinbrucker, 2011). Die Abkürzung ist eine Zusammensetzung aus verschiedenen Organisationsebenen, nämlich dem Deutschen Institut für Normung (DIN), welches die europäischen Normen (EN) übernimmt und der Internationalen Organisation für Normung (ISO) angehört (Ertl-Wagner, et al., 2013). Die 9000ff. Normen werden weltweit von über einer Million Betrieben angewendet (Shegezzi, 2007). Die Normenreihe der ISO basiert auf acht Grundsätzen, die dem Management als Orientierung gelten sollen. Dazu zählen: Kundenorientierung, Führung, Einbezug der Personen, prozessorientierter Ansatz, systemorientierter Managementansatz, ständige Verbesserung sowie sachbezogener Ansatz zur Entscheidungsfindung und Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen (Steinbrucker, 2011). Das Modell der ISO 9001:2008 verbindet Prozessorientierung, die auf dem Plan-Do-Check-Act-Zyklus (Deming, 1991) gründet, mit Kundenzufriedenheit und dem Gesamtziel der kontinuierlichen Verbesserung. Dabei liegen vier Prozesse zu Grunde, nämlich Verantwortung der Leitung, Management von Ressourcen, Produktrealisierung sowie Messung, Analyse und Verbesserung. Bei der Anwendung der ISO 9001-Norm werden Soll-Vorgaben mit Ist-Vorgaben verglichen, um bei Abweichungen Veränderungen planen zu können (Ertl-Wagner, et al., 2013), was einem Vorgehen nach dem PDCA-Zyklus entspricht. Ziel der Anwendung der ISO 9001 ist eine kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und des Qualitätsmanagementsystems. Um eine ISO-Zertifizierung zu erlangen, muss ein Krankenhaus sein Qualitätsmanagement nach dieser Norm ausrichten. Die Umsetzung kann dabei von einem internen Qualitätsmanagementbeauftragten genauso wie von einem externen Unternehmen durchgeführt werden (Steinbrucker, 2011). Vor einer möglichen Zertifizierung sind interne Audits und Messungen durchzuführen, die in einem jährlichen Management-Review zusammengeführt und bewertet werden. Die erhobenen Kennzahlen werden mit den Qualitätszielen verglichen und die Zielerreichung überprüft (Ertl-Wagner, et al., 2013).

Um letztendlich das Zertifikat zu erhalten, wird ein Zertifizierungsaudit von einem externen Auditor oder einer Zertifizierungsstelle durchgeführt. Diese kontrollieren die Umsetzung der ISO-Norm anhand der Dokumentation, des Qualitätsmanagement-Handbuchs und eines Auditplans. Das DIN EN ISO-Zertifikat wird für 3 Jahre vergeben, wobei jährliche Überwachungsaudits vorgeschrieben sind. Zum Erhalt der Zertifizierung müssen weiterhin interne Audits durchgeführt werden, um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu gewährleisten (Steinbrucker, 2011). Mit der neuen DIN EN 15224:2012 wurde erstmals eine spezifische Zertifizierungsnorm für das Gesundheitswesen entwickelt. Ob sich diese Norm etablieren wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch nicht abschätzbar (Sens, 2013).

1.2.2 KTQ

Die KTQ ist eine 2001 gegründete GmbH, die für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen steht. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der Deutsche Pflegerat und der Hartmannbund sind aktuell die Gesellschafter der KTQ (Ertl-Wagner, et al., 2013). Nach Angaben der KTQ sind zum Stand:

Juli 2013 insgesamt 530 Krankenhäuser und 108 Rehabilitationseinrichtungen KTQ-zertifiziert (KTQ, 2013). Das KTQ-Modell besteht aus sechs Kategorien und ist nach dem PDCA-Zyklus aufgebaut. Das Modell wird in Abbildung 1 verdeutlicht. Die sechs Kategorien sind unterteilt in 25 Subkategorien und diese wiederum in 63 Kriterien, von denen 32 als Kernkriterien bezeichnet werden.

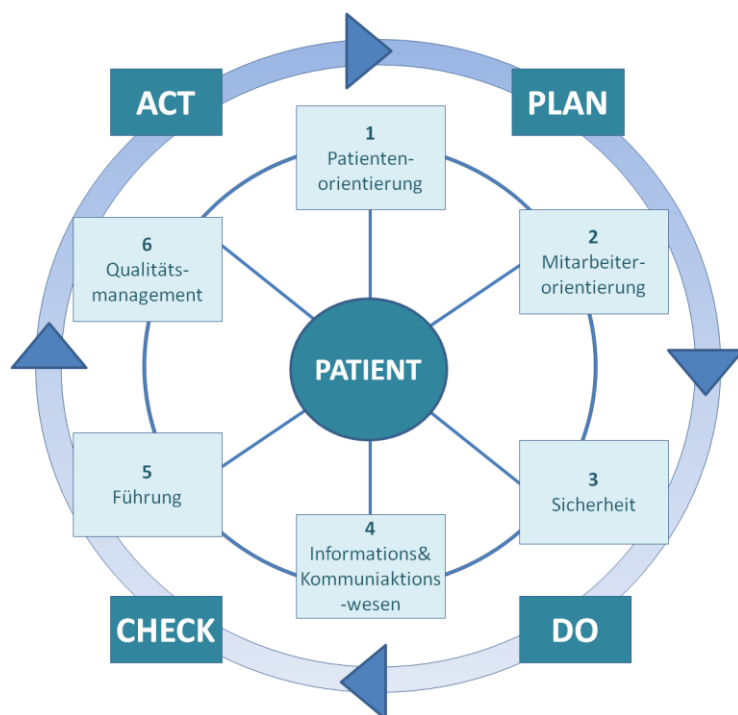


Abbildung 1 Aufbau des KTQ Modells

Je nach Umsetzung der Kriterien können Punkte erzielt werden, jeweils 18 Punkte pro Nicht-Kernkriterium und zusätzlich maximal 27 Punkte pro Kernkriterium, was einer möglichen Gesamtpunktzahl von 1.413 (=32x18+31x27) Punkte entspricht (Ertl-Wagner, et al., 2013). Um das KTQ-Zertifikat erlangen zu können müssen mindestens 55% der Gesamtpunktzahl in jeder Kategorie erreicht werden. Zusätzlich ist die teilnehmende Klinik verpflichtet, einen Selbstbewertungsbericht zu erstellen. Nach erteilter Zertifizierung des Krankenhauses fordert die KTQ auch die Veröffentlichung eines Qualitätsberichtes.

Es besteht die Möglichkeit der Zertifizierung eines Krankenhauses im Verbund oder als einzelne Einrichtung. Es kann auch eine vernetzte Zertifizierung angestrebt werden, bei der Einrichtungen unterschiedlicher Versorgungsformen eine Zertifizierung erlangen können. Darüber hinaus kann sich auch innerhalb einer Einrichtung eine separate Organisationseinheit zertifizieren lassen (Ertl-Wagner, et al., 2013). Das Zertifikat behält seine Gültigkeit für drei Jahre, wobei weitere jährliche Audits vorgeschrieben sind. Die Vorteile des KTQ-Systems sind vor allem seine spezifische Auslegung auf den Krankenhausbetrieb und die eindeutige Patientenorientierung sowie der pragmatische leicht verständliche Ansatz (Steinbrucker, 2011). Allerdings kann bemängelt werden, dass Kooperationspartner nicht eingebunden werden (Pinter, 2008) und die Ergebnisqualität nicht ausreichend berücksichtigt wird (Albrecht & Töpfer, 2006). Bis jetzt fehlt dem KTQ-Verfahren auch die internationale Anerkennung, und eine Evaluation der Kosten-Nutzen-Relation wurde ebenfalls noch nicht vorgenommen (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2012).

1.2.3 proCum Cert

ProCum Cert ist eine konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft, die bestehende Standard-Zertifizierungsverfahren ergänzt und durch die KTQ akkreditiert ist (Ertl-Wagner, et al., 2013). Das Unternehmen wurde 1998 auf Initiative des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschland (KKVD) zusammen mit dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) und den Wohlfahrtsverbänden Caritas und Diakonie sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia als GmbH gegründet (proCum Cert, 2013). Die proCum Cert GmbH hat Qualitäts-

kriterien in den Bereichen erarbeitet, die kirchliche Krankenhäuser im besonderen Maße prägen. Dazu gehören Trägerverantwortung, Seelsorge und die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft. Sie ergänzt so die KTQ-Richtlinien um einen konfessionellen Anspruch (proCum Cert, 2013). Zur Erlangung des Zertifikates müssen sowohl die KTQ-, als auch die spezifischen proCum Cert-Anforderungen erfüllt werden. Die pCC-Gesellschaft legt großen Wert darauf, dass die Gutachter werteorientiert handeln und dass der gesamte Begutachtungsprozess von einem wertschätzenden Umgang geprägt ist (proCum Cert, 2012).

1.2.4 EFQM Modell

Die European Foundation für Quality Management (EFQM) ist eine gemeinnützige Organisation, die 1988 mit Unterstützung der Europäischen Kommission von 14 europäischen Unternehmen gegründet wurde. Heute zählt die EFQM über 600 Mitglieder und hat Partnerorganisationen in 20 europäischen Ländern (Steinbrucker, 2011). Das EFQM-Modell ist eine Systematik zur Selbstbewertung, die aus neun Hauptkriterien und 32 Teilkriterien besteht, aus denen in der Summe maximal 1.000 Bewertungspunkte zu erreichen sind. Die Hauptkriterien sind in Abbildung 2 dargestellt. Die Kriterien werden unterteilt in Befähiger- und Ergebniskriterien, die jeweils 50% der Gesamtpunktzahl umfassen. Das Konzept sieht vor, dass Defizite bei den Ergebniskriterien, im Sinne des PDCA-Zyklus, zu einer Verbesserung der qualitätsfördernden Maßnahmen führen sollen (Selbmann, 2004b). Der Hauptfokus der Bewertung liegt auf den Prozessen, den kundenbezogenen Ergebnissen und den Schlüsselergebnissen (Ertl-Wagner, et al., 2013). Das EFQM-Modell funktioniert nach dem Prinzip der Selbstbewertung, bei der die Organisation selbst ihr Verbesserungspotenzial erkennen kann.

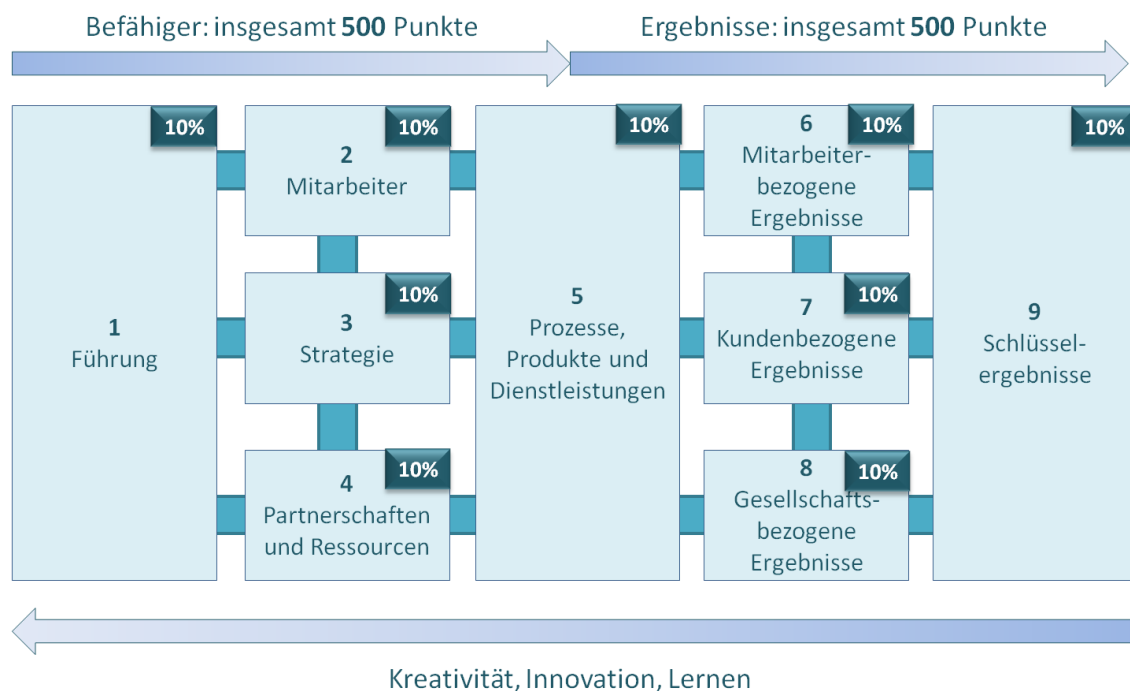


Abbildung 2 Excellence Modell der EFQM (nach Steinbrucker, 2011)

Eine Zertifizierung ist beim Modell der EFQM nicht vorgesehen, allerdings existieren sogenannte „Levels of Excellence“, die als eine Art Anerkennungsprogramm fungieren (Steinbrucker, 2011). 2001 erzielten die Hälfte der deutschen Krankenhäuser, die ihr Qualitätsmanagement nach EFQM auslegten, eine Punktzahl zwischen 200 und 300 Punkten. Kein Krankenhaus konnte über 450 Punkte erreichen. Im Vergleich dazu war das beste Ergebnis aus der Industrie ein Wert zwischen 650 und 750 Punkten (Moeller, 2001). Dies könnte vor allem daran liegen, dass die eher abstrakte und an den Prozessen der Industrie orientierte Sprache eine Anpassung an die Bedürfnisse eines Krankenhauses erschwert. Weiter kommt hinzu, dass Vorerfahrungen mit Qualitätsmanagement vorausgesetzt werden, da die Anforderungen sehr anspruchsvoll sind (Steinbrucker, 2011).

1.3 Der strukturierte Qualitätsbericht

Seit dem Jahr 2005 sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen. In § 137 SGB V (1) beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss Maßnahmen der Qualitätssicherung. Diese Beschlüsse regeln insbesondere: „ *Inhalt und Umfang eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung [...] dargestellt wird.* Nach Einführung des Qualitätsberichts im Jahr 2005 unterlag dieser in Form und Inhalt einer ständigen Weiterentwicklung und Veränderung. Der G-BA versteht den Qualitätsbericht als Teil der Qualitätssicherung, welche ein lernendes System bildet (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011a).

Der Bericht gliedert sich in vier Teile, die in Tabelle 1 gezeigt werden.

Der Qualitätsbericht soll mit dem Ziel verfasst werden, Informationen und Entscheidungshilfen für PatientInnen zu geben. Weiter sollen die Berichte als Orientierungshilfe für Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung und für Krankenkassen dienen, wenn es um die Einweisung und Weiterbetreuung von PatientInnen geht. Letztendlich dient die Veröffentlichung des Qualitätsberichtes immer auch den herausgebenden Kliniken, da sie ihre Leistungen und Merkmale so transparent und öffentlichkeitswirksam darstellen können (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011a). Die Daten der Qualitätsberichte eignen sich zudem als Grundlage für die Bildung von Qualitätsklassen oder allgemein für Klinikvergleiche, die vor allem von Versicherern und anderen Organisationen des Gesundheitswesens erstellt werden (Selbmann, 2004a). Zielgruppen und Nutzer des Qualitätsberichtes sind somit Versicherte und interessierte Personen, Krankenhäuser, Kassen und Vertragsärzte sowie Sekundärnutzer, zu denen Verbraucherschutzverbände oder Patientenvermittler zählen (Ertl-Wagner, et al., 2013).

Tabelle 1 Gliederung des Qualitätsberichtes (nach Ertl-Wagner, et al., 2013)

A. Struktur und Leistungsdaten	
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
A-2	Institutszeichen des Krankenhauses
A-3	Standort(nummer)
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers
A-5	akademisches Lehrkrankenhaus
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote
A-10	allgemeine nichtmedizinische Serviceangebote
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses
A-11.1	Forschungsschwerpunkte
A-11.2	Akademische Lehre
A-11.3	Ausbildung in anderen Heilberufen
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
A-14	Personal des Krankenhauses
A-14.1	Ärzte und Ärztinnen
A-14.2	Pflegepersonal
A-14.3	Spezielles therapeutisches Personal
A-15	apparative Ausstattung
B. Struktur- Leistungsdaten der Fachabteilungen	
B-(X).1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung
B-(X).2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-(X).3	medizinisch pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-(X).4	nichtmedizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-(X).5	Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-(X).6	Diagnosen nach ICD
B-(X).6.1	Hauptdiagnosen nach ICD
B-(X).6.2	weitere Kompetenzdiagnosen
B-(X).7	Prozeduren nach OPS
B-(X).7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-(X).7.2	weitere Kompetenzprozeduren
B-(X).8	ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-(X).9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-(X).10	Zulassung zum Durchgangs-arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-(x).11	personelle Ausstattung
B-(X).11.1	Ärzte und Ärztinnen
B-(X).11.2	Pflegepersonal
B-(X).11.3	spezielles therapeutisches Personal
C. Qualitätssicherung	
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V
C-1.1	erbrachte Leistungsbereiche/ Dokumentationsrate
C-1.2	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
C-5	Umsetzung nach Mindestmengenvereinbarung nach §137 SGB V
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach §137 Abs. 1 Satz 1 Nr.2 SGB VSGB V
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach §137 SGB V
D. Qualitätsmanagement	
D-1	Qualitätspolitik
D-2	Qualitätsziele
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements
D-5	Qualitätsmanagementprojekte
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements

1.4 Untersuchte Fragestellungen

Durch die Miteinbeziehung der schriftlichen Befragung von 2007 mit dem Tübinger Fragebogen zu Stand und Entwicklung des Qualitätsmanagements in psychiatrischen Krankenhäusern in 2006 kann in Teil A zunächst ein Ausgangsstand des Qualitätsmanagements in deutschen Psychiatrien beschrieben werden. Im Vergleich mit den entsprechenden Qualitätsberichten desselben Jahrganges soll untersucht werden in welcher Weise der offene Rahmen des Qualitätsberichtes in Teil D das abbildet, was im Fragebogen direkt und explizit erfragt wird.

Im Teil B dieser Arbeit wird innerhalb drei aufeinanderfolgender Jahrgänge (2006, 2008, 2010) des Qualitätsberichtes im Längsschnitt untersucht, wie sich das berichtete Qualitätsmanagement in deutschen psychiatrischen Krankenhäusern in diesem Zeitraum entwickelt hat.

Einen Gesamtüberblick über den aktuellen Stand des Qualitätsmanagements in deutschen psychiatrischen Krankenhäusern im Jahr 2010 soll Teil C dieser Arbeit liefern.

2 Material und Methodik

Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit sind die strukturierten Qualitätsberichte von deutschen Kliniken mit psychiatrischer, kinderpsychiatrischer und psychosomatischer Ausrichtung der Jahrgänge 2006-2010.

2.1 Zusammensetzung der Datenquellen

Die Datengrundlage geht zurück auf Vorarbeiten von Pietsch-Breitfeld (Pietsch-Breitfeld, et al., 2002). In diesen ersten Untersuchungen zu Stand und Entwicklung des Qualitätsmanagements in Deutschland wurden die Grunddaten der eingeschlossenen Krankenhäuser aus einem Auszug der Krankenhausdaten des Statistischen Bundesamtes von 1998 gewonnen. Dabei wurden somatische und psychiatrische Krankenhäuser gesondert betrachtet. Für die Untersuchung der psychiatrischen Häuser in Deutschland wurde eine Vollerhebung (n=194) durchgeführt, die im Untersuchungsjahr 1998/1999 eine Rücklaufquote von 40% (n= 78) erbrachte. Im darauffolgenden Untersuchungszeitraum 2001 bestanden nur noch 192 dieser psychiatrischen Kliniken, von denen sich 44% (n= 78) an der Fragebogenuntersuchung beteiligten (Pietsch-Breitfeld, et al., 2002). Diese Studie wurde für das Jahr 2004 weitergeführt (Blumenstock, et al., 2005). Es wurden erneut dieselben 192 Kliniken kontaktiert, von denen wiederum 41% (n=78) an der Befragung teilnahmen.

Gegenstand von Teil A dieser Arbeit ist die weitere Fortschreibung dieser Studie in 2007 für das Jahr 2006. Bei einer Rücklaufquote von 39% konnten so für das Jahr 2006 Fragebögen von 75 Kliniken ausgewertet werden (siehe Abbildung 3). Zusätzlich wurden korrespondierende Teile des Fragebogens den jeweiligen Angaben in den Qualitätsberichten dieser Kliniken gegenübergestellt.

In Teil B dieser Arbeit wurden die Grunddaten der Häuser aktualisiert und wiederum eine Vollerhebung über alle deutschen psychiatrischen Krankenhäuser durchgeführt. Als Datengrundlage wurde hierbei das Deutsche Krankenhausverzeichnis des Jahres 2005 herangezogen, was eine Grundgesamtheit von

nunmehr 240 psychiatrischen Kliniken ergab. Um einem Informationsverlust durch begrenzte Rücklaufquoten bei einer erneuten schriftlichen Befragung zu begegnen, wurden hier erstmals die strukturierten Qualitätsberichte als Informationsquelle herangezogen.

Im Berichtsjahr 2006 waren 209 Berichte zur Auswertung verfügbar. Für die Jahre 2008 und 2010 sind 223 beziehungsweise 227 Berichte verfügbar. Daraus verbleiben im Zeitverlauf 200 längsschnittlich durchgängig auswertbare Datensätze, das heißt, dass zu allen drei Berichtsjahren jeweils ein Qualitätsbericht verfügbar ist. Während in den Teilen A und B eine zeitliche Entwicklung dargestellt wird, liegt im Teil C dieser Arbeit der Fokus auf dem aktuellen Stand des Qualitätsmanagements im Jahr 2010 in deutschen Psychiatrien. Daher werden in Teil C alle 227 verfügbaren Qualitätsberichte des Berichtszeitraumes 2010 gesondert dargestellt. Eine Übersicht über die Datengrundlagen der einzelnen Teile dieser Arbeit wird Abbildung 3 gegeben.

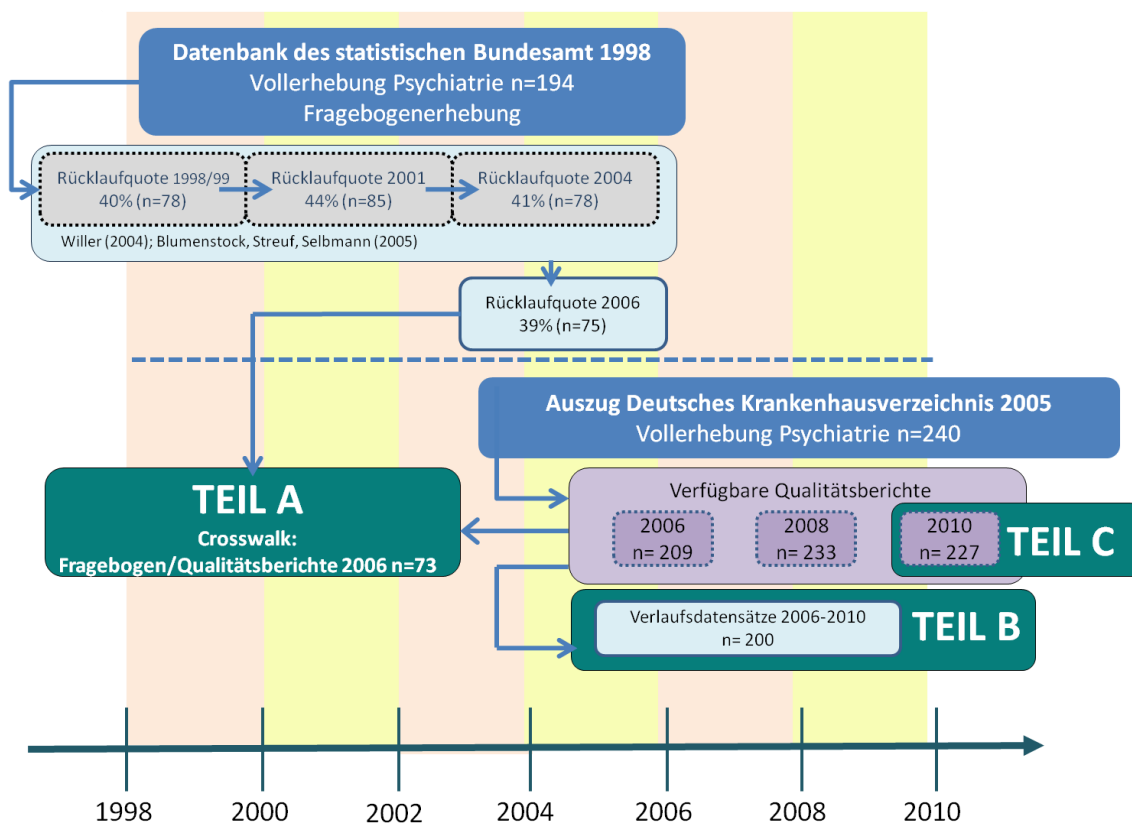


Abbildung 3 Zusammensetzung der Datenquellen

2.2 Beschreibung der Auswertungsstichproben

Zu den Auswertungen in den Teilen A bis C wurden jeweils unterschiedliche Stichproben verwendet. Die Charakteristika der einzelnen Stichproben werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

2.2.1 Beschreibung der Auswertungsstichprobe Teil A

Die Auswertungsstichprobe der Befragung aus 2007 umfasst 75 psychiatrische Kliniken, die sich, wie in Abbildung 4 gezeigt, auf die einzelnen Bundesländer verteilen

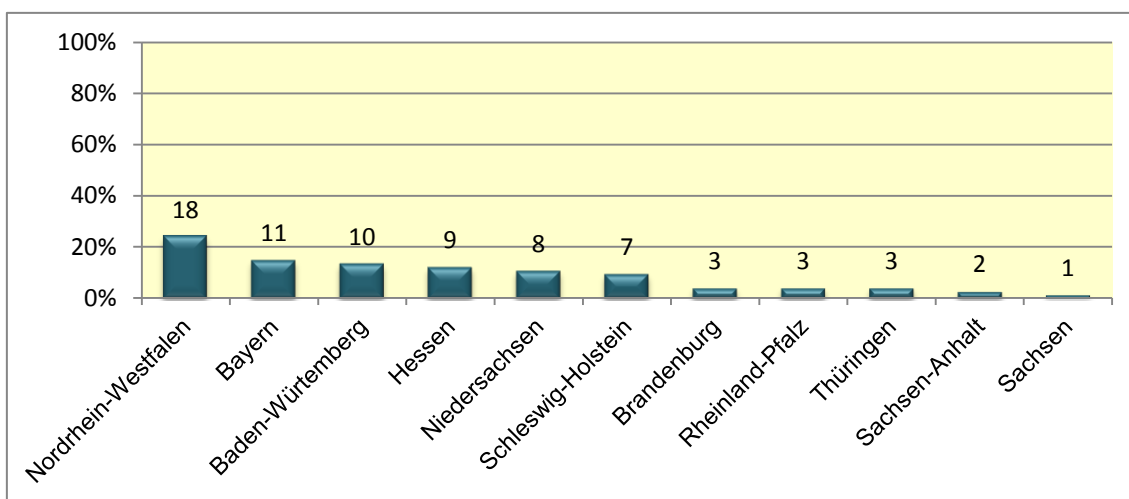


Abbildung 4 Aufschlüsselung der Stichprobe Teil A (n=75) nach Bundesländern

Von Kliniken aus den Bundesländern Saarland, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und Berlin liegen keine rückläufigen Fragebogen vor und sie finden sich deshalb in der Auswertung der Ergebnisse nicht wieder. Die Aufschlüsselung der an der Befragung teilnehmenden Kliniken nach Rechtsform und Art des Trägers ist in Abbildung 5 gezeigt.

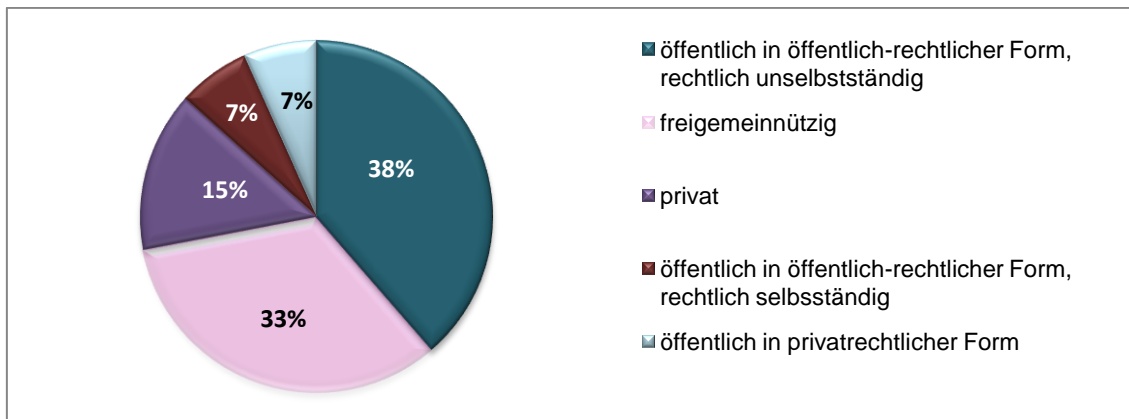


Abbildung 5 Aufschlüsselung der Stichprobe A (n=75) nach Art des Trägers und Rechtsform

Von den untersuchten Häusern dieser Gruppe führten 43% (32/75) mehr als 200 Betten. Ein Anteil von 24% (18/75) führte zwischen 100 und 199 Betten und ein Drittel (25/75) der psychiatrischen Kliniken verfügten über weniger als 100 Betten. Die Stichprobe der Fragebogenerhebung von 2007 ist identisch mit der Auswahl der Qualitätsberichte dieser Kliniken. Allerdings liegen für zwei der schriftlich befragten Kliniken keine Berichte für das Jahr 2006 vor. Somit können nur die Ergebnisse von 73 psychiatrischen Kliniken in den Vergleich der Erhebungsmethoden mit einfließen.

2.2.2 Beschreibung der Auswertungsstichprobe Teil B

In Teil B dieser Arbeit wurden die strukturierten Qualitätsberichte von 200 Kliniken längsschnittlich untersucht. Die Kliniken rekrutierten sich aus 14 verschiedenen Bundesländern, wie es in Abbildung 6 zu sehen ist

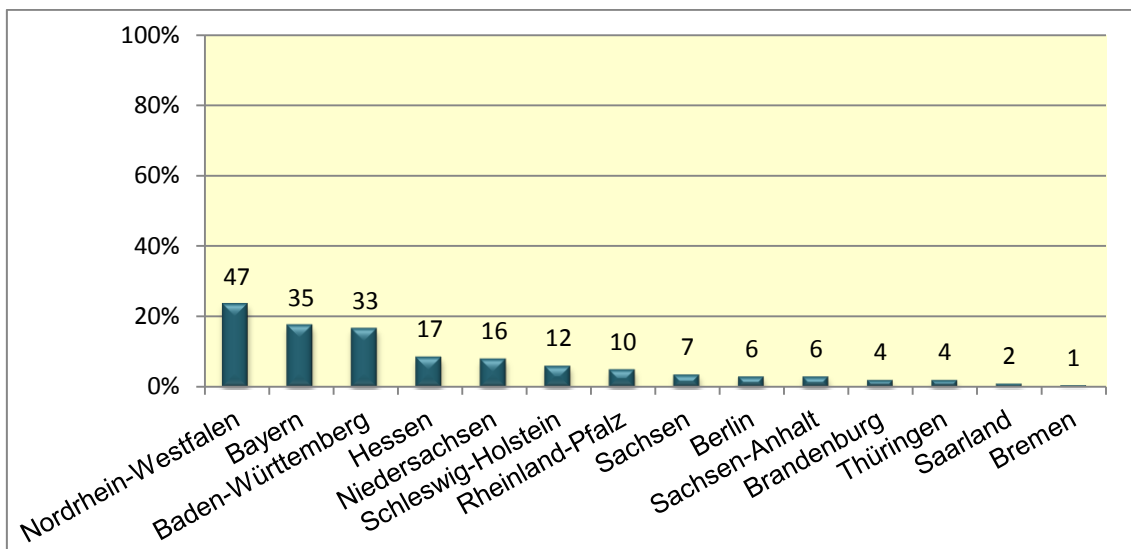


Abbildung 6 Aufschlüsselung der Stichprobe B (n=200) nach Bundesländern

Die Stichprobe umfasste keine Kliniken aus Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern. Die Aufschlüsselung der Stichprobe nach der Art des Trägers und der Rechtsform der Klinik ergibt eine Verteilung, wie sie in Abbildung 7 dargestellt ist

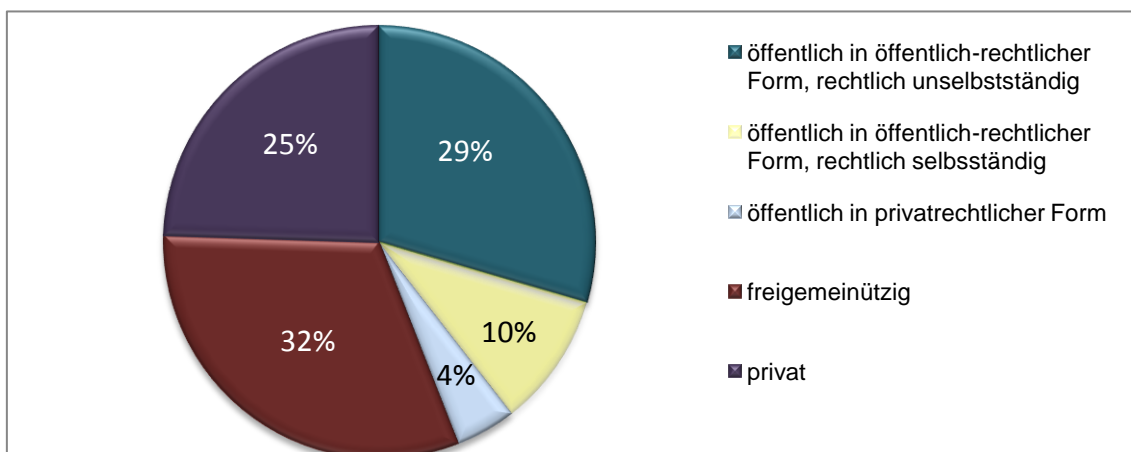


Abbildung 7 Aufschlüsselung der Stichprobe B (n=200) nach Art des Trägers und Rechtsform

Betrachtet man die Kliniken nach ihrer Bettenzahl aufgeschlüsselt, so waren es 34,5% (69/200) der Häuser, die unter 100 Betten (0-99) hatten, 28% (56/200) führten zwischen 100 und 199 psychiatrische Betten und 37,5% (75/200) der untersuchten Kliniken verfügten über mehr als 200 Betten.

2.2.3 Beschreibung der Auswertungsstichprobe Teil C

Für das Jahr 2010 wurden Qualitätsberichte von 227 psychiatrischen Kliniken in Deutschland untersucht, die in den Bundesländern ansässig sind, wie es in Abbildung 8 zu erkennen ist. Nicht aufgeführt ist Hamburg, da aus diesem Bundesland kein Qualitätsbericht einer psychiatrischen Klinik zur Auswertung vorliegt.

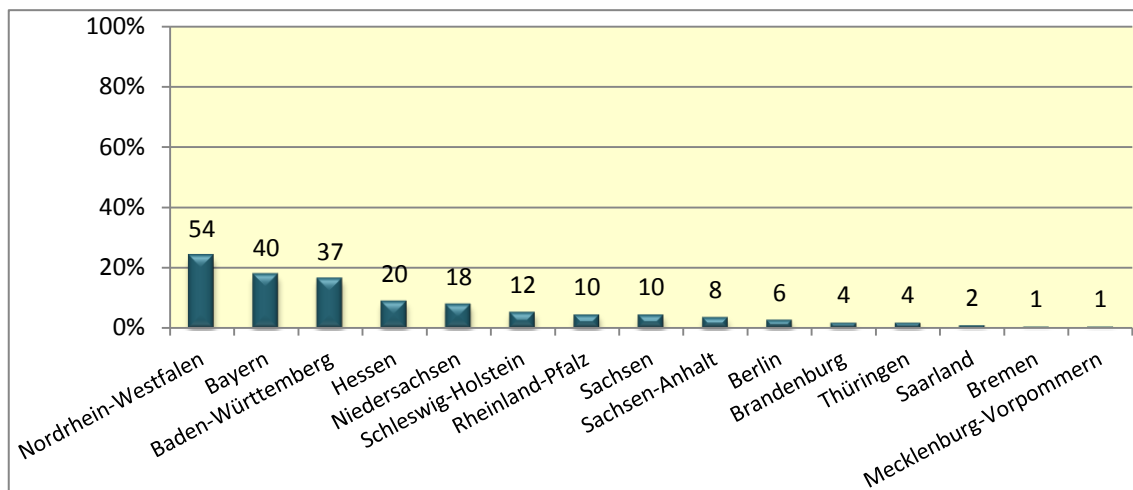


Abbildung 8 Aufschlüsselung der Stichprobe C (n=227) nach Bundesländern

Die Aufschlüsselung der Auswertungsstichprobe des Teil C nach Rechtsform und Trägerschaft ergibt eine Verteilung, wie sie in Abbildung 9 dargestellt ist. Bei der Aufgliederung der Stichprobe C nach Bettenzahl ergibt sich ein ausgeglichenes Bild mit 37% (84/227) der Kliniken über 200 Betten. Ein Anteil von 28% der Kliniken (63/227) lag in der Größenordnung zwischen 100-199 Betten, und 35% (80/227) führten unter 100 Betten.

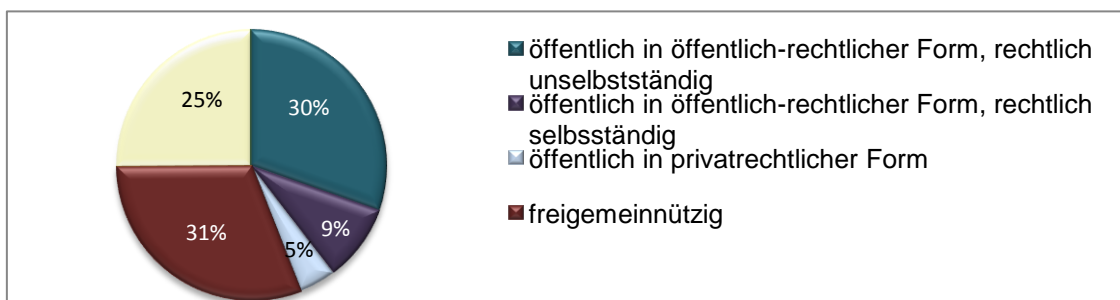


Abbildung 9 Aufschlüsselung der Stichprobe C (n=227) nach Art des Trägers und Rechtsform

2.3 Auswertungsmodalitäten des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht ist jeweils in Jahren mit ungeraden Zahlen (Erstellungsjahr) über das abgeschlossene Vorjahr (Berichtsjahr) zu erstellen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011b). Von den vorliegenden Qualitätsberichten wurde ausschließlich der Teil D- Qualitätsmanagement zur Auswertung herangezogen, in dem das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement beschrieben wird. Nach Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen in diesem Teil des Berichtes in Freitextform Qualitätspolitik, Qualitätsziele, Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagement, Qualitätsmanagementprojekte und die Bewertung des Qualitätsmanagements aufgezeigt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011c). Themenrelevante Angaben, die in den Berichten außerhalb von Teil D dokumentiert wurden, werden nicht berücksichtigt.

2.3.1 Auswertung des Abschnittes D-1 Qualitätspolitik

Nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen in diesem Textabschnitt das Leitbild sowie Qualitätsmanagementgrundsätze angeführt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011b). Weiterhin kann die Kommunikation und Umsetzung der Qualitätspolitik erläutert werden. Bei der deskriptiven Auswertung wurde untersucht, wie viele Kliniken über ein Leitbild verfügen und dies auch inhaltlich wiedergeben. Weiterhin wurde geprüft, ob „Qualität“ wörtlich im Abschnitt D-1 erwähnt wird. Dabei wurde nur das Wort „Qualität“ als gültige Angabe gewertet, jedoch keine zusammengesetzten Wörter wie Qualitätspolitik oder ähnliches. Es wurde analysiert, ob die Qualitätsmanagementgrundsätze und deren Kommunikation genannt werden.

2.3.2 Auswertung des Abschnittes D-2 Qualitätsziele

In diesem Abschnitt wurde zunächst die Zielqualität der angegebenen Qualitätsziele unterschieden. Die in den Qualitätsberichten angegebenen Zielen wurden pro Klinik den Kategorien der Zielqualität aus Tabelle 2 zugeordnet.

Tabelle 2 Kategorien zur Qualität der Ziele in D-2

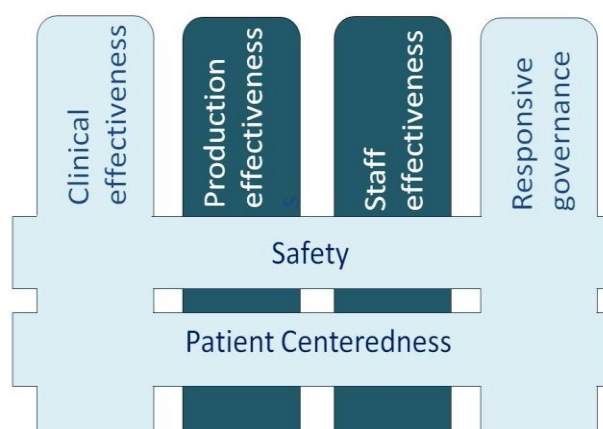
Kategorie	Bedeutung
gemessen	Eine Messung des Ziels wurde mit eindeutigen Zahlen angegeben (z.B. Kennzahlen zur Patientenzufriedenheit)
erkennbare Evaluation	Evaluationsmethoden, wie z.B. Erfassung Kennzahlen, Fragebögen wurden angegeben
formuliertes Ziel	Das Ziel wurde genau beschrieben (z.B. Erhöhung der Belegungszahlen um 2%)
Absichtserklärung	Ziel wurde ohne genauere Bezeichnung angegeben (Bsp.: Patientenorientierung)

Die in der Freitextform angegebenen Ziele wurden zunächst gesichtet. Da es sehr viele Einzeleinträge zu Zielen in den Qualitätsberichten gibt, wurden aus den beschriebenen Qualitätszielen Unterkategorien gebildet, die sich wiederum in der Struktur des PATH-Frameworks (Veillard, et al., 2005) zusammenfassen lassen. Die Zuordnung der einzelnen Unterkategorien zu den Dimensionen des PATH-Systems kann aus Tabelle 3 entnommen werden.

2.3.3 Das PATH-Framework

PATH steht für "performance assessment tool for quality improvement in hospitals". Es wurde 2003 vom Regionalbüro der WHO für Europa entwickelt als ein Instrument zur Bewertung der Qualitätsbemühungen speziell in Krankenhäusern. PATH gründet auf 6 Dimensionen: Clinical effectiveness, Efficiency, Staff effectiveness, Production effectiveness, Responsive governance sowie Safety und Patient centeredness (Veillard, et al., 2005)Diese Dimensionen sind nicht isoliert zu betrachten, sondern bilden Schnittmengen. Beispielsweise überschneidet sich die Dimension „Safety“ über die Aspekte der Patientensicherheit und Mitarbeitersicherheit mit den Dimensionen „Patient centeredness“ und „Staff effectiveness“. Weitere Berührungspunkte gibt es zwischen „Safety“ und „Responsive governance“, wenn es beispielsweise um Umweltschutz geht. Die Zusammenhänge der Dimensionen sind in Abbildung 10 schematisch illustriert. Die Dimension „Clinical effectiveness“ ist definiert als eine Leistungsdimension, die alle klinischen Leistungen beinhaltet, die das Krankenhaus anwendet, um bestmögliche Behandlungsergebnisse für die Patienten zu erreichen (Veillard, et al., 2005). Unter der Dimension „Production effectiveness“, die auch als „Efficiency“ bezeichnet wird, können alle Investitionen eines Krankenhauses zu-

sammengefasst werden, mit denen unter optimaler Nutzung der vorhandenen Ressourcen die bestmöglichen Ergebnisse erzielt werden können. Weiter setzt sich nach Veillard die Dimension „Staff effectiveness“ im PATH-Framework zusammen aus dem Grad der Qualifizierung des Krankenhauspersonals, der Möglichkeit zur Aus- und Weiterbildung für Mitarbeiter, der Umsetzung von mitarbeiterfreundlichen Arbeitsbedingungen und nicht zuletzt aus der Mitarbeiterzufriedenheit im Allgemeinen. Dagegen werden unter der Dimension „Responsive governance“ alle Bemühungen hinsichtlich der Ausführung des Versorgungsauftrags und der öffentlichen Gesundheitspflege verstanden. Alle Prozesse und Strukturen, die maßgeblich vor Schaden schützen oder Gefahren reduzieren, werden zur Dimension „Safety“ gezählt. Dabei geht es nicht nur um Patientensicherheit und Sicherheit der Mitarbeiter, sondern auch um den Schutz der Umwelt und die Schaffung eines Sicherheitsbewusstseins. Die Dimension „Patient centeredness“ summiert alle Leistungen, die ein Krankenhaus auf den Patienten hin ausrichtet. Dazu gehört es, die Erwartungen von Patienten und Angehörigen zu erfüllen, den Patienten Autonomie im Behandlungssetting gewähren, Zugang zu allen Hilfesystemen zu ermöglichen, Kommunikation auf Augenhöhe, Glaubwürdigkeit und eine würdevolle Behandlungsatmosphäre zu schaffen (Veillard, et al., 2005). PATH wurde entwickelt, um es Kliniken zu erleichtern, ihre eigene Leistungsfähigkeit zu beurteilen, ihre eigenen Ergebnisse zu hinterfragen und nicht zuletzt, um sich mit anderen Kliniken vergleichen zu können und so auch zu verbessern, aber auch um nationale und



internationale Vergleiche anstellen zu können (Veillard, et al., 2005). Aus diesen Gründen wurde das PATH-Framework auch als Tool zur Auswertung der Qualitätsberichte verwendet. Ein weiterer Vorteil ist, dass es sich um ein krankenhausspezifisches System handelt und somit alle relevanten Kategorien abgebildet werden können.

Abbildung 10 PATH-Modell (nach Veillard, et al.,2005)

Gleichzeitig ist es unabhängig von QM-Modellen anwendbar und ermöglicht so eine allgemeine Darstellung der Ergebnisse und eine hohe Vergleichbarkeit.

2.3.4 Erläuterungen zur Auswertung der Qualitätsziele und -Projekte mittels PATH

Da in den analysierten Qualitätsberichten die Kliniken grundsätzlich beliebig viele Qualitätsziele im Abschnitt D-2 angeben können, werden Ziele von Kliniken mit mehreren Angaben bei einer bestimmten Betrachtung bezogen auf die Anzahl der Ziele verstärkt dargestellt und so das Gesamtbild möglicherweise verzerrt. Eine Mehrfachwertung ist für diesen Fall nicht auszuschließen. Die sechs Dimensionen des PATH-Systems und die Zusammensetzung der zugehörigen Unterkategorien, werden im Folgenden beschrieben. Es soll exemplarisch verdeutlicht werden, wie die Auswertung im Einzelnen vorgenommen wurde.

a) Production effectiveness

Eine Unterkategorie der Dimension „Production effectiveness“ ist „bauliche Maßnahmen“. Darunter wurden alle Umbau- und Neubauziele der Kliniken zusammengefasst. Eine größere Gruppe bildet die Kategorie „Information, Dokumentation, Krankenhausinformationssystem“. Zu diesem Komplex zählen sowohl Ziele, die sich mit reiner Dokumentation als auch mit Dokumentenlenkung befassen. Die Einführung verschiedener Module eines Krankenhausinformationssystems sowie z.B. der elektronischen Patientenakte wurden auch unter dieser Kategorie aufsummiert. Alle Ziele, die auf eine Verbesserung der Prozesse abzielen, wie beispielsweise die Verkürzung der Arztbrieflaufzeiten oder die allgemeine Verbesserung von Abläufen und die Überprüfung von bestehenden Prozessen, wurden in der Unterkategorie „Prozessoptimierung“ zusammengefasst.

Tabelle 3 PATH Dimensionen (nach Veillard, et al., 2005) erweitert um Unterkategorien

		Unterkategorien
P A T H - Dimensionen	Production effectiveness	<ul style="list-style-type: none"> ▶ bauliche Maßnahmen ▶ Information/ Dokumentation/ KIS ▶ Prozessoptimierung ▶ Qualitätsmanagement/ -Entwicklung ▶ Sachmittelausstattung ▶ Qualitätsplanungsdokumente
	Clinical effectiveness	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Behandlungsangebot/ Leistungsspektrum ▶ Behandlungsoptimierung ▶ Kommunikation (intern und extern) ▶ Kooperation ▶ Wissenschaftlichkeit/ Forschung
	Responsive governance	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ethik und Unternehmensphilosophie ▶ Führung/ Politik/ Strategie ▶ gesellschaftliche Verantwortung ▶ Umweltschutz und Ökologie ▶ Versorgungsauftrag ▶ Wirtschaftlichkeit ▶ Öffentlichkeitsarbeit
	Staff effectiveness	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mitarbeiterorientierung ▶ Personalentwicklung
	Safety	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sicherheit ▶ Umgang mit kritischen Situationen
	Patient centeredness	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Patientenorientierung

Die Re-Zertifizierung oder geplante Zertifizierungsverfahren oder auch die Schaffung von Qualitätsmanagementstrukturen zählen zur Unterkategorie „Qualitätsmanagement und –Entwicklung“. „Sachmittelausstattung“ bezeichnet alle geplanten Anschaffungen, wie Ausstattung der Klinikräume (z.B.: Sanitäranlagen, Klimaanlage) oder die Anschaffung von PCs und anderen technischen Geräten. Eine weitere Unterkategorie ist die der Qualitätsplanungsdokumente. Dazu zählt insbesondere die Erstellung von Prozess- und Verfahrensbeschreibungen, Einarbeitungskonzepten, Stellenbeschreibungen und Stationshandbüchern. Alle diese Kategorien zusammen bilden die Dimension „Production effectiveness“ (siehe Tabelle 3).

b) Clinical effectiveness

In die Dimension „Clinical effectiveness“ wurden alle Ziele und Projekte eingeordnet, die die Effektivität der Behandlung steigern (siehe Tabelle 3). Sie unterteilt sich in fünf Unterkategorien. Zunächst werden Ziele, die Therapiemethoden und -ansätze sowie die unterschiedlichen therapeutischen Settings betreffen, zur Subkategorie „Behandlungsangebot/ Leistungsspektrum“ zusammengefasst. „Kommunikation“ ist eine weitere Unterkategorie, unter der sich Kommunikationskonzepte und -strukturen, die sowohl die innere Kommunikation (z.B. innerhalb eines Stationsteams), als auch die Kommunikation nach außen (z.B. mit Kostenträgern) widerspiegeln. Das Bestreben wissenschaftlich zu arbeiten oder in der Klinik eigene Forschungen anzustreben, wurde in der Unterkategorie „Wissenschaftlichkeit und Forschung“ erhoben. „Behandlungsoptimierung“, eine weitere Unterkategorie, beinhaltet Ziele, die eine Verbesserung der Behandlung fokussieren, wie beispielsweise die Entwicklung von Behandlungsleitlinien, eine Verbesserung der Therapieplanung oder auch Ergebnisorientierung. Die Unterkategorie „Kooperation“ schließt Ziele ein, die die Zusammenarbeit mit Einweisern oder komplementären Hilfseinrichtungen und anderen Partnern betreffen. Zusammengefasst ergeben die genannten Unterkategorien die Dimension der „Clinical effectiveness“.

c) Responsive governance

„Verantwortliche Unternehmensführung“ (Responsive governance) bildet eine weitere Dimension des PATH-Systems, welche sich aus sieben Unterkategorien zusammensetzt (siehe Tabelle 3). Eine davon ist die Kategorie „Ethik und Unternehmensphilosophie“. Dazu wurden Ziele gezählt, die sich beispielsweise mit der Erstellung oder Überprüfung des Leitbildes oder der Schärfung des christlichen Profils befassen. In den Qualitätsberichten genannte Ziele, die sich mit den Themenkomplexen Führungsstil, Strategieentwicklung und allgemeinen Zielen der Unternehmenspolitik befassen, werden in die Subkategorie „Führung, Politik und Strategie“ aufgenommen.

Die geplante Übernahme von sozialer Verantwortung der Klinik als auch die Verpflichtung zum Erhalt und zur Schaffung von Arbeitsplätzen kann der Subkategorie „gesellschaftliche Verantwortung“ zugeordnet werden. Ziele, die dem Themengebiet „Umweltschutz und Ökologie“ angehören, sind ebenfalls der Dimension „Responsive governance“ zugeteilt. Auch Zielsetzungen, die sich mit der Erfüllung des Versorgungsauftrages auseinandersetzen, das heißt der Sicherstellung und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Region und im gemeindepsychiatrischen Verbund, zählen zur „Responsive governance“-Dimension des PATH-Systems. Eine weitere Unterkategorie bildet „Wirtschaftlichkeit“, in der Ziele zusammengefasst werden, bei denen wirtschaftliche Effizienz sowie deren Planung und Entwicklung im Fokus stehen. Öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen und Ziele, die die Steigerung der öffentlichen Wahrnehmung der Klinik zum Inhalt haben, werden unter „Öffentlichkeitsarbeit“ kategorisiert. Durch diese genannten Unterkategorien ist die Dimension „Responsive governance“ charakterisiert.

d) Staff effectiveness

Wie in Tabelle 3 ersichtlich ist, wird die PATH-Dimension „Staff effectiveness“ gebildet aus den beiden Unterkategorien „Personalentwicklung“ und „Mitarbeiterorientierung“. Ziele, die sich inhaltlich mit den Themen Personalentwicklungsmaßnahmen und –strategien oder Fort-, Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter auseinandersetzen, wurden der Unterkategorie „Personalentwicklung“ zugeordnet. Unter der Kategorie „Mitarbeiterorientierung“ wurden alle Ziele zusammengefasst, die sich im weitesten Sinne mit der Mitarbeiterzufriedenheit auseinandersetzen, z.B. auch die Durchführung von Mitarbeiterbefragungen oder die Implementierung von betrieblichem Gesundheitsmanagement.

e) Safety

Wie in Tabelle 3 erkennbar, setzt sich die Dimension „Safety“ zusammen aus den Unterkategorien „Sicherheit“ und „Umgang mit kritischen Situationen“. Wobei unter „Sicherheit“ alle Ziele, die beispielsweise in Bezug zu Arbeitssicherheit, Brandschutz, Hygiene, Patientensicherheit, Notfall- und Risikomanagement stehen zusammengefasst werden.

Die Ziele in den Qualitätsberichten, die sich mit Deeskalationsmanagement, Umgang mit Fixierungen, Gewalt und Suizid befassen, wurden der Unterkategorie „Umgang mit kritischen Situationen“ zugeordnet.

f) Patient Centeredness

Für die PATH-Dimension „Patient Centeredness“ gibt es keine weiteren Unterkategorien. In dieser Dimension werden alle Ziele zusammengefasst, die sich mit einer Verbesserung der Patientenzufriedenheit und einer patientenorientierten Ausrichtung der Klinik im Allgemeinen in Verbindung bringen lassen.

2.3.5 Auswertung des Abschnittes D-3 Aufbau des internen Qualitätsmanagements

Nach den Strukturvorgaben des G-BA sollen in diesem Abschnitt Qualitätsmanagement-Strukturen benannt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011c). Die vorliegenden Qualitätsberichte wurden auf die Organisationsstrukturen Organigramm, Stabstelle, Kommission, Konferenzen, Qualitätszirkel, Arbeitsgruppen und berufsübergreifende Teams, Qualitätsmanagementbeauftragte/r sowie deren Einbindung in die Geschäftsleitung hin überprüft. Mehrfachnennungen sind möglich. Weiter wird zur Erstellung des Berichts die Angabe der dafür vorhandenen Ressourcen, sowohl zeitlich als auch personell, empfohlen. In der Auswertung wurde unterschieden, ob die Kliniken grundsätzlich Nennungen in diesem Bereich machten oder ob den Qualitätsberichten sogar quantifizierbare Angaben zu entnehmen waren. Die Beschreibung der Ressourcen sollte dabei ohne konkrete Budget-Angaben erfolgen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011c).

2.3.6 Auswertung des Abschnittes D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Nach Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen in Abschnitt D-4 des strukturierten Qualitätsberichtes Instrumente des Qualitätsmanagements aufgeführt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011c).

Dabei werden Instrumente verstanden als kontinuierlich eingesetzte Prozesse zur Messung und Verbesserung der Qualität. Bei der Auswertung wurden zunächst alle Instrumente gezählt, die in den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses benannt sind. Diese sind: Beschwerdemanagement, Patientenbefragungen, Mitarbeiterbefragungen, Einweiserbefragungen, Maßnahmen zur Patienteninformation und -aufklärung, Wartezeitenmanagement und Hygienemanagement. Darüber hinaus waren interne Auditinstrumente zur Überprüfung der Umsetzung nationaler Expertenstandards in der Strukturvorgabe erwähnt. In der Auswertung wurde dieser Bereich weiter gefasst und alle Arten von Audits an dieser Stelle gezählt. Auch das Fehler- und Risikomanagement soll als Instrument angegeben werden, wobei dazu beispielsweise das Critical Incident Reporting System (CIRS) und Maßnahmen und Projekte zur Erhöhung der Patientensicherheit zählen. Vom Gemeinsamen Bundesausschuss werden noch Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen als weiterer Vorschlag in den Ausführungsbestimmungen genannt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011c). Dieser Punkt wurde, da dies psychiatriespezifischer ist, in der Auswertung als „Fallbesprechungen“ bezeichnet. Da in den untersuchten strukturierten Qualitätsberichten weitaus mehr Instrumente zu finden sind als die vom G-BA exemplarisch beschriebenen, werden unter den Ergebnissen jeweils diejenigen anderen Instrumente zusätzlich mit dargestellt, die zu allen drei Erhebungszeitpunkten von einem mindestens zweistelligen prozentualen Anteil der Kliniken in den Berichten genannt werden. Alle Angaben zu Teamsitzungen, Konferenzen und Ähnlichem wurden zum Instrument „Besprechungen“ zusammengefasst. Ein weiteres häufig erwähntes Instrument war die Dokumentation und Dokumentenlenkung, zu der auch die Basisdokumentation gezählt wurde. Fall-, Einzel- Team- Supervision und auch Balintgruppen oder Intervision wurden zusammengefasst als Supervision. Ein weiterer häufig beschriebener Punkt ist die Erhebung von Kennzahlen und deren statistische Auswertung, die zusammengefasst betrachtet werden. Die übrigen Instrumente, die von weniger als 10% der Kliniken in den Berichten durchgängig erwähnt werden, sind aus Gründen der Übersichtlichkeit in der Präsentation der Ergebnisse nicht einzeln dargestellt.

2.3.7 Auswertung des Abschnittes D-5 Qualitätsmanagementprojekte

In den Ausfüllhinweisen des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Qualitätsmanagementprojekte definiert als einmalige, zeitlich begrenzte Prozesse zur Erreichung von Qualitätszielen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011c). Die Projekte sollten nach den Vorgaben systematisch dargestellt werden, und zwar wenn möglich in den Gliederungsebenen: Hintergrund des Problems, Zielformulierung, Maßnahmen und deren Umsetzung, Evaluation der Zielerreichung. Bei der Auswertung wurde nach Sichtung aller Projekte untersucht, welcher Anteil der Qualitätsmanagementprojekte dieser systematischen Darstellung folgt. Dabei wurde ein Projekt als „strukturierte Darstellung“ gewertet, wenn mindestens drei Gliederungspunkte erfüllt waren. Die angegebenen Einzelprojekte wurden in Unterkategorien zusammengefasst, aus denen wieder PATH-Dimensionen gebildet werden. Die Auswertung folgte analog der Systematik der Auswertung von Qualitätszielen (Erläuterungen zur Auswertung der Qualitätsziele und -Projekte). Bei dieser Vorgehensweise können Kliniken eine Kategorie durch Mehrfachnennungen öfter besetzen.

2.3.8 Auswertung des Abschnittes D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

In diesem Abschnitt des Qualitätsberichtes sollen nach Vorgaben des G-BA Maßnahmen zur Bewertung des Qualitätsmanagements aufgeführt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011c). Dies beinhaltet beispielsweise allgemeine oder krankenhausspezifische Zertifizierungsverfahren, Excellence-Modelle, Peer-Reviews oder andere interne Selbstbewertungen. Die Qualitätsberichte wurden analysiert auf Zertifizierungen nach DIN EN ISO, EFQM, KTQ und proCum Cert. Zusätzlich wurde untersucht, welche Kliniken die Teilnahme an Peer-Reviews berichteten. Darüber hinaus wurde ausgewertet, welcher Anteil der Kliniken mehrere und wie viele Zertifizierungen im Abschnitt D-6 angibt.

2.4 Auswertungsmodalitäten Teil A

Zunächst wurden die rückläufigen Tübinger Fragebogen zu Stand und Entwicklung des Qualitätsmanagements in psychiatrischen Krankenhäusern deskriptiv ausgewertet. Im nachfolgenden Crosswalk wurden Items verglichen, die sowohl in der Fragebogenuntersuchung abgefragt als auch in den Qualitätsberichten zu finden sind. Die in beiden Erhebungsmethodiken korrespondierenden Items/Themen sind in Tabelle 4 aufgeführt.

Tabelle 4 Crosswalk Tübinger Fragebogen vs. Qualitätsberichte

	Tübinger Fragebogen	Qualitätsbericht
bestehendes Leitbild	Frage 2.1	D-1
wörtliche Nennung „Qualität“	Frage 2.1	D-1
Zertifikat DIN EN ISO 9001	Frage 2.4	D-6
Zertifikat KTQ/proCum Cert	Frage 2.5	D-6
andere Bewertungssysteme (EFQM, JCI)	Frage 2.6	D-6
Anzahl der Qualitätsverbesserungsprojekte	Frage 3.1	D-5
Qualitätsverantwortlicher im obersten Leitungsgremium	Frage 4.1	D-3
zentrale Einrichtung zur Koordination von QM (Stabstelle)	Frage 4.2	D-3
dezentrale Qualitätskoordinatoren /QM-Beauftragte	Frage 4.3	D-3
Qualitätsgremium (Konferenz)	Frage 4.5	D-3
eingeführtes Risikomanagement	Frage 4.6	D-4
Beschwerdemanagement	Frage 7.1	D-4
Patientenbefragung	Frage 7.2	D-4
Einweiserbefragung	Frage 9.1	D-4
betriebliches Vorschlagswesen	Frage 10.1	D.4
Mitarbeiterbefragung	Frage 10.2	D-4
Supervision	Frage 10.5	D-4

2.5 Auswertungsmodalitäten Teil B

In Teil B werden die für die Jahre 2006, 2008 und 2010 jeweils 200 durchgängig verfügbare Qualitätsberichte verglichen. Die Auswertung der Berichte folgte dem Vorgehen, welches unter 2.3 Auswertungsmodalitäten des Qualitätsberichts beschrieben ist. Die Ergebnisse der einzelnen Berichtsjahrgänge werden deskriptiv einander gegenüber gestellt.

2.6 Auswertungsmodalitäten Teil C

In Teil C wurden alle verfügbaren 227 Einzelberichte des Berichtsjahres 2010 ausgewertet. Die Berichte wurden analog dem Vorgehen, welches in Auswertungsmodalitäten des Qualitätsberichts beschrieben ist, untersucht. Es ist zu bemerken, dass nur in diesem Jahrgang eine Subkategorie „Einführung neues Entgeltsystem“ zur PATH-Dimension „Production effectiveness“ hinzugefügt wurde. Da zu dieser Zeit Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG, § 17d mit letzter Änderung 2009) zur geplanten Einführung eines pauschalisierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in Kraft traten. Dies schlägt sich in den Zielen und Projekten des Jahres 2010 in der Form nieder, dass beispielsweise Kliniken als Modell-Kalkulationskliniken dienten, eine Umstellung in den EDV-Strukturen und KIS-Modulen vornahmen oder sich ganz allgemein der praktischen Umsetzung der neuen gesetzlichen Entwicklung widmeten. Da diese Umstellung einen beträchtlichen Aufwand für die betroffenen Kliniken auch bezüglich ihres Qualitätsmanagements und ihrer Prozessabläufe bedeutet, wurde diese Unterkategorie in den Auswertungen des Berichtsjahres 2010 speziell berücksichtigt.

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse der Auswertung Teil A

Die vollständigen Ergebnisse zur Befragung des Jahres 2007 zum Stand und Entwicklung des Qualitätsmanagements in psychiatrischen Krankenhäusern in 2006 sind in Tabelle 16 im Anhang einzusehen.

Tabelle 5 Ergebnisse des Crosswalks Fragebogen vs. Qualitätsberichte 2006

	Tübinger Fragebogen		Qualitätsbericht	
QUALITÄTSPOLITIK				
bestehendes Leitbild	91%	68/75	75%	55/73
wörtliche Nennung „Qualität“	77%	58/75	62%	45/73
AUFBAU DES QUALITÄTSMANAGEMENTS				
Qualitätsgremium (Konferenz)	92%	69/75	15%	11/73
Qualitätsverantwortlicher im obersten Leitungsgremium	76%	56/75	85%	62/73
zentrale Einrichtung zur Koordination von QM (Stabstelle)	88%	66/75	33%	24/73
dezentrale Qualitätskoordinatoren/ Qualitätsmanagementbeauftragte	40%	30/75	74%	55/73
INSTRUMENTE DES QUALITÄTSMANAGEMENTS				
Mitarbeiterbefragung	46%	35/75	51%	37/73
Supervision	95%	71/75	4%	3/73
betriebliches Vorschlagswesen	41%	30/75	10%	7/73
eingeführtes Risikomanagement	37%	28/75	34%	25/73
Beschwerdemanagement	77%	57/75	59%	43/73
Patientenbefragung	73%	55/75	69%	50/73
Einweiserbefragung	50%	37/75	32%	23/73
QUALITÄTSMANAGEMENTPROJEKTE				
Anzahl der Qualitätsverbesserungsprojekte	m= 7,6		m= 6,1	
BEWERTUNG DES QUALITÄTSMANAGEMENTS				
Zertifikat DIN EN ISO 9001	15%	11/75	7%	5/73
Zertifikat KTQ/proCum Cert	19%	14/75	23%	17/73
andere Bewertungssysteme (EFQM, Peer Review)	24%	18/75	3%	2/73

Besonders zu bemerken ist hierbei, dass in den Qualitätsberichten beinahe durchgängig weniger dokumentiert wurde, als im Tübinger Fragebogen angegeben wurde. Eine große Diskrepanz zeigt sich beispielsweise im Bereich Aufbau des Qualitätsmanagements, beidem in der Fragebogenerhebung 92% (69/75) das Bestehen eines Qualitätsremiums angaben, was in derselben Klinikstichprobe nur in 15% (11/73) der Qualitätsberichte dargestellt war. Auch das Instrument der Supervision wurde in den Qualitätsberichten nur von 4% (3/73) der Kliniken erwähnt, während es in den Fragebogen von 95% (71/75) benannt wurde. Lediglich bei Angaben zum Qualitätsverantwortlichen im obersten Leitungsgremium und zum Qualitätsmanagementbeauftragten wurden in den Berichten mehr Aussagen getroffen als im Fragebogen. Dies gilt auch für das Zertifikat KTQ/proCumCert, welches in den Berichten etwas häufiger dokumentiert wurde als im Fragebogen. Die Angaben zu Qualitätsprojekten wurden durch beide Methoden annähernd gleich abgebildet.

3.2 Ergebnisse der Auswertung Teil B

In Teil B wurden die längsschnittlich verfügbaren Qualitätsberichte der Jahrgänge 2006, 2008 und 2010 von 200 psychiatrischen Fachkliniken untersucht und ausgewertet. Die Ergebnisse werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nach Abschnitten gesondert dargestellt.

3.2.1 Ergebnisse des Abschnittes D-1-Qualitätspolitik

Die Ergebnisse des Abschnittes D-1 sind in Abbildung 11 in der Übersicht dargestellt. Sie zeigen, dass durchschnittlich 69% (136-139/200) der Kliniken über ein Leitbild verfügen, dies aber nur von 47% (92-98/200) vollständig im Abschnitt D-1 zitiert wurde. Weiter wurden von durchschnittlich 84% (159-174/200) der Kliniken mit ansteigender Tendenz die Grundsätze des internen Qualitätsmanagements benannt. Wohingegen die Dokumentation der Kommunikation des Qualitätsmanagements einen untergeordneten Stellenwert im Abschnitt D-1 einnimmt. Eine Entwicklung der Qualitätspolitik ist, abgesehen von der Benennung der Qualitätsgrundsätze, aus diesen Ergebnissen im Zeitverlauf nicht abzuleiten.

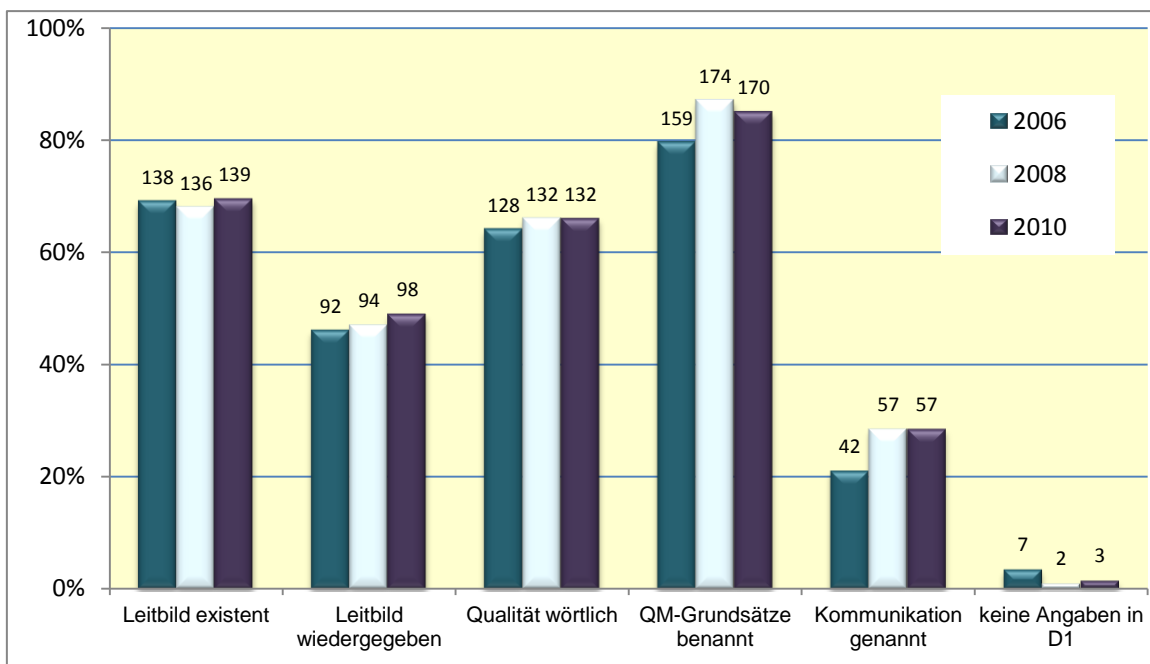


Abbildung 11 Ergebnisse Abschnitt D-1 Qualitätspolitik 2006-2010

3.2.2 Ergebnisse des Abschnittes D-2-Qualitätsziele

Im Abschnitt D-2 des strukturierten Qualitätsberichts sollen strategische und operative Qualitätsziele sowie deren Evaluation und Zielerreichung benannt werden. Die Zielqualität der dokumentierten Ziele ist Abbildung 12 dargestellt. Dort ist zu erkennen, dass knapp zwei Drittel der Kliniken (130-132/200) ihre Qualitätsziele als reine Absichtserklärung formuliert und die Evaluation oder eine konkrete Messung der Zielerfüllung eher die Ausnahme darstellen. Diese Beobachtung bleibt über die drei Erhebungszeiträume weitestgehend konstant.

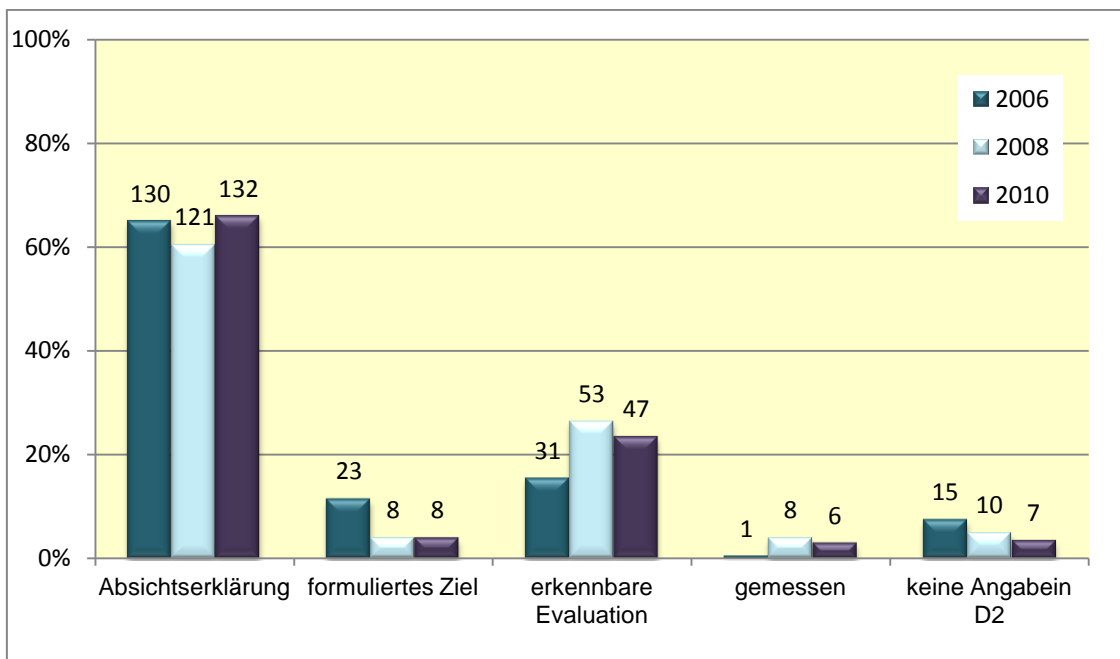


Abbildung 12 Beschreibung der Qualität der angegebenen Ziele 2006-2010

Da in den drei untersuchten Jahrgängen jeweils eine unterschiedliche Gesamtzahl an Zielen angegeben wurde, werden in diesem Abschnitt die Ergebnisse nicht im längsschnittlichen Verlauf, sondern nach Jahrgängen separat dargestellt. Ein Vergleich der Jahrgänge ist nicht unmittelbar gegeben, da sich die Daten in jedem Berichtsjahr jeweils auf eine andere Gesamtheit beziehen.

In den 200 untersuchten Qualitätsberichten wurden im Jahr 2006 insgesamt 1.256 Ziele angegeben, dies bedeutet, dass eine Klinik in ihrem Bericht im Mittel 6,3 Einzelziele angibt. Die detaillierte Verteilung auf die Dimensionen des PATH-Frameworks und der Subdimensionen ist Tabelle 6 zu entnehmen. Hier wird auch deutlich, dass in 2006 die Hälfte aller in den Qualitätsberichten dokumentierten Qualitätsziele sich in den Dimensionen Production effectiveness und Clinical effectiveness wiederfinden.

Tabelle 6 Verteilung der Qualitätsziele im erweiterten PATH-Framework für 2006

Ziele 2006		Unterkategorien	
PATH - Dimensionen	Production effectiveness 26% (321/1256)	▶ bauliche Maßnahmen	4% 14/321
		▶ Information/ Dokumentation/ KIS	16% 52/321
		▶ Prozessoptimierung	25% 81/321
		▶ Qualitätsmanagement/ -Entwicklung	31% 100/321
		▶ Sachmittelausstattung	2% 7/321
		▶ Qualitätsplanungsdokumente	21% 67/321
	Clinical effectiveness 24% (308/1256)	▶ Behandlungsangebot/ Leistungsspektrum	23% 72/308
		▶ Behandlungsoptimierung	39% 120/308
		▶ Kommunikation (intern und extern)	9% 29/308
		▶ Kooperation	24% 75/308
		▶ Wissenschaftlichkeit/ Forschung	4% 12/308
	Responsive governance 16% (207/1256)	▶ Ethik und Unternehmensphilosophie	17% 35/207
		▶ Führung/ Politik/ Strategie	21% 43/207
		▶ gesellschaftliche Verantwortung	7% 14/207
		▶ Umweltschutz und Ökologie	5% 11/207
		▶ Versorgungsauftrag	13% 27/207
		▶ Wirtschaftlichkeit	28% 57/207
	Staff effectiveness 15% (185/1256)	▶ Mitarbeiterorientierung	52% 97/185
▶ Personalentwicklung		48% 88/185	
Safety 4% (51/1256)	▶ Sicherheit	57% 29/51	
	▶ Umgang mit kritischen Situationen	43% 22/51	
Patient centeredness 15% (184/1256)	▶ Patientenorientierung	100% 184/184	

Im Berichtsjahr 2008 wurden von den untersuchten Kliniken (n=200) insgesamt 1.603 einzelne Qualitätsziele erwähnt, dies bedeutet, dass pro Klinik im Mittel 8 Einzelziele dokumentiert wurden. Nach Einordnung der Qualitätsziele in das PATH-System stellte sich eine Verteilung auf die unterschiedlichen Dimensionen, wie in Tabelle 7 gezeigt, dar.

Tabelle 7 Verteilung der Qualitätsziele im erweiterten PATH-Framework für 2008

Ziele 2008		Unterkategorien	
P A T H - Dimensionen	Production effectiveness 22% (363/1603)	▶ bauliche Maßnahmen	5% 19/363
		▶ Information/ Dokumentation/ KIS	16% 57/363
		▶ Prozessoptimierung	36% 131/363
		▶ Qualitätsmanagement/ -Entwicklung	35% 126/363
		▶ Sachmittelausstattung	2% 6/363
		▶ Qualitätsplanungsdokumente	7% 7/363
	Clinical effectiveness 26% (412/1603)	▶ Behandlungsangebot/ Leistungsspektrum	20% 84/412
		▶ Behandlungsoptimierung	39% 160/412
		▶ Kommunikation (intern und extern)	7% 29/412
		▶ Kooperation	28% 114/412
		▶ Wissenschaftlichkeit/ Forschung	6% 25/412
	Responsive governance 17% (271/1603)	▶ Ethik und Unternehmensphilosophie	11% 30/271
		▶ Führung/ Politik/ Strategie	24% 66/271
		▶ gesellschaftliche Verantwortung	5% 13/271
		▶ Umweltschutz und Ökologie	6% 16/271
		▶ Versorgungsauftrag	11% 30/271
		▶ Wirtschaftlichkeit	32% 87/271
		▶ Öffentlichkeitsarbeit	11% 29/271
	Staff effectiveness 15% (248/1603)	▶ Mitarbeiterorientierung	55% 137/248
▶ Personalentwicklung		45% 111/248	
Safety 3% (43/1603)	▶ Sicherheit	86% 37/43	
	▶ Umgang mit kritischen Situationen	14 6/43	
Patient centeredness 17% (266/1603)	▶ Patientenorientierung	100% 266/266	

Es wird deutlich, dass sich auch im Berichtsjahr 2008 eine ähnliche Verteilung der Qualitätsziele wie in 2006 zeigt, nämlich mit einer deutlichen Belegung der Dimensionen Production effectiveness und Clinical effectiveness. Auffallend bleibt, dass nur 3- 4% der Ziele der Dimension Safety zugeordnet werden konnten.

Im Berichtsjahr 2010 wurden in den Qualitätsberichten unter Abschnitt D-2 insgesamt 1.588 Qualitätsziele angegeben. Pro Klinik wurden demnach im Mittel 7,9 Ziele im Abschnitt D-2 dokumentiert. Übertragen auf das PATH-System, prägten sich die Dimensionen entsprechend der Darstellung in Tabelle 8 aus.

Tabelle 8 Verteilung der Qualitätsziele im erweiterten PATH-Framework für 2010

Ziele 2010		Unterkategorien	
PATH - Dimensionen	Production effectiveness 22% (357/1588)	▶ bauliche Maßnahmen	7% 26/357
		▶ Information/ Dokumentation/ KIS	13% 45/357
		▶ Prozessoptimierung	34% 122/357
		▶ Qualitätsmanagement/ -Entwicklung	32% 113/357
		▶ Sachmittelausstattung	2% 9/357
		▶ Qualitätsplanungsdokumente	7% 25/357
		▶ neues Entgeltsystem	5% 17/357
	Clinical effectiveness 26% (418/1588)	▶ Behandlungsangebot/ Leistungsspektrum	29% 121/418
		▶ Behandlungsoptimierung	32% 135/418
		▶ Kommunikation (intern und extern)	9% 39/418
		▶ Kooperation	22% 90/418
		▶ Wissenschaftlichkeit/ Forschung	8% 33/418
	Responsive governance 17% (260/1588)	▶ Ethik und Unternehmensphilosophie	10% 25/260
		▶ Führung/ Politik/ Strategie	29% 75/260
		▶ gesellschaftliche Verantwortung	7% 17/260
		▶ Umweltschutz und Ökologie	7% 17/260
▶ Versorgungsauftrag		15% 38/260	
▶ Wirtschaftlichkeit		21% 55/260	
Staff effectiveness 14% (229/1588)	▶ Mitarbeiterorientierung	59% 136/229	
	▶ Personalentwicklung	41% 93/229	
Safety 5% (73/1588)	▶ Sicherheit	73% 53/73	
	▶ Umgang mit kritischen Situationen	27 20/73	
Patient centeredness 16% (251/1588)	▶ Patientenorientierung	100% 251/251	

Obwohl die absolute Anzahl der in den Berichten dokumentierten Qualitätsziele innerhalb der analysierten drei Jahrgänge anstieg, lässt sich in ihrer thematischen Ausrichtung insgesamt keine Änderung erkennen.

3.2.3 Ergebnisse des Abschnittes D-3- Aufbau des internen Qualitätsmanagements

In den Qualitätsberichten von 2006 stellte ein Anteil von 15% (29/200) der Kliniken die Organisation ihres internen Qualitätsmanagements mit Hilfe eines Organigramms dar. In den folgenden untersuchten Jahrgängen war dies bei jeweils 13% (26/200) der Fall. Die implementierten Strukturen des einrichtungsinernen Qualitätsmanagements sind in Abbildung 13 dargestellt.

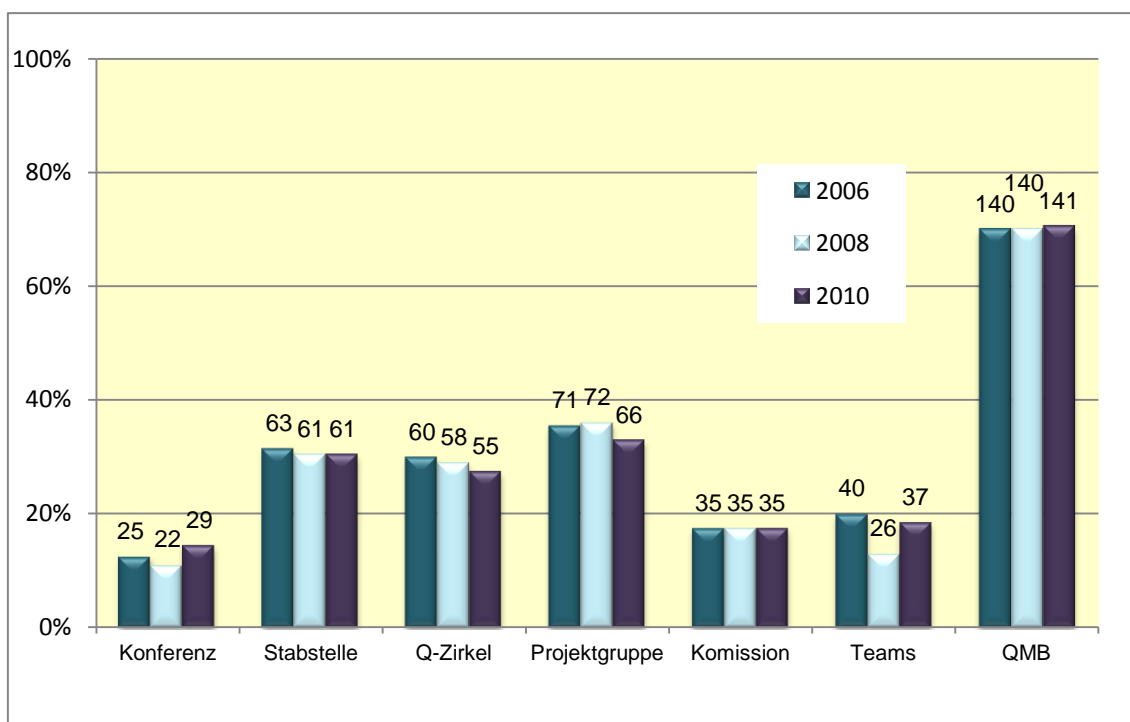


Abbildung 13 Strukturen des internen Qualitätsmanagements

Die am häufigsten genannte Struktur des internen Qualitätsmanagements ist mit 70% (140-141/200) das Vorhandensein einer/s Qualitätsmanagementbeauftragten (siehe Abbildung 13). Innerhalb der Nennungen der Strukturen lässt sich über die drei Berichtsjahre keine merkliche Entwicklung oder Veränderung erkennen (mit Ausnahme der Struktur des „Teams“, die 2008 deutlich seltener (13%, 26/200) dokumentiert wird, als im Vor- und Folgebericht).

Die Krankenhausleitung war nach Auswertung des Abschnitts D-3 in 85% (170-171/200) der Kliniken in das Qualitätsmanagement eingebunden. Welche Angaben die Kliniken zu den zur Verfügung stehenden Ressourcen des Qualitätsmanagements machen ist Abbildung 14 zu entnehmen. Wobei auffällt, dass 63% (125/200) der Kliniken in 2006 dazu keine Nennungen machten. Auch in den Jahren 2008 und 2010 konnten in 76% (152/200) beziehungsweise 73% (146/200) der Qualitätsberichte keine Angaben zur Ressourcenverfügbarkeit gefunden werden.

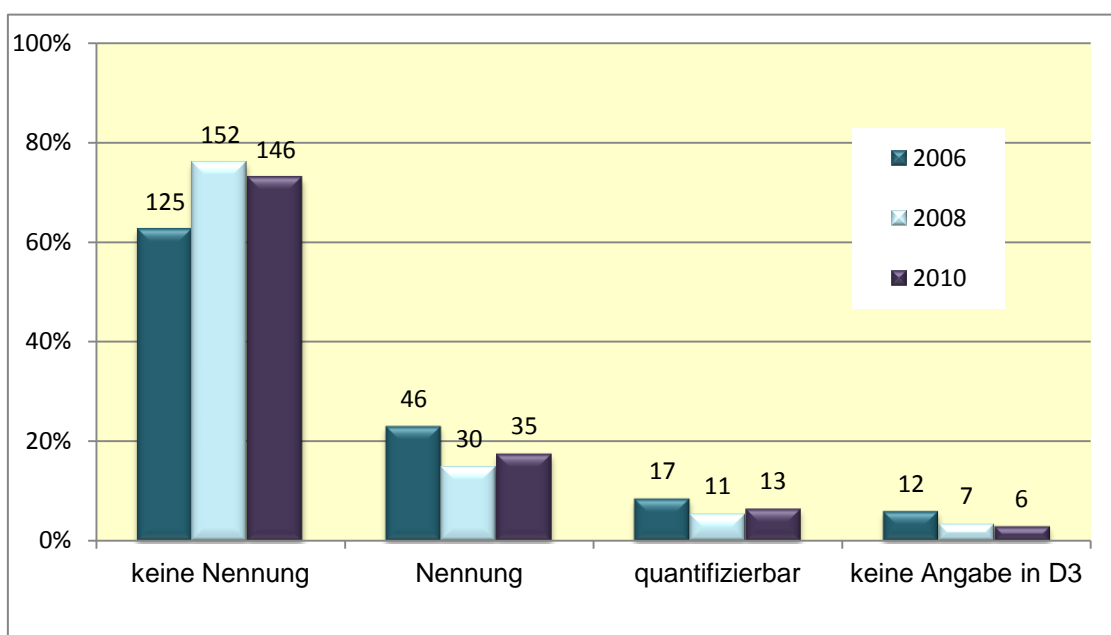


Abbildung 14 Angaben zu den Ressourcen des Qualitätsmanagements

3.2.4 Ergebnisse des Abschnittes D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Im Abschnitt D-4 der strukturierten Qualitätsberichte wurden im Jahr 2006 von den untersuchten Kliniken (n=200) insgesamt 1.309 Instrumente zur Qualitätssicherung angegeben. 2008 waren es 1.539 und im Jahr 2010 stieg die Zahl auf 1.563 Instrumente an. Im Mittel führte jede Klinik im Abschnitt D-4 pro Jahr 7,4 Instrumente des Qualitätsmanagements an. Die am häufigsten dokumentierten Instrumente sind in Tabelle 9 dargestellt. Hier ist deutlich zu erkennen, dass die Kliniken am häufigsten ein Beschwerdemanagement, Patientenbefragungen und Mitarbeiterbefragungen als Instrumente anführen.

Zudem zeigt sich eine deutliche Entwicklung, dass über den Beobachtungszeitraum insgesamt ein Anstieg der Nennungen bei allen Instrumenten zu erkennen ist. Dies bedeutet, dass sich die einzelnen Kliniken zunehmend mehrere verschiedene Instrumente zur Erreichung ihrer Qualitätsziele und zur Durchführung ihrer Projekte zu Nutze machen und sich die Instrumente des Qualitätsmanagements im klinischen Alltag etabliert haben.

Tabelle 9 Dokumentierte Instrumente des Qualitätsmanagements 2006-2010

Instrumente des QM	2006		2008		2010	
Beschwerdemanagement	64%	128/200	73%	145/200	72%	143/200
Fehler-/Risikomanagement	42%	83/200	45%	90/200	58%	115/200
Patientenbefragung	73%	145/200	76%	152/200	81%	161/200
Wartezeitmanagement	8%	15/200	8%	15/200	10%	19/200
Mitarbeiterbefragung	49%	97/200	50%	100/200	55%	110/200
Einweiserbefragung	27%	54/200	28%	56/200	39%	77/200
Fallbesprechungen	15%	29/200	15%	30/200	24%	48/200
Patienteninformation	24%	48/200	29%	58/200	31%	62/200
Hygienemanagement	32%	62/200	36%	71/200	39%	77/200
Audits	42%	84/200	50%	99/200	55%	110/200
Besprechungen	13%	26/200	18%	36/200	23%	45/200
Dokumentenlenkung/Dokumentation	21%	42/200	27%	53/200	22%	43/200
Kennzahlen/statistische Auswertung	25%	49/200	27%	53/200	27%	53/200
Leitlinien/Standards	16%	31/200	13%	25/200	18%	36/200
Qualitätszirkel, Arbeitskreise	22%	44/200	27%	53/200	21%	41/200
Vorschlagswesen/Ideenmanagement	13%	26/200	15%	31/200	15%	31/200
Weiterbildung/Schulung	21%	41/200	24%	47/200	24%	47/200

3.2.5 Ergebnisse des Abschnittes D-5 Qualitätsmanagementprojekte

Im Abschnitt D-5 des strukturierten Qualitätsberichtes werden einmalige Qualitätsmanagementprojekte der Kliniken dargestellt. Die angegebenen Projekte wurden in den Qualitätsberichten von den Kliniken unterschiedlich dokumentiert. Im Berichtsjahr 2006 wurden 14% (190/1315) aller angegebenen Projektberichte (1315) in einer systematischen Form dargestellt. 2008 wurden insgesamt 1393 Projekte in den Berichten dokumentiert, davon 112 (8%) nach den Vorgaben systematisch gegliedert.

Für den Berichtsjahrgang 2010 wurden insgesamt 1.401 Projekte im Abschnitt D-5 beschrieben, von denen 6% (78/1401) einer systematischen Gliederung folgten. In der Zusammenschau zeigt sich also eine Entwicklung hin zur Nennung von mehr Projekten, die allerdings zunehmend in freier Form präsentiert werden. Die Verteilung der dokumentierten Qualitätsprojekte des Berichtsjahres 2006 im PATH-Framework ist in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10 Verteilung der Qualitätsprojekte im erweiterten PATH-Framework für 2006

Projekte 2006		Unterkategorien	
PATH - Dimensionen	Production effectiveness 38% (507/1315)	▶ bauliche Maßnahmen	7% 33/507
		▶ Information/ Dokumentation/ KIS	26% 133/507
		▶ Prozessoptimierung	33% 165/507
		▶ Qualitätsmanagement/ -Entwicklung	18% 93/507
		▶ Sachmittelausstattung	3% 13/507
		▶ Qualitätsplanungsdokumente	14% 70/507
	Clinical effectiveness 24% (311/1315)	▶ Behandlungsangebot/ Leistungsspektrum	39% 122/311
		▶ Behandlungsoptimierung	28% 88/311
		▶ Kommunikation (intern und extern)	10% 30/311
		▶ Kooperation	15% 47/311
		▶ Wissenschaftlichkeit/ Forschung	8% 24/311
	Responsive governance 8% (97/1315)	▶ Ethik und Unternehmensphilosophie	24% 23/97
		▶ Führung/ Politik/ Strategie	23% 22/97
		▶ gesellschaftliche Verantwortung	4% 4/97
		▶ Umweltschutz und Ökologie	10% 10/97
		▶ Versorgungsauftrag	5% 5/97
▶ Wirtschaftlichkeit		5% 5/97	
Staff effectiveness 13% (174/1315)	▶ Mitarbeiterorientierung	46% 80/174	
	▶ Personalentwicklung	54% 94/174	
Safety 9% (116/1315)	▶ Sicherheit	72% 83/116	
	▶ Umgang mit kritischen Situationen	28% 33/116	
Patient centeredness 8% (109/1315)	▶ Patientenorientierung	100% 109/109	

In der Übersicht ist zu erkennen, dass deutlich mehr als die Hälfte der angegebenen Qualitätsprojekte den Dimensionen Production effectiveness und Clinical effectiveness zuzuordnen sind und so eine deutliche Fokussierung der Projektarbeit im Jahr 2006 in diesen Bereichen zu finden ist.

Die am häufigsten besetzte Unterkategorie ist Prozessoptimierung, in die allein 165 Projekte einzuordnen waren. Dies bedeutet, dass 2006 durchschnittlich beinahe jede Klinik ein Qualitätsmanagementprojekt dokumentiert hatte, das der Prozessoptimierung dient.

Im Abschnitt D-5 der Qualitätsberichte des Jahres 2008 wurden insgesamt 1.393 einzelne Qualitätssicherungsprojekte benannt. Somit wurden von jeder Klinik im Mittel 7 Projekte dargestellt. Nach Einteilung dieser Einzelprojekte in das PATH-System kommt die in Tabelle 11 dargestellte Verteilung zustande.

Tabelle 11 Verteilung der Qualitätsprojekte im erweiterten PATH-Framework für 2008

Projekte 2008		Unterkategorien	
PATH - Dimensionen	Production effectiveness 37% (517/1393)	▶ bauliche Maßnahmen	5% 28/517
		▶ Information/ Dokumentation/ KIS	23% 118/517
		▶ Prozessoptimierung	44% 226/517
		▶ Qualitätsmanagement/ -Entwicklung	17% 89/517
		▶ Sachmittelausstattung	3% 16/517
		▶ Qualitätsplanungsdokumente	8% 40/517
	Clinical effectiveness 21% (294/1393)	▶ Behandlungsangebot/ Leistungsspektrum	42% 124/294
		▶ Behandlungsoptimierung	28% 83/294
		▶ Kommunikation (intern und extern)	11% 33/294
		▶ Kooperation	15% 44/294
▶ Wissenschaftlichkeit/ Forschung		3% 10/294	
Responsive governance 8% (109/1393)	▶ Ethik und Unternehmensphilosophie	28% 30/109	
	▶ Führung/ Politik/ Strategie	22% 24/109	
	▶ gesellschaftliche Verantwortung	4% 4/109	
	▶ Umweltschutz und Ökologie	8% 9/109	
	▶ Versorgungsauftrag	4% 4/109	
	▶ Wirtschaftlichkeit	4% 4/109	
	▶ Öffentlichkeitsarbeit	31% 34/109	
Staff effectiveness 16% (224/1393)	▶ Mitarbeiterorientierung	51% 114/224	
	▶ Personalentwicklung	49% 110/224	
Safety 9% (125/1393)	▶ Sicherheit	85% 106/125	
	▶ Umgang mit kritischen Situationen	15% 19/125	
Patient centeredness 9%(124/1393)	▶ Patientenorientierung	100% 124/124	

Wie im vorhergegangenen Berichtsjahr zeigt sich auch 2008 eine thematische Konzentration der Qualitätsprojekte in den Dimensionen Production effectiveness und Clinical effectiveness. Im zeitlichen Verlaufe zeigen sich nur vernachlässigbar kleine Veränderungen innerhalb der Unterkategorien. Auch 2008 ist die Unterkategorie Prozessoptimierung mit Abstand am stärksten repräsentiert.

Tabelle 12 Verteilung der Qualitätsprojekte im erweiterten PATH-Framework für 2010

Projekte 2010		Unterkategorien	
P A T H - D i m e n s i o n e n	Production effectiveness 37% (517/1401)	▶ bauliche Maßnahmen	6% 33/517
		▶ Information/ Dokumentation/ KIS	24% 122/517
		▶ Prozessoptimierung	34% 177/517
		▶ Qualitätsmanagement/ -Entwicklung	15% 78/517
		▶ Sachmittelausstattung	2% 9/517
		▶ neues Entgeltsystem	9% 47/517
		▶ Qualitätsplanungsdokumente	10% 51/517
	Clinical effectiveness 25% (346/1401)	▶ Behandlungsangebot/ Leistungsspektrum	45% 154/346
		▶ Behandlungsoptimierung	28% 96/346
		▶ Kommunikation (intern und extern)	9% 32/346
		▶ Kooperation	13% 46/346
		▶ Wissenschaftlichkeit/ Forschung	5% 18/346
	Responsive governance 9% (119/1401)	▶ Ethik und Unternehmensphilosophie	20% 24/119
		▶ Führung/ Politik/ Strategie	29% 35/119
		▶ gesellschaftliche Verantwortung	2% 2/119
		▶ Umweltschutz und Ökologie	10% 12/119
		▶ Versorgungsauftrag	2% 2/119
		▶ Wirtschaftlichkeit	2% 2/119
	Staff effectiveness 13% (185/1401)	▶ Mitarbeiterorientierung	47% 87/185
▶ Personalentwicklung		53% 98/185	
Safety 9% (129/1401)		▶ Sicherheit	68% 88/129
	▶ Umgang mit kritischen Situationen	32% 41/129	
Patient centeredness 7% (105/1401)	▶ Patientenorientierung	100% 105/105	

Im Berichtszeitraum 2010 wurden von den untersuchten 200 Kliniken im Abschnitt D-5 der Qualitätsberichte insgesamt 1.401 Projekte präsentiert. Im Mittel gab jede Klinik somit sieben Qualitätsmanagementprojekte an. In Tabelle 12 ist die Eingliederung dieser Projekte ins PATH-Framework detailliert gezeigt.

Im Abschnitt D-5 der untersuchten Qualitätsberichte ist eine Entwicklung zur Dokumentation von insgesamt mehr Projekten sichtbar. Die thematische Fokussierung der Projekte änderte sich aber über den beobachteten Zeitraum nicht.

3.2.6 Ergebnisse des Abschnittes D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Bei der Auswertung des Abschnittes D-6 wurde überprüft, welche Zertifikate des Qualitätsmanagements von den untersuchten psychiatrischen Kliniken (n=200) in den jeweiligen Berichtsjahren angegeben werden. Dies ist Abbildung 15 zur Übersicht gebracht.

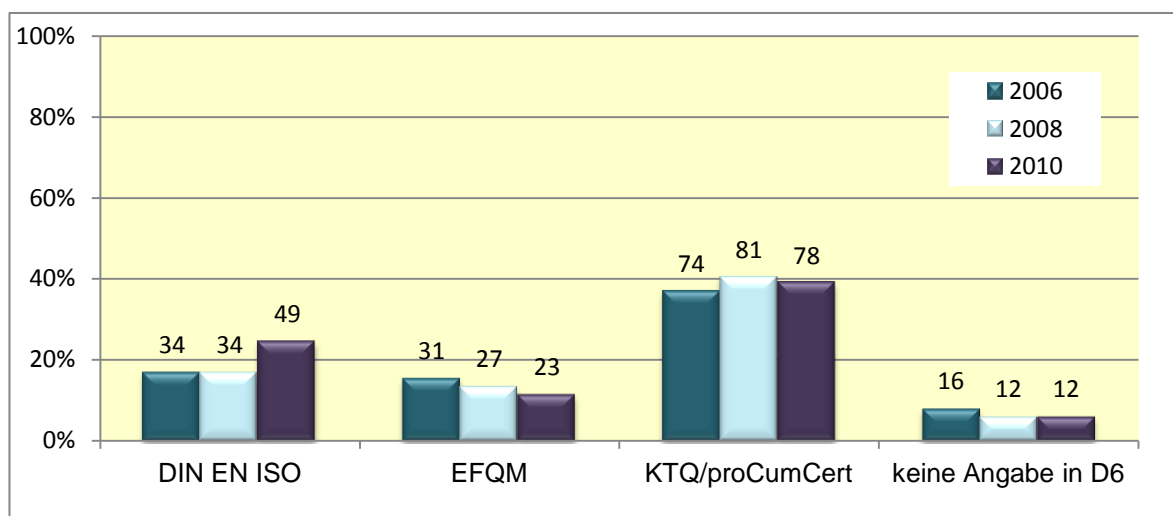


Abbildung 15 Maßnahmen zur Bewertung des Qualitätsmanagements D-6

Es kann gezeigt werden, dass das KTQ/proCumCert- Konzept von den untersuchten Kliniken favorisiert wurde, wohingegen das DIN ISO-Modell in bis zu 20% der Fälle zur Verwendung kommt. Im Berichtsjahr 2010 stieg die Zahl der Kliniken, die ihr Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO ausrichten leicht an, während die Verwendung des EFQM-Modells über den Beobachtungszeitraum abnahm.

In Abbildung 16 zeigt sich, dass die Hälfte der psychiatrischen Kliniken über genau ein Zertifikat verfügt. Die Zertifizierung des Qualitätsmanagements nach mehreren Modellen innerhalb eines Hauses bleibt die Ausnahme. Die Anzahl der angegebenen Maßnahmen zur Bewertung des Qualitätsmanagements, die pro Klinik in den Qualitätsberichten dokumentiert wurden, bleibt über den Beobachtungszeitraum weitestgehend konstant. Eine zahlenmäßige Entwicklung ist nicht abzulesen.

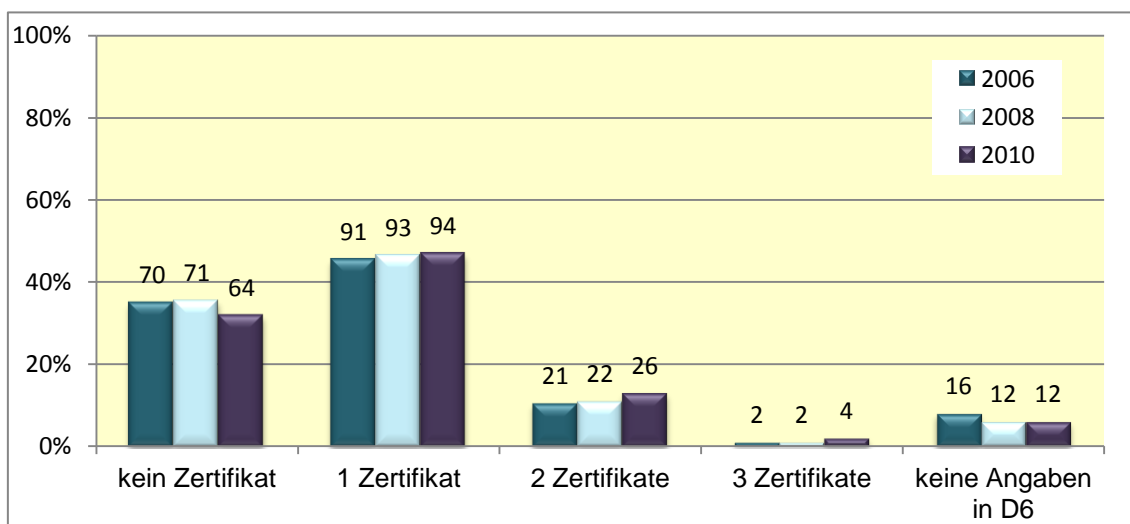


Abbildung 16 Anzahl der angegebenen Maßnahmen zur Bewertung des Qualitätsmanagements

3.3 Ergebnisse Teil C: Auswertung der Qualitätsberichte 2010

Für das Jahr 2010 stehen 227 strukturierte Qualitätsberichte zur Auswertung zur Verfügung. Die Einzelauswertung nach Abschnitten ergab die im Folgenden beschriebenen Ergebnisse.

3.3.1 Ergebnisse des Abschnittes D-1-Qualitätspolitik 2010

Von den Kliniken, deren Qualitätsberichte (n=227) untersucht wurden, gaben 85% ihre Qualitätsgrundsätze im Abschnitt D-1 an. Auffallend ist, dass dagegen nur 27% die Kommunikation dieser dokumentierten. Die vollständigen Ergebnisse aus Abschnitt D-1 sind in Abbildung 17 nachzuvollziehen.

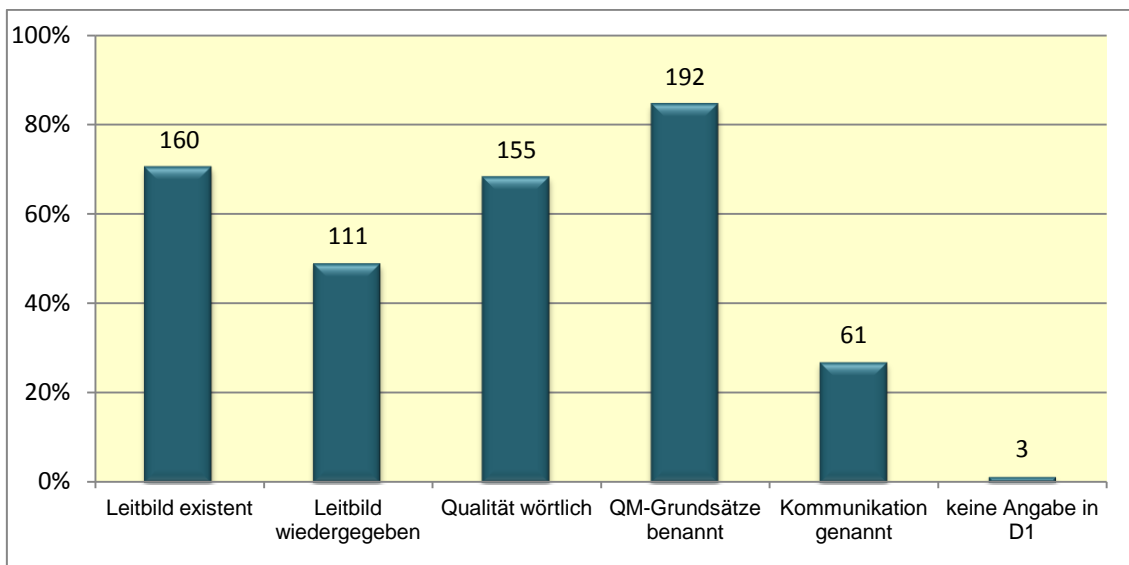


Abbildung 17 Ergebnisse Abschnitt D-1 Qualitätspolitik 2010

3.3.2 Ergebnisse des Abschnittes D-2-Qualitätsziele 2010

Im Berichtszeitraum 2010 wurden von den 227 untersuchten psychiatrischen Häusern in ihren Berichten insgesamt 1.822 einzelne Qualitätsziele aufgeführt. Somit gibt eine Klinik in Abschnitt D-2 im Mittel 8 Einzelziele an. Die Ziele des Qualitätsmanagements wurden in unterschiedlichen Qualitäten dokumentiert. So gaben 69% (156/227) der Kliniken ihre Ziele als bloße Absichtserklärung ab. Ein Anteil von 4% (8/227) der Krankenhäuser formulierte ein konkretes Ziel. Eine Evaluation der Zielerreichung war in 22% (49/227) der untersuchten Berichte zu erkennen, während eine konkrete Messung von 3% (6/227) der Kliniken dargestellt wurde. In 4% (8/227) der untersuchten Qualitätsberichte wurden entweder keinerlei Angaben zu Qualitätszielen innerhalb des Abschnitts D-2 gemacht, oder dieser Abschnitt wurde als nicht zutreffend vermerkt.

Die in den Qualitätsberichten von 2010 dokumentierten insgesamt 1.822 Qualitätsziele verteilen sich auf die PATH-Dimensionen, wie in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13 Verteilung der Qualitätsziele im erweiterten PATH-Framework für 2010 gesamt

Ziele 2010		Unterkategorien	
PATH - Dimensionen	Production effectiveness 23% (410/1822)	▶ bauliche Maßnahmen	7% 28/410
		▶ Information/ Dokumentation/ KIS	13% 52/410
		▶ Prozessoptimierung	34% 138/410
		▶ Qualitätsmanagement/ -Entwicklung	32% 132/410
		▶ Sachmittelausstattung	2% 9/410
		▶ neues Entgeltsystem	5% 21/410
		▶ Qualitätsplanungsdokumente	7% 30/410
	Clinical effectiveness 26% (479/1822)	▶ Behandlungsangebot/ Leistungsspektrum	28% 134/479
		▶ Behandlungsoptimierung	32% 154/479
		▶ Kommunikation (intern und extern)	9% 44/479
▶ Kooperation		23% 112/479	
Responsive governance 16% (299/1822)	▶ Wissenschaftlichkeit/ Forschung	7% 35/479	
	▶ Ethik und Unternehmensphilosophie	9% 26/299	
	▶ Führung/ Politik/ Strategie	28% 83/299	
	▶ gesellschaftliche Verantwortung	6% 19/299	
	▶ Umweltschutz und Ökologie	6% 18/299	
	▶ Versorgungsauftrag	14% 42/299	
Staff effectiveness 14% (257/1822)	▶ Wirtschaftlichkeit	23% 70/299	
	▶ Öffentlichkeitsarbeit	14% 41/299	
Safety 4% (76/1822)	▶ Mitarbeiterorientierung	58% 155/275	
	▶ Personalentwicklung	42% 112/275	
Patient centeredness 16% (292)/1822	▶ Sicherheit	71% 54/76	
	▶ Umgang mit kritischen Situationen	29% 22/76	
	▶ Patientenorientierung	100% 292/292	

So zeigt sich, was die thematische Zielsetzung angeht, dass die Dimension Clinical effectiveness am stärksten ausgeprägt ist. Auffallend ist, dass die Dimension Safety dazu vergleichsweise selten besetzt wurde (siehe Tabelle 13). Die absolut am häufigsten belegte Unterkategorie ist mit insgesamt 155 Nennungen in den Qualitätsberichten die Kategorie Mitarbeiterorientierung, gefolgt von Behandlungsoptimierung.

3.3.3 Ergebnisse des Abschnittes D-3- Aufbau des internen Qualitätsmanagements 2010

Im Abschnitt D-3 des Qualitätsberichtes stellten 27 der 227 untersuchten Kliniken den Aufbau ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in Form eines Organigramms dar, dies entspricht einem Anteil von 12%. In Abbildung 18 sind die dokumentierten Strukturen des Qualitätsmanagements aus Abschnitt D-3 der Qualitätsberichte gezeigt. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Einbindung der Leitung in 84% (191/227) der psychiatrischen Kliniken 2010 umgesetzt war. Die weitaus am häufigsten verbreitete QM-Struktur ist der Einsatz eines Qualitätsmanagementbeauftragten (68%, 191/227).

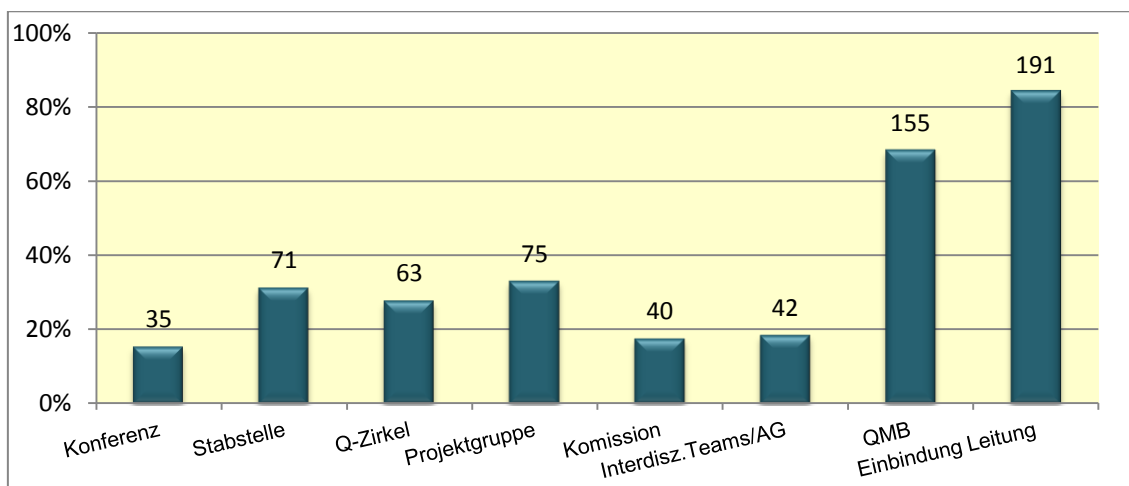


Abbildung 18 Strukturen des internen Qualitätsmanagements

Zu der Frage, welche personellen und zeitlichen Ressourcen für das Qualitätsmanagement zur Verfügung stehen, äußerten sich 74% (169/227) der Kliniken dazu nicht in ihren Qualitätsberichten. Von 16% (37/227) der untersuchten psychiatrischen Häuser wurden Angaben zu den Ressourcen gemacht. Lediglich 6% (14/227) der Kliniken veröffentlichten quantifizierbare Angaben zu diesem Thema. Ein Anteil von 3% (7/227) der untersuchten Häuser machten innerhalb des Abschnittes D-3 keinerlei Angaben zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement.

3.3.4 Ergebnisse des Abschnittes D-4 Instrumente des QM 2010

In den untersuchten Qualitätsberichten des Jahres 2010 wurden im Abschnitt D-4 insgesamt 1.768 einzelne Qualitätsmanagementinstrumente angegeben. Dies bedeutet, dass eine Klinik im Mittel 7,8 Instrumente aufführt. Die am häufigsten dokumentierten Instrumente sind in Tabelle 14 gezeigt. So ist die Durchführung einer Patientenbefragung das unter den betrachteten Kliniken am weitesten verbreitete Instrument, gefolgt von Angaben zu den Instrumenten Fehler- und Risikomanagement und Beschwerdemanagement (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14 Dokumentierte Instrumente des Qualitätsmanagements 2010 gesamt

Instrumente des QM	2010	
Beschwerdemanagement	71%	162/227
Fehler-/Risikomanagement	60%	137/227
Patientenbefragung	81%	183/227
Wartezeitmanagement	10%	23/227
Mitarbeiterbefragung	54%	123/227
Einweiserbefragung	38%	86/227
Fallbesprechungen	24%	54/227
Patienteninformation	31%	71/227
Hygienemanagement	40%	90/227
Audits	54%	123/227
Besprechungen	23%	52/227
Dokumentenlenkung/Dokumentation	21%	48/227
Kennzahlen/statistische Auswertung	25%	57/227
Leitlinien/Standards	19%	43/227
Qualitätszirkel, Arbeitskreise	19%	44/227
Vorschlagswesen/Ideenmanagement	17%	38/227
Weiterbildung/Schulung	22%	50/227
Begehungen	17%	39/227
Projektmanagement	12%	28/227

In den strukturierten Qualitätsberichten des Jahres 2010 wurden von 227 Kliniken insgesamt 1.558 einzelne Projekte zum Qualitätsmanagement dargestellt. Im Mittel gab so jede Klinik 7 Projekte an, wobei die Spannweite von keinem Projekt bis zur Benennung von maximal 35 Projekten reichte. Von allen Projekten wurden nur 7% (n= 105) in einer strukturierten Form präsentiert. Die Auswertung der in Abschnitt D-5 genannten Qualitätsmanagementprojekte im Hinblick auf die Anzahl der Projekte ergab eine Verteilung auf die PATH-Kriterien, wie sie in Tabelle 15 dargestellt ist.

Tabelle 15 Verteilung der Qualitätsprojekte im erweiterten PATH-Framework für 2010 gesamt

Projekte 2010		Unterkategorien	
PATH - Dimensionen	Production effectiveness 37% (583/1558)	▶ bauliche Maßnahmen	7% 38/583
		▶ Information/ Dokumentation/ KIS	24% 137/583
		▶ Prozessoptimierung	34% 195/583
		▶ Qualitätsmanagement/ -Entwicklung	15% 87/583
		▶ Sachmittelausstattung	2% 14/583
		▶ neues Entgeltsystem	9% 51/583
		▶ Qualitätsplanungsdokumente	10% 58/583
	Clinical effectiveness 21% (334/1558)	▶ Behandlungsangebot/ Leistungsspektrum	44% 170/334
		▶ Behandlungsoptimierung	28% 106/334
		▶ Kommunikation (intern und extern)	10% 38/334
		▶ Kooperation	13% 48/334
		▶ Wissenschaftlichkeit/ Forschung	6% 22/334
	Responsive governance 8% (128/1558)	▶ Ethik und Unternehmensphilosophie	20% 26/128
		▶ Führung/ Politik/ Strategie	29% 37/128
		▶ gesellschaftliche Verantwortung	2% 2/128
		▶ Umweltschutz und Ökologie	9% 12/128
		▶ Versorgungsauftrag	2% 2/128
		▶ Wirtschaftlichkeit	2% 2/128
Staff effectiveness 13% (209/1558)	▶ Mitarbeiterorientierung	49% 102/209	
	▶ Personalentwicklung	51% 107/209	
Safety 9% (145/1558)	▶ Sicherheit	69% 100/145	
	▶ Umgang mit kritischen Situationen	31% 45/145	
Patient centeredness 7% (112/1558)	▶ Patientenorientierung	100% 112/112	

So ist zu erkennen, dass jedes dritte Projekt in den Qualitätsberichten des Jahres 2010 in die Dimension Production effectiveness einzuordnen ist., wohingegen die Dimensionen Responsive governance, Safety und Patient centeredness jeweils einen Anteil von unter 10% an der Gesamtzahl der Projekte einnehmen. Die Umstellung auf das neue Entgeltsystem findet nur begrenzten Einfluss auf die Projektierung der Kliniken, da nur 3% (51/1558) aller dokumentierten Projekte in diesem Bereich angelegt sind.

3.3.5 Ergebnisse des Abschnittes D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 2010

In den Qualitätsberichten des Jahres 2010 wurde von den untersuchten 227 Kliniken angegeben, dass ihr klinikinternes Qualitätsmanagement mit den in Abbildung 19 gezeigten Verfahren bewertet ist.

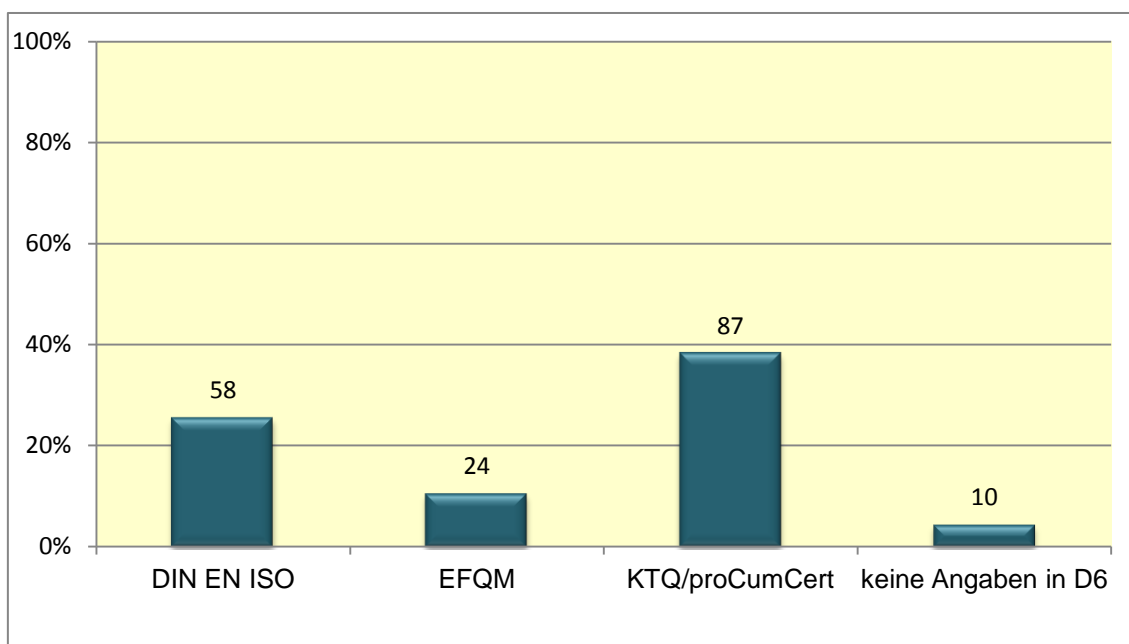


Abbildung 19 Zertifikate des Qualitätsmanagements in D-6 2010

Nicht in der Abbildung aufgeführt ist die Teilnahme an Peer Reviews, die von 5% (n=12) der Kliniken im Berichtszeitraum angegeben wurde. Insgesamt verfügt die Hälfte (n=113) aller untersuchten Kliniken über genau ein Qualitätsmanagement-Zertifikat. Dagegen ist das Qualitätsmanagement von 34% (n=77) der untersuchten Kliniken nicht zertifiziert. Insgesamt besitzen 24 Kliniken (11%) eine Zertifizierung nach zwei unterschiedlichen Systemen. Drei Kliniken sind nach KTQ, EFQ und zusätzlich nach DIN EN ISO zertifiziert, besitzen also drei Zertifikate. Der Anteil der Kliniken, die keine auswertbaren Aussagen im Abschnitt D-6 machten, beträgt 4% (n=10).

4 Diskussion

Die Ergebnisse werden im Folgenden nach den Bearbeitungsteilen A, B und C getrennt, inhaltlich diskutiert.

4.1 Diskussion zu Teil A

Die Ergebnisse zum Punkt Qualitätspolitik zeigen, dass sich in den Kliniken bereits großflächig ein Qualitätsbewusstsein entwickelt hat und „Qualität“ (wörtlich) in das Leitbild vieler Kliniken Einzug gehalten hat. Zudem zeigt sich, dass der Aufbau des QM sehr institutionalisiert und professionalisiert betrieben wird, da Strukturen wie Konferenzen und Stabstelle hoch verbreitet sind. Für somatische Häuser ließ sich von 1998 (42%) bis 2004 (68%) eine Zunahme von Qualitätskonferenzen zeigen (Blumenstock, et al., 2005). Da im Jahr 2006 nun 92% (Fragebogen) der untersuchten psychiatrischen Krankenhäuser eine Qualitätskonferenz oder ein ähnliches Gremium installiert haben, lässt sich dieser Trend wohl auch in den psychiatrischen Bereich übertragen. Gestützt wird diese These auch von Ergebnissen einer Untersuchung aus 2009, in der 93% der untersuchten Psychiatrien (n=71) ein Qualitätsgremium angaben (Schulze-Mönking, 2009). Ebenso konnte gezeigt werden, dass die oberste Führungsebene sehr häufig in das Qualitätsmanagement eingebunden ist (Fragebogen: 76%, Qualitätsbericht: 85%) und somit QM als Führungsaufgabe verstanden wird. Auch dieses Ergebnis wird in Untersuchungen des Jahres 2009 wieder bestätigt (Schulze-Mönking, 2009). Nahezu alle Qualitätsmodelle beschreiben Führungsaufgaben, und die Führungskräfte sollen bei der Einführung und dem Betrieb eines internen Qualitätsmanagements Vorbilder sein (Selbmann & Weidringer, 2009). Durch die dokumentierte starke Einbindung ins Qualitätsmanagement haben die Führungskräfte diese Verantwortung schon weitestgehend übernommen.

Zudem sind durch die straffe Einbindung der Klinikleitung beste strukturelle Voraussetzungen geschaffen, um den geforderten QM-Grundsatz Verantwortung und Führung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2005) umzusetzen.

Bei den Instrumenten des Qualitätsmanagements zeigt sich, dass die Einführung eines Risikomanagements nur in jedem dritten Haus umgesetzt ist. Ein ähnliches Ergebnis wird von somatischen Häusern bereits 2004 berichtet (Blumenstock, et al., 2005). Es kann gefolgert werden, dass somit der Grundsatz der Patientenorientierung, der Patientensicherheit einschließt, noch nicht ausreichend berücksichtigt wird. Nach Schrappe stellt der Begriff Patientensicherheit das zentrale Thema der Diskussion um die Gestaltung und die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens dar und kann nur durch ein umfassendes Risikomanagement erreicht werden (Schrappe, 2005). Die Strukturen der untersuchten psychiatrischen Fachkliniken sind in diesem Bereich noch nicht hinreichend entwickelt und sollten ausgebaut werden.

Das Instrument des Beschwerdemanagements ist verbreitet und in über der Hälfte der Kliniken umgesetzt (Fragebogen: 77%, Qualitätsbericht: 59%), was dem Grundsatz der Patientenorientierung Rechnung trägt. Darüber hinaus kann der Ausbau des Beschwerdemanagements auch als Baustein des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses angesehen werden, da aus den Beschwerden Verbesserungspotentiale abgeleitet werden können (Ertl-Wagner, et al., 2013). Somit gilt dieser Grundsatz auch als umgesetzt. Im Vergleich zu Erhebungsdaten bei somatischen Häusern, in denen in 58-69% (1998-2004) der Krankenhäuser ein Beschwerdewesen aufweisen (Blumenstock, et al., 2005), zeigt sich bei der Umsetzung des Beschwerdemanagements kein relevanter Unterschied. Nachholbedarf besteht bei der Einführung eines betrieblichen Vorschlagswesens, das nur von wenigen (Fragebogen 41%, Qualitätsbericht 10%) der untersuchten Kliniken dokumentiert wird. Eine weitere Verbreitung könnte den Grundsatz der Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterbeteiligung stärken.

Wie auch schon Schulze-Mönking nachweisen konnte, sind Befragungen in psychiatrischen Fachkliniken sehr verbreitet (Schulze-Mönking, 2009), wobei am häufigsten Patientenbefragungen durchgeführt werden, am zweithäufigsten Befragungen unter Mitarbeitern und eher seltener Einweiserbefragungen. Diese Verteilung wurde auch für somatische Häuser gezeigt (Blumenstock, et al., 2005). Dies deutet darauf hin, dass die Kliniken sich nach außen öffnen und kundenorientiert arbeiten. Von den Grundsätzen des Qualitätsmanagements werden somit sowohl die Patientenorientierung und Mitarbeiterorientierung berücksichtigt als auch der kontinuierliche Verbesserungsprozess, sofern die Ergebnisse der Befragungen umgesetzt werden. Wünschenswert wäre, wenn auch die Einweiser stärker mit einbezogen würden, da so alle Interessen gleichwertig berücksichtigt werden können.

Eine sehr große Diskrepanz ergab sich aus den Angaben zum Einsatz von Supervision, der in den Fragebögen von 95% der Kliniken dokumentiert wurde, in den Qualitätsberichten hingegen nur von 4%. Dies zeigt deutlich die Problematik der Regelung zum strukturierten Qualitätsbericht. In den Vorgaben zum Qualitätsbericht (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011c) wird Supervision nicht als Beispiel aufgeführt und verschwindet somit in der Freitext-Berichterstattung, trotz ihrer großen Bedeutung und Verbreitung. Supervision wird im vertragspsychotherapeutischen Bereich als wichtigstes Element der Qualitätssicherung verstanden (KCQ, 2012) und hat im stationären Bereich bestimmt keine mindere Bedeutung. Dadurch dass im Tübinger Fragebogen das Item Supervision direkt abgefragt wird, kann erklärt werden, wieso dies in den Fragebogen deutlich häufiger zur Nennung kam.

Im Bereich der Qualitätsmanagementprojekte wurden innerhalb des Fragebogens 7,6 Projekte pro Klinik angegeben, in den Berichten dagegen 6,1. Die bloße Anzahl lässt nur den Schluss zu, dass die Kliniken QM-Projekte durchführen. Über deren Bedeutung und die Qualität des Projektmanagements kann keine Aussage getroffen werden. Vergleichszahlen stehen für diesen Bereich nicht zur Verfügung.

Die Ergebnisse aus Teil A zeigen, dass die Kliniken, welche ein QM-Zertifikat besitzen, am häufigsten nach KTQ und proCum Cert zertifiziert sind (Fragebogen: 19%, Qualitätsbericht:23%). DIN EN ISO-Zertifikate hatten im Jahr 2006 eine Verbreitung von 15% in den Fragebögen und 7% in den Qualitätsberichten. Im Vergleich zu Daten von psychiatrischen Fachkliniken aus 2004 (Blumenstock, et al., 2005) zeigt dies einen deutlichen Anstieg, da zu diesem Zeitpunkt erst 5% nach DIN EN ISO und lediglich 3% nach KTQ/ pCC zertifiziert waren. Dies zeigt, dass die Bewertung des internen Qualitätsmanagements zunimmt. Auffallend ist, dass im Vergleich zum somatischen Bereich, in dem das DIN EN ISO-Modell am gebräuchlichsten ist, die KTQ/ pCC-Zertifizierung eine größere Bedeutung in den psychiatrischen Krankenhäusern hat. Die Angaben zu EFQM sind schwer interpretierbar, da im Fragebogen die Angabe von EFQM mit der Angabe von Peer-Reviews verbunden ist (siehe Anhang Frage 2.6). Dennoch ist festzustellen, dass hier Peer Review und EFQM im Qualitätsmanagement von 24% der untersuchten Kliniken eine Rolle spielt. Der niedrige Wert aus den Qualitätsberichten (3%) ist damit zu erklären, dass die Maßnahmen zur Bewertung des Qualitätsmanagements frei wiedergegeben werden können und deshalb keine Pflicht zur Vollständigkeit besteht (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011c).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Jahr 2006 das Qualitätsmanagement in psychiatrischen Kliniken angekommen ist, allerdings mit denselben Stärken und Schwächen, die bereits für somatische Häuser nachgewiesen wurden. Eine deutliche Weiterentwicklung im Vergleich zu den Jahren 1998-2004 (Blumenstock, et al., 2005) ist nicht zu erkennen. Durch den Crosswalk der beiden Methoden wird allerdings deutlich, dass durch die offene Struktur des Qualitätsberichtes viele relevante Aspekte des Qualitätsmanagements nicht dokumentiert werden, die in der geschlossenen direkten Fragetechnik des Fragebogens angegeben werden. Die durchgängig höheren Prozentwerte in den Fragebogenergebnissen bestätigen diese Annahme.

4.2 Diskussion zu Teil B

In Teil B der Arbeit wurden die verfügbaren Qualitätsberichte aus den Jahren 2006, 2008 und 2010 (n=600) von allen psychiatrischen Fachkrankenhäusern in Deutschland im Längsschnitt analysiert. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Ergebnisse nach den Abschnitten des Qualitätsberichtes gegliedert diskutiert.

4.2.1 Diskussion zu D-1- Qualitätspolitik

Im Abschnitt D-1 erwähnten die Kliniken größtenteils ihr Leitbild (68-70%), allerdings gaben davon nur zwischen 46%- 49% der Kliniken ihr Leitbild vollständig wieder, obwohl dies nach Vorschlägen des G-BA in diesem Abschnitt explizit möglich wäre (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011c). Die Kliniken machen also nur begrenzt von der Möglichkeit Gebrauch, ihre Philosophie und ihre Leitgedanken nach außen transparent darzustellen. Vor allem die Chance, sich neuen Patienten und kooperierenden Einweisern zu präsentieren, wird damit vergeben. Dass „Qualität“ nicht als zentrales Element im Abschnitt D-1 behandelt wird, zeigen die Ergebnisse nach denen nur in maximal 66% der Berichte das Wort „Qualität“ explizit benannt ist. Auffallend ist auch, dass die Kommunikation der Qualitätspolitik von weniger als einem Drittel dokumentiert wurde (21%- 29%). Dieses Ergebnis entspricht auch denen von Heiß und Reiche bei somatischen Krankenhäusern, die die unzureichende Kommunikation als eines der größten Defizite des QM im Krankenhaus identifiziert haben (Heiß & Reiche, 2011). Auch die Analyse der Qualitätsberichte von Pietsch und Wieland zeigte bereits, dass in Teil D-1 nur teilweise präzise Angaben gemacht wurden und stattdessen vor allem Allgemeinplätze und Absichtserklärungen wiedergegeben wurden (Pietsch & Wieland, 2008). Von einem Anteil der Kliniken von 4%- 2% wurden keinerlei Angaben im Abschnitt D-1 gemacht. Es ist davon auszugehen, diese Interpretation empfiehlt zumindest der G-BA, dass diese Kliniken sich erst wenige Gedanken zum internen Qualitätsmanagement gemacht haben (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011a).

Herauszustellen ist, dass im Untersuchungszeitraum von 2006 bis 2010 sich keine erkennbaren Veränderungen innerhalb des Abschnittes D-1 ergeben haben, was nicht für eine Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements oder des Qualitätsbewusstseins der einbezogenen Kliniken spricht.

4.2.2 Diskussion zu D-2- Qualitätsziele

Über den Untersuchungszeitraum 2006 bis 2010 konnte festgestellt werden, dass insgesamt mehr Ziele von den Kliniken angegeben werden. Von einem absoluten Anfangswert von 1272 Qualitätszielen in 2006 (im Mittel 6,5 pro Klinik) konnte 2008 und 2010 bereits eine Steigerung von 25% (im Mittel 8, pro Klinik) verzeichnet werden. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass in den Kliniken zielorientiert gedacht wird und die Formulierung von Qualitätszielen an Bedeutung gewonnen hat. Allerdings wurden die Ziele vom größeren Teil der Kliniken (51%- 66%) als bloße Absichtserklärungen abgegeben. Eine konkrete Zielformulierung oder eine Evaluation der Zielerreichung wurde dagegen selten angegeben. Konkrete Ergebnisse wurden von 3%-12% der Kliniken im Abschnitt D-2 dokumentiert. Je ausführlicher aber die Angaben im Abschnitt D-2 sind, desto mehr kann auf ein fortgeschrittenes Qualitätsmanagement geschlossen werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011a). Auch in der Arbeit von Heiß und Reiche wurden Mängel bei der Zielbildung und der Evaluation der Ziele festgestellt (Heiß & Reiche, 2011). Diese These wird zusätzlich gestützt durch Ergebnisse von Pietsch und Wieland, die in ihrer Auswertung von Qualitätsberichten (n=92) ebenfalls zum Schluss kamen, dass in 30% der Berichte keine oder nur wenig präzise Angaben zu Qualitätszielen gemacht werden (Pietsch & Wieland, 2008). In der Längsschnittbetrachtung über die drei Jahrgänge waren, was die Zielformulierung angeht, keine Veränderungen festzustellen. Somit ist und bleibt die Formulierung von Qualitätszielen eine Schwachstelle des Qualitätsmanagements im somatischen wie im psychiatrischen Bereich.

Bei der Einordnung der Qualitätsziele in das PATH-System konnte gezeigt werden, dass über die Jahre stets die gleiche thematische Orientierung der Ziele gegeben war.

Es ergab sich eine vergleichbar häufige Verteilung der Ziele auf die Dimensionen Responsive governance, Patient centeredness und Staff effectiveness. Somit konnte gezeigt werden, dass in der Formulierung der Qualitätsziele die QM-Grundätze Verantwortung und Führung, Patientenorientierung und Mitarbeiterbeteiligung von den Kliniken umgesetzt werden. Der Schwerpunkt der Qualitätsziele wurde allerdings in den Dimensionen Production effectiveness und Clinical effectiveness nachgewiesen. Die Dimension Safety wurde von den dokumentierten Qualitätszielen jedoch mit Abstand weniger besetzt (3-5%), dies deutet darauf hin, dass sicherheitsrelevante Aspekte in der Zielplanung der Kliniken eine untergeordnete Rolle spielen. Auffallend ist, dass innerhalb des Untersuchungszeitraums keine bedeutsame Veränderung in der Verteilung auf die Dimensionen festzustellen war. Selbst die Verteilung der Qualitätsziele auf die Subkategorien war über die Jahre hin stabil. Dieser Umstand lässt den Schluss zu, dass die Qualitätszielsetzung kaum verändert wird und somit der QM-Grundsatz Flexibilität über einen Zeitraum von vier Jahren nicht darstellbar ist. Vergleichsdaten sind in der Literatur nicht beschrieben.

4.2.3 Diskussion zu D-3 Aufbau des internen Qualitätsmanagements

In diesem Teil können die Krankenhäuser die Strukturen ihres Qualitätsmanagements nach außen transparent darstellen. Nur wenige (13%-15%) der Krankenhäuser nutzten bisher die Möglichkeit dies durch die Darstellung eines Organigramms zu machen. Auch eher selten wurde das Einberufen einer Qualitätskonferenz dokumentiert (13%-15%). In den Jahren 1998 bis 2004 konnte jedoch durch eine Fragebogenuntersuchung weitaus höhere Werte (50%-71%) für das Vorhandensein einer Qualitätskonferenz ermittelt werden (Blumenstock, et al., 2005). Zudem zeigten sich in den Angaben aus den Qualitätsberichten von 2006 bis 2010 keine deutlichen Veränderungen in der Nennungshäufigkeit der Qualitätskonferenz. Jeweils von einem Drittel der Kliniken wurden die Strukturen Stabstelle, Qualitätszirkel und Projektgruppe beschrieben. Auch diese Ergebnisse waren bei einer Betrachtung im Längsschnitt unverändert. In einer Fragebogenuntersuchung unter psychiatrischen Fachkliniken wurden 2009 wiederum höhere Werte für diese Strukturen festgestellt.

Demnach hatten 70% mehr als 5 Projektgruppen und 50% der Kliniken 3 oder mehr Qualitätszirkel (Schulze-Mönking, 2009). Dies zeigt erneut, dass durch die Möglichkeit zum Freitext in den Qualitätsberichten keine vollständigen Informationen über die Kliniken erlangt werden können, während eine direkte Frage-technik, wie sie in den Fragebögen verwendet wurde zu höheren Ergebnissen führt. Zu allen drei Untersuchungszeitpunkten gaben 70% der Kliniken an, eine/n MitarbeiterIn in der Funktion eines Qualitätsmanagementbeauftragten zu beschäftigen. Als Vergleichsdaten kann man die Ergebnisse aus der Arbeit von Blumenstock et al. heranziehen. Dort konnte gezeigt werden, dass im Jahr 2004 53% der psychiatrischen Kliniken über einen Qualitätsmanager verfügten (Blumenstock, et al., 2005). Durch eine Zunahme der Struktur des Qualitätsmanagementbeauftragten lässt sich auch auf die Professionalisierung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements einer Klinik als Ganzes schließen. Zudem konnte durch die Analyse der Qualitätsberichte gezeigt werden, dass in 85% aller Kliniken die oberste Leitung in das Qualitätsmanagement eingebunden ist. Dies zeigt auch, dass QM als Führungsaufgabe betrachtet wird und alle Hierarchieebenen einer Klinik in die Umsetzung und Entwicklung mit einbezogen werden. Diese Entwicklung wird von einer Befragung aus dem Jahr 2009 unter psychiatrischen Kliniken (n=71) bestätigt, in der gezeigt werden konnte, dass die oberste Leitung in 95% der Kliniken in das interne QM eingebunden war (Schulze-Mönking, 2009). So kann auch geschlussfolgert werden, dass der Grundsatz Verantwortung und Führung in den Strukturen des QM bereits weitestgehend als umgesetzt betrachtet werden kann. Weitaus weniger häufig dokumentierte Strukturen des QM sind die Qualitätskommission und die Arbeit in interdisziplinären Teams oder AGs, diese wurden nur von 18% der Kliniken in ihren Qualitätsberichten dokumentiert. Die Ressourcen, die für das Qualitätsmanagement eines Krankenhauses bereit stehen, werden sehr häufig (63%-76%) nicht benannt. Quantifizierbare Aussagen zu den QM-Ressourcen konnten nur bei weniger als einem Zehntel der untersuchten Berichte nachgewiesen werden (6%- 9%). Möglicherweise stehen für das QM keine ausgewiesenen Ressourcen zur Verfügung, oder die Kliniken machen keine Angaben dazu, weil diese nicht zwingend gefordert werden.

Nach Vorschlägen des G-BA können wenige Informationen im Abschnitt D-2 ein Hinweis darauf sein, dass die Einführung des Qualitätsmanagements zögerlich verläuft, wohingegen detaillierte Schilderungen der QM-Strukturen auf Erfahrung der Leitung mit dem Qualitätsmanagement hinweist (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011c). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Strukturen wie der Qualitätsmanagementbeauftragter und die Einbindung der Leitung weitgehend etabliert sind, wohingegen andere Strukturen wenig benannt werden. Allen Strukturen ist gemeinsam, dass sich in den Jahren 2006 bis 2010 an der Verteilung der Strukturen keine aussagekräftige Veränderung ablesen lässt. Das heißt, dass etablierte Strukturen weitgehend feststehen und in den vergangenen vier Jahren keine Veränderung dieser vorgenommen wurde. Dem ist hinzuzufügen, dass nicht alle Strukturen von jeder Klinik umgesetzt werden können, da diese auch von der Organisationsform und der Größe des Krankenhauses abhängen.

4.2.4 Diskussion zu D-4- Instrumente des Qualitätsmanagements

Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert ein QM-Instrument als kontinuierlich eingesetzten Prozess zur Messung und Verbesserung der Qualität (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011c). Im Jahr 2006 wurden insgesamt 1.309 Instrumente im Abschnitt D-4 dokumentiert, 2008 und 2010 waren es dagegen bereits 1.539 beziehungsweise 1.563. Dies lässt auf eine differenzierte Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements schließen, da immer mehr verschiedene Instrumente zur Qualitätsverbesserung eingesetzt werden. Auf der anderen Seite sind durch die nicht eindeutige Definition des Begriffs Instrument auch viele unpassende Einträge in Abschnitt D-4 vorhanden. Beispielsweise gaben mehr als 20% der Kliniken (2006: 22%, 2008:27%, 2010:21%) Qualitätszirkel als Instrument an, obwohl dies eher als Struktur verstanden werden kann. Da für diesen Abschnitt des Qualitätsberichtes nur weit gefasste Ausfüllhinweise bestehen, ist die Vielzahl der Angaben nur schwer einzuordnen und zu kategorisieren. Es werden daher nur die relevantesten Angaben diskutiert.

In den allermeisten Kliniken (73%- 81%) werden nach Angaben aus den Qualitätsberichten Patientenbefragungen durchgeführt. In der Befragung von 2009 konnte Schulze-Mönking zeigen, dass 90% (n=71) der untersuchten psychiatrischen Fachkliniken eine Patientenbefragung durchführen (Schulze-Mönking, 2009). Blumenstock et al. zeigten, dass Patientenbefragungen von 1998 bis 2004 zunehmend an Bedeutung gewannen (Blumenstock, et al., 2005). Diese Entwicklung konnte somit noch einmal bestätigt werden. Weiter gab ein Viertel der Kliniken (24%- 31%) Maßnahmen zur Patienteninformation an, und 2006 verfügten 64% der untersuchten Krankenhäuser über ein Beschwerdemanagement. Dieses Instrument fand in den Folgejahren weitere Verbreitung, sodass 2008 und 2010 bereits 73% der Kliniken ein Beschwerdemanagement in ihren Qualitätsberichten erwähnten. Somit wurden Instrumente des Qualitätsmanagements, die mit Patientenorientierung in Verbindung stehen, insgesamt am häufigsten dokumentiert. Dieser QM-Grundsatz bildet somit einen Schwerpunkt in der Ausrichtung des Qualitätsmanagements psychiatrischer Kliniken. Auch der Grundsatz der Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterbeteiligung findet seinen Niederschlag in den QM-Instrumenten. So gab die Hälfte der Kliniken an, Mitarbeiterbefragungen durchzuführen, 21%- 24% dokumentierten Weiterbildungen und Schulungen und ein kleinerer Anteil (13%- 16%) der Kliniken verfügte über ein internes Vorschlagswesen. Vergleichsdaten hierzu liefert die Arbeit von Schulze-Mönking, in dessen Stichprobe (n=71) 75% der psychiatrischen Fachkliniken Mitarbeiterbefragungen durchführen (Schulze-Mönking, 2009). Davor wurde bereits gezeigt, dass Mitarbeiterbefragungen von 1998 (22%) bis 2004 (41%) im psychiatrischen Krankenhäusern zunehmend an Bedeutung gewannen (Blumenstock, et al., 2005). Es ist also eine Entwicklung hin zu mehr Mitarbeiterbeteiligung zu erkennen, der allerdings weiter ausbaufähig ist. Innerhalb des Untersuchungszeitraums dieser Arbeit konnte zwar ein leichter Anstieg bei mitarbeiterorientierten Instrumenten erkannt werden, allerdings lässt sich daraus keine ausgeprägte, bedeutsame Entwicklung in diesem Bereich ableiten.

Instrumente, die den QM-Grundsätzen Prozessorientierung und kontinuierlicher Verbesserungsprozess zuzuschreiben sind wurden in unterschiedlicher Häufigkeit dokumentiert, sodass sich dort kein eindeutiger Trend ablesen lässt.

So scheinen die Instrumente Fehler-Risikomanagement (42%- 58%) und interne Audits (42%-55%) etabliert zu sein. Hingegen wurden Besprechungen (13%-23%), Dokumentenlenkung (21%- 27%) und Leitlinien (13%- 18%) weniger häufig in den Qualitätsberichten erwähnt. Dazu konnten keine Vergleichsdaten aus der Literatur herangezogen werden.

Da auch für den Abschnitt D-4 lediglich allgemeine Ausfüllhinweise bestehen, darf nicht der Schluss gezogen werden, dass wenig beschriebene Instrumente auch weniger implementiert sind. Zusammenfassend konnte gezeigt werden, dass viele verschiedene Instrumente beschrieben werden und im Untersuchungszeitraum die absolute Häufigkeit nahezu aller Instrumente ansteigt. Am häufigsten werden Instrumente dokumentiert, die eine Mitarbeiter- oder Patientenorientierung aufweisen. Das größte Defizit besteht in der fehlenden Evaluation des Umgangs mit den Befragungsergebnissen, da so der Effekt für die Qualitätsbemühungen nicht abgeschätzt werden kann

4.2.5 Diskussion zu D-5- Qualitätsmanagementprojekte

In den Ausfüllhinweisen des Gemeinsamen Bundesausschusses ist für den Abschnitt D-5 vorgesehen, dass dort Qualitätsmanagementprojekte, die als einmalige, zeitlich begrenzte Prozesse zur Erreichung von Qualitätszielen verstanden werden, aufgeführt werden können. Die Projekte sollten, wenn möglich, einer systematischen Gliederung folgen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011c), die an den PDCA-Zyklus angelehnt ist. In den untersuchten Jahrgängen stieg die absolute Zahl der angegebenen Projekte um 10% an. Dagegen sank die Zahl der Projekte, die strukturiert dargestellt wurden, von 14% (2006) auf 6% (2010). So kann gefolgert werden, dass ein systematisches Projektmanagement entweder nicht etabliert ist oder mangelhaft arbeitet, zumindest aber nicht dokumentiert wurde. Da durch die fehlende Strukturierung auch keine Evaluation der Projekte vorgenommen werden kann, ist eine Bewertung der einzelnen Projekte nicht möglich.

Auch Heiß und Reiche konnten in ihrer Analyse der Qualitätsberichte zeigen, dass es dem Projektmanagement an Strukturierung und an der Evaluation fehlt (Heiß & Reiche, 2011). Zum selben Ergebnis kamen auch Pietsch und Wieland, die bemängelten, dass nur selten systematische Projektbeschreibungen mit PDCA-Zyklus in den Qualitätsberichten dokumentiert wurden. Zusätzlich wiesen sie darauf hin, dass nicht nur reine Qualitätsmanagement-Projekte beschrieben, sondern beispielsweise auch strukturbildende Maßnahmen erläutert werden (Pietsch & Wieland, 2008). Auch in dieser Arbeit konnte dies bestätigt werden, da beispielsweise „Projekte“ beschrieben wurden, die in die Unterkategorie Sachmittelausstattung und bauliche Maßnahmen fallen und somit keine Qualitätsmanagementprojekte im eigentlichen Sinne darstellen. Weiter ist festzustellen, dass eine Bewertung der Projekte unmöglich ist, da beispielsweise die Entwicklung von Leitlinien denselben Stellenwert innerhalb D-5 einnimmt wie der Bau von neuen Parkplätzen. Auffallend ist, dass sich in der Verteilung auf die PATH-Kategorien keinerlei Entwicklung über den Untersuchungszeitraum von 2006 bis 2010 ableiten ließ. In allen drei Jahrgängen waren die Projekte zum größten Teil der Dimension Production effectiveness (37%- 39%) zuzuordnen. Weniger bedeutend sind die Dimensionen Clinical effectiveness (21%-25%) und Staff effectiveness (13%-16%). Im Vergleich zu den Qualitätszielen sind die Dimensionen Responsive governance (7%- 8%) und Patient Centeredness (7%- 9%) in der Projektierung deutlich geringer repräsentiert. Daraus lässt sich ableiten, dass weniger als jedes zehnte Qualitätsmanagementprojekt dem Grundsatz der Patientenorientierung zugeordnet werden kann. Dies deutet darauf hin, dass Patientenorientierung in den Projekten noch nicht hinreichend umgesetzt wird. Auch hinsichtlich des Komplexes Sicherheit bestehen noch Möglichkeiten zur Optimierung, da sich in allen drei Jahrgängen jeweils nur 9% aller Qualitätsprojekte in diese Kategorie einordnen lassen.

4.2.6 Diskussion zu D-6- Bewertung des Qualitätsmanagements

In einer Befragung unter psychiatrischen Fachkliniken (n=71) von 2009 konnte gezeigt werden, dass nahezu die Hälfte der Kliniken zertifiziert waren (Schulze-Mönking, 2009).

Die Analyse der Qualitätsberichte von 2006 bis 2010 zeigte eine noch stärkere Verbreitung der Zertifizierung als angenommen, da nach Angaben aus Abschnitt D-6 der Berichte zwei Drittel aller Kliniken zertifiziert sind (64%- 68%). Knapp die Hälfte der Kliniken dokumentierten ein einziges Zertifikat (46% bis 47%), wohingegen schon jede zehnte Klinik zwei unterschiedliche Zertifikate angab (11%- 13%). Daraus lässt sich folgern, dass in den psychiatrischen Kliniken die systematischen Qualitätsmanagementmodelle Einzug gehalten haben und weitgehend etabliert sind. Aus den Daten der Jahre 2008 bis 2010 lässt sich jedoch keine Weiterentwicklung ableiten, wobei sich in Vergleich zu 2004 durchaus Veränderungen ergeben haben. So waren in dieser Befragung von psychiatrischen Krankenhäusern (n=78) insgesamt erst 35% zertifiziert, wobei hauptsächlich eine Zertifizierung nach EFQM (26%) nachgewiesen wurde (Blumenstock, et al., 2005). In der Analyse der Qualitätsberichte von 2006-2010 war der größte Anteil der Kliniken (37%- 41%) nach KTQ beziehungsweise proCum Cert zertifiziert. Das Modell der EFQM spielt eher eine untergeordnete Rolle (12%- 16%). In 17% der Qualitätsberichte von 2006 und 2008 ist ein DIN EN ISO Zertifikat angegeben, 2010 steigt dieser Anteil leicht an (25%). Im Allgemeinen konnte aber bei der Gesamtzahl der Zertifizierungen keine bedeutende Entwicklung innerhalb der Jahre 2006 bis 2010 beobachtet werden. Möglicherweise ist diese Beobachtungszeitspanne zu gering, um Änderungen abbilden zu können, da die komplette Ausrichtung einer Klinik und die Umsetzung eines QM-Modells inklusive Zertifizierung mehrere Jahre in Anspruch nimmt. Als Vergleich dazu kann die Arbeit von Pietsch und Wieland betrachtet werden, die ebenfalls durch eine allgemeine Auswertung von Qualitätsberichten (n=92) einen Schwerpunkt bei den KTQ- und proCum Cert- Modellen nachweisen konnten (40%). DIN EN ISO und EFQM Zertifikate wurden in dieser Stichprobe, die auch somatische Krankenhäuser miteinschließt, von 8% beziehungsweise von 10% dokumentiert. Da die Wahl des Qualitätsmanagements-Modells auch von der Organisationsform des Krankenhauses abhängt, könnte eine Betrachtung der Stichprobe nach Träger oder Struktur der Kliniken weitere Aufschlüsse geben.

4.3 Diskussion zu Teil C

In Teil C wurden die verfügbaren Qualitätsberichte (n=227) aller deutschen psychiatrischen Kliniken des Jahres 2010 herangezogen, um ein vollständiges Bild zum Stand des Qualitätsmanagements abgeben zu können.

Anhand der erhobenen Daten aus Abschnitt D-1 lässt sich zeigen, dass 2010 ein Großteil der psychiatrischen Kliniken bereits Qualitätsgrundsätze (85%) und/oder ein Leitbild (70%) mit den Unternehmensgrundsätzen veröffentlichten. Dies zeugt davon, dass in den betreffenden Krankenhäusern bereits großflächig ein Qualitätsbewusstsein geschaffen wurde. Da die Qualitätspolitik und somit die Ausrichtung der Klinik zur Qualität von der obersten Leitung formuliert wird, zeigen die hohen Werte, dass das Qualitätsmanagement als Führungsaufgabe begriffen wird und somit der Grundsatz der „Verantwortung und Führung“ als umgesetzt betrachtet werden kann. Die Kommunikation der Qualitätspolitik wird dagegen erst von 27% der Krankenhäuser dokumentiert. Dieses Kommunikationsfeld sollte allerdings in der Organisationsentwicklung des Krankenhauses verankert werden, um eine tragfähige Unternehmenskultur entwickeln zu können (Schaller & Baller, 2008).

In Abschnitt D-2 können erhebliche Mängel in der Formulierung der Qualitätsziele erkannt werden, da lediglich 3% der Kliniken evaluierte Qualitätsziele abgaben. Eine Evaluation und somit der Grad der Erreichung der Qualitätsziele stellt die Basis für die Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagements dar. Der Großteil der Krankenhäuser (69%) dokumentierte seine Qualitätsziele als bloße Absichtserklärung, deren Bedeutung allerdings zweifelhaft erscheint, da sie nicht im Sinne des PDCA-Zyklus überprüfbar sind und somit weder der Nutzen erfasst noch etwaige Probleme identifiziert und korrigiert werden können. Aus der weitgehend fehlenden Bewertung der Qualitätsziele ist die generelle Ausrichtung des Qualitätsmanagement nach dem Grundsatz des „kontinuierlichen Verbesserungsprozesses“ fraglich. Auch der Grundsatz der Zielorientierung kann unter diesen Bedingungen nur schwer nachvollzogen werden, da eine erfolgreiche Umsetzung der Ziele nicht überprüft wird.

Bei den insgesamt 1.822 dokumentierten Einzelzielen fällt auf, dass die Dimension Safety von nur 4% der formulierten Ziele besetzt wird. Safety bezieht sich auf mehrere Grundsätze des Qualitätsmanagements. Es kann genauso mit Patienten- und Mitarbeiterorientierung in Verbindung gebracht werden, wie auch mit Fehlervermeidung. Obwohl diese Dimension so umfangreich und nach Schrappe ein zentrales Thema in der Diskussion um die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens (Schrappe, 2005) spielt, bleibt dieser Aspekt in der Zielsetzung der Kliniken weit hinter anderen Grundsätzen zurück. Der Hauptfokus liegt im Bereich der Clinical effectiveness, in den mehr als ein Viertel aller Qualitätsziele eingeordnet werden können. Daraus ist eine starke Orientierung zu klassischen Kernkompetenzen des Krankenhauses zu erkennen, nämlich zur Optimierung der Behandlung und des Outcomes.

Formal sind nach Angaben aus Abschnitt D-3 die Strukturen des Qualitätsmanagement flächendeckend ausgebaut. So sind in mehr als zwei Drittel aller Kliniken Qualitätsmanagementbeauftragte mit dem internen Qualitätsmanagement betraut. Dass das interne Qualitätsmanagement in den untersuchten Krankenhäusern als Führungsaufgabe betrachtet wird, wird durch die dokumentierte Einbindung der Klinikleitung in 84% der Kliniken gestützt. Die bereitstehenden Ressourcen bleiben dagegen in 74% der Berichte gänzlich ungenannt. Da die Qualitätsplanung und die Bereitstellung von Mitteln zur QM-Umsetzung eine Führungsaufgabe darstellt (Bundesärztekammer, 2007b), können die fehlenden Angaben als Planungs- oder sogar Führungsschwäche ausgelegt werden. Zumindest wurde die Anwendung des Grundsatz von Verantwortung und Führung, was die Ressourcen des internen Qualitätsmanagements angeht, nicht nachvollziehbar im Qualitätsbericht dargestellt.

In Abschnitt D-4 des Qualitätsberichtes werden Instrumente des Qualitätsmanagements aufgeführt. Diese sind kontinuierlich eingesetzte Prozesse zur Messung und Verbesserung der Qualität (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011c). Im Jahr 2010 wurden insgesamt 1.768 einzelne Instrumente dokumentiert. Nach Angaben aus den Berichten werden in den Krankenhäusern überwiegend Instrumente aufgeführt, die sich mit dem Grundsatz der Patientenorientierung zusammen bringen lassen, nämlich Beschwerdemanagement (71%), Patien-

tenbefragung (81%) und Patienteninformation (31%). Auffallend ist, dass obwohl eine solche Vielzahl von Instrumenten zur Messung der Qualität in den Berichten erscheint, dagegen kaum Ergebnisse dieser Messungen veröffentlicht werden. Zudem ist anzunehmen, dass durch die freie Gestaltungsmöglichkeit und die unscharfe Definition des Begriffs in diesem Abschnitt auch vermeintliche Instrumente aufgezählt werden, also Prozesse oder Maßnahmen, die nicht unbedingt zweckdienlich sind. Zudem werden die Instrumente in den Abschnitten meist als bloße Aufzählung dokumentiert und werden in keinen Zusammenhang zu einem qualitätsrelevanten Ziel oder Projekt gebracht.

Die in Abschnitt D-5 dargestellten Qualitätsprojekte zeigen eine eindeutige Prozessorientierung, da 37% aller genannten Projekte der Dimension Production effectiveness zuzuordnen sind. Dies zeigt, dass Ziele nicht eins-zu-eins in Projekte umgesetzt werden. Auch die Grundsätze des Qualitätsmanagements, die in den Zielen inhaltlich enthalten sind, wie beispielsweise Patientenorientierung, werden in den Projekten desselben Jahres noch nicht im gleichen Maße umgesetzt. Eine Schwachstelle des Projektmanagements der untersuchten Krankenhäuser zeigt sich in der unstrukturierten Darstellungsweise der Qualitätsprojekte. Es wurden lediglich 7% aller Projekte in einer nach dem PDCA-Zyklus gegliederten Form veröffentlicht. Der Bereich Dokumentation der Qualitätsprojekte lässt also noch viel Raum für Entwicklungen offen.

Die Analyse der Daten aus Abschnitt D-6 zeigt, dass der Großteil der untersuchten Kliniken (38%) eine Ausrichtung des Qualitätsmanagements nach dem KTQ/ ProCum Cert Modell gewählt hat. Die Hälfte aller psychiatrischen Kliniken in Deutschland verfügen über ein einzelnes Zertifikat. Eine Zertifizierung nach mehreren Modellen hat sich auf dem Markt nicht durchgesetzt. In einer Stichprobenuntersuchung unter psychiatrischen Fachkliniken konnte 2009 ein zertifizierter Anteil von fast der Hälfte der teilnehmenden Kliniken (n=71) erhoben werden. Nach Prognose von Schulze-Mönking sollte dieser Wert auf über 85% ansteigen (Schulze-Mönking, 2009). Diese Schätzung kann gegenwärtig widerlegt werden, da 2010 lediglich zwei Drittel (66%) aller psychiatrischen Kliniken zertifiziert sind.

4.4 Diskussion zur Methodik

In Teil A dieser Arbeit wurden durch den Crosswalk, der ja auch einen Methodenvergleich darstellt, die Vor- und Nachteile beider Methoden deutlich. So können durch die Fragebogenerhebung zwar konkrete Items von Interesse in geschlossenen Fragen abgefragt werden, allerdings unterliegt die schriftliche Befragung per se immer auch Verzerrungen. Allein durch die Rücklaufquote ergibt sich ein Selektionseffekt. Weiter müssen die Angaben im Fragebogen auch nicht wahrheitsgemäß sein, da sie ja keinerlei Kontrolle unterliegen. Durch die Auswertung der Qualitätsberichte in Form einer Vollerhebung aller deutschen psychiatrischen Kliniken konnte ein vollständiges Bild erstellt werden, da diese untersuchte Gruppe keinen Stichprobeneffekten unterliegt, sondern die Grundgesamtheit abbildet. Da die Kliniken den Umfang der Informationen in Teil D weitgehend selbst bestimmen können, können nur Daten in die Analyse eingehen, die von den Kliniken selbstständig veröffentlicht wurden. Die Auswertung der vielen Freitextstellen im Teil D des Qualitätsberichtes (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011b) stellt eine methodische Herausforderung dar. Mit der Anwendung des erweiterten PATH-Frameworks konnte erstmalig eine inhaltliche Analyse der im Bericht angegebenen Projekte und Ziele erstellt werden. Besonders hervorzuheben ist, dass das PATH-Tool unabhängig von QM-Modellen angewendet werden kann und somit ein allgemein vergleichbares Bild über die thematische Ausrichtung des Qualitätsmanagements aufzeigen kann. Durch die Anwendung dieses Tools können Daten vergleichbar gemacht werden und auch Entwicklungen von Krankenhäusern nachvollzogen werden (Veillard, et al., 2005). Da es, im Unterschied zu anderen Methoden, von der WHO direkt für den Krankenhausbereich entwickelt wurde, erscheint es für diese Art der Auswertung als besonders geeignet. Da die Dimensionen des PATH-Frameworks sich inhaltlich teilweise überschneiden, sind die Zuordnungen der Angaben aus den Qualitätsberichten nicht immer eindeutig. In Teil B und C dieser Arbeit wurden die Daten jeweils im Querschnitt ausgewertet. Weitergehende Forschungen könnten beispielsweise Entwicklungsverläufe von einzelnen Kliniken nachweisen und so weitere Ergebnisse generieren.

4.5 Schlussfolgerung aus der Arbeit

Der Veröffentlichung von Qualitätsinformationen von Krankenhäusern wird eine wesentliche Funktion in der Verbesserung der Effizienz des Gesundheitssystems zugemessen (de Pourville, 2003). Da Qualitätsinformationen potenzielle Kunden der Kliniken beeinflussen, soll daraus ein Wettbewerb ausgelöst werden (May & Wasem, 2003). Dieses Potenzial des Berichtes wird noch nicht erschöpfend von den Kliniken genutzt, da innerhalb einzelner Abschnitte teilweise keine Angaben gemacht werden oder die Möglichkeit der Selbstdarstellung, beispielsweise durch das Leitbild oder die interne Qualitätspolitik nicht genutzt wird.

Die Grundsätze des Qualitätsmanagements werden in Ansätzen in das Qualitätsmanagement der Kliniken integriert, wobei die dokumentierten Qualitätsziele und Projekte vorwiegend an Clinical effectiveness und Production effectiveness orientiert sind. Maßnahmen, die vor allem Patientenorientierung, Verantwortung und Führung und Mitarbeiterorientierung fördern, sollten daher in Zukunft vermehrt ausgebaut werden. Um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu garantieren, sollte die Evaluation von Qualitätsbemühungen mehr in den Vordergrund der Qualitätsberichte gerückt werden, da diese bisher bei der Zielformulierung als auch bei den Qualitätsprojekten kaum in Erscheinung tritt. Qualität muss gemessen werden, um als Wettbewerbsparameter wirken zu können (de Pourville, 2003). Bis zu einer Neuregelung wird der Abschnitt D in den kommenden Qualitätsberichten zunächst nicht mehr erscheinen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2013b). Um die Qualitätsbemühungen der Kliniken transparent und nachvollziehbarer zu gestalten, wäre eine direkte Kopplung von Qualitätsziel, -instrument und dazugehörigem Projekt inklusive der Darstellung der Evaluation sinnvoll. Eine detaillierte Darstellung des QM kann auch ein weiterer Wettbewerbsvorteil sein. So konnte Dietrich zeigen, dass veröffentlichte Informationen einer Klinik auch herangezogen werden, um eine andere Klinik vergleichend zu bewerten, die diese zusätzliche (Qualitäts-)Information nicht veröffentlicht hat (Dietrich, 2008b). Dieses Potenzial ist den veröffentlichenden Kliniken bisher noch nicht klar beziehungsweise wird es nicht erschöpfend genutzt.

Innerhalb der Längsschnittuntersuchung in Teil B konnten über den Zeitraum von 4 Jahren (2006-2010) keine bedeutsamen Veränderungen und Entwicklungen aus den Angaben der Qualitätsberichte abgeleitet werden. Möglicherweise hat sich in der QM-Landschaft der untersuchten psychiatrischen Kliniken ein Status Quo eingestellt, der keine weiteren Entwicklungen mehr fördert. Oder aber der Zeitraum von vier Jahren ist zu gering gefasst, um etwaige Änderungen abbilden zu können.

Ab dem Berichtsjahr 2012 sollen die Qualitätsberichte nach neuesten Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses im jährlichen Rhythmus veröffentlicht werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2013b). Mit den Ergebnissen dieser Arbeit im Hintergrund scheint es eher unwahrscheinlich, dass durch die Erhöhung der Erscheinungsfrequenz, zumindest was die Angaben zum internen Qualitätsmanagement betrifft, ein Mehrwert erzielt werden kann. Für Krankenhäuser stellt eine hohe Qualität des Leistungsangebotes zwar eine notwendige Bedingung ihrer Existenz dar, die aber nicht hinreichend ist, wenn es Krankenhäuser nicht gelingt, eine hohe Qualität auch wirkungsvoll zu übermitteln (Dietrich & Grapp, 2008a). Deshalb scheint es wenig sinnvoll, die Informationen aus Abschnitt D nicht mehr zu veröffentlichen, wie es Änderungen des G-BA vorsehen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2013b). Allerdings scheint es sehr wohl sinnvoll, die Freitext-Anteile in Teil D, wie vom G-BA geplant, zu reduzieren, da diese nur schwer zu interpretieren und zu vergleichen sind.

In psychiatrischen Kliniken ist das interne Qualitätsmanagement professionalisiert und verbreitet. Es bestehen allerdings Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich der Dokumentationsqualität und der Evaluation der Maßnahmen. Durch eine Verbesserung der Vorgaben zum strukturierten Qualitätsbericht könnte eine wirkungsvollere und patientenorientierte Vermittlung der Qualitätsinformationen erreicht werden.

5 Zusammenfassung

In einer dreigliedrigen Erhebung soll der Stand und die Entwicklung des Qualitätsmanagements in psychiatrischen Fachkliniken in Deutschland über den Berichtszeitraum von 2006 bis 2010 dargestellt werden. Zunächst wurde durch einen Methodenvergleich mit einem etablierten Fragebogen Anschluss an vorhergehende Arbeiten hergestellt. Der Hauptteil der Arbeit stellt eine Längsschnittuntersuchung des Abschnitts D der strukturierten Qualitätsberichte aus einer Vollerhebung aller deutschen psychiatrischen Kliniken (n=200) dar. Im abschließenden Teil wurde der Stand des Qualitätsmanagements aus den Berichten des Jahres 2010 (n=227) abgeleitet. Dabei konnte erstmalig eine inhaltliche Analyse durchgeführt werden, da die Freitextanteile des Berichtes in die Kategorien des WHO-Tools PATH überführt wurden. In der Längsschnittbetrachtung wurde keine bedeutsame Entwicklung innerhalb des Untersuchungszeitraums nachgewiesen. Es konnte gezeigt werden, dass das Qualitätsmanagement in erster Linie an den Dimensionen Clinical effectiveness und Production effectiveness ausgerichtet ist. Zudem werden wichtige Grundsätze wie Sicherheit, Patientenorientierung und Mitarbeiterorientierung noch selten in die Zielplanung und das Projektmanagement einbezogen. Formale Strukturen wie Qualitätsbeauftragte sind weitestgehend etabliert. Auch Zertifizierungsmodelle zur Bewertung des Qualitätsmanagements sind verbreitet, wobei sich das KTQ/proCum Cert-Modell in den psychiatrischen Kliniken überwiegend durchgesetzt hat. Verbesserungspotenzial besteht in der Dokumentationsqualität von Zielen und Projekten. Zudem wird eine detaillierte Evaluation der Qualitätsbemühungen gefordert, die bisher noch kaum dokumentiert wurde. Aus den Ergebnissen lassen sich Möglichkeiten für die Neuausrichtung des strukturierten Qualitätsberichtes ableiten.

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1 AUFBAU DES KTQ MODELLS	16
ABBILDUNG 2 EXCELLENCE MODELL DER EFQM (NACH STEINBRUCKER, 2011)	19
ABBILDUNG 3 ZUSAMMENSETZUNG DER DATENQUELLEN	24
ABBILDUNG 4 AUFSCHLÜSSELUNG DER STICHPROBE TEIL A (N=75) NACH BUNDESLÄNDERN	25
ABBILDUNG 5 AUFSCHLÜSSELUNG DER STICHPROBE A (N=75) NACH ART DES TRÄGERS UND RECHTSFORM	26
ABBILDUNG 6 AUFSCHLÜSSELUNG DER STICHPROBE B (N=200) NACH BUNDESLÄNDERN	27
ABBILDUNG 7 AUFSCHLÜSSELUNG DER STICHPROBE B (N=200) NACH ART DES TRÄGERS UND RECHTSFORM	27
ABBILDUNG 9 AUFSCHLÜSSELUNG DER STICHPROBE C (N=227) NACH ART DES TRÄGERS UND RECHTSFORM	28
ABBILDUNG 8 AUFSCHLÜSSELUNG DER STICHPROBE C (N=227) NACH BUNDESLÄNDERN.....	28
ABBILDUNG 10 PATH-MODELL (NACH VEILLARD, ET AL.,2005).....	31
ABBILDUNG 11 ERGEBNISSE ABSCHNITT D-1 QUALITÄTSPOLITIK 2006-2010	43
ABBILDUNG 12 BESCHREIBUNG DER QUALITÄT DER ANGEgebenEN ZIELE 2006-2010	44
ABBILDUNG 13 STRUKTUREN DES INTERNEN QUALITÄTSMANAGEMENTS	48
ABBILDUNG 14 ANGABEN ZU DEN RESSOURCEN DES QUALITÄTSMANAGEMENTS	49
ABBILDUNG 15 MAßNAHMEN ZUR BEWERTUNG DES QUALITÄTSMANAGEMENTS D-6	54
ABBILDUNG 16 ANZAHL DER ANGEgebenEN MAßNAHMEN ZUR BEWERTUNG DES QUALITÄTSMANAGEMENTS.....	55
ABBILDUNG 17 ERGEBNISSE ABSCHNITT D-1 QUALITÄTSPOLITIK 2010.....	56
ABBILDUNG 18 STRUKTUREN DES INTERNEN QUALITÄTSMANAGEMENTS	58
ABBILDUNG 19 ZERTIFIKATE DES QUALITÄTSMANAGEMENTS IN D-6 2010.....	61

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1 GLIEDERUNG DES QUALITÄTSBERICHTES (NACH ERTL-WAGNER, ET AL., 2013).....	21
TABELLE 2 KATEGORIEN ZUR QUALITÄT DER ZIELE IN D-2.....	30
TABELLE 3 PATH DIMENSIONEN (NACH VEILLARD, ET AL., 2005) ERWEITERT UM UNTERKATEGORIEN.....	33
TABELLE 4 CROSSWALK TÜBINGER FRAGEBOGEN VS. QUALITÄTSBERICHTE.....	39
TABELLE 5 ERGEBNISSE DES CROSSWALKS FRAGEBOGEN VS. QUALITÄTSBERICHTE 2006.....	41
TABELLE 6 VERTEILUNG DER QUALITÄTSZIELE IM ERWEITERTEN PATH-FRAMEWORK FÜR 2006.....	45
TABELLE 7 VERTEILUNG DER QUALITÄTSZIELE IM ERWEITERTEN PATH-FRAMEWORK FÜR 2008.....	46
TABELLE 8 VERTEILUNG DER QUALITÄTSZIELE IM ERWEITERTEN PATH-FRAMEWORK FÜR 2010.....	47
TABELLE 9 DOKUMENTIERTE INSTRUMENTE DES QUALITÄTSMANAGEMENTS 2006-2010.....	50
TABELLE 10 VERTEILUNG DER QUALITÄTSPROJEKTE IM ERWEITERTEN PATH-FRAMEWORK FÜR 2006.....	51
TABELLE 11 VERTEILUNG DER QUALITÄTSPROJEKTE IM ERWEITERTEN PATH-FRAMEWORK FÜR 2008.....	52
TABELLE 12 VERTEILUNG DER QUALITÄTSPROJEKTE IM ERWEITERTEN PATH-FRAMEWORK FÜR 2010.....	53
TABELLE 13 VERTEILUNG DER QUALITÄTSZIELE IM ERWEITERTEN PATH-FRAMEWORK FÜR 2010 GESAMT.....	57
TABELLE 14 DOKUMENTIERTE INSTRUMENTE DES QUALITÄTSMANAGEMENTS 2010 GESAMT.....	59
TABELLE 15 VERTEILUNG DER QUALITÄTSPROJEKTE IM ERWEITERTEN PATH-FRAMEWORK FÜR 2010 GESAMT.....	60
TABELLE 16 ERGEBNISSE DES TÜBINGER FRAGEBOGENS ZU STAND UND ENTWICKLUNG DES QUALITÄTSMANAGEMENTS IN PSYCHIATRISCHEN KRANKENHÄUSERN IN 2006.....	91

Literaturverzeichnis

- Albrecht, M. & Töpfer, A., 2006. *Erfolgreiches Chancenmanagement im Krankenhaus*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2012. *Kompendium Q-M-A*.
[Online]
Available at: http://www.aezq.de/aezq/kompendium_q_m_a/12-qm-darlegungs-zertifizierungs-systeme#12.3
[Zugriff am 20.07.2013].
- Augurzyk, B. et al., 2013. *Krankenhaus Rating Report 2013: Krankenversorgung zwischen Eurokrise und Schuldenbremse*. Heidelberg: Medhochzwei-Verlag.
- Blumenstock, G., Streuf, G. & Selbmann, H., 2005. Die Entwicklung des Qualitätsmanagements in deutschen Krankenhäusern zwischen 1998 und 2004. *Zeitschrift für Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 10(3), pp. 170-177.
- Bundesärztekammer, 2007a. *Glossar Qualitätssicherung*. [Online]
Available at: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.1204716>.
[Zugriff am 07 09 2013].
- Bundesärztekammer, 2007b. *Curriculum ärztliche Führung*. [Online]
Available at:
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/CurrFuehrung2007.pdf>
[Zugriff am 13 10 2013].
- Bundesministerium des Inneren, 2007. *Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlungen* © BMI.
[Online]
Available at:
http://orghandbuch.de/nn_414290/OrganisationsHandbuch/DE/ohb_pdf.
[Zugriff am 07. 09. 2013].

- Da-Cruz, P. & Hermann, T., 2010. Der demografische Wandel im Krankenhaus. Die vernachlässigte Dimension. *Deutsches Ärzteblatt* 107(13), pp. A623-A624.
- de Pourville, G., 2003. Kann Qualität ein Wettbewerbsparameter im Gesundheitswesen sein?. In: J. Arnold, H. Klauber & H. Schellschmidt, Hrsg. *Krankenhausreport 2002*. Stuttgart: s.n., pp. 175-187.
- Deming, W., 1991. *Out of the crisis. Quality, productivity, and competitive positions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Devis, P., 2007. Patient centeredness. *Journal of Epidemiology and Community Health* 6(1), p. 39.
- Dietrich, M., 2008b. Standardisierte Qualitätsinformationen von Krankenhäusern in Deutschland und ihr Effekt auf die Krankenhauswahl-Ergebnisse einer empirischen Studie. In: R. Schauer, Hrsg. *Steuerung und Kontrolle in Nonprofit-Organisationen: 8. Colloquium der NPO-Forscher im Deutschsprachigem Raum*. Linz: Trauner-Verlag, pp. 365-377.
- Dietrich, M. & Grapp, O., 2008a. Qualitätsinformationen von Krankenhäusern. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinnützige Unternehmen Band 28 Heft 3*, pp. 211-233.
- Ertl-Wagner, B., Steinbrucker, S. & Wagner, B., 2013. *Qualitätsmanagement und Zertifizierung. Praktische Umsetzung in Krankenhäusern, Rehakliniken und stationären Einrichtungen 2. Auflage*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Gemeinsamer Bundesausschuss, 2005. Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement in der stationären Versorgung gemäß §137 Abs. 1 Satz3 Nr.1 SGB V vom 17.08.2004. *Bundesanzeiger Nr.242* , p. 16896.
- Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011a. *Die gesetzlichen Qualitätsberichte lesen und verstehen*. [Online]
Available at: http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3049/2011-10-10_Lesehilfe_Qb_Layout.pdf
[Zugriff am 12. 04. 2013].

Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011b. Regelungen des gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §137 Abs.3 Satz1 Nr.4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. *Bundesanzeiger Beilage 93a*, p. 2199.

Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011c. Anlage 1 zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichtes für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. *Bundesanzeiger Jahrgang 63*, 04 Mai, pp. 5-34.

Gemeinsamer Bundesausschuss, 2013a. *Die Teile des Qualitätsberichts*.

[Online]

Available at:

<http://www.gba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetsicherung/qualitaetsbericht/qualitaetsberichte-lesen/lesehilfe4>.

[Zugriff am 12 04 2013].

Gemeinsamer Bundesausschuss, 2013b. *Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser*. [Online]

Available at: http://www.g-ba.de/downloads/40-268-2339/2013-05-16_Qb-R_Neufassung_TrG.pdf

[Zugriff am 17 10 2013].

Heiß, M. & Reiche, M., 2011. Qualität im Krankenhaus 2010. Studie zu Qualitätsmanagement in deutschen Krankenhäusern. In: P. Winzer, Hrsg. *Anforderungsgerechte Produkt- und Dienstleistungsentwicklung im Rahmen des Wuppertaler Generic-Management-Konzeptes*. Aachen: Shaker, pp. 19-32.

Hofinger, G., 2009. Lernen aus Fehlern im Krankenhaus. Systemische Fehlersicht und Zwischenfall-Berichtssysteme. *Unfallchirurg (6)*, pp. 604-609.

- Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013. *Was bringt mir QM? Nutzen von Qualitätsmanagement*. [Online]
Available at: <http://www.kbv.de/qep/qep.html>
[Zugriff am 09. 09. 2013].
- KCQ, 2012. *Internes Qualitätsmanagement in der medizinischen Versorgung*.
[Online]
Available at:
http://kcqq.de/docs/Internes_Qualitaetsmanagement_in_der_medizinischen_Versorgung.pdf
[Zugriff am 26.08.2013].
- Kirschner, S. et al., 2007. Klinische Pfade, Sinnvolles Steuerungsinstrument oder Beschränkung ärztlicher Handlungsfreiheit. *Orthopäde* 36(6), pp. 516-522.
- KTQ, 2013. *KTQ-Zertifikate in den verschiedenen Bereichen*. [Online]
Available at: <http://www.ktq.de/index.php?id=169>
[Zugriff am 19.08.2013].
- May, U. & Wasem, J., 2003. Medizinische Risiken versus ökonomische Chancen der gesundheitlichen Eigenverantwortung. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* (8), pp. 31-38.
- Moeller, J., 2001. The EFQM Excellence Modell. German experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care* 13 (1), pp. 45-49.
- Phillip, M. & Laux, G., 2008. Qualitätsmanagement in der psychiatrischen Therapie und Versorgung. In: *Psychiatrie und Psychotherapie Band 1 3.Auflage*. Heidelberg: Springer, pp. 985-1001.
- Pietsch-Breitfeld, B., Willer, I., Heizmann, G. & Selbmann, H.K., 2002. Entwicklung des Qualitätsmanagements in deutschen Krankenhäusern zwischen 1998 und 2001. *Das Krankenhaus* (9), pp. 696-701.
- Pietsch, B. & Wieland, A., 2008. Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser: Analyse und Weiterentwicklung. In: N. Klusen & A. Meusch,

- Hrsg. *Zukunft der Krankenhausversorgung: Qualität, Wettbewerb und neue Steuerungsansätze im DRG-System*. Baden-Baden: Nomos, pp. 149-167.
- Pinter, E., 2008. Qualitätssicherung im Krankenhaus nach dem GKV-WSG. *Das Krankenhaus* 12(1), pp. 1-6.
- proCum Cert, 2012. *Profis für Zertifizierungen im Gesundheitsbereich*. [Online]
Available at:
http://www.procumcert.de/fileadmin/user_upload/flyer/Flyer_Gesundheitsbereich_2012.pdf
[Zugriff am 02.09.2013].
- proCum Cert, 2013. *Das Unternehmen*. [Online]
Available at: <http://www.procumcert.de/Unternehmen.177.0.html>
[Zugriff am 02. 09. 2013].
- Rohe, J., Sanguino-Heinrich, A., Weidringer, J. & Thomeczk, C., 2012. Critical-Incident-Reporting-System (CIRS). *Notfall- und Rettungsmedizin* (15), pp. 25-29.
- Rohner, P., 2010. *Prozessorientierung im Krankenhaus - Auslöser, Stand von Theorie und Praxis, Herausforderungen*. [Online]
Available at:
<http://www.begpartners.com/downloads/ProzessorientierungImKrankenhaus.pdf>
[Zugriff am 10.09.2013].
- Schaller, B. & Baller, G., 2008. Der Zusammenhang zwischen guter Kommunikation und Qualität. *Das Krankenhaus*, 2, pp. 140-142.
- Schrappé, M., 2005. Patientensicherheit und Risikomanagement. *Medizinische Klinik* 100(8), pp. 478-485.
- Schulze-Mönking, H., 2009. Qualitätsmanagement in psychiatrischen Fachkliniken. *Psychiatrische Praxis* 36 (5), p. 252.
- Selbmann, H. K., 2004a. Der Qualitätsbericht ab 2005-wozu und für wen?. *Das Krankenhaus* (9), pp. 712-716.

- Selbmann, H. K., 2004b. Bewertung und Zertifizierung von Akut-Krankenhäusern in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung_ Gesundheitsschutz* (47), pp. 103-110.
- Selbmann, H. K., 2011. Qualitäts- und Riskikomanagement in Gynäkologie und Geburtshilfe. *Gynäkologe* 44(5), pp. 353-360.
- Selbmann, H. K. & Weidinger, J., 2009. Management der Qualität oder Qualität des Managements. *Zeitschrift für Evidenz Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103, pp. 205-210.
- Sens, B., 2010. Prozessorientierung als Instrument strategischer Unternehmensführung und integrierter Managementsysteme. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 104 (6), pp. 447-453.
- Sens, B., 2013. *DIN EN 15224:2012 - eine neue Zertifizierungsnorm für Qualitätsmanagementsysteme in Gesundheitseinrichtungen. Interdisciplinary Contributions to Hospital Management: Medicine, Patient, Safety and Economics*. [Online]
Available at: <http://www.clinotel-journal.de/article-id-011.html>
[Zugriff am 20.09.2013].
- Shegezzi, H., 2007. Konzepte- Modelle- Systeme. In: W. Masing, T. Pfeifer, R.Schmitt , Hrsg. *Handbuch Qualitätsmanagement 5. Auflage*. München: Hanser, p. 159.
- Steinbrucker, S., 2011. QM-Systeme sind Pflichtprogramm. *Der Radiologe* (10), pp. 835-843.
- Stratmeyer, P., 2002. *Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin*. Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- Veillard, J. et al., 2005 . A performance assessment framework for hospitals: the WHO regionale office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care* 17(6), pp. 487-496.

Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift

Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Dr. Gunnar Blumenstock. Ich versichere, dass ich die vorgelegte Arbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet und die Stellen, die anderen Werken dem Wortlaut oder Sinn nach entnommen sind, mit Quellenangaben kenntlich gemacht habe.

Tübingen, den 20.02.2015

(Regina Mayr-Erlinger)

Anhang

Tabelle 16 Ergebnisse des Tübinger Fragebogens zu Stand und Entwicklung des Qualitätsmanagements in psychiatrischen Krankenhäusern in 2006

Tübinger Fragebogen zu Stand und Entwicklung des Qualitätsmanagements in psychiatrischen Krankenhäusern	
1. Angaben zu ihrem Krankenhaus	
siehe 2.2.1 Beschreibung der Auswertungsstichprobe Teil A	
2. Allgemeine Fragen	
2.1 Hat ihr Krankenhaus eine schriftlich ausformulierte Unternehmenspolitik oder ein schriftlich formuliertes Leitbild?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 2.2</i> → 9% (n=7) <input type="checkbox"/> ja → 91% (n=68)	
Kommt das Wort „Qualität“ explizit in der Unternehmenspolitik oder dem Leitbild ihres Krankenhauses vor? <input type="checkbox"/> ja → 77% (n=58) <input type="checkbox"/> nein → 13% (n=10)	
2.2 Ist ein umfassendes Qualitätsmanagementkonzept (QM-K) in Ihrem Krankenhaus in Planung, Vorbereitung, in Einführung oder Umsetzung?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 2.2.1</i> → 5% (n=4) <input type="checkbox"/> ja → 95% (n=71)	
Welche der folgenden Aussagen trifft auf ihr Krankenhaus am ehesten zu?	
<input type="checkbox"/> „Wir planen die Einführung eines QM-Ks.“	1% (n=1)
<input type="checkbox"/> „Wir haben die Vorbereitungen zur Einführung eines QM-Ks erst kürzlich gestartet.“	4% (n=3)
<input type="checkbox"/> „Unsere Vorbereitungen zur Einführung eines QM-Ks sind schon in einem fortgeschrittenen Stadium.“	14% (n=10)
<input type="checkbox"/> „Wir haben gerade begonnen unser QM-K einzuführen“	3% (n=2)
<input type="checkbox"/> „Wir sind schon seit einiger Zeit dabei, die Umsetzung unseres QM-Ks voranzutreiben.“	37% (n=26)
<input type="checkbox"/> „Unser QM-K ist eingeführt und umgesetzt. Wir sind jetzt dabei unser QM-K zu verfeinern.“	41% (n=29)
Welches Modell liegt ihrem QM-Konzept zu Grunde? (Mehrfachnennungen möglich)	
<input type="checkbox"/> Traditionelles/Eigenes QM-Konzept einschließlich interner Zweitmeinungssysteme und Qualitätskontrollen	8% (n=6)
<input type="checkbox"/> Das Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM-Modell)	28% (n=20)
<input type="checkbox"/> Das QM-Modell nach DIN EN ISO 9001-2000	35% (n=25)
<input type="checkbox"/> QM in Anlehnung an den Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken	3% (n=2)
<input type="checkbox"/> Das Modell der KTQ®	56% (n=40)
<input type="checkbox"/> andere	13% (n=9)

2.2.1 Gibt es ein Budget für qualitätssichernde bzw. –verbessernde Aktivitäten?	
<input type="checkbox"/> ja → 33% (n=25)	<input type="checkbox"/> nein → 67% (n=50)
2.2.2 Wie hoch sind die gegenwärtigen Ausgaben für QM-Aktivitäten bezogen auf das Gesamtbudget ihres Krankenhauses?	
ca. ...% des Gesamtbudgets → m=1,6% ; sd= 3,5 ; min=0,02% ; max= 20% → keine Angaben 55% (n=41)	
2.3 Erstellt ihr Krankenhaus <u>zusätzlich</u> zu dem gesetzlich verpflichtenden Qualitätsbericht (§137 SGB V) einen hausinternen Bericht, dem Informationen zur Versorgungsqualität entnommen werden können?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 2.4</i> → 58%% (n=43)	<input type="checkbox"/> ja → 42% (n=31) [1 fehlende Angabe]
Umfasst dieser hausinterne Bericht über die Versorgungsqualität messbare Zielvorgaben für die Zukunft? <input type="checkbox"/> ja → 65% (n=20) <input type="checkbox"/> nein → 35% (n=11)	
Wird in diesem Bericht die Erreichung früherer Zielvorgaben diskutiert? <input type="checkbox"/> ja → 77% (n=24) <input type="checkbox"/> nein → 23% (n=7)	
2.4 Besitzt ihr Krankenhaus oder mindestens eine Abteilung bzw. ein Funktionsbereich ein Zertifikat nach DIN EN ISO 9001?	
<input type="checkbox"/> ja → 15% (n=11)	<input type="checkbox"/> nein → 74% (n=55) <input type="checkbox"/> geplant → 10% (n=8), [1 fehlende Angabe]
2.5 Besitzt ihr Krankenhaus ein Zertifikat nach KTQ®/proCum Cert?	
<input type="checkbox"/> ja → 19% (n=14)	<input type="checkbox"/> nein → 56% (n=42) <input type="checkbox"/> geplant → 25% (n=19)
2.6 Setzt Ihr Krankenhaus andere externe Bewertungssysteme ein (z.B. EFQM, Peer Reviewing, Joint Comission International Accreditation)? [Hier sind nicht die externen Vergleiche Frage 11.5) gemeint!]	
<input type="checkbox"/> ja → 24% (n=18), und zwar Benchmarks (1), DIN ISO 14001:2005(1), EFQM (11) Peer Review (5)	<input type="checkbox"/> nein → 53% (n=55) <input type="checkbox"/> geplant → 2% (n=2), und zwar EFQM (2)
2.7 Besitzt ihr Krankenhaus weitere Zertifikate oder Anerkennungen?	
<input type="checkbox"/> „Behindertengerechtes Krankenhaus“ 0% (n=0)	<input type="checkbox"/> „Rauchfreies Krankenhaus“ 4% (n=3)
<input type="checkbox"/> „Energie sparendes Krankenhaus“ 4% (n=3)	<input type="checkbox"/> „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ 0% (n=0)
<input type="checkbox"/> „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ 3% (n=2)	
<input type="checkbox"/> sonstige, und zwar 12% (n=9)	
→ akademisches Lehrkrankenhaus (1), DGE Zertifikat für die Krankenhausküche (1), ganzheitliches Krankenhaus (1), ökologischer Anbau (1), Ökoprofit (2), Umweltmanagement/EMAS (1), Zertifizierung der Radiologie (1), Zuspruch der Patienten (1)	
3. Qualitätsverbesserungsprojekte	
3.1 Werden in ihrem Krankenhaus systematisch und strukturiert Qualitätsverbesserungsprojekte durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 4.1</i> → 19% (n=14)	<input type="checkbox"/> ja → 81% (n=61)
Wie viele Qualitätsverbesserungsprojekte werden derzeit in Ihrem Krankenhaus durchgeführt? Anzahl der Projekte ca.:..... → m=7,6; min=1; max=40; sd=1,0	
Werden in der Regel Nutzen und Kosten der Qualitätsverbesserungsprojekte gemessen?	
Nutzen	Kosten
<input type="checkbox"/> ja → 68% (n=41)	<input type="checkbox"/> ja → 39% (n=23)
<input type="checkbox"/> nein → 32% (n=19) [1 fehlender Wert]	<input type="checkbox"/> nein → 61% (n=36) [2 fehlende Werte]

2.2.1 Gibt es ein Budget für qualitätssichernde bzw. –verbessernde Aktivitäten?	
<input type="checkbox"/> ja	→ 33% (n=25) <input type="checkbox"/> nein → 67% (n=50)
2.2.2 Wie hoch sind die gegenwärtigen Ausgaben für QM-Aktivitäten bezogen auf das Gesamtbudget ihres Krankenhauses?	
ca. ...% des Gesamtbudgets → m=1,6% ; sd= 3,5 ; min=0,02% ; max= 20% → keine Angaben 55% (n=41)	
2.3 Erstellt ihr Krankenhaus <u>zusätzlich</u> zu dem gesetzlich verpflichtenden Qualitätsbericht (§137 SGB V) einen hausinternen Bericht, dem Informationen zur Versorgungsqualität entnommen werden können?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 2.4</i>	→ 58%% (n=43) <input type="checkbox"/> ja → 42% (n=31) [1 fehlende Angabe]
Umfasst dieser hausinterne Bericht über die Versorgungsqualität messbare Zielvorgaben für die Zukunft?	
<input type="checkbox"/> ja	→65% (n=20) <input type="checkbox"/> nein →35% (n=11)
Wird in diesem Bericht die Erreichung früherer Zielvorgaben diskutiert?	
<input type="checkbox"/> ja	→77% (n=24) <input type="checkbox"/> nein →23% (n=7)
2.4 Besitzt ihr Krankenhaus oder mindestens eine Abteilung bzw. ein Funktionsbereich ein Zertifikat nach DIN EN ISO 9001?	
<input type="checkbox"/> ja	→15% (n=11) <input type="checkbox"/> nein →74% (n=55) <input type="checkbox"/> geplant →10% (n=8), [1 fehlende Angabe]
2.5 Besitzt ihr Krankenhaus ein Zertifikat nach KTQ®/proCum Cert?	
<input type="checkbox"/> ja	→19% (n=14) <input type="checkbox"/> nein →56% (n=42) <input type="checkbox"/> geplant →25% (n=19)
2.6 Setzt Ihr Krankenhaus andere externe Bewertungssysteme ein (z.B. EFQM, Peer Reviewing, Joint Comission International Accreditation)? [Hier sind nicht die externen Vergleiche Frage 11.5) gemeint!]	
<input type="checkbox"/> ja	→ 24% (n=18), und zwar Benchmarks (1),DIN ISO 14001:2005(1),EFQM (11) Peer Review (5)
<input type="checkbox"/> nein	→ 53% (n=55) <input type="checkbox"/> geplant → 2% (n=2), und zwar EFQM (2)
2.7 Besitzt ihr Krankenhaus weitere Zertifikate oder Anerkennungen?	
<input type="checkbox"/> „Behindertengerechtes Krankenhaus“	0% (n=0) <input type="checkbox"/> „Rauchfreies Krankenhaus“ 4% (n=3)
<input type="checkbox"/> „Energie sparendes Krankenhaus“	4% (n=3) <input type="checkbox"/> „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus
<input type="checkbox"/> „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“	3% (n=2)
<input type="checkbox"/> sonstige, und zwar	12% (n=9)
→akademisches Lehrkrankenhaus (1), DGE Zertifikat für die Krankenhausküche (1), ganzheitliches Krankenhaus (1), ökologischer Anbau (1), Ökoprofit (2), Umweltmanagement/EMAS (1), Zertifizierung der Radiologie (1), Zuspruch der Patienten (1)	
4. Qualitätsverbesserungsprojekte	
3.1 Werden in ihrem Krankenhaus systematisch und strukturiert Qualitätsverbesserungsprojekte durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 4.1</i>	→19% (n=14) <input type="checkbox"/> ja →81% (n=61)
Wie viele Qualitätsverbesserungsprojekte werden derzeit in Ihrem Krankenhaus durchgeführt?	
Anzahl der Projekte ca.:..... →m=7,6; min=1; max=40; sd=1,0	
Werden in der Regel Nutzen und Kosten der Qualitätsverbesserungsprojekte gemessen?	
Nutzen	
<input type="checkbox"/> ja	→ 68% (n=41)
<input type="checkbox"/> nein	→ 32% (n=19) [1 fehlender Wert]
Kosten	
<input type="checkbox"/> ja	→ 39% (n=23)
<input type="checkbox"/> nein	→ 61% (n=36) [2 fehlende Werte]

5. Prozessorientierung	
5.1 Wurden bzw. werden in Ihrem Krankenhaus Versorgungsprozesse oder Prozessabläufe (Behandlungspfade) formuliert und strukturiert dargestellt?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 5.2</i>	→20% (n=15)
<input type="checkbox"/> geplant <i>weiter mit Frage 5.2</i>	→20% (n=15)
<input type="checkbox"/> ja	→59% (n=44) [1 fehlender Wert]
Handelt es sich überwiegend um:	
<input type="checkbox"/> abteilungsinterne Prozesse	→40% (n=17)
<input type="checkbox"/> abteilungsübergreifende Prozesse	→35% (n=15)
<input type="checkbox"/> beides	→26% (n=11) [2 fehlende Werte]
5.2 Existieren in Ihrem Krankenhaus selbstformulierte oder angepasste überregionale Leitlinien oder Handlungsanweisungen?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 5.3</i>	→15% (n=11)
<input type="checkbox"/> geplant <i>weiter mit Frage 5.3</i>	→9% (n=7)
<input type="checkbox"/> ja (Mehrfachnennungen möglich)	→76% (n=57)
<input type="checkbox"/> rein für die ärztliche Versorgung	→ 72% (n=41)
<input type="checkbox"/> rein für die pflegerische Versorgung	→ 82% (n=47)
<input type="checkbox"/> für die professions-übergreifende Versorgung (z.B. clinical pathways, Behandlungsmuster)	→ 40% (n=23)
<input type="checkbox"/> für die medizinisch-technische Versorgung	→26% (n=15)
<input type="checkbox"/> für die kaufmännische Steuerung	→ 28% (n=16)
5.3 Gibt es in Ihrem Krankenhaus handlungs-/Verfahrensanweisungen für die Entlassung von Patienten (Entlassmanagement)?	
<input type="checkbox"/> ja → 64% (n=48)	<input type="checkbox"/> nein →12% (n=9)
<input type="checkbox"/> geplant →24% (n=18)	
5.4 Gibt es in Ihrem Krankenhaus Handlungsanweisungen für die Überleitung von Patienten in die ambulante Versorgung?	
<input type="checkbox"/> ja → 59% (n=44)	<input type="checkbox"/> nein →18% (n=14)
<input type="checkbox"/> geplant →23% (n=17)	
6. Informationsmanagement	
6.1 Gibt es in Ihrem Krankenhaus EDV-gestützte, integrierte Informationssysteme („Klinische Arbeitsplätze“) für die ärztliche und pflegerische Dokumentation?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 6.2</i>	→11% (n=8)
<input type="checkbox"/> geplant <i>weiter mit Frage 6.2</i>	→32% (n=24)
<input type="checkbox"/> ja (Mehrfachnennungen möglich)	→57% (n=43)
Können aus diesen Systemen Qualitätsstatistiken erstellt werden?	
<input type="checkbox"/> ja →33% (25)	
<input type="checkbox"/> die Statistiken stehen nur der Krankenhausleitung zur Verfügung	→32% (n=8)
<input type="checkbox"/> die Statistiken stehen den Leistungserbringern zur Verfügung	→64% (n=16)
<input type="checkbox"/> nein →9% (n=7)	<input type="checkbox"/> geplant →15% (n=11) [32 fehlende Werte]
6.2 Kann Ihr Rechnungswesen/ Controlling die angefallenen Kosten einem bestimmten Patienten zuordnen (Kostenträgerrechnung)?	
<input type="checkbox"/> ja → 22% (n=16)	<input type="checkbox"/> nein →60% (n=41)
<input type="checkbox"/> geplant → 21% (n=15) [3 fehlende Werte]	

6.3 Hat Ihr Krankenhaus eine eigene Website?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 7.1</i>	→ 1% (n=1)
<input type="checkbox"/> geplant <i>weiter mit Frage 7.1</i>	→ 8% (n=6)
<input type="checkbox"/> ja	→ 91% (n=68)
Werden auf dieser Seite...	
...Informationen zum Qualitätsmanagement Ihrer Klinik dargestellt?	
<input type="checkbox"/> ja → 59% (n=40)	<input type="checkbox"/> nein → 18% (n=12)
<input type="checkbox"/> geplant → 24% (n=16)	
... Behandlungsverfahren veröffentlicht?	
<input type="checkbox"/> ja → 56% (n=38)	<input type="checkbox"/> nein → 31% (n=21)
<input type="checkbox"/> geplant → 11% (n=7)	[2 fehlende Werte]
... Behandlungsergebnisse veröffentlicht	
<input type="checkbox"/> ja → 9% (n=6)	<input type="checkbox"/> nein → 72% (n=49)
<input type="checkbox"/> geplant → 16% (n=11)	[2 fehlende Werte]
7. Patienten	
7.1 Gibt es in Ihrem Krankenhaus ein zentrales Management für Patientenbeschwerden?	
<input type="checkbox"/> ja → 77% (n=57)	<input type="checkbox"/> nein → 5% (n=4)
<input type="checkbox"/> geplant → 18% (n=13)	[1 fehlender Wert]
7.2 Werden im stationären Bereich Ihres Krankenhauses Patientenbefragungen durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 8.1</i>	→ 11% (n=8)
<input type="checkbox"/> geplant <i>weiter mit Frage 8.1</i>	→ 16% (n=12)
<input type="checkbox"/> ja	→ 73% (n=55)
Führen Sie die Patientenbefragungen in Eigenregie durch oder haben Sie die Durchführung an externe Dienstleister (Outsourcing) vergeben?	
<input type="checkbox"/> ausschließlich in Eigenregie	→ 47% (n=26)
<input type="checkbox"/> externe Dienstleister	→ 15% (n=8)
<input type="checkbox"/> teils Eigenregie, teils externer Dienstleister	→ 38% (n=21)
Wurden im Jahr 2006 aus den Ergebnissen der Patientenbefragung qualitätsverbessernde Konsequenzen gezogen?	
<input type="checkbox"/> ja → 84% (n=46)	<input type="checkbox"/> nein → 16% (n=9)
Beteiligen Sie sich im Rahmen der Patientenbefragung an externen Vergleichen mit anderen Häusern (Benchmarking)?	
<input type="checkbox"/> ja → 50% (n=28)	<input type="checkbox"/> nein → 31% (n=17)
<input type="checkbox"/> geplant → 18% (n=10)	
8. Angehörige der Patienten	
8.1 Wurde in Ihrem Krankenhaus schon einmal eine Befragung der Angehörigen der Patienten durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 9.1</i>	→ 60% (n=45)
<input type="checkbox"/> geplant <i>weiter mit Frage 9.1</i>	→ 20% (n=15)
(Mehrfachnennungen möglich)	
<input type="checkbox"/> ja , vor/bis 2004	→ 9% (n=7)
<input type="checkbox"/> ja, nach dem Jahr 2004	→ 15% (n=11)
9. Einweisende Ärzte; ambulante Dienste	
9.1 Wurde in Ihrem Krankenhaus schon einmal eine Befragung der einweisenden Ärzte durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 9.2</i>	→ 33% (n=25)
<input type="checkbox"/> geplant <i>weiter mit Frage 9.2</i>	→ 31% (n=23)
(Mehrfachnennungen möglich)	
<input type="checkbox"/> ja , vor/bis 2004	→ 23% (n=17)
<input type="checkbox"/> ja, nach dem Jahr 2004	→ 27% (n=20)

9.2 Hat Ihr Krankenhaus in den letzten zwei Jahren Projekte zur Verbesserung der Kommunikation mit niedergelassenen Ärzten durchgeführt?
<input type="checkbox"/> ja →55% (n=41) <input type="checkbox"/> nein → 45% (n=34)
9.3 Wird in Ihrem Krankenhaus der einweisende bzw. weiterbehandelnde Arzt in die stationäre Behandlungsplanung mit einbezogen?
<input type="checkbox"/> ja →44% (n=32) <input type="checkbox"/> nein →50% (n=36) <input type="checkbox"/> geplant →7% (n=5) [2 fehlende Werte]
9.3.1 Wurde in Ihrem Krankenhaus schon einmal eine Befragung der externen ambulanten psychiatrischen Dienste (wie z.B. Krisendienst, sozialpsychiatrischer Dienst, Suchtambulanz, Tagesklinken, WfB, etc.) durchgeführt?
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 9.3.2</i> →80% (n=58) <input type="checkbox"/> geplant <i>weiter mit Frage 9.2</i> →10% (n=7) (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/> ja , vor/bis 2004 →5% (n=4) <input type="checkbox"/> ja, nach dem Jahr 2004 →7% (n=5)
9.3.2 werden in Ihrem Krankenhaus die weiterbehandelnden ambulanten Dienste in die stationäre Behandlungsplanung mit einbezogen?
<input type="checkbox"/> ja → 66% (n=49) <input type="checkbox"/> nein → 27% (n=20) <input type="checkbox"/> geplant →7% (n=5) [1 fehlender Wert]
9.4 Hat Ihr Krankenhaus im Rahmen einer integrierten Versorgung bereits Vereinbarungen mit einweisenden Ärzten oder externen ambulanten psychiatrischen Diensten getroffen?
<input type="checkbox"/> ja →20% (n=15) <input type="checkbox"/> nein → 70% (n=52) <input type="checkbox"/> geplant →10% (n=8)
9.5 betreibt oder beteiligt sich Ihr Krankenhaus an einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)?
<input type="checkbox"/> ja → 5% (n=4) <input type="checkbox"/> nein →73% (n=54) <input type="checkbox"/> geplant →22% (n=16) [1 fehlender Wert]
10. Mitarbeiter
10.1 Existiert in Ihrem Krankenhaus ein zentrales betriebliches Vorschlagswesen?
<input type="checkbox"/> ja →41% (n=30) <input type="checkbox"/> nein →42% (n=31) <input type="checkbox"/> geplant →17% (n=13) [1 fehlender Wert]
10.2 Werden in Ihrem Krankenhaus regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 10.3</i> → 27% (n=20) <input type="checkbox"/> geplant <i>weiter mit Frage 10.3</i> → 27% (n=20) <input type="checkbox"/> ja →46% (n=35) Werden die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung für qualitätsverbessernde Aktivitäten herangezogen? <input type="checkbox"/> ja → 91% (n=31) <input type="checkbox"/> nein →3% (n=1) <input type="checkbox"/> geplant →6% (n=2) [1 fehlender Wert]
10.3 Hat Ihr Krankenhaus ein zentrales Ausbildungskonzept für die Schulung von Mitarbeitern in den Methoden und der Anwendung des Qualitätsmanagements?
<input type="checkbox"/> ja → 35% (n=26) <input type="checkbox"/> nein → 42% (n=31) <input type="checkbox"/> geplant →23% (n=17) [1 fehlender Wert] Wie viel Prozent der Mitarbeiter wurden bisher geschult? → m= 33% , sd=29%, max= 95%, min=4%
10.4 Verfügt Ihr Krankenhaus über ein organisiertes, fachspezifisches fort- und Weiterbildungsprogramm für seine Mitarbeiter
<input type="checkbox"/> ja →89% (n=64) <input type="checkbox"/> nein →4% (n=3) <input type="checkbox"/> geplant →7% (n=5) [3 fehlende Werte]

10.5 Bietet Ihr Krankenhaus seinen Mitarbeitern regelmäßig Supervisionen an?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 11.1</i>	→4% (n=3)
<input type="checkbox"/> geplant <i>weiter mit Frage 11.1</i>	→1% (n=1)
<input type="checkbox"/> ja	→95% (n=71)
Haben die Mitarbeiter Einfluss auf die Art der Supervision (z.B. fallbezogene Supervision, Teamsupervision?)	
<input type="checkbox"/> ja	→ 97% (n=68)
<input type="checkbox"/> nein	→3% (n=2) [1 fehlender Wert]
Können die Mitarbeiter den Supervisor auswählen?	
<input type="checkbox"/> ja	→74% (n=51)
<input type="checkbox"/> nein	→26% (n=18) [1 fehlender Wert]
11. Ergebnisorientierung	
11.1 Werden in Ihrem Krankenhaus abteilungsbezogene Komplikationsstatistiken geführt? (z.B. über Suizide, Entweichungen, allgemeine Todesfälle?)	
<input type="checkbox"/> ja	→60% (n=45)
<input type="checkbox"/> nein	→ 32% (n=24)
<input type="checkbox"/> geplant	→ 8% (n=6)
11.2 werden in Ihrem Krankenhaus regelmäßige abteilungsbezogene Infektionsstatistiken geführt?	
<input type="checkbox"/> ja	→61% (n=46)
<input type="checkbox"/> nein	→35% (n=26)
<input type="checkbox"/> geplant	→4% (n=3)
11.2.1 Werden in Ihrem Krankenhaus abteilungsbezogene Statistiken über durchgeführte Zwangsmaßnahmen und/oder Zwischenfälle mit Gewalt geführt (z.B. Fixierungen, Zwangsbehandlungen, Unterbringung nach UBG)?	
<input type="checkbox"/> ja	→62% (n=45)
<input type="checkbox"/> nein	→30% (n=22)
<input type="checkbox"/> geplant	→8% (n=6) [2 fehlende Werte]
11.3 Werden in Ihrem Krankenhaus Todesfallkonferenzen abgehalten?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 11.4</i>	→62% (n=45)
<input type="checkbox"/> geplant <i>weiter mit Frage 11.4</i>	→3% (n=2)
<input type="checkbox"/> ja	→36% (n=26) [2 fehlende Werte]
Sind diese Konferenzen interdisziplinär und multiprofessionell?	
<input type="checkbox"/> ja	→96% (n=23)
<input type="checkbox"/> nein	→ 4% (n=1) [2 fehlende Werte]
11.4 Gibt es in Ihrem Krankenhaus Statistiken über längerfristige, poststationäre Behandlungsergebnisse?	
<input type="checkbox"/> nein <i>weiter mit Frage 11.5</i>	→70% (n=50)
<input type="checkbox"/> geplant <i>weiter mit Frage 11.5</i>	→13% (n=9)
<input type="checkbox"/> ja	→17% (n=12) [4 fehlende Werte]
und zwar für die Bereiche:.....	
alle Bereiche(1), Katamnesen (3), keine Angabe (2), MRV-Chroniker Konferenz (1), Psychosomatik(1), SEDOS (1), Traumastation (1), Studie Therapieevaluation KJP (1), Wiederaufnahmen (1)	
11.5 Beteiligt sich Ihr Krankenhaus an externen Krankenhausvergleichen?	
<input type="checkbox"/> nein	→40% (n=30)
<input type="checkbox"/> geplant	→11% (n=8)
<input type="checkbox"/> ja	→49% (n=36) [1 fehlender Wert]
Werden die Ergebnisse der externen vergleiche im Krankenhaus den Mitarbeitern bekannt gegeben?	
<input type="checkbox"/> ja	→75% (n=24)
<input type="checkbox"/> nein	→ 25% (n=8) [4 fehlende Werte]
Vielen Dank für Ihre Unterstützung!	

Danksagung

Ich möchte mich bei allen, die zum Zustandekommen dieser Arbeit beigetragen haben herzlich bedanken. In erster Linie bei Herrn Dr. Blumenstock für seine kompetente und gewissenhafte Betreuung und die freundschaftliche Zusammenarbeit.

Im Besonderen danke ich meiner Familie, die mich immer unterstützte und mir den Rücken freihielt.

Lebenslauf

Regina Mayr-Erlinger, geb. Erlinger

Geboren am 30.09.1981
In Bobingen

Ausbildung und Studium

- 06/2001** **Dominikus Ringeisen Gymnasium Ursberg**
Erlangung der Allgemeinen Hochschulreife
- WS 2001 - SS 2002** **Katholische Universität Eichstätt**
Studium der Soziologie
- WS 2002 - SS 2006** **SRH Fachhochschule Heidelberg**
Studium der Musiktherapie
Abschluss: Dipl. Musiktherapeutin (FH)
- seit SS 2008** **Eberhard Karls Universität Tübingen**
Studium der Humanmedizin
- 21.06.2016** **Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung**

Berufstätigkeit

- 01/2007 - 09/2007** **Deutsches Zentrum für Musiktherapieforschung DZM e.V. Heidelberg**
Tätigkeit als wissenschaftliche Assistentin
- 09/2007 - 04/2008** **Klinikum Esslingen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin**
Tätigkeit als Musiktherapeutin

Wissenschaftliche Arbeiten

- 2006** **Diplomarbeit an der SRH Fachhochschule Heidelberg**
„Entwicklung von Persönlichkeitsfaktoren in der Sozialisation zum Musiktherapeuten“