

## KTQ in Wiesbaden

### Ein Erfahrungsbericht aus der HSK, Dr. Horst Schmidt Klinik

Organisationen, die erfolgreich sein wollen, brauchen – unabhängig von Größe, Branche, Struktur und Reifegrad – ein etabliertes Qualitätsmanagement. Die HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Wiesbaden, wurden im Februar 2013 zum 4. Mal nach dem KTQ-Verfahren zertifiziert. Sie war damit das zweite Haus bundesweit, das sich den erhöhten Anforderungen des aktuellen Bewertungsverfahrens erfolgreich gestellt hat. Das KTQ-Zertifikat hat als Gütesiegel eine wichtige Orientierungsfunktion für unsere Patientinnen und Patienten.

Für die Einführung eines systemischen QM-Systems nach dem KTQ-Modell entschied sich die Geschäftsführung bereits im Jahr 2000. Das KTQ-Verfahren erlaube, so die damalige Prämisse, ein ständiges Streben nach besserer Qualität. Es ist ein speziell für Krankenhäuser entwickeltes Zertifizierungsverfahren. Kernkriterien für Zertifizierungen im Bereich Krankenhaus sind

- Patientenorientierung,
- Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit,
- Informations- und Kommunikationsstrukturen,
- Führung,
- Qualitätsmanagement.

Die HSK war vor der Einführung des Verfahrens bereits Pilotkrankenhaus und hat an der Erstellung der Qualitätskriterien in der Entwicklungsperiode mitgewirkt. Qualitätsmanagement in der HSK wird als integraler Bestandteil der Führungsarbeit wahrgenommen und umgesetzt.

Die Abteilung QM ist als Stabsstelle der Geschäftsführung angegliedert und über Qualitätsbeauftragte in den Fachkliniken und Abteilungen mit den Abteilungen vernetzt. 2003 erfolgte die erste Zertifizierung nach dem KTQ-Verfahren. Es war zu dieser Zeit Neuland und ein Kraftakt für alle. Das zentrale Quali-



Die HSK ist das Klinikum der Landeshauptstadt Wiesbaden und seit April 2012 ein mit der Rhön-Klinikum AG verbundenes Unternehmen. Mit 1 034 Betten ist die HSK ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit 21 klinischen Hauptabteilungen, vier Instituten und einem angegliederten Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). Weiterhin angegliedert sind eine Schule für Gesundheitsberufe und die Hebammenschule. Das Klinikum ist durch verschiedenste Formen der Kooperation mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Wissenschaft vernetzt und außerdem akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin Mainz. Medizinstudierende können ihr praktisches Jahr in der HSK absolvieren.

tätsmanagement sah sich in der Herausforderung, vor allem die Schritte des PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) in das Denken und Handeln der Mitarbeiter und in die Abläufe zu integrieren.

#### Erste Entwicklungsphase

In dieser ersten Entwicklungsphase waren die Prozesse im „Do“ zwar bewusst und geregelt, sie waren häufig nicht schriftlich fixiert und für alle verbindlich nachlesbar. Die wichtigsten Aktivitäten konzentrierten sich damit auf das „Plan“ des PDCA-Zyklus und damit auf die Dokumentation der Aufbau- und Ablauforganisation. Der Slogan zu diesem Zeitraum war: „Ja, das müssen wir dann mal verschriftlichen.“ Dies führte häufig auch zu berufsgruppen- und abteilungsübergreifenden Auseinandersetzungen mit den Fragestellungen von Transparenz, Vereinheitlichung und damit

schließlich zu Qualitätsverbesserungen. Es entstand ein umfangreiches Regelwerk von Behandlungsleitlinien, Standards, Prozessbeschreibungen und Dienstanweisungen. Zeitgleich wurden alle Dokumente und auch das Intranet systematisiert auf ihre Gültigkeit hin überprüft, katalogisiert und neu geordnet bzw. in das Intranet eingestellt.

Die nächste Herausforderung war, die festgelegten Leitlinien und Maßnahmenpläne umzusetzen. Sie mussten in die täglichen Abläufe integriert und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft bzw. angepasst werden. Die Frage, die sich stellte, war: „Wie überprüfen wir den Durchdringungsgrad in den einzelnen Bereichen?“ Es stand die Auswahl geeigneter Checkinstrumente im Fokus, welche die im Plan erstellten Konzepte und Festlegungen überprüfen und messen sollte. Wir führten ein systematisches Beschwerdemanagementsystem, Befragungen unter-

schiedlicher Zielgruppen (Patienten, Einweiser, Rettungsdienste) und Risikoanalysen zur Überprüfung der Abläufe ein. Parallel begannen wir mit der Entwicklung von Kennzahlensystemen (Wartezeiten, Dekubitusrate, Sturzerfassung) und der Einführung eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS). Zur weiteren Erhöhung der Patientensicherheit führten wir interprofessionelle Medical Team Trainings mit der Implementierung von prä- und postoperativen Checklisten und das Team-Time-out im OP ein.

In dieser Zeit wurde die Zusammenarbeit zwischen dem zentralen QM und den Qualitätsmanagementbeauftragten in den Kliniken intensiver. Ziel dieser Vernetzung war es, die Philosophie des Qualitätsgedankens in die tägliche Arbeit der einzelnen Kliniken zu transportieren. Erste Kliniken machten sich auf den Weg, um sich ihre Fachexpertise durch fachspezifische Zertifizierungen bestätigen zu lassen. Die Mitarbeiter des QM unterstützten diese Fachbereiche mit ihren bereits erworbenen methodischen Kenntnissen und Fähigkeiten bei der Vorbereitung und Durchführung. Einzelne Fachabteilungen zeigten nun von sich aus Interesse an den Ergebnissen der Patientenbefragungen, den Rückmeldungen aus dem Beschwerdemanagement oder begannen eigene Checkinstrumente zu entwickeln.

### Ausrichtung an einer gemeinsamen Strategie

In dieser Phase konzentrierten sich die Aktivitäten auf der einen Seite auf die mit den Checkinstrumenten erworbenen Erkenntnisse, auf der anderen Seite wurde deutlich, dass sich die zentralen Aktivitäten und die Bestrebungen einzelner Kliniken noch nicht an einer gemeinsamen Strategie und Zielsetzung ausrichteten. Die Ergebnisse der Patienten- und Einweiserbefragungen wurden für die Abteilungen aufbereitet und den Beschäftigten erläutert. Durch gemeinsame Interpretation konnten dann Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden. Aufgrund unserer Begehungen und Risikoanalysen hatten wir vielfältige weitere Hinweise auf notwendige Prozessverbesserungen erhalten. Auch die kon-

tinuierliche Patientenbefragung gab uns immer wieder wertvolle Hinweise, wenn sich Kritiken zu einem bestimmten Sachverhalt plötzlich häuften. Dennoch stand weiterhin im Fokus unserer Überlegungen, wie wir nun die einzelnen QM-Bestrebungen bündeln und nach einem gemeinsamen, klinikübergreifenden Zielsystem ausrichten können.

Zunächst wurde mit der Geschäftsführung festgelegt, welche fachspezifischen Zertifizierungen – ausgerichtet nach der medizinischen Strategie – wir in den nächsten Jahren vollziehen bzw. fortsetzen wollten. Dies diente nicht nur einer besseren Planbarkeit, sondern auch der kontinuierlichen methodischen Unterstützung der Bereiche. Die Erkenntnisse aus den Begehungen und Risikoanalysen führten schließlich dazu, die Sicherheitsthemen, die bei den Stationsbegehungen von Hygiene, Apotheke, Datenschutz Arbeitssicherheit, Brandschutz etc. aufkamen, zusammenzuführen.

Fragestellungen aus den Bereichen

- Medikamentensicherheit,
- Dokumentationsqualität,
- Datenschutz,
- Arbeitssicherheit,
- Transfusionsmanagement,
- Brandschutz,
- Notfallmanagement und
- Patientensicherheit

werden heute in sogenannten Kompaktaudits auf den Stationen in einer Begehung überprüft.

Die Verantwortlichen aus den Bereichen Hygiene, Apotheke etc. begleiten dabei möglichst die Mitarbeiter des QM. Dieses Vorgehen dient allen als Möglichkeit, voneinander zu lernen und Best-Practice-Lösungen von einer Abteilung in die nächste zu übertragen. Die Stationen, die früher häufig vielfältige Begehungen im Jahr hatten, erleben dies mittlerweile als eine deutliche Entlastung. Sie haben damit eine gute Analyse für ihren Bereich und der Verbesserungsprozess kann kontinuierlich fortgeführt werden. Damit ist ein Bewusstsein entstanden, dass Qualitätsverbesserung ein steter Prozess ist und nicht nur der Zertifizierung dient.

Dies zeigte sich auch zuletzt bei der 4. KTQ-Zertifizierung im Februar 2013. Es wurde während der Visitationswoche deutlich, welchen Lernprozess die Mitarbeiter in den Bereichen und der Organisation durchlaufen haben. War früher häufig Skepsis und die Sorge, nicht ausreichend vorbereitet zu sein, zu beobachten, trafen die Visitoren mittlerweile auf selbstbewusste und gut vorbereitete Mitarbeiter, die stolz darauf waren, ihre Prozesse und Strukturen darzustellen.

### KTQ-Verfahren als Führungsinstrument

Nachdem in der Zwischenzeit die Regelungen in den Abteilungen in ihrer Durchdringung greifen, richten sich heute unsere Aktivitäten auf abteilungsübergreifende Themen und Vernetzung. So haben wir uns jetzt beispielsweise die optimierte Ressourcennutzung und interdisziplinäre Belegung im Projekt Belegungssteuerung zur Aufgabe gemacht. Außerdem fördert es eine interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Zusammenarbeit. Der detaillierte Visitationsbericht über Stärken und Verbesserungspotenziale ist stets eine neue Grundlage für weitere Prozessverbesserungen. Somit dient das KTQ-Verfahren auch als Führungsinstrument, das den Führungskräften wertvolle Hinweise in Bezug auf den Reifegrad ihrer Klinik und der Organisation gibt. So können kontinuierliche Verbesserungen stattfinden und die Qualität in der Patientenversorgung weiterentwickelt werden.

Der systemische Ansatz des KTQ-Verfahrens eignet sich aus meiner Sicht besonders, um die Gesamtorganisation im Rahmen eines umfassenden Veränderungsprozesses weiterzuentwickeln. Im Zentrum stehen die Patienten. Für die Beschäftigten in Kliniken bietet es Orientierung und Unterstützung. Es stellt dabei die Verbesserungspotenziale sowie sicherheitsrelevante Aspekte in den Fokus.

### Anschrift der Verfasserin

Eva Magdalene Becker, Pflegedirektorin,  
Leitung des Qualitätsmanagements, HSK,  
Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Ludwig-  
Erhard-Straße 100, 65199 Wiesbaden