

Qualitätsmanagement und Start des Vergleichstests mit Benchmarking II – Geburtsspitäler auf dem Weg zu „Centers of Excellence“

G. Riegl

Geburtsspitäler müssen heute beim Qualitätswettbewerb umdenken und auf intelligente Art mehr bieten, aber weniger kosten. Die Gründe sind: Geburtsspitäler haben selbstbestimmte „Patientinnen“ und die Betten werden bereits sieben Monate vor dem Geburtseignis „verkauft“. Im Substitutions- und Verdrängungswettbewerb zwischen Hausgeburten, Geburtshäusern und Spitälern kann nur überleben, wer faszinierende Qualität in den für Schwangere wichtigsten Bereichen bietet und Entscheider (werdende Mütter, deren begleitende Gynäkologen, Hebammen und andere Vermittler von Geburtsfällen) dadurch überzeugt.

Das Schicksal der Geburtsspitäler entscheidet sich nicht allein intern durch fachlich kompetente Geburtshilfe, sondern vor allem durch die Kompetenz der Patientinnen-Gewinnung sowie durch externe Steuerung des idealen Case-Mix unter gegebenen pauschalierten Abrechnungsbedingungen. Das heißt, es geht stets um eine ethisch verantwortliche gesunde Mischung aus sozialen, teilweise verlustbringenden Fällen mit den nötigen gewinnbringenden „Rosinenfällen“.

High Tech- und High Touch-Qualitäten als Erfolgsfaktoren für Geburtsspitäler

Spannend ist die Frage, auf welcher Ebene, mit welchen finanzierbaren Qualitäten und Profilierungen der künftige Leistungswettbewerb der Geburtsspitäler am besten zu bestehen ist: Professionalitäten oder Profanitäten? Dabei ist bezeichnend, daß sich Schwangere bei Infoveranstaltungen noch mehr für Brustpflege und Schnullerauswahl als für das zentrale Problem der Geburtshilfe, das Frühgeburtsrisiko [1, 2] einschließlich der im Haus gebräuchlichen Tokolysearten interessieren bzw. daß diese Veranstaltungen zu spät besucht werden. Frühgeburten betragen inzwischen 8,8 % und steigen seit 1993 um jährlich 2,4 % [3].

Was müssen Hochleistungsgeburtsspitäler beachten, damit sie gegenüber kleineren charmanteren Spitälern mit attraktiven Dienstleistungsqualitäten keinen Wettbewerbsnachteil haben? Und was müssen kleine Geburtsspitäler verändern, damit sie auch ohne Kinderklinik im Haus und ohne Perinatal-Status, aber wohnortnah zu werdenden Eltern, überleben können?

Bereits 1993 wurde vom Institut Prof. Riegl unter dem Titel „Ideale Geburtsklinik“ [4] das Konsortial Benchmarking I gestartet. Das Konsortium bei diesem freiwilligen Vergleichstest (= Benchmarking: Lernen von den Besten oder sich selbst als Besten erkennen) bestand aus 300 Geburtsspitälern, darunter auch Teilnehmer aus Österreich, und es gab insgesamt über 30.000 Wöchnerinnen-Evaluationen.

In der Zwischenzeit hat sich in der Welt der Geburtsspitäler und in der Kultur des Gebärens so viel geändert, daß der Wunsch aufkam, dieses legendäre Programm aktualisiert neu aufzulegen, um elementare Qualitätstrends fortzuschreiben [5].

Zu den bemerkenswerten Veränderungen zählen neben Geburtenstagnation und Anstieg der Frühgeburten:

- Die Trends der modernen Reproduktionsmedizin (IVF) mit anspruchsvollen Baby Take Home Rates, die ja in den Geburtsspitälern vollzogen werden müssen
- Das Risiko von IVF-Mehrlingsepidemien [6] unter dem Erfolgszwang finanziell beteiligter Kinderwunschaare

- Mehr Mitentscheidung der Schwangeren und Partner rund um die Geburtshilfe (Shared Decision Making = Partizipative Entscheidungsfindungen)
- Die Neubewertung der Sectio-Raten (Prognosen von bis zu 50 %) und Trends zu Wunsch-Sectio
- Der insgesamt höhere Liebhaberwert von geplanten Einzelkindern und von Enkelkindern für Großeltern
- Die drastische Reduzierung der Verweildauer auf Wöchnerinnenstationen
- Die Qualitäts- und Dienstleistungsphilosophien der „familienfreundlichen Geburten“ mit Wassergeburten, Bonding und richtig zelebriertem Geburtsevent
- Das stillfreundliche Geburtsspital mit oder ohne Zertifizierung nach Unicef/WHO

Gesucht: Geringer Aufwand – großer Effekt

Den größten Vertrauensvorschuß genießen in der Öffentlichkeit gute Qualitätsmarken. Auch Geburtsspitäler müssen Qualitätsmarken werden und Premiummarken sind schließlich die „Centers of Excellence“ in der Geburtshilfe.

Beim neuen Benchmarking II, das 2005 auch mit allen interessierten Spitälern in Österreich startet, soll jedes Geburtsspital mit Hilfe kluger Qualitätsverbesserungen für Schwangere und Entscheider zur „einzigartigen, unaustauschbaren und unverzichtbaren“ Qualitätsmarke aufsteigen und vielleicht sogar zum geburtshilfliche Geheimtip der Region avancieren. Eine Verwendung der Resultate für das hausinterne QM und für geplante Zertifizierungen des Geburtsspitals ist möglich.

Das Neue am Benchmarking II gegenüber üblichem Qualitätsmanagement

Alle Teilnehmer erzielen einen hohen Mehrwert dank der geburtspezifischen Gestaltung des QM, der Fortschreibung von Vorläufer-Ergebnissen und wegen des Vergleichstests mit teilnehmenden Nachbarspitälern. Keine der üblichen Spitalsbefragungen und -analysen kann den entscheidend wichtigen Wettbewerbsvergleich bieten. Die Geburtshelfer wissen danach exakt, wo sie stehen, was heute im Land üblich ist und was ihre besondere Markenprofilierung als Geburtsspital ausmacht.

Bei diesem Qualitätsmeß- und -bewertungsprogramm lernen Geburtsspitäler nicht nur, Aufgaben richtig oder besser zu machen (= Effizienzsteigerungen), sondern speziell die bei Schwangeren und Entscheidern heute richtigen und wichtigen Leistungen noch perfekter zu machen (= Effektivitätssteigerungen). Die Vergleichstests erlauben auch einen Effektivitätsvergleich (z. B. mit Stillfreundlichen).

Zur Methodik: Das Spital erhält zur Benchmarking-Befähigung eine programmierte Unterweisung mit nur minimalem Zeiteinsatz ohne Arbeitsunterbrechung. Kein fremder Auditor besucht das Spital. Stattdessen bewerten 150 nach Institutsempfehlungen ausgewählte Wöchnerinnen an Hand eines validierten 12-seitigen Fragebogens die ca. 300 Benchmarks (= QM-relevanten Erfolgsindikatoren und Peilgrößen). Parallel zu den Wöchnerinnen bewerten Primar und vier GeburtshelferInnen ihr Selbstbild und die Organisationsqualität. Die Hauptarbeiten mit Aufbereitung der Daten werden neutral im QM-Institut in Augsburg ausgeführt.

Gerhard F. Riegl

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Gerhard F. Riegl
Institut für Management im Gesundheitsdienst Prof. Riegl & Partner GmbH
D-86153 Augsburg, Provinosstraße 11; E-mail: Info@prof-riegl.de

Der/die Spitals-Chef/in erhält abschließend vom Institut Prof. Riegl einen vertraulichen Qualitätsbericht mit 150–200 Seiten Ergebnisse und Empfehlungen, ein Qualitätszertifikat zur „Best Practice Methode“ und er/sie können das Gutachten zur internen oder externen Qualitätsdarlegung bei Dritten einsetzen.

LITERATUR:

1. Helmer H. Leitlinien zum Management der drohenden Frühgeburt. *Speculum* 2003; 21 (2): 19–22.
2. Kiss H. Konsequentes Infektionsscreening in der Schwangerschaft. www.univie.ac.at/esidog/HTML/

Frauenseiten/screening.htm (Frühgeborene unter 1.900 g verursachen nach dieser Studie Kosten von 65.402 Euro pro Fall ohne lebenslange Folgekosten.)

3. Friese K, Dudenhausen JW et al. Risikofaktoren der Frühgeburt und ihre Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung – Eine Analyse auf der Grundlage des BabyCare-Programms. *Gesundheitswesen* 2003; 65: 477–85.

4. Riegl GF. Ideale zukunftssichere Geburtsklinik, Klinikstudie zum Image der stationären Geburtshilfe in Deutschland, Basis 17.000 Geburten. Verlag Prof. Riegl & Partner, www.prof-riegl.de, Augsburg 1996; 1–395.

5. Benchmarking II wird u. a. empfohlen von der Initiative Stillfreundliche Kliniken WHO/Unicef und der Vereinigung BabyTop Kliniken.

6. Mehrlingsepidemien. *FAZ* vom 17. 9. 2004.