



**Orientierung der Qualitätssicherung
an der medizinischen Ergebnisqualität
Berlin, 2.5.07**



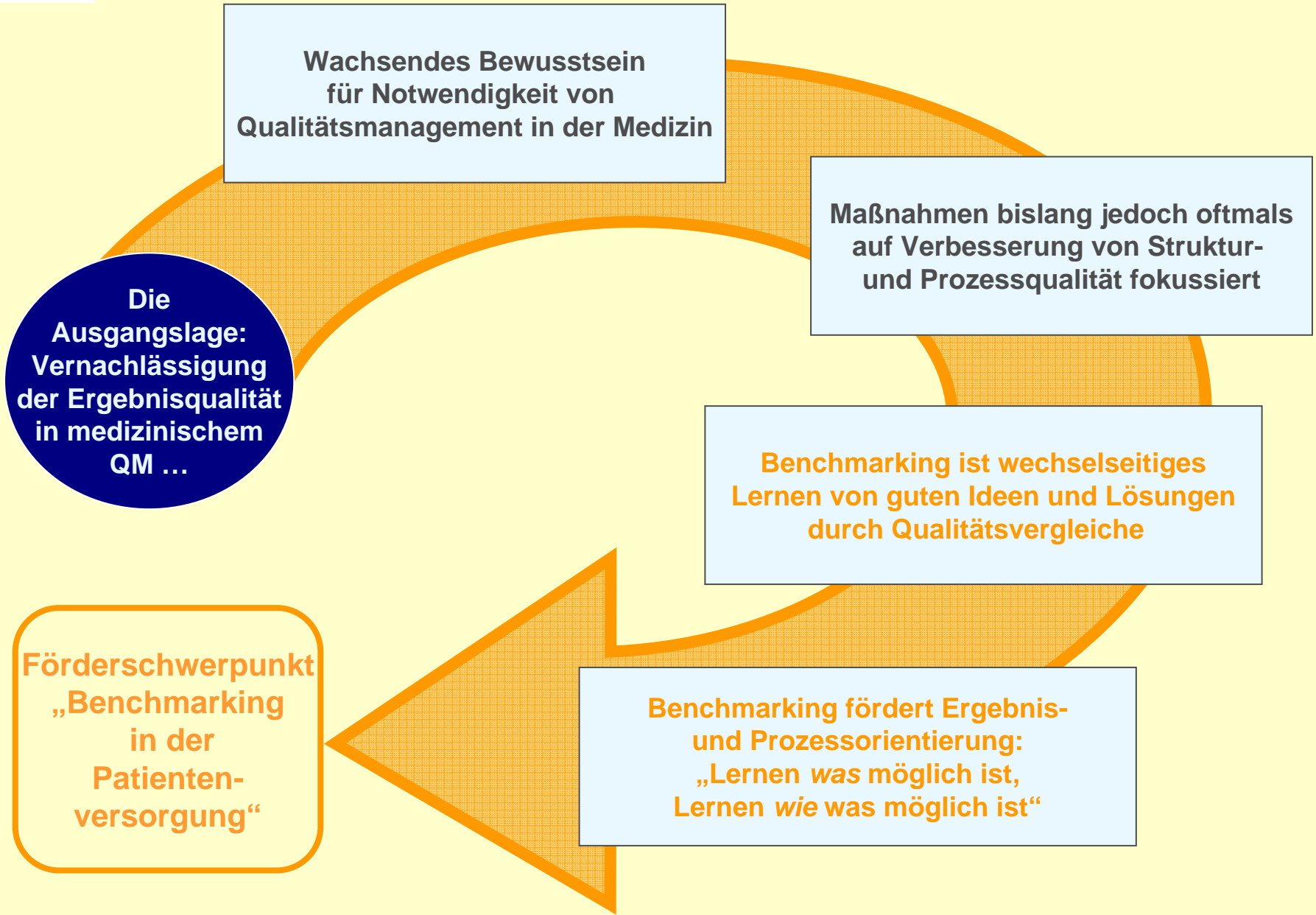
Der Förderschwerpunkt “Benchmarking in der Patientenversorgung”

Wolfgang Gaebel

**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Rheinische Kliniken Düsseldorf
D-40629 Düsseldorf**

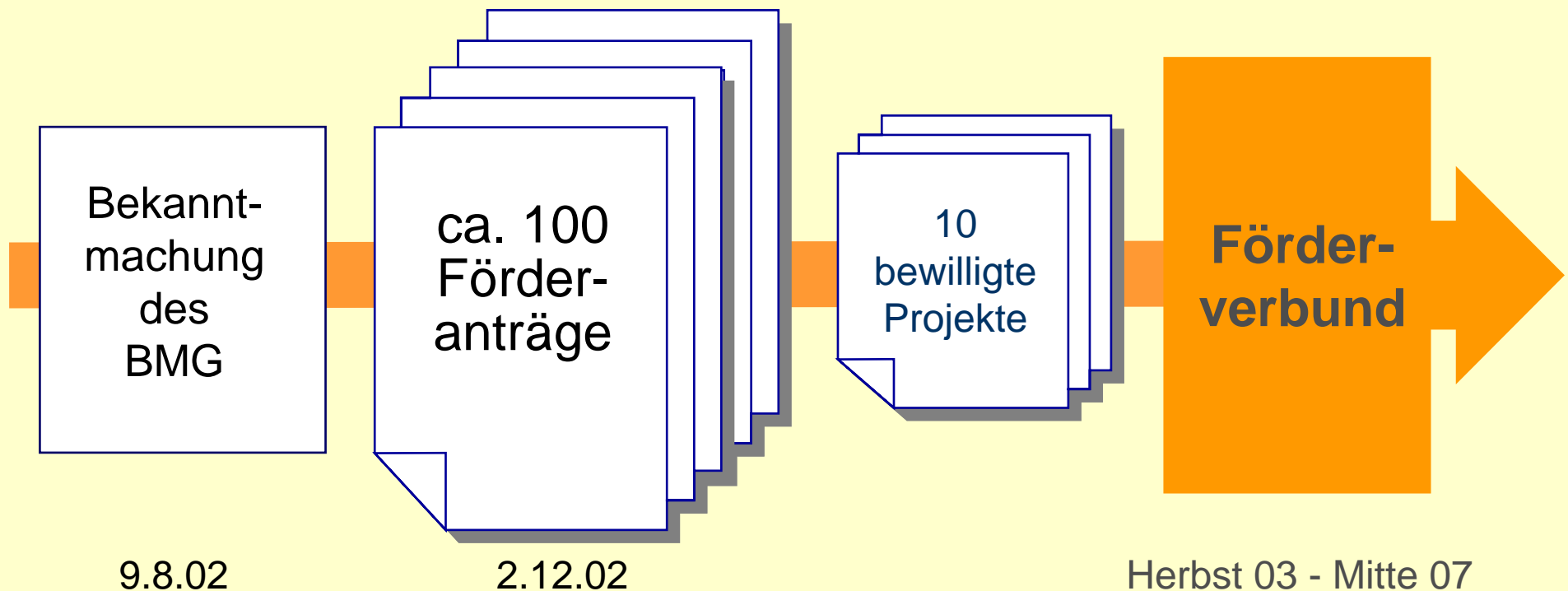
Förderschwerpunkt “Benchmarking in der Patientenversorgung”

- **Der Verbund – Ziele und Projekte**
- Ergebnisse aus den Projekten
- Ergebnisse auf Verbundebene
- Ausblick – Nachhaltigkeit der Strukturen

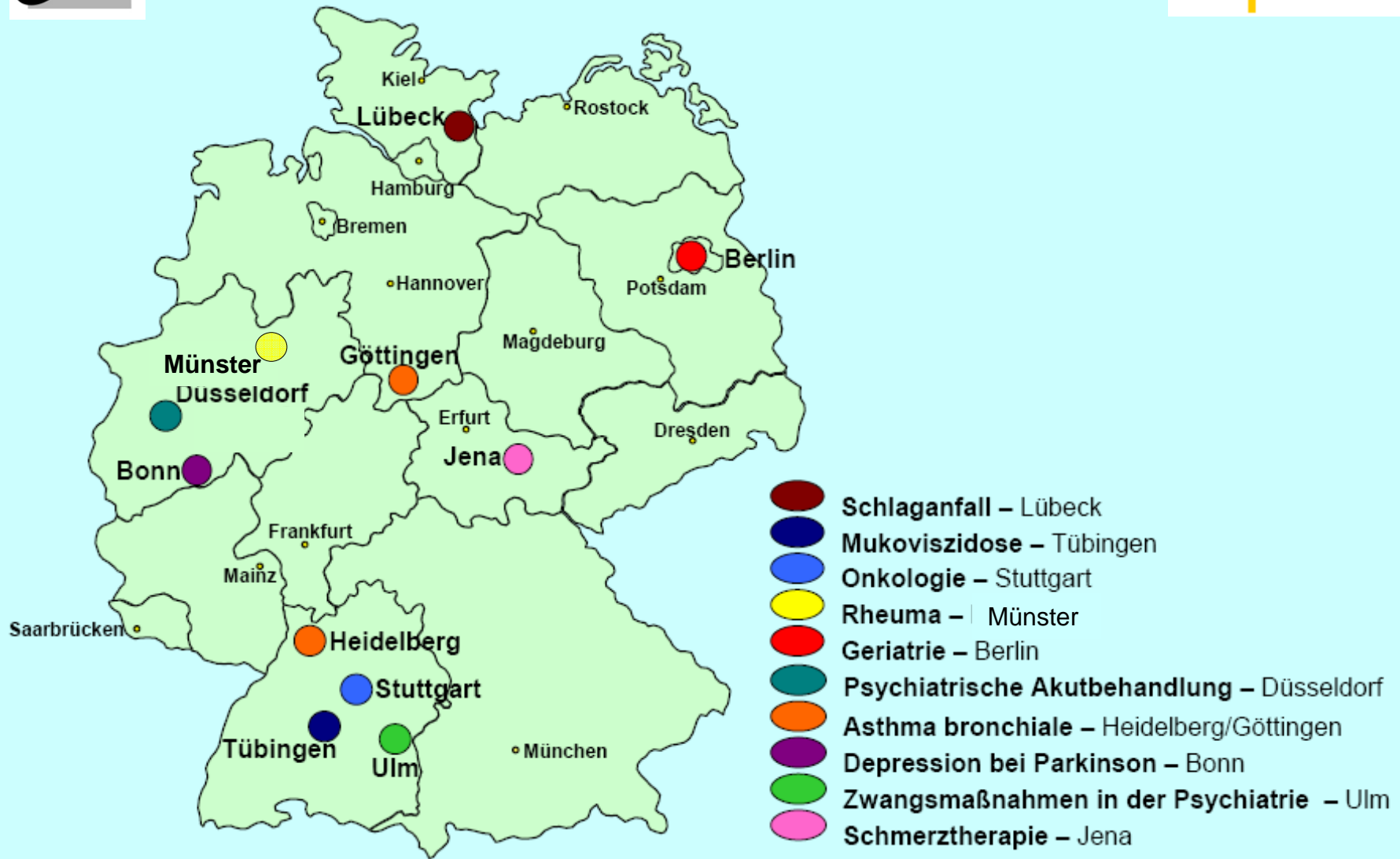


Förderung von Modellvorhaben zur Verbesserung der Ergebnisqualität in der Patientenversorgung durch:

- Einrichtungsübergreifende Leistungsvergleiche
- Lernen von „Best-Practice“-Beispielen



Bundesweit 10 geförderte Projekte



Förderschwerpunkt „Benchmarking in der Patientenversorgung“

DIE BENCHMARKING-PROJEKTE IM ÜBERBLICK

1. Outcome-Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung (obra), Verband rheumatologischer Akutkliniken e.V. Hagen, Prof. Dr. med. Norbert Roeder, stellvertretender Sprecher der Projekte

2. Psychiatrische Akutversorgung, Landschaftsverband Rheinland/Rheinische Kliniken Düsseldorf, Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Sprecher der Projekte

3. Depression bei der Parkinson-Krankheit, Universitätsklinik Marburg, Prof. Dr. med. Richard Dodel

4. Versorgungsqualität bei Arzneimittel-Interaktion und Asthma bronchiale, Universitätsklinikum Heidelberg/AQUA GmbH/KV-Sa/AOK-Sa, Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi

5. Versorgung der Mukoviszidose-Patientinnen und -Patienten, Universitätsklinik Tübingen/Ärztekammer Niedersachsen, Dr. med. Brigitte Sens

6. Qualitätsgemeinschaft Schlaganfallversorgung in Schleswig-Holstein (QugSS), Universitätsklinikum Lübeck, Prof. Dr. Dr. med. Heiner Raspe

7. Geriatrische Patientenversorgung (Gemidas-QM), Charité Berlin, Dr. med. Markus Borchelt

8. Postoperative Schmerztherapie, Universitätsklinikum Jena, Priv.-Doz. Dr. med. Winfried Meißner

9. Ergebnisqualität in der Onkologie, Onkologischer Schwerpunkt Stuttgart e.V., Prof. Dr. med. Else Heidemann

10. Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken (ERZ), Die Weissenau, Abt. Psychiatrie I der Universität Ulm in Ravensburg, Prof. Dr. med. Tilman Steinert

Weitere Informationen zu den Projekten unter www.benchmarking-qm.de

„Benchmarking im Gesundheitswesen“ – der Förderschwerpunkt des BMG



Die Qualität in allen Bereichen des Gesundheitswesens stärken –

dafür setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) seit vielen Jahren ein. Dies erfolgt im Wesentlichen durch gesetzliche Regelungen aber auch durch die Förderung von Vorhaben zur Qualitätssicherung.

Der Förderschwerpunkt „Benchmarking in der Patientenversorgung“ stellt hierbei einen wichtigen Meilenstein dar. Mit dem Förderschwerpunkt soll die Qualität der Patientenversorgung in Deutschland einen bedeutenden Schritt vorangebracht werden. Den geförderten Projekten kommt dabei eine Pionierrolle zu, von der viele Institutionen des Gesundheitswesens profitieren können. Die 10 Modellvorhaben werden über 3 Jahre mit insgesamt 3 Millionen Euro vom BMGS gefördert.



Was ist Benchmarking?

Benchmarking bezeichnet einen strukturierten Prozess des Lernens auf der Basis von Leistungs- und Ergebnisvergleichen verschiedener Organisationen. Dabei gilt es, die als Beste anerkannte Praxis zu identifizieren und in einen strukturierten Erfahrungsaustausch einzubringen. Dieses Verfahren wurde zunächst in der Wirtschaft eingesetzt und wird nun auch im Gesundheitswesen angewandt. Internationale Erfahrungen zeigen, dass systematisches wechselseitiges Lernen von guten Ideen und Lösungen zu deutlichen Verbesserungen führt.

Was soll durch den Förderschwerpunkt erreicht werden?



Ziel der Projekte ist es, modellhaft zu zeigen, dass durch einen strukturierten Vergleich medizinischer Einrichtungen untereinander (= Benchmarking) eine Verbesserung der Ergebnisqualität der Patientenversorgung möglich ist. Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten aus dem stationären und ambulanten Bereich sowie Pflegenden werden im Dialog bewährte Vorgehensweisen ausgetauscht und durch ein Lernen miteinander neue und effektive Lösungen gefunden. Durch die Vorhaben wird so aufgezeigt, wie mit den vorhandenen Möglichkeiten das Beste für die Versorgung der Patientinnen und Patienten bewirkt werden kann. Die Kunst besteht darin, die vielen guten Ideen, Erfahrungen und Ergebnisse zusammenzuführen und für die eigene Einrichtung nutzbar zu machen.

www.benchmarking-qm.de

Förderschwerpunkt

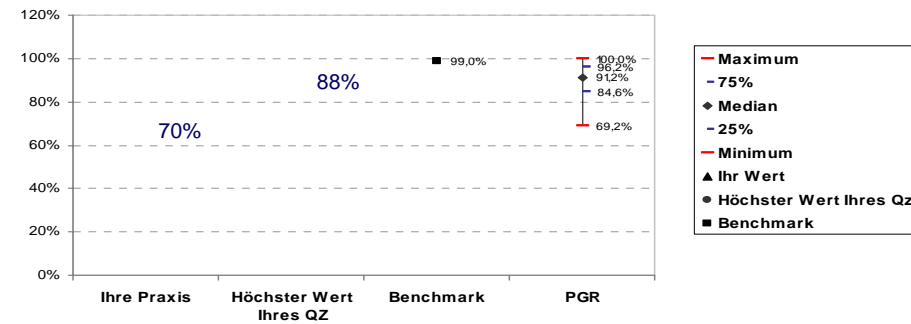
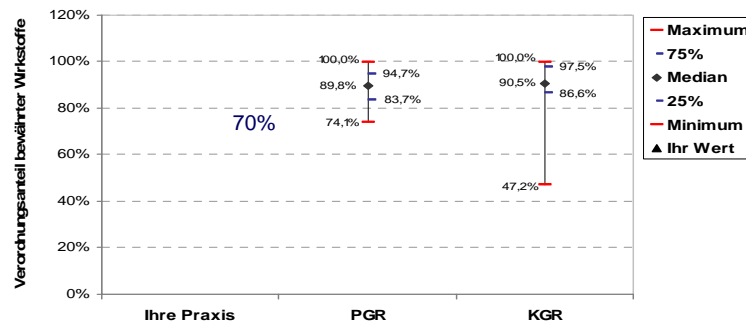
“Benchmarking in der Patientenversorgung”

- Der Verbund – Ziele und Projekte
- **Ergebnisse aus den Projekten**
- Ergebnisse auf Verbundebene
- Ausblick – Nachhaltigkeit der Strukturen

Führt die Implementierung von BM in feedback-gestützten QZ zur Verbesserung der Verordnungsqualität bei Arzneimittelinteraktionen und Asthma bronchiale?

Prof. Dr. Szecsenyi, Heidelberg

1.7.04 – 30.6.07



Reduzieren von **Arzneimittelinteraktionen** bei Asthma bronchiale

Randomisierte kontrollierte Studie (12 QZ, 97 Ärzte), Feedback von Routinedaten zu 67.126 Pat. und QZ. Vergl. trad. Feedback (n=45) vs. Benchmarking (n=42)

Verbesserung in beiden Gruppen ohne Gruppendifferenz!
⇒ Benchmarking als Vergleich mit Anderen wirksam, Wirksamkeit von *offenem* BM als Vergleich mit dem Besten nicht nachweisbar, offenes BM im geschützten Rahmen (QZ) von Teilnehmern positiv erlebt (Austausch)

Prof. Dr. R. Dodel, Marburg

1.7.04 – 31.6.07

stationär, n=2.400 / 100 / 300

Verbesserung der stationären
Diagnostik und Therapie
bei Parkinson-Patienten
mit depressiver
Begleitsymptomatik,
Orientierung an
patientenorientierten
Outcomeparametern

3 Projektphasen:
Planungsphase (Unters.
zur Versorgungssituation),
Pilotphase (Entwicklung /
Validierung Fragebogen,
Leitlinienentwicklung),
Projektphase (Erhebung/
Benchmarking in 10
Zentren, QZ)

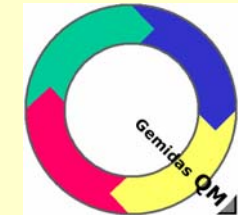
Screening von 2.400 Datensätzen
des KNP zur Bedarfsabschätzung,
Abstimmung / Validierung
des Erhebungsinstruments (n=100),
Erhebung und Benchmarking
zu 300 Pat. / 10 Zentren
(Projekt noch nicht
abgeschlossen)

GEMIDAS-QM: Benchmarking in der geriatrischen Patientenversorgung

Dr. M. Borchelt / Dr. St. Loos, Berlin

1.10.03 – 30.9.06

stationär



Verbesserung der patientenbezogenen Ergebnisqualität in 3 vorrangigen Problemfeldern:
**Stürze,
Schmerzen,
Malnutrition**

**Einrichten von QZ in 22 Kliniken;
Internetforum; regelmäßige Moderatorentreffen;
interne Evaluation zur Projektbewertung und Nachhaltigkeit**

**6 Benchmark-berichte und -treffen;
Publikation „Beste Praxis Sturz“,
Implementation Sturzassessment als Routineverfahren,
Reduktion / Angleichung Sturzrisiko in den Kliniken;
Implementation Schmerzassessment,
Etablierung systematische Erhebung Malnutritionrisiko**

- Erarbeiten Konzept zur Etablierung/Fortführung Benchmarking ohne Fördermittel
- www.gemidas-qm.net

Dr. B. Sens, Hannover

1.7.04 – 30.6.07

stationär / ambulant, n=1.077

Verbesserung der Behandlung
von Mukoviszidose-Patienten
(z.B. Arzneimitteltherapie,
Lungenfunktion, Einbestellung,
Behandlungsdokumentation)
in Mukoviszidose-Ambulanzen

Abstimmung Zielindikator
(Entwicklungs-/Ernährungs-/
Infektionsstatus, Lungen-
funktion, Komplikationen,
Lebensqualität) einschließl.
Referenzbereichen;
BM und Implementieren
eines Maßnahmenkatalogs
im PDCA-Zyklus

Abstimmung Indikatorensetz,
Prä-Erhebung (n=1.077
in 11 Ambulanzen),
Abstimmung und Implementierung
eines Maßnahmenkataloges
(z.B. Optimierung Antibiotikatherapie,
Festlegung Dokumentationsstandards),
Durchführung Post-Erhebung
(Projekt noch nicht
abgeschlossen)

- Nach erfolgreicher Validierung Übernahme des BM-Zyklus als Routineverfahren
- Sicherung der Maßnahmen in Form von Behandlungspfaden und Leitlinien
- Mögliche Honorierung der Dokumentation über „Qualitätssicherung Mukoviszidose“



Benchmarking der Ergebnisqualität in der Onkologie in der Region Stuttgart



Prof. Dr. E. Heidemann, Stuttgart

1.10.03 – 31.3.07

stationär / ambulant; n=1.127 (bislang)

Verbesserung von
**Überlebenszeit, rückfallfreier Zeit
und Lebensqualität** bei
Mamma-CA, Kolon-CA und Rektum-CA,
durch Behandlungsoptimierung
in den 14 Kliniken des Onkologischen
Schwerpunkts Stuttgart (OSP)

2-Jahres Follow-up bei
insgesamt 3 Kohorten,
Vitalstatusabgleich mit
Einwohnermeldeamt;
Umsetzung von
Behandlungsleitlinien des
OSP Stuttgart

Hohe Rückmeldefrequenz (bis
zu 80%) bei Patientenrekrutierung
aus niedergelassenem Bereich,
jedoch Einwilligung nur bei
50% der Patienten,
Abschluss der ersten Kohorte,
Implementation Software-Tool für
Online-Benchmarking in Kooperation
mit Universität Stuttgart
**(Auswertung noch nicht
abgeschlossen)**

Prof. Dr. N. Roeder, Münster

1.9.03 – 30.8.06

stationär, n=4.204



**Optimierung der akuten,
(teil-)stationären
Rheumabehandlung;
Konsequente Patienten-
orientierung;
Interdisziplinarität**

**Evaluation eines
Outcome-Benchmarking
in 13 Rheumakliniken,
professionell
moderierte Workshops
zur Abstimmung
der Benchmarks**

**Messungen u.
Messthemen
für Benchmarking geeignet,
Qualitätsverbesserungen
bereits nach 1. Zyklus messbar,
großer Nutzen durch
Benchmarking-Workshops,
großes Patienten-
Interesse!
Positive Evaluation
durch Klinik-
Mitarbeiter**

- Fortführung von Messungen und Benchmarking als *kontinuierliches obra*
- Ausdehnung auf alle Rheumakliniken
- Etablierung von *kobra* als Marke für gute Qualität

Prof. Dr. Dr. H. Raspe, Lübeck

1.9.04 – 31.8.07

stationär, n= 2.460 (bislang)

Indikator	Referenzwerte	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 6	Klinik 7	Klinik 8	Klinik 9
I: cCT oder MRT	Ziel: >90 Auffälligkeit: <80	92,1 % n=126	80,6 % n=62	76,5 % n=68	86,4 % n=59	94,7 % n=38	95,6 % n=177	82,4 % n=17	93,6 % n=78
II: Echo- kardiographie	Ziel: >60 Auffälligkeit: <45,8	83,6 % n=78	82,5 % n=40	53,6 % n=56	61,2 % n=49	84,0 % n=25	50,4 % n=137	77,0 % n=9	68,9 % n=45
III: TEE	Ziel: n. b. Auffälligkeit: n. b.	100 % n=1	66,7 % n=3	0 % n=2	66,7 % n=3	100 % n=3	88,9 % n=9	100 % n=1	100 % n=3
IV: Darstellung der Trennung- Artenen	Ziel: >90 Auffälligkeit: <80	95,0 % n=199	98,2 % n=109	72,2 % n=126	92,1 % n=114	89,4 % n=66	100 % n=296	92,3 % n=39	98,5 % n=137
V: Schluck- störungen	Ziel: n. b. Auffälligkeit: <20	30,6 % n=206	9,1 % n=89	32,1 % n=84	32,1 % n=106	22,4 % n=49	22,2 % n=261	25,9 % n=27	19,8 % n=101
VI: Logopädie	Ziel: >80 Auffälligkeit: <60	48,6 % n=301	92,3 % n=39	91,7 % n=36	91,3 % n=46	95,5 % n=22	73,8 % n=141	64,7 % n=17	72,1 % n=43
VII: Physio- /Ergotherapie	Ziel: >90 Auffälligkeit: <70	96,3 % n=164	98,5 % n=68	91,0 % n=67	98,9 % n=89	100 % n=41	95,8 % n=215	100 % n=22	95,8 % n=71

Verbesserung hinsichtlich
patientenbezogener
Outcomeparameter in der
stationären Versorgung
des akuten
Schlaganfalls

Strukturerhebung in 8
Kliniken (komplementäre
Disziplinen, Diagnostik,
personelle Ausstattung,
Organisation Stroke Unit),
Akutdokumentation mit
vierteljährlichen Ergebnis-
rückmeldungen in
neun Kliniken

Abschluss Strukturerhebung;
Beginn Akutdokumentation
(n= 2.460 bislang) und
Ergebnisrückmeldungen;
Verbesserungen hinsichtlich
definierter Indikatoren:
lediglich 1 Klinik noch signifikant
ausserhalb zweier Referenzwerte
(Echokardiographie,
Logopädie)
(Projekt noch nicht
abgeschlossen)

➤ Ziel: Nutzung Ergebnisse als Basis für landesweite Fortführung Qualitätssicherung

Verbesserung der postoperativen Schmerztherapie durch Einführung eines kontinuierlichen Benchmarkingprozesses

PD Dr. W. Meißner, Jena
stationär; n=400-500/Monat

1.9.03 – 31.8.06

Verbesserung der postoperativen Schmerztherapie in operativen Einrichtungen beliebiger Fachrichtungen (Interdisziplinarität);
Zielkriterium:
Ergebnisqualität aus Patientensicht



Bsp. für QUIPS Online-Feedback

INFO:

www.quips-projekt.de

Outcome-Verbesserung während Projektphase:
internes Benchmarking (eigene Leistung im Verlauf),
externes Benchmarking (externer Vgl.);
Ermöglichen von Defizitanalysen

- Seit Ende 2006 unter Schirmherrschaft der DGAI
- zur Zeit 26 teilnehmende Kliniken mit über 120 Stationen
- über 17.000 Datensätze als Vergleichsbasis



ERZ: Erfassung und Reduzierung von Zwangmaßnahmen in Psychiatrischen Kliniken



Prof. Dr. T. Steinert, Ravensburg

1.1.04 – 31.12.04

ambulant; n=48.899



Erfassung und **Reduktion**
von
Zwangmaßnahmen
in der stationären
akutpsychiatrischen
Behandlung

Vollerhebung
bei 48.899
Behandlungsfällen
in 12 psychiatrischen
Fachkliniken

9% der Fälle von
Zwangmaßnahmen betroffen,
überwiegend bei Demenzen (F0);
für einzelne Kliniken Reduktion
durch Interventionen
bereits gezeigt

- Qualitätsförderpreis Baden-Württemberg 2005, 2. Preis
- Bisher 5 Publikationen zum Projekt
- Klinisch implementiert / fortgesetzt, internationale Vergleiche angestrebt



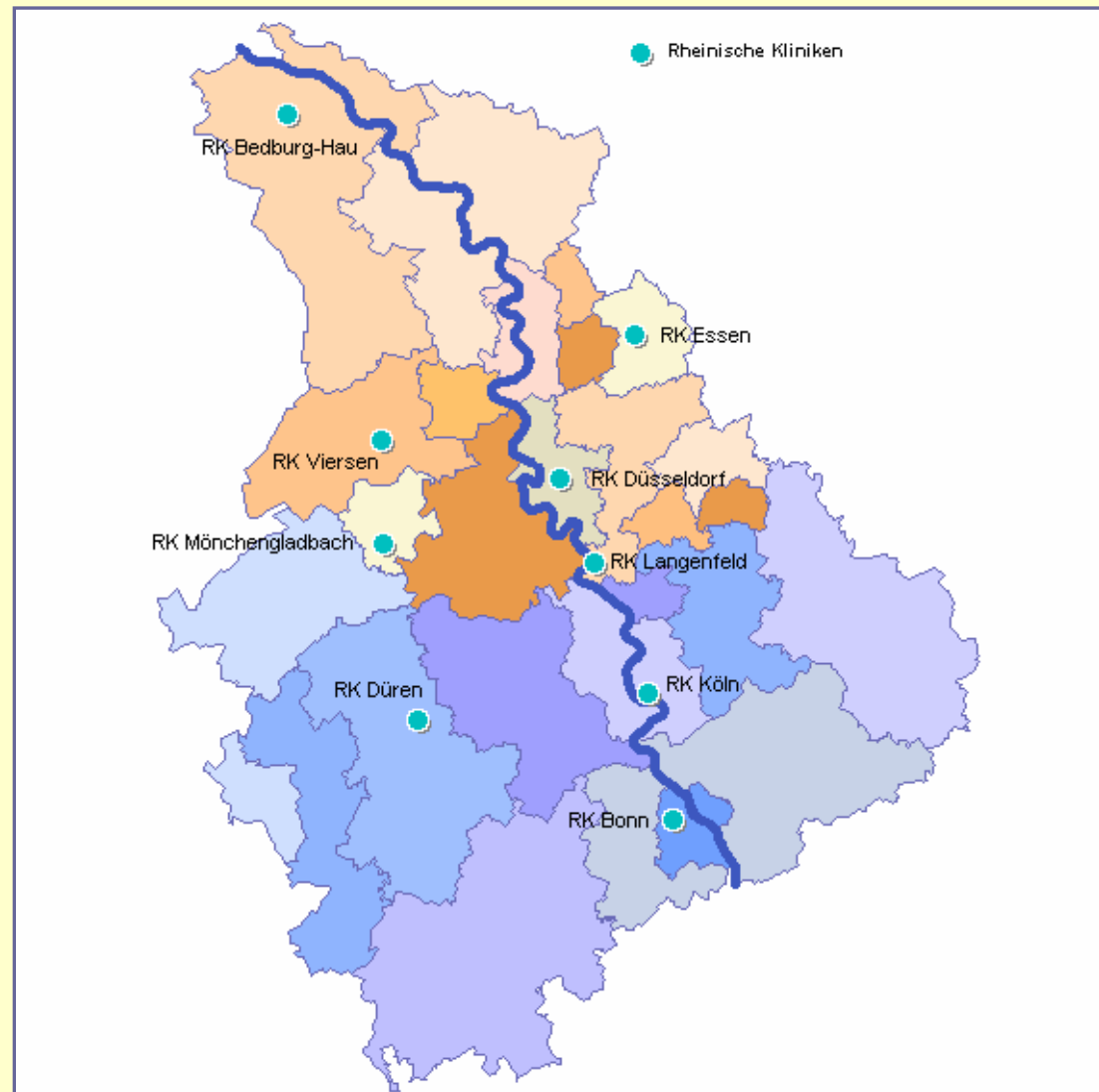
„Benchmarking in der psychiatrischen Akutbehandlung“ – Projekt der Rheinischen Kliniken im LVR

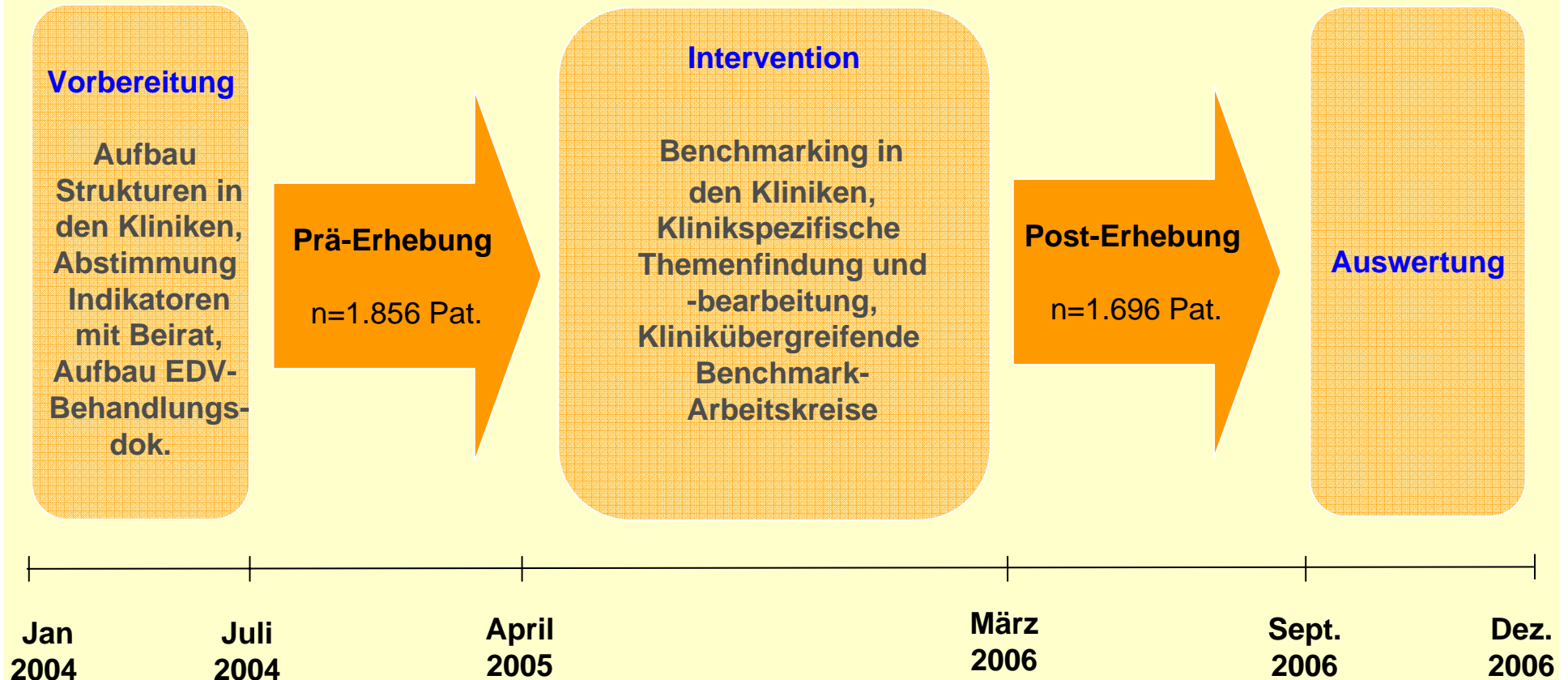


Ziel: Optimierte Behandlung bei Alkoholabhängigkeit, Depression im Alter und Schizophrenie

Teilnehmer: Neun psychiatrische Fachkliniken des Landschaftsverband Rheinland (LVR)

Leitung: Prof. Dr. W. Gaebel, Dr. B. Janssen, Düsseldorf; R. Kukla, M. v. Brederode, F. Kitzig, Köln





Förderdauer: 36 Monate

Klinikübergreifende Benchmarking-Arbeitskreise und vorrangige Arbeitsthemen

Alkoholabhängigkeit

- Einführen von Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen in die Routineversorgung

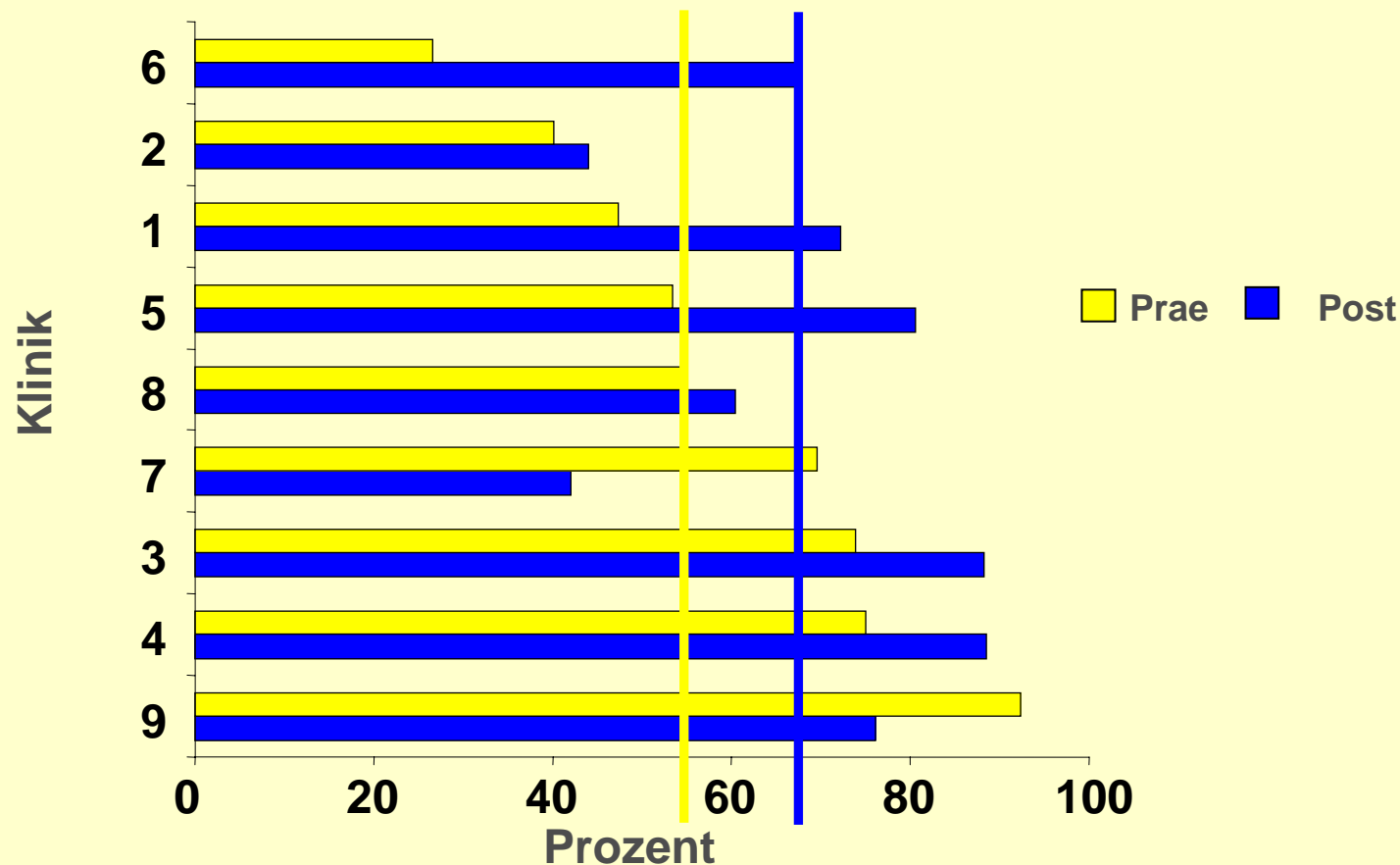
Depression im Alter

- Leitlinienorientierte Pharmakotherapie / Entlassmanagement
- Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus
- Abstimmung einer verbundweiten Leitlinie Depression

Schizophrenie

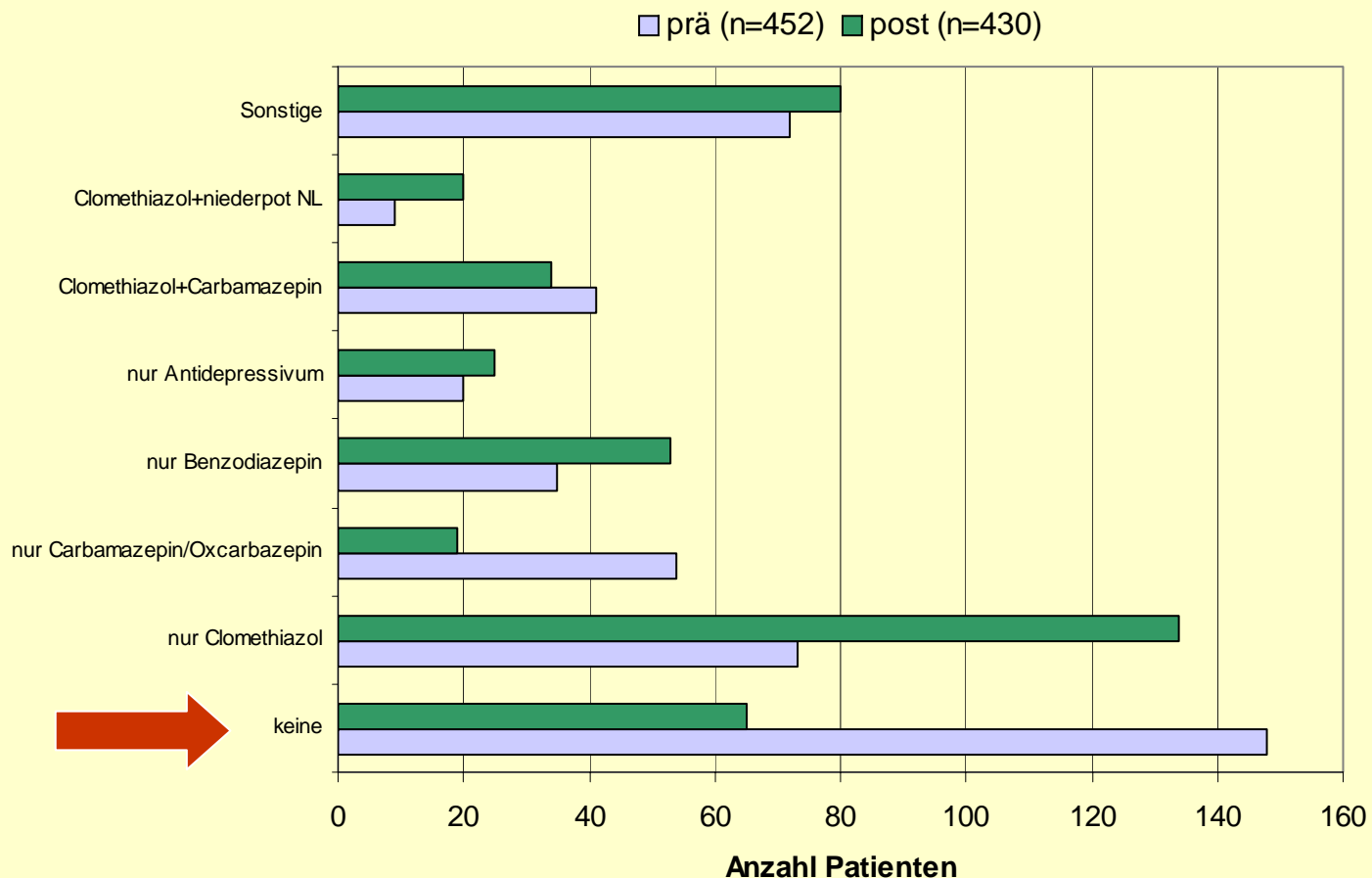
- Reduzieren von Polypharmazie (Entlasszeitpunkt)
- Reduzieren vermeidbarer stationärer Wiederaufnahmen
- Abstimmung einer verbundweiten Leitlinie Schizophrenie

Alkoholabhängigkeit – Steigerung der Ausfüllquote bei Patienten-Selbstauskunftsbögen (ESA)



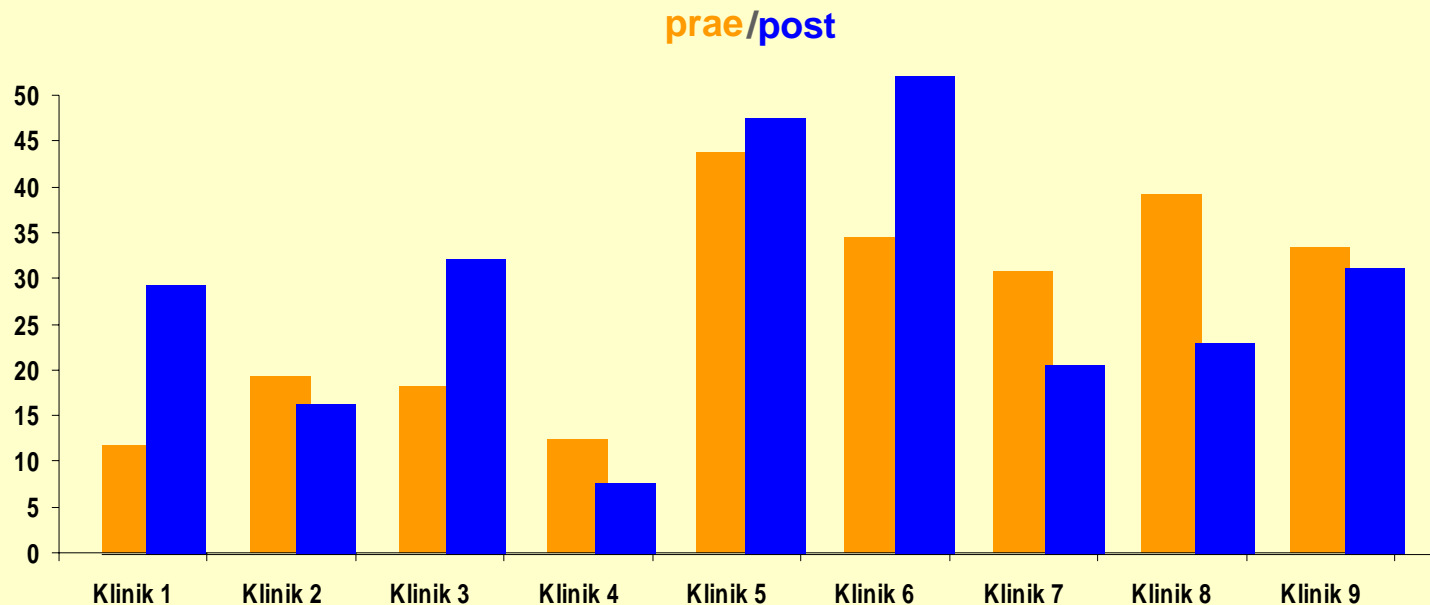
Durchschnitt Rheinische Kliniken: prae = 56,5%, post = 67,4%; chi²-Test: p<= 0,0001

Alkoholabhängigkeit – Erhöhung des Patientenanteils mit medikamentös gestützter Entzugsbehandlung in der ersten Woche



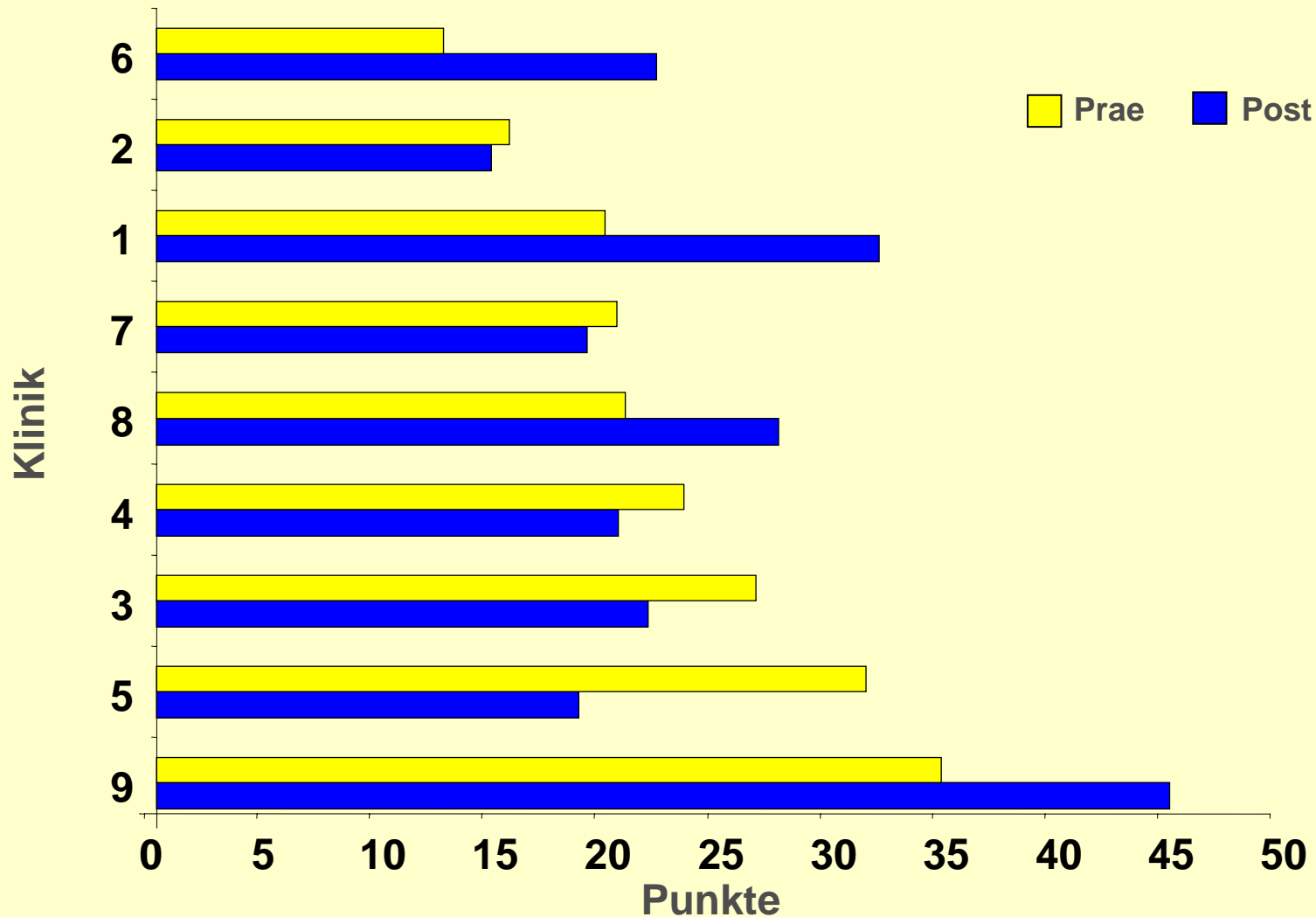
Depression im Alter – Erhöhung der Leitlinienkonformität medikamentöser Behandlung durch häufigere Monotherapie

Anteil an Patienten mit Monotherapie bei Entlassung
N (Prä) = 422; N (Post) = 383

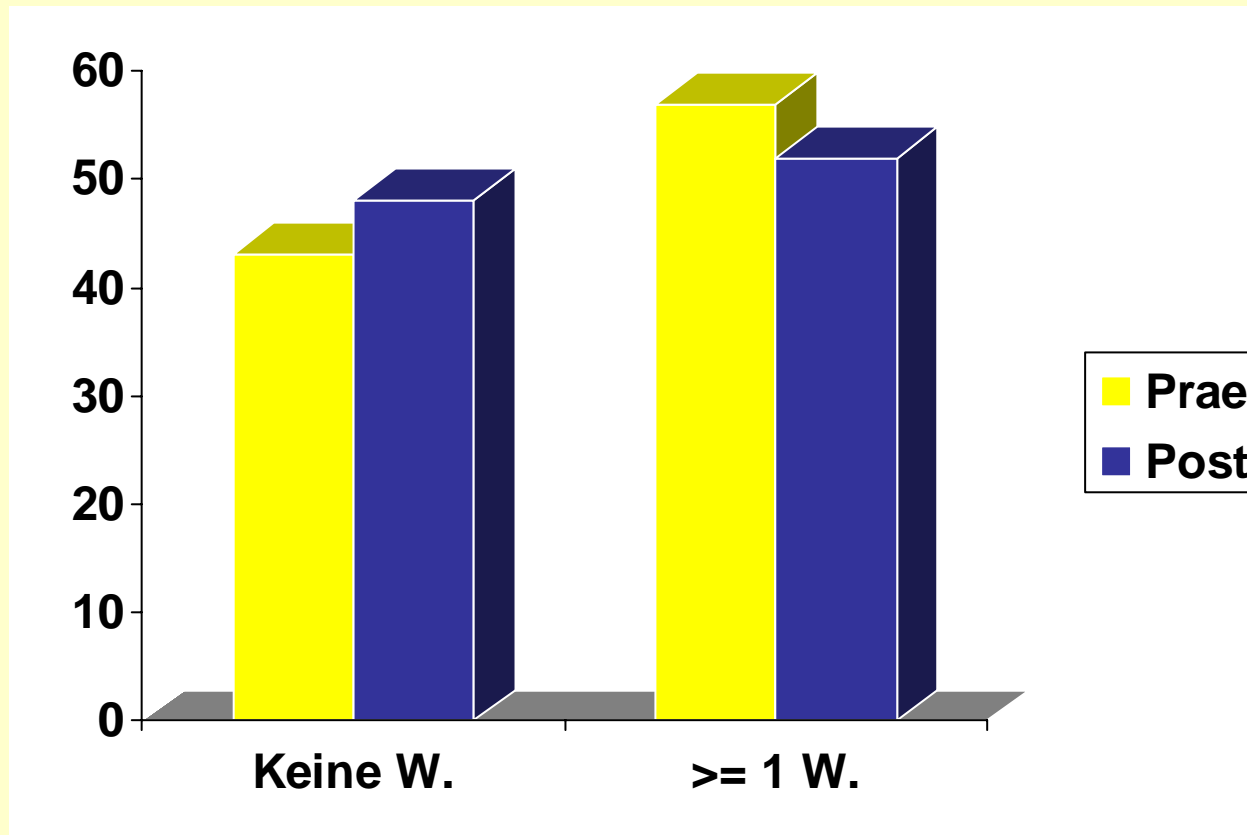


Durchschnitt Rheinische Kliniken: prae = 31,0%, post = 31,9%; chi²-Test: n.s.

Depression im Alter – Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus (GAF-Differenz zwischen Aufnahme und Entlassung)



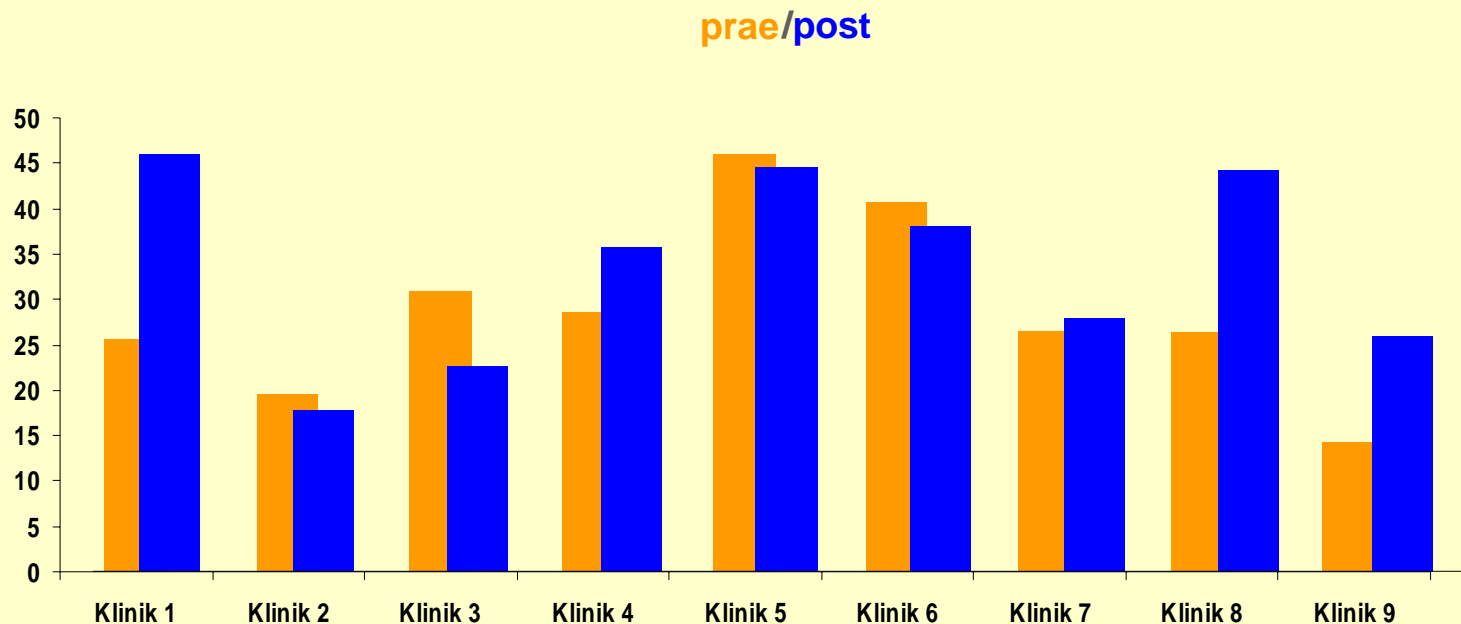
Schizophrenie – Reduzierung der Häufigkeit von Wiederaufnahmen innerhalb von sechs Monaten



Anteil der Aufnahmen bei den Studienpatienten innerhalb von 6 Monaten nach Indexaufenthalt (%)

Schizophrenie – Erhöhung der Leitlinienkonformität medikamentöser Behandlung durch häufigere Monotherapie

Anteil an Patienten mit Monotherapie bei Entlassung



Durchschnitt Rheinische Kliniken: prae = 29,9%, post = 30,0%; chi²-Test: n.s.

Maßnahmen zur Nachhaltigkeit der Projektergebnisse

Interne Maßnahmen

- **Routinedaten + ?**
 - Basismodule
 - Spezialmodule

Externe Maßnahmen

- **Produktangebote**
 - Manual (Konzept, Methodik, Training ...)
 - Serviceangebote (Datenvergleich, Auswertung, Beratung)
 - Softwarelösungen
 - Zertifizierungen (DGPPN, BAG, BQS ...)
- **Publikatorische Aktivitäten**

Förderschwerpunkt “Benchmarking in der Patientenversorgung”

- Der Verbund – Ziele und Projekte
- Ergebnisse aus den Projekten
- **Ergebnisse auf Verbundebene**
- Ausblick – Nachhaltigkeit der Strukturen

INTERVIEW

zum Förderschwerpunkt „Benchmarking im Gesundheitswesen“ (BIG) mit Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Dr. med. Birgit Janssen und Dr. med. Hiltrud Kastenholz

QUALITÄTSSICHERUNG

Der Weg ist das Ziel

Lernen vom Besten: In zehn vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Modellprojekten soll ein strukturierter Lernprozess umgesetzt werden.

DÄB, H. 13, 30. März 2007

Gaebel: Die Disziplinen, die in dem Förderschwerpunkt vertreten sind (*siehe Kasten*), sind sehr heterogen – von der Psychiatrie über die In-

nere Medizin bis zur Chirurgie. Deshalb ist es mit der Vergleichbarkeit nicht ganz einfach. Dennoch: Vieles wird in den verschiedenen Projekten nach einem ähnlichen Design abgelaufen sein. Lassen Sie mich dies am Beispiel des von Frau Janssen und mir geleiteten Projekts – Benchmarking in der psychiatrischen Akutbehandlung – erläutern.

Trotz unterschiedlicher Diagnosen und Settings ist Benchmarking mit einheitlichen, unkomplizierten Methoden durchführbar

INTERVIEW

zum Förderschwerpunkt „Benchmarking im Gesundheitswesen“ (BIG) mit Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Dr. med. Birgit Janssen und Dr. med. Hiltrud Kastenholz

QUALITÄTSSICHERUNG

Der Weg ist das Ziel

Lernen vom Besten: In zehn vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Modellprojekten soll ein strukturierter Lernprozess umgesetzt werden.

DÄB, H. 13, 30. März 2007

Gaebel: Die Disziplinen, die in dem



Im Rückblick überrascht es schon, wie man reinen Versorgungskliniken – und das sind sieben von den neun in dem von mir geleiteten Projekt – zumuten kann, zusätzliche Daten zu erheben und dabei auch Ergebnisse zu erzielen. Es mussten ja Daten von vielen Tausenden Patienten dokumentiert werden.

Dass das eigentlich mühsam funktioniert, gibt uns Hoffnung, diese Parameter künftig in die Routine implementieren zu können.

nere Medizin bis zur Chirurgie. Deshalb ist es mit der Vergleichbarkeit nicht ganz einfach. Dennoch: Vieles wird in den verschiedenen Projekten nach einem ähnlichen Design durchgeführt. Sie müssen Sie mit den von Frauen in den Projekten in der Psychiatrie erläutern.



Beim letzten gemeinsamen Workshop der Projektträger im November haben wir allerdings projektübergreifend festgestellt, dass die Messungen gar nicht das Wesentliche sind. Das Wesentliche ist, dass man einen Aufhänger hat, um über Probleme zu diskutieren.

Messen ist nicht alles – Kommunikation ist ein wichtiger Faktor

INTERVIEW

zum Förderschwerpunkt „Benchmarking im Gesundheitswesen“ (BIG) mit Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Dr. med. Birgit Janssen und Dr. med. Hiltrud Kastenholz

QUALITÄTSSICHERUNG

Der Weg ist das Ziel

Lernen vom Besten: In zehn vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Modellprojekten soll ein strukturierter Lernprozess umgesetzt werden.

DÄB, H. 13, 30. März 2007

Gaebel: Die Disziplinen, die in dem

Gaebel: Der Diskussionsprozess in den Kliniken ist das Entscheidende, nicht weil sich die Mitarbeiter dadurch besser fühlen, sondern weil es den Patienten besser geht. Es geht immer um die Ergebnisqualität und nicht um das nette Reden miteinander. Doch ohne Kommunikation kommt das Ganze nicht in Gang.



Im Rückblick überrascht es schon, wie man reinen Versorgungskliniken – und das sind sieben von den neun in dem von mir geleiteten Projekt – zumuten kann, zusätzliche Daten zu erheben und dabei auch gute Ergebnisse zu erzielen. Es mussten ja Daten von vielen Tausenden Patienten dokumentiert werden.

Dass das eigentlich mühsam funktioniert, gibt uns Hoffnung, diese Parameter künftig in die Routine implementieren zu können.

nere Medizin bis zur Chirurgie. Deshalb ist es mit der Vergleichbarkeit nicht ganz einfach. Dennoch: Vieles wird in den verschiedenen Projekten nach einem ähnlichen Design durchgeführt. Sie müssen Sie mit den Erfahrungen von Frauen in den verschiedenen Projektphasen erläutern. In der Psychiatrie ist es noch zu erläutern.



Beim letzten gemeinsamen Workshop der Projektträger im November haben wir allerdings projektübergreifend festgestellt, dass die Messungen gar nicht das Wesentliche sind. Das Wesentliche ist, dass man einen Aufhänger hat, um über Probleme zu diskutieren.

Oberstes Ziel ist die Ergebnisqualität

INTERVIEW

zum Förderschwerpunkt „Benchmarking im Gesundheitswesen“ (BIG) mit Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Dr. med. Birgit Janssen und Dr. med. Hiltrud Kastenholz

QUALITÄTSSICHERUNG

Der Weg ist das Ziel

Lernen vom Besten: In zehn vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Modellprojekten soll ein strukturierter Lernprozess umgesetzt werden.

DÄB, H. 13, 30. März 2007

Gaebel: Die Disziplinen, die in dem

Gaebel: Der Diskussionsprozess in den Kliniken ist das Entscheidende, nicht weil sich die Mitarbeiter dadurch besser fühlen, sondern weil es den Patienten besser geht. Es geht immer um die Ergebnisqualität und nicht um das nette Reden miteinander. Doch ohne Kommunikation kommt das Ganze nicht in Gang.



Im Rückblick überrascht es schon, wie man reinen Versorgungskliniken – und das sind sieben von den neun in dem von mir geleiteten Projekt – zumuten kann, zusätzliche Daten zu erheben und dabei auch Ergebnisse zu erzielen. Es mussten ja Daten von vielen Tausenden Patienten dokumentiert werden. Dass das eigentlich mühsam funktioniert, gibt uns Hoffnung, diese Parameter künftig in die Routine implementieren zu können.

den. Dass das eigentlich mühsam funktioniert, gibt uns Hoffnung, diese Parameter künftig in die Routine implementieren zu können.

Roeder: das Prinzip des Benchmarkings ist völlige Offenheit und Transparenz. Kliniken konnten nur mitmachen, wenn sie sich verpflichtet hatten, alles offenzulegen.

nere Medizin bis zur Chirurgie. Deshalb ist es mit der Vergleichbarkeit nicht ganz einfach. Dennoch: Vieles wird in den verschiedenen Projekten nach einem ähnlichen Design durchgeführt. Sie müssen Sie mit den Erfahrungen von Frauen in den verschiedenen Projekten in der Psychiatrie erläutern.



Beim letzten gemeinsamen Workshop der Projektträger im November haben wir allerdings projektübergreifend festgestellt, dass die Messungen zwar nicht das Wesentliche sind. Das Wesentliche ist, dass man einen Aufhänger hat, um über Probleme zu diskutieren.

Offenheit und Transparenz sind unerlässlich

INTERVIEW

zum Förderschwerpunkt „Benchmarking im Gesundheitswesen“ (BIG) mit Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Dr. med. Birgit Janssen und Dr. med. Hilfrud Kastenholz

QUALITÄTSSICHERUNG

Der Weg ist das Ziel

Lernen vom Besten: In zehn vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Modellprojekten soll ein strukturierter Lernprozess umgesetzt werden.

DÄB, H. 13, 30. März 2007

Gaebel: Die Disziplin

Gaebel: Der Diskussionsprozess in den Kliniken ist das Entscheidende, nicht weil sich die Mitarbeiter dadurch besser fühlen, sondern weil es den Patienten besser geht. Es geht immer um die Ergebnisqualität und nicht um das nette Reden miteinander. Doch ohne Kommunikation kommt das Ganze nicht in Gang.



Im Rückblick rascht es schon reinen Versorgerinnen – und dabei von den neuen von mir geleitet – zumuten zusätzliche Daten ben und dabei Ergebnisse zu erzielen. Es mussten ja Daten von vielen Tausenden Patienten dokumentiert werden.



haben wir allerdings projektend festgestellt, dass die gar nicht das Wesentliche ist, dass man

Nachhaltigkeit der Projektergebnisse schon jetzt durch externe Evaluation und Internetpräsenz zum internen / externen Erfahrungsaustausch sichergestellt.

Roeder: Das Prinzip des Benchmarkings ist völlige Offenheit und Transparenz. Kliniken konnten nur mitmachen, wenn sie sich verpflichtet hatten, alles offenzulegen.

nerer Medizin bis zur Chirurgie. Deshalb ist es mit der Vergleichbarkeit nicht noch: Vieles von denen Projekte chen Design a

Kastenholz: Schon bei der Auswahl wurde darauf geachtet, dass die Vorhaben ein hohes Potenzial für eine nachhaltige Wirkung haben. Das BMG hat zusätzlich verschiedene Maßnahmen initiiert, um die Stetigkeit dieser Projekte zu fördern. Wir haben – mit zusätzlichem Geld finanziert – eine Internetplattform etabliert, um über ein Diskussionsforum den Austausch aller Projektteilnehmer untereinander in einem geschützten Raum möglich zu machen, aber auch, um andere darüber zu informieren. Auf der Internetseite www.benchmarking-qm.de kann man sich über die Projekte informieren und Kontakte knüpfen.

Wir werden jetzt über einen Zeitraum von zwei Jahren eine Evaluationsstudie durchführen, für die wir zusätzliches Geld zur Verfügung gestellt haben, durchzuführen. Diese soll auch die verallgemeinbaren Erkenntnisse herausarbeiten und praktische Handlungsanleitungen für alle diejenigen geben, die ähnliche Projekte umsetzen wollen.

INTERVIEW

zum Förderschwerpunkt „Benchmarking im Gesundheitswesen“ (BIG) mit Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Dr. med. Birgit Janssen und Dr. med. Hiltrud Kastenholz

QUALITÄTSSICHERUNG

Der Weg ist das Ziel

Lernen vom Besten: In zehn vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Modellprojekten soll ein strukturierter Lernprozess umgesetzt werden.

DÄB, H. 13, 30. März 2007

Gaebel: Die Disziplin

Gaebel: Der Diskussionsprozess in den Kliniken ist das Entscheidende, nicht weil sich die Mitarbeiter dadurch besser fühlen, sondern weil es den Patienten besser geht. Es geht immer um die Ergebnisqualität und nicht um das nette Reden miteinander. Doch ohne Kommunikation kommt das Ganze nicht in Gang.

Kastenholz: Ich glaube, eine gesetzliche Verpflichtung zum Benchmarking wird nicht in der Weise umgesetzt werden, wie es hier in den Projekten gelebt wird. Man muss die Überzeugung der Menschen gewinnen, und sie müssen wissen, dass davon einen Nutzen haben. Das reicht man nicht, wenn es zwangsmäßig übergestülpt wird. ■

Im Rückblick rascht es schon reinen Versorgerinnen – und dabei von den neuen von mir geleitet – zumuten zusätzliche Daten ben und dabei Ergebnisse zu erzielen. Es mussten ja Daten von vielen Tausenden Patienten dokumentiert werden. Dass das eigentlich mühsam funktioniert, gibt uns Hoffnung diese Parameter künftig in die Routine implementieren zu können.



haben wir allerdings projektweit festgestellt, dass die gar nicht das Wesentliche ist, dass man hänger hat, um über Problematiken.

Roeder: das Prinzip des

Nutzen von Benchmarking muss für alle Beteiligten erkennbar sein.

pflichtet hatten, alles offenzulegen.

nerer Medizin bis zur Chirurgie. Deshalb ist es mit der Vergleichbarkeit nicht noch: Vieles w denen Projekte chen Design a

Kastenholz: Schon bei der Auswahl wurde darauf geachtet, dass die Vorhaben ein hohes Potenzial für eine nachhaltige Wirkung haben. Das BMG hat zusätzlich verschiedene Maßnahmen initiiert, um die Stetigkeit dieser Projekte zu fördern. Wir haben – mit zusätzlichem Geld finanziert – eine Internetplattform etabliert, um über ein Diskussionsforum den Austausch aller Projektteilnehmer untereinander in einem geschützten Raum möglich zu machen, aber auch, um andere darüber zu informieren. Auf der Internetseite www.benchmarking-qm.de kann man sich über die Projekte informieren und Kontakte knüpfen.

Wir werden jetzt über einen Zeitraum von zwei Jahren eine Evaluation, für die wir zusätzliches Geld zur Verfügung gestellt haben, durchführen. Diese soll auch die verallgemeinerbaren Erkenntnisse herausarbeiten.

Förderschwerpunkt “Benchmarking in der Patientenversorgung”

- Der Verbund – Ziele und Projekte
- Ergebnisse aus den Projekten
- Ergebnisse auf Verbundebene
- **Ausblick – Nachhaltigkeit der Strukturen**

Nachhaltigkeit des Förderschwerpunktes

- Externe Evaluation des Förderschwerpunkts
- Ergebnisverwertung und –verankerung durch AG Nachhaltigkeit
- Internetplattform als Forum zum Erfahrungsaustausch zwischen den Projekten
- www.benchmarking-qm.de als Internetportal zur externen Ergebnisdarstellung

Durchführung wissenschaftliche Begleitstudie zu den Modellprojekten:

- *Erhebung zu bislang in Deutschland durchgeführten Benchmarkansätzen (bspw. BQS)*
- *Einordnung der Ergebnisse der Modellprojekte vor dem Hintergrund bisheriger Benchmarkingansätze*
- *Einbezug der Ergebnisse der AG Nachhaltigkeit der Projekte*
- Bericht zu *verallgemeinerungsfähigen Ergebnissen der Modellprojekte*
- Leitfaden zu *allgemein übertragbaren Instrumenten des Benchmarking, zu notwendigen Rahmenbedingungen und möglichen Hindernissen*

Dauer 24 Monate, Beginn in 2007 (Prof. Geraedts, Düsseldorf; Prof. Selbmann, Tübingen)

Benchmarking - Windows Internet Explorer

http://www.benchmarking-qm.de/

Benchmarking

Aktuelles | Thema | Symposium | Projekte | Glossar | Presse | Service | Gästebuch | Intern | Kontakte | Impressum |

Benchmarking im Gesundheitswesen
BIG



Benchmarking im Gesundheitswesen

Wußten Sie schon ...

... daß Schizophrenie von griechisch "schizein = spalten" und "phren = Verstand" kommt? Den thematischen Bezug zu unserer Seite finden Sie hier.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!