

Das Krankenhaus

im Großherzogtum
in 2020

Hinweise & Empfehlungen

•Beruflicher Werdegang



- Medizinstudium in Straßburg.
- Klinische Tätigkeit 1982-2001 (Internist, Kardiologe).
- 2001-2004 Arbeit in KH-Verwaltung (Controlling, IT, QM).
- 2005-2008 Mitglied der Geschäftsleitung der Caritas
Trägersgesellschaft Saarbrücken + Beratung (mpool).
- Seit 10/2008 Geschäftsführer des Klinikums Straubing
in Bayern (435 Betten).

•Basis der Hinweise und Empfehlungen

- Zweimalige Évaluations qualité EHL& UCM der KH
Luxemburgs für die Jahre 2005 & 2006 auf der
Basis des EFQM-Modells (Durchführung 2006-2008).
- Seit 2001 *praktische* Erfahrungen in der Evaluation und
Steuerung von Krankenhäusern mit d. EFQM-Modell.
- Arbeitsschwerpunkte klinische Pfade, Patientenbefragungen
und Qualitätsindikatoren.

Übersicht

1. Risiken & Herausforderungen heute.
2. Chancen.
3. Empfehlungen.
4. Fazit.

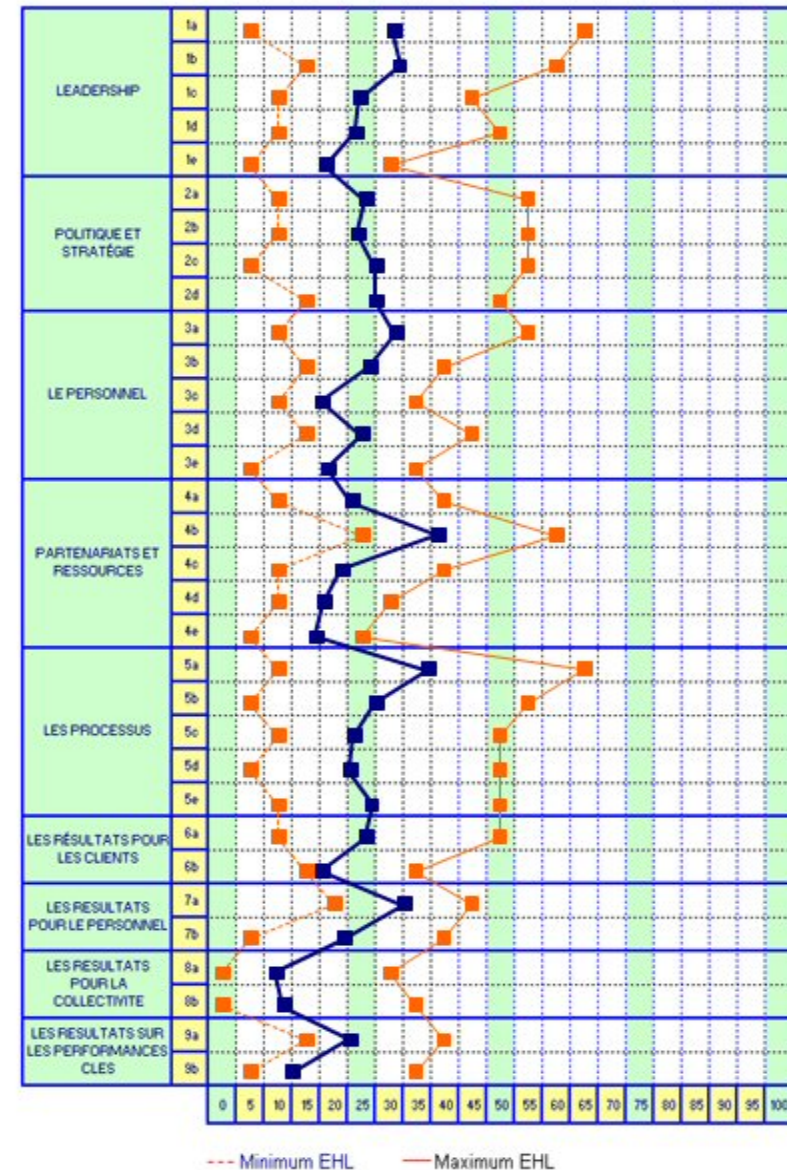
Allgemeine Risiken & Herausforderungen

- **Hohe Gesundheitsausgaben** mit weiter raschem Wachstum (Daten 1999-2005).
- Deutlich **höhere Lohnkosten** als benachbarte Länder.
- **Krankenhäuser** die deutlich **kleiner** sind als viele ausländische Wettbewerber.
- **Geringes Einzugsgebiet**.
- **Geringer (Qualitäts)-Wettbewerb** zwischen den Krankenhäusern.
- Problem von **Mindestmengen** bei High-Risk Verfahren oder selteneren Erkrankungen.
- **Erschwerte interne Steuerung** von Krankenhäusern durch z.T. lückenhafte **Datenbasis**.
- **Geringe Einbindung und Mitverantwortung von Ärzten** in die Steuerung von Krankenhäusern.
- **Geringe Transparenz der Qualität** der Krankenhäuser für Patienten und Versicherungen.
- Zunehmende **Mobilität von Patienten** – auch grenzüberschreitend.

Risiken & Herausforderungen im Spiegel der EFQM Bewertung 2006

Durchschnittlich **niedrigste Scores**
 für folgende **Subkriterien** :

Moyenne	Critère			
18,6 pts/100	1e	Les dirigeants identifient les changements nécessaires de l'organisation et s'en font les champions		
17,9 pts/100	3c	Le personnel est impliqué, se voit déléguer des responsabilités et le pouvoir d'agir		
18,9 pts/100	3e	L'organisation récompense, reconnaît et se préoccupe de son personnel		
18,2 pts/100	4d	La technologie est gérée		
16,8 pts/100	4e	L'information et la connaissance sont gérées		
17,9 pts/100	6b	Résultats pour les clients: Indicateurs de performance		
9,6 pts/100	8a	Résultats pour la collectivité: Mesures de perception		
11,1 pts/100	8b	Résultats pour la collectivité: Indicateurs de performance		
12,5 pts/100	9b	Indicateurs des performances clés		



Übersicht

1. Risiken & Herausforderungen heute.
2. Chancen.
3. Empfehlungen.
4. Fazit.

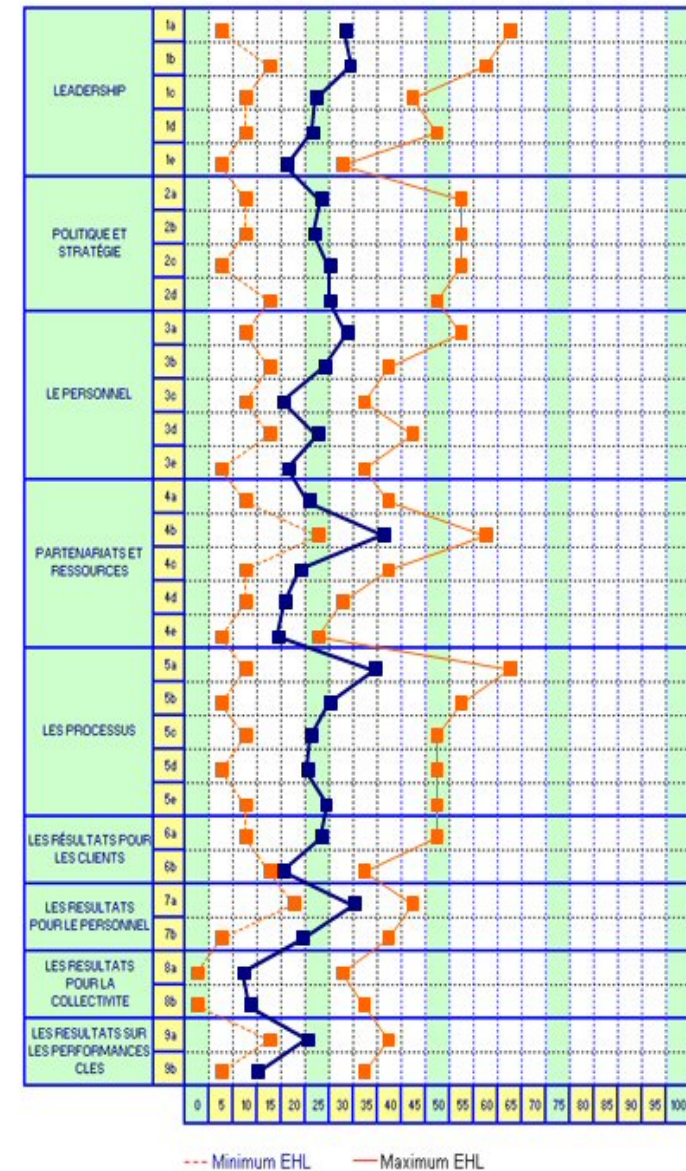
Allgemeine Chancen

- **Hohe** verfügbare **Ressourcen** für Gesundheitsausgaben.
- **Hohes** apparatives **Ausstattungs niveau** der luxemburgischen Krankenhäuser.
- **Wachsende** aktive **Bevölkerung** mit hohem **Privateinkommen**.
- **Hohe Lebensqualität** und **hohe Einkommen** ermöglichen es gezielt die **besten Ärzte Europas** zu rekrutieren.
- Mit dem **Programm « Incitants qualité »** und dem Benchmarking auf der Basis des EFQM-Modells sind wichtige **Entwicklungen auf nationaler Ebene** angestoßen worden (z.B. systematischeres Prozessmanagement).

Chancen & Stärken im Spiegel der EFQM Bewertung 2006

Durchschnittlich **höchste Scores**
 für folgende **Subkriterien** :

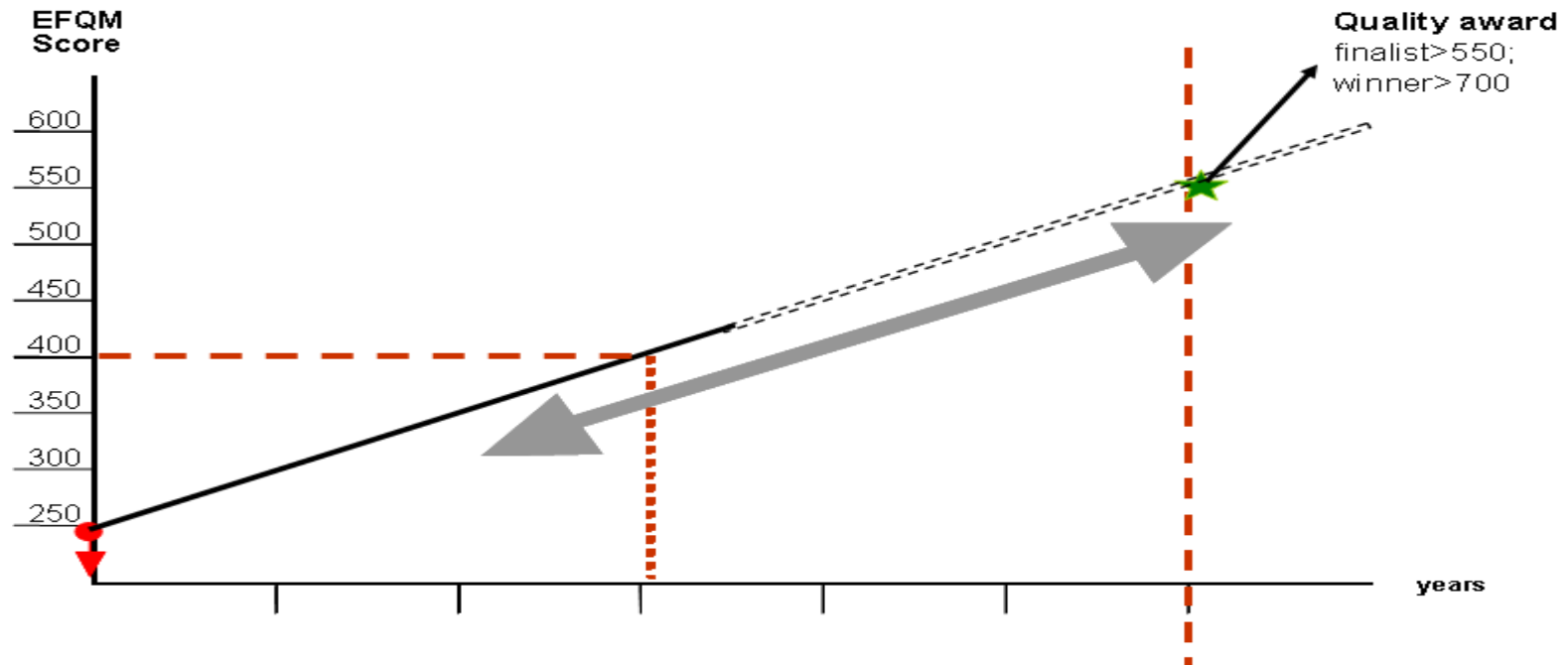
Moyenne	Critère	
30,7 pts/100	1a	Les dirigeants développent la mission, la vision, les valeurs et l'éthique de l'organisation et jouent le rôle de modèles d'une culture de l'Excellence.
32,1 pts/100	1b	Les dirigeants s'impliquent personnellement dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'amélioration continue du système de management de l'organisation
31,1 pts/100	3a	Les ressources humaines sont planifiées, gérées et améliorées
38,6 pts/100	4b	Les ressources financières sont gérées
36,8 pts/100	5a	Les processus sont conçus et gérés de façon systématique
32,5 pts /100	7a	Personnel: Mesures de perception



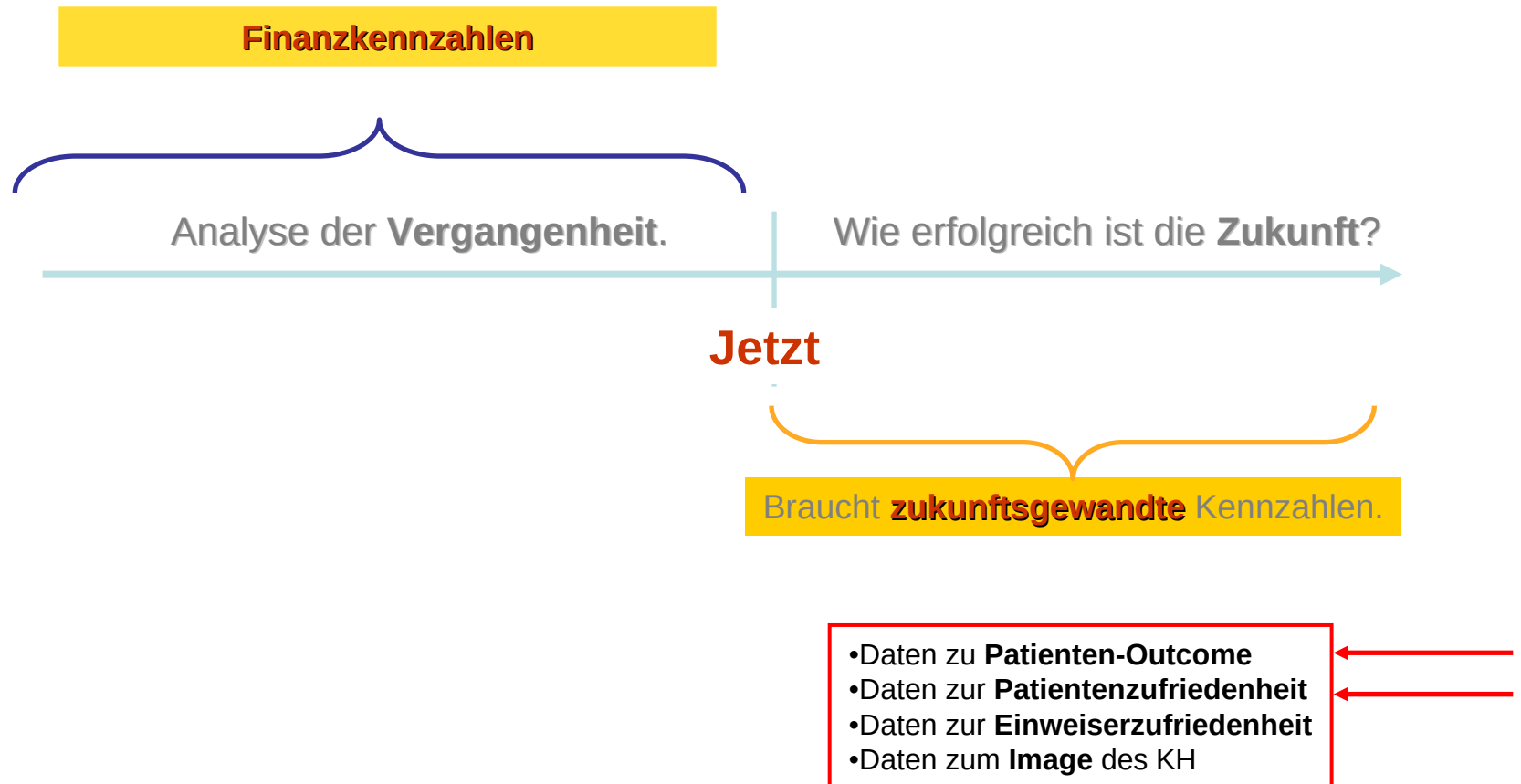
Übersicht

1. Risiken & Herausforderungen heute.
2. Chancen.
3. Empfehlungen aus mikroökonomischer Sicht.
4. Fazit.

2006 lag der Durchschnitt der globalen EFQM-Scores der Krankenhäuser bei knapp 250 Pkten:
Wie könnte eine systematische Entwicklung zur Exzellenz aussehen?



Empfehlung 1: Für eine **Zukunftsgewandte Unternehmenssteuerung** sorgen.

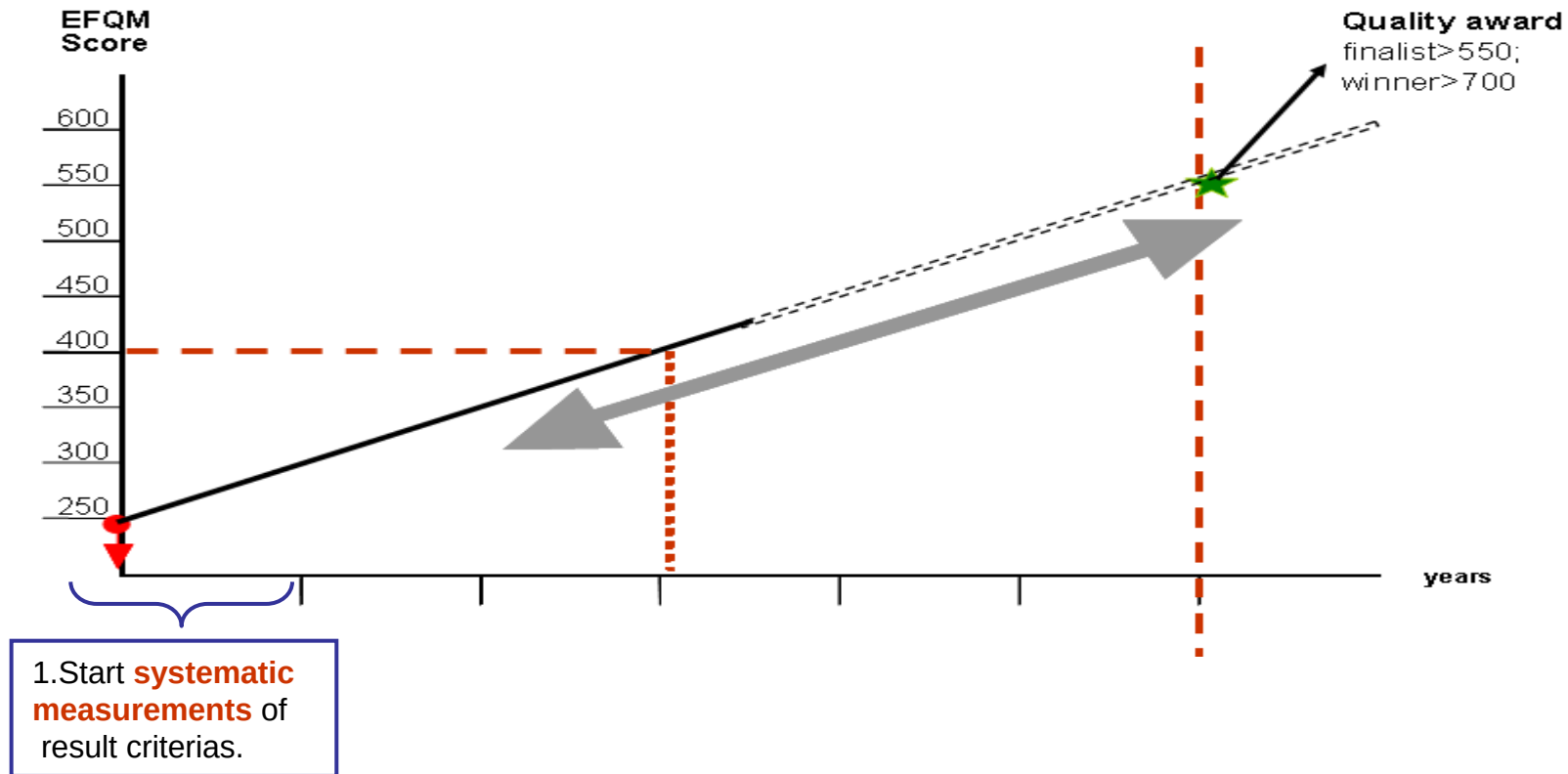


Arbeit mit Qualitätsindikatoren

- Auswahl international anerkannter QI-Sets.
- In fast 5 jährigem Benchmarking in der Arbeitsgruppe „Qualitätsindikatoren für kathol. Krankenhäuser“ (40 KH) zeigt sich, dass eine Kombination aus ca. 75 Helios-Indikatoren + einige PSI (AHRQ) Indikatoren optimal erscheint.
- Quartalsmäßige Diskussion mit den Ärzten.
- Aus der Erfahrung: Wichtigste Maßnahme zur qualitativen Steuerung des KH.
- Schafft eine beeindruckende Dynamik der Verbesserungen in den Krankenhäusern.
- Machvolles Marketinginstrument insbesondere in Richtung „Info-Elite“ und bezogen auf elektive Eingriffe.

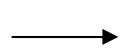
3M AHRQ Patient Safety Indicators - Überblick -									
3M Helios Qualitätsindikatoren 2. Generation - Überblick -									
Zeitraum	2008	Kleiner oder gleich Erwartungswert		20% über Erwartungswert		mehr als 20% über Erwartungswert		Krankenhaus	Vergleich
Krankenhaus	240	240	bis	20%	über Erwartungswert			240	240
Vergleich	Alle KH							Alle KH	
01 Herzinfarkt									
01.01 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt									
01.02 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt, Alter kleiner 45 Jahre									
01.03 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt, Alter 45 bis 64 Jahre									
01.04 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt, Alter 65 bis 84 Jahre									
01.05 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt, Alter größer 84 Jahre									
01.06 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt (ICD I21, I22), Direktaufnahmen ohne Verlegungen									
02 Herzinsuffizienz									
02.01 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Alter größer 19 Jahre									
02.02 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Alter 20 bis 44 Jahre									
02.03 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Alter 45 bis 64 Jahre									
02.04 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Alter 65 bis 84 Jahre									
02.05 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Alter größer 84 Jahre									
03 Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter									
03.01 - Summe der Fälle mit Linksherzkatheter mit Koronarangioplastik-Intervention									
03.02 - Todesfälle bei Linksherzkatheter MIT Herzinfarkt, ohne Herzoperation									
03.03 - Todesfälle bei Linksherzkatheter OHNE Herzinfarkt, ohne Herzoperation									
04 Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator									
04.01 - Schrittmacherversorgung (Implantationen und Wechsel incl. Defibrillatoren)									
05 Schlaganfall (Stroke)									
05.01 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen									
05.02 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen, Alter kleiner 45 Jahre									
05.03 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen, Alter 45 bis 64 Jahre									
05.04 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen, Alter 65 bis 84 Jahre									
05.05 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen, Alter größer 84 Jahre									
05.06 - Todesfälle bei Hirninfarkt (ICD I63, Alter größer 19 Jahre)									
05.07 - Todesfälle bei Intrazerebrale Blutung (ICD I61, Alter größer 19 Jahre)									
05.08 - Todesfälle bei Schlaganfall nicht näher bezeichnet (ICD I64)									
05.09 - Anteil Schlaganfall nicht näher bezeichnet (I64)									
06 Pneumonie (Lungenentzündungen)									
06.01 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie, alle Altersgruppen									
06.02 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie, Alter kleiner 15 Jahre									
06.03 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie, Alter 15 bis 44 Jahre									
06.04 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie, Alter 45 bis 64 Jahre									
06.05 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie, Alter 65 bis 84 Jahre									
06.06 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie, Alter größer 84 Jahre									

Self-Assessment journey: progress of about 50-100 pts/year possible
... if taking the right actions!

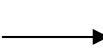


Empfehlung 2: Für eine **zielgerichtete Ressourcenallokation** sorgen („Evidence based Management“, statt „Eminence based Management“)

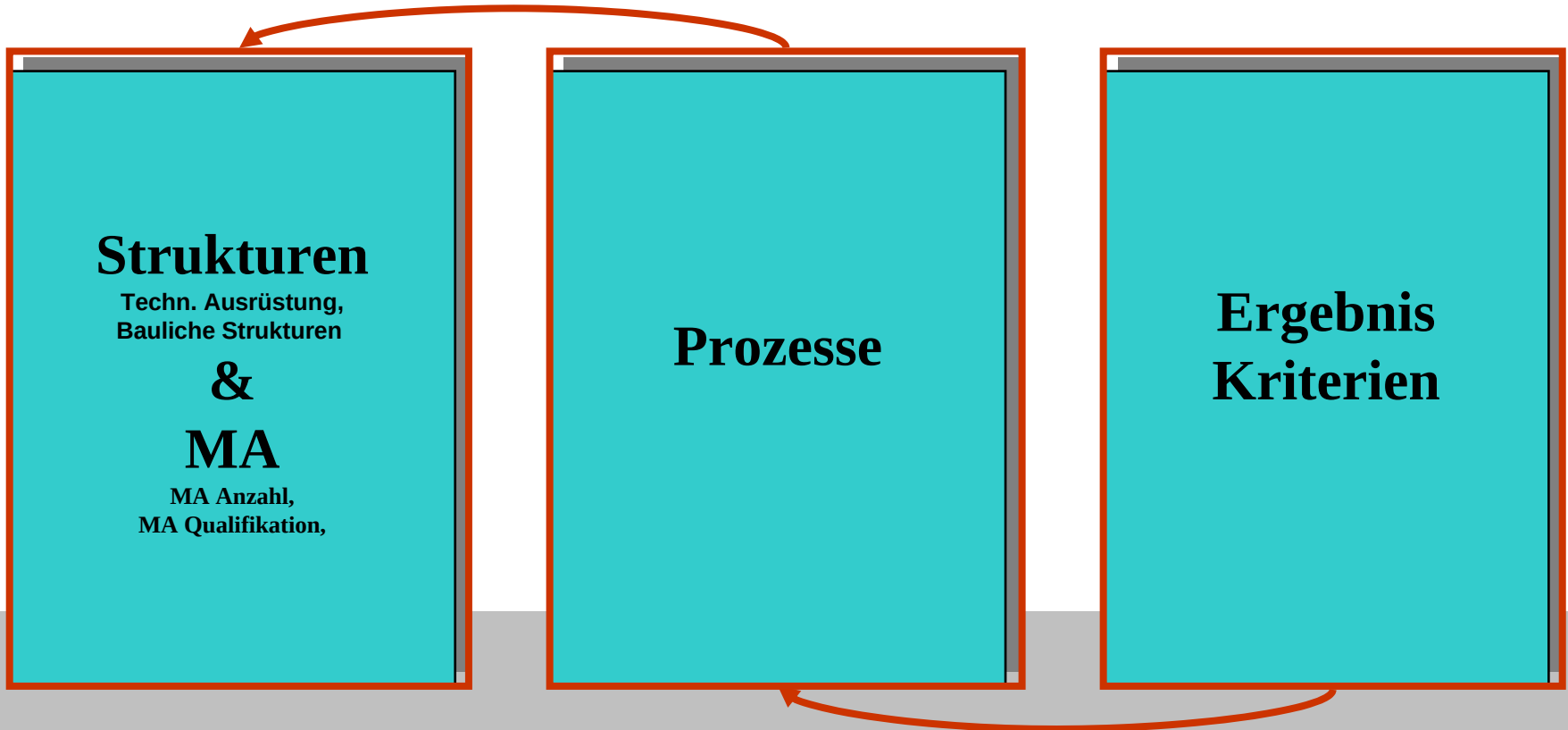
Ergebnisse
anschauen,
wo **nicht-OK**



Überprüfung der entspr. **Prozesse**

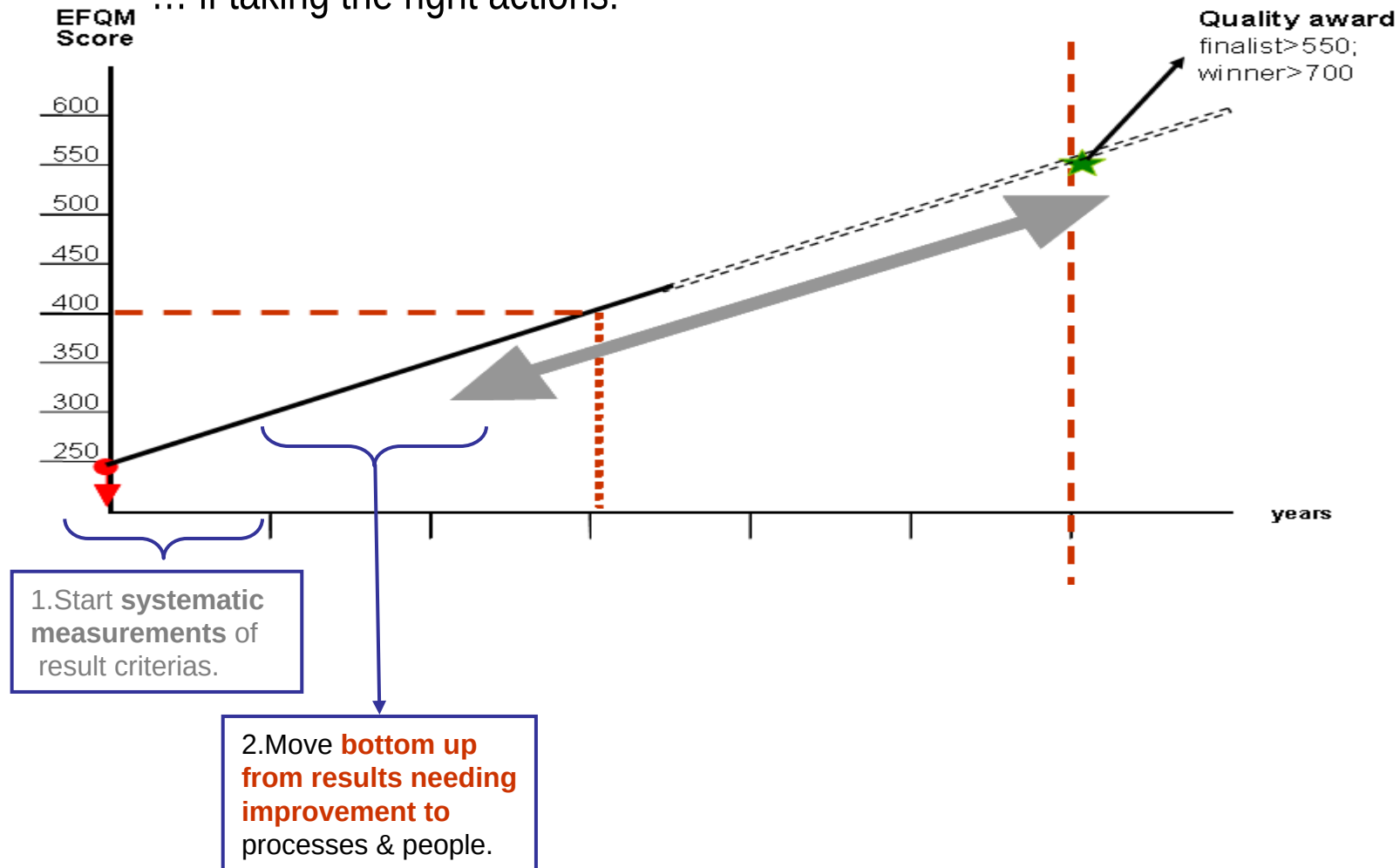


Strukturen & MA
anschauen
(Auswahl, Qualification,
Training, Mitarbeit)



Self-Assessment journey: progress of about 50-100 pts/year possible

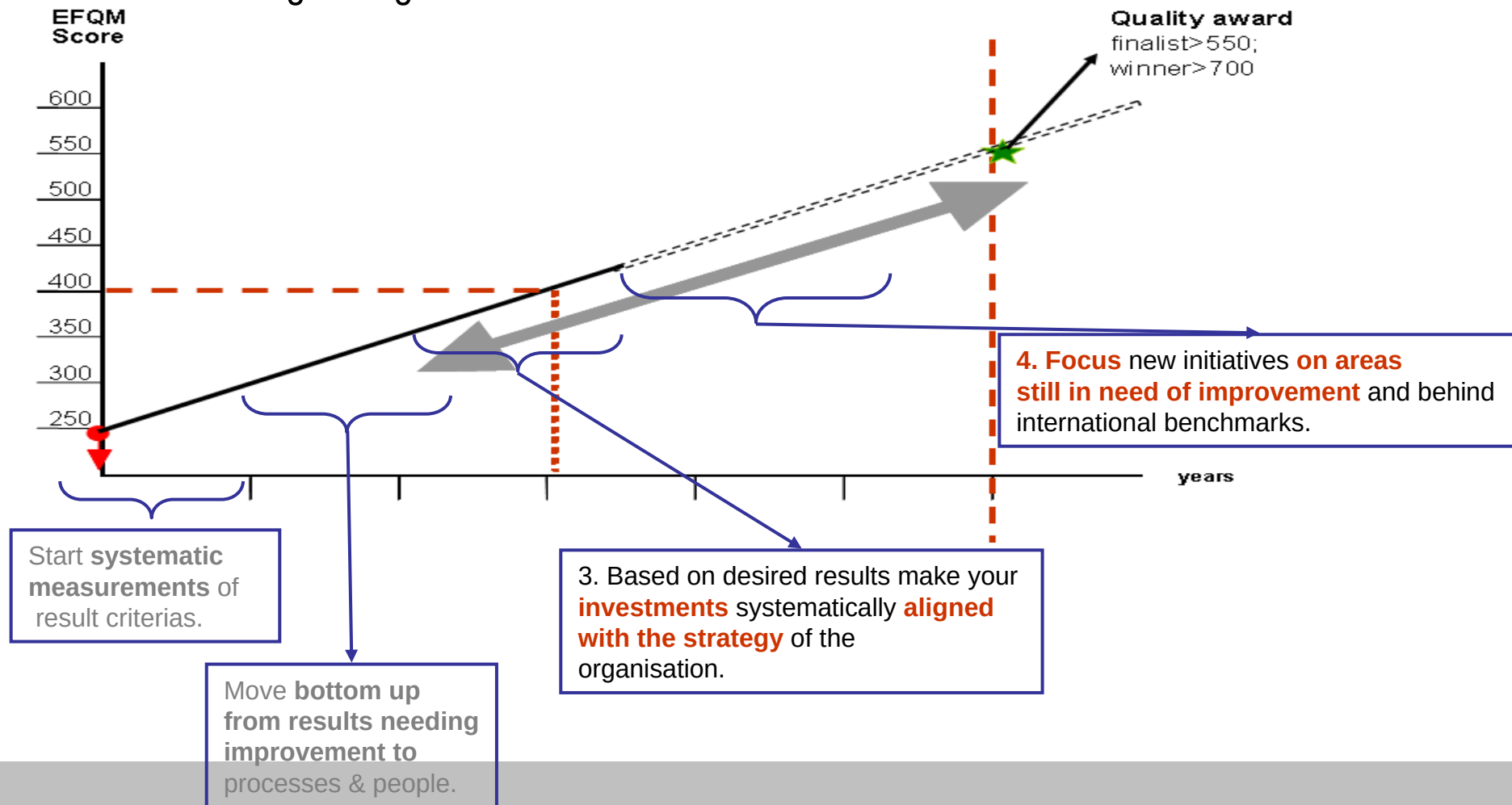
... if taking the right actions!



Empfehlung 3: Die Krankenhäuser mit **Strukturen** und **Befugnissen** ausstatten, so dass nicht nur verwaltet sondern auch **pro-aktiv gemanagt** werden können.

- **Integrierte kontinuierliche Analyse** von Erlösen, Kosten, Qualitätsindikatoren und Patientenzufriedenheit.
- **Konvergenz der Interessen** zwischen Krankenhaus und Ärzten/MA **schaffen**:
Ergebnisse (Erlöse, Kosten, QI, Befrag.) mit direkten pos./neg.
Auswirkungen(finanziell u/o nicht finanziell) für Ärzte und Mitarbeiter).
- **Die Verantwortlichkeit der Krankenhäuser stärken**: Wie ein niedergelassener Arzt gegenüber seinen Patienten die Verantwortung für die Qualität seiner ganzen Praxis übernimmt, so muss ein Krankenhaus als Organisation in die Lage versetzt werden, Patienten gegenüber Qualitätsversprechen zu tätigen und ggf. auch gegenüber eigenen Ärzten diese Standards durchzusetzen.
- **Ärztliche Kompetenz und Weisungsbefugnis** in die Krankenhausleitung verankern und in die langfristige Strategie der Organisation systematisch einbinden.

Self-Assessment journey: progress of about 50-100 pts/year possible ... if taking the right actions!



Übersicht

1. Risiken & Herausforderungen heute.
2. Chancen.
3. Empfehlungen aus mikroökonomischer Sicht.
4. Fazit.

- Der vor Jahren begonnene Weg des Qualitätsmanagements nach dem **EFQM-Modell** hat in **manchen** Häusern **beeindruckende Veränderungsprozesse** angeworfen.
- Bisher ist aber die Kernfrage der **Qualität der Behandlung** nur sehr **wenig** von diesem Prozess **berührt** worden.
- Der Veränderungsdruck in Krankenhäusern benachbarter Länder ist enorm und es sollte vor dem Hintergrund einer zunehmenden **Öffnung der Märkte** für Gesundheitsleistungen darauf geachtet werden, die **Wettbewerbsfähigkeit** der Krankenhäuser Luxemburgs **systematisch** zu **stärken**.
- Die erfolgreiche Fortsetzung des begonnenen EFQM-geleiteten Veränderungs-Prozesses und die Behauptung der luxemburgischen Krankenhäuser im EU-Gesundheitsmarkt sind greifbar. Dafür müssen aber noch systematischer als bisher **Strukturen und Arbeitsmethoden** der Krankenhäuser **auf Ergebnisse ausgerichtet** werden.