

Aus dem Universitätsklinikum Münster

Stabsstelle Medizincontrolling

Leiter: Prof. Dr. med. Norbert Roeder

Der medizinische Qualitätsbericht

-

Bewertung und Entwicklung von Qualitätsindikatoren

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Siebers, Ludwig
aus Bocholt

2005

Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. H. Juergens
1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. N. Roeder
2. Berichterstatter: PD Dr. med. G. Gosheger
Tag der mündlichen Prüfung: 1.9.2005

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Stabsstelle Medizincontrolling
– Leiter: Prof. Dr. med. Norbert Roeder –
Referent: Prof. Dr. med. Norbert Roeder
Koreferent: PD Dr. med. G. Gosheger

ZUSAMMENFASSUNG

Der medizinische Qualitätsbericht – Beurteilung und Entwicklung von
Qualitätsindikatoren

Siebers, Ludwig

Ab dem Jahr 2005 sind alle Krankenhäuser in Deutschland gesetzlich dazu verpflichtet, einen Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen hat zu diesem Zweck vereinbart, welche Inhalte in einem solchen Bericht enthalten sein müssen. Am Beispiel des Qualitätsberichtes für das Universitätsklinikum Münster wurde untersucht, inwieweit ein Bericht auf dieser Basis eine verlässliche Aussage zur Qualität machen kann. Weiterhin wurde zusammengestellt, welche Schritte nötig sind, um die Qualitätsberichterstattung weiterzuentwickeln. Die Vereinbarung der Selbstverwaltung beschränkt sich bisher weitgehend auf die Erfassung von Strukturdaten von Krankenhäusern. Nationale und internationale Erfahrungen in der Darstellung von Qualität zeigen jedoch, dass auf die Erfassung von Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätsberichterstattung nicht verzichtet werden darf. Es werden Möglichkeiten aufgezeigt, in den kommenden Jahren Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die eine verlässliche und aussagekräftige Vergleichbarkeit von Kliniken ermöglichen. Die vorgestellten Klassen von Indikatoren können von jedem Fachbereich auf die individuellen Verhältnisse angepasst und weiterentwickelt werden. Die so entwickelten Indikatoren können dann eine verlässliche Vergleichbarkeit der Qualität deutscher Krankenhäuser ermöglichen. Dabei soll ein Konzept von Qualität zu Grunde gelegt werden, welches über komplikationslose Behandlung von Patienten hinausgeht und im Sinne eines modernen Qualitätsmanagements alle Bereiche eines Krankenhauses erfasst.

Tag der mündlichen Prüfung: 1.9.2005

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	1
1. EINLEITUNG	1
2. METHODIK	7
2.1. Vorgehen.....	7
2.2. Gesetzliche Vorgabe	8
3. ERGEBNIS	10
3.1. Medizinische Indikatoren	10
3.2. Vorliegende Qualitätsberichte	12
3.2.1. National.....	12
3.2.2. International.....	15
3.3. Parameter der Strukturqualität	19
3.3.1. Im erstellten Bericht enthaltene Parameter	19
3.3.2. Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten	25
3.4. Parameter der Prozessqualität	25
3.4.1. Im erstellten Bericht enthaltene Parameter	25
3.4.2. Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten	26
3.5. Parameter der Ergebnisqualität.....	30
3.5.1. Risikoadjustierung	30
3.5.2. Im erstellten Bericht enthaltene Parameter	32
3.5.3. Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten	33
3.6. Andere Inhalte eines Qualitätsberichtes	38
3.6.1. Im erstellten Bericht enthaltene Parameter	38
3.6.2. Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten	39
4. DISKUSSION	40
4.1. Allgemeines	40
4.2. Parameter der Strukturqualität	48
4.2.1. Im erstellten Bericht enthaltene Parameter	48
4.2.2. Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten	59
4.3. Parameter der Prozessqualität	59
4.3.1. Im erstellten Bericht enthaltene Parameter	59
4.3.2. Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten	60
4.4. Parameter der Ergebnisqualität.....	67
4.4.1. Im erstellten Bericht enthaltene Parameter	67
4.4.2. Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten	67

4.5.	Andere Inhalte eines Qualitätsberichtes	73
4.5.1.	Im erstellten Bericht enthaltene Parameter	73
4.5.2.	Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten	74
4.6.	Abschließende Empfehlung	75
4.7.	Praktische Hinweise zur Erstellung des Qualitätsberichtes	76
5.	LITERATURVERZEICHNIS.....	78
	LEBENS LAUF	84
6.	ANHANG	I
6.1.	Musterbericht.....	I
6.2.	Entwicklungsschablonen	XII

Abkürzungsverzeichnis

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DRG	Diagnosis Related Group
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
et al.	et alii (lat.: und andere)
etc.	et cetera (lat.: und Weiteres)
ggf.	gegebenenfalls
ICD	International Code of Diagnosis
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
LBK	Landesbetrieb Krankenhäuser
NQF	National Quality Forum
OPS	Operationsschlüssel
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
SGB	Sozialgesetzbuch
THCIC	Texas Health Care Information Council
v.a.	vor allem
z.B.	zum Beispiel

1. Einleitung

Die Sicherstellung und Dokumentation der Qualität medizinischer Leistungen hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Wie der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001 zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit festgestellt hat, gibt es viele Bereiche der medizinischen Versorgung, in denen Über-, Unter- und Fehlversorgung vorliegen. Um diese Defizite abzubauen, hat der Gesetzgeber zahlreiche Instrumente der Qualitätssicherung in das deutsche Gesundheitssystem eingeführt. Diese betreffen neben dem ambulanten Sektor (Disease-Management-Programme, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, etc.) auch die stationäre Versorgung. Neben der Verpflichtung, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu etablieren, müssen alle zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland ab dem Jahr 2005 in zweijährigen Abständen einen strukturierten Qualitätsbericht vorlegen. Es soll die Möglichkeit geschaffen werden, Kliniken anhand ihrer Leistungen zu vergleichen und Unterschiede hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten und –ergebnisse offen zu legen. Die Veröffentlichung und vergleichende Darstellung der Berichte wurde den Landesverbänden der Krankenkassen übertragen. Eine besondere Bedeutung kommt diesen Qualitätssicherungsmaßnahmen im Zusammenhang mit anderen Veränderungen im Gesundheitswesen zu. Mit der Einführung einer Vergütung auf Basis von Fallpauschalen geht die Befürchtung einher, dass die Qualität der Behandlung unter zunehmendem ökonomischem Druck Einbußen erleidet. Eine pauschale Vergütungsform schafft Anreize, Leistungen einzusparen und die Verweildauer der Patienten in der Klinik zu reduzieren. Hier stellt der Qualitätsbericht ein Gegengewicht dar, indem er der Wirtschaftlichkeit einer Klinik die Qualität ihrer Leistungen gegenüberstellt. Somit ist es wirtschaftlich sinnvoll und notwendig, Leistungen auf qualitativ hochwertigem Niveau zu erbringen, da sonst eine Abwanderung von Patienten zu konkurrierenden Kliniken droht. Inhalte des Qualitätsberichtes können im Extremfall zu Existenzschwierigkeiten einer Klinik führen, wenn Qualitätsdefizite nachgewiesen werden und die Klinik es nicht schafft, diese zu beheben. Eine

Leistungs- und Qualitätsdarstellung, die in anderen Bereichen seit Jahren gängige Praxis ist, ist für das Gesundheitswesen in Deutschland relativ neu. Erst in den letzten Jahren haben einige Kliniken damit begonnen, Berichte zu veröffentlichen, die den Patienten Einblick in Art, Umfang und Qualität ihrer Leistungen geben sollen (33;67;68). Vor allem große Kliniken oder Klinikgruppen haben es verstanden, diese Form der Außendarstellung als Werbeinstrument zu nutzen. Bei der Durchsicht dieser Berichte wird jedoch deutlich, dass es sich oftmals nicht um eine objektive Darstellung der Qualität handelt, sondern um eine Form der professionellen Selbstdarstellung, deren Wert durch mangelnde Vergleichbarkeit der Daten für den Leser sehr eingeschränkt ist.

Um eine Vergleichbarkeit der Qualitätsberichte zu gewährleisten, bedarf es einer einheitlichen Vorgabe. Die Aufgabe, diese Vorgabe zu erstellen, wurde der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen übertragen, die daraufhin Ende 2003 die Inhalte in einer gemeinsamen Vereinbarung festgelegt hat. Diese Vorgabe beschränkt sich weitgehend auf die Darstellung von Parametern der Strukturqualität und ermöglicht kaum Aussagen zur Qualität der Behandlung.

Damit der Qualitätsbericht in Zukunft zu einem sinnvollen Vergleichs- und Steuerungsinstrument auf Basis verlässlicher und aussagekräftiger Inhalte werden kann, bedarf es der (Weiter-)entwicklung seiner Inhalte. Um Qualität zu messen und vergleichend darzustellen, ist die Festlegung von Qualitätsindikatoren zu fordern. Diese müssen aus den komplexen Sachverhalten medizinischer Leistungen Kernpunkte identifizieren, deren Ausprägung eindeutig zu erfassen ist und die eine verlässliche Bewertung der Qualität zulassen. Mit der vorliegenden Arbeit sollen verschiedene Arten solcher Qualitätsindikatoren vorgestellt werden, mit deren Einführung der medizinische Qualitätsbericht hinsichtlich einer vergleichenden Darstellung der Qualität der beobachteten Kliniken verbessert werden kann.

Die Festlegung von Qualitätsindikatoren unterliegt immer einer bestimmten Definition von Qualität. Unterschiedliche Indikatoren beleuchten verschiedene Ausprägungen von Qualität. Nach Donabedian kann die medizinische Qualität in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität differenziert werden.

Strukturqualität

Die Strukturqualität bezeichnet die Rahmenbedingungen medizinischer Versorgung im Hinblick auf personelle Voraussetzungen (z.B. Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter), räumliche und apparative Ausstattung der Organisation und finanzielle Lage des Unternehmens. Sie beschreibt das Potential einer Organisation, Qualität zu erzeugen. Dabei ist zu beachten, dass den Krankenhäusern häufig Mindestanforderungen bezüglich der Strukturqualität durch Gesetze, Verordnungen und Vorgaben vorgeschrieben sind. Als Beispiel sei bei der Personalausstattung die Ausbildungsstruktur und der Personalschlüssel eines Unternehmens erwähnt, der angibt, wie viele Leistungserbringer für eine bestimmte Patientenzahl vorzuhalten sind. Bezüglich der räumlichen Ausstattung finden sich Mindestanforderungen an die Größe von Behandlungsräumen und Patientenzimmern. Auf Seiten der Sachausstattung existieren Vorgaben zum technischen Stand und Alter der eingesetzten Geräte. Strukturqualität bezieht sich vornehmlich auf exakt erfassbare organisationsinterne Sachverhalte.

Prozessqualität

Die Prozessqualität beschreibt sämtliche diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen innerhalb eines Versorgungsablaufs. Die Qualität eines Leistungsprozesses ergibt sich aus dem Vergleich von bestimmten Kriterien mit entsprechenden Standards oder Durchschnittswerten. Mit Hilfe dieser Kriterien kann demnach zwischen einer guten und einer schlechten Qualität unterschieden werden, vorausgesetzt die verwendeten Kriterien sind für den zu analysierenden Bereich und das Erreichen des Ziels von Bedeutung, in Zahlen ausdrückbar, durch Verhalten messbar und erreichbar.

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität orientiert sich an den End- bzw. Zielpunkten medizinischer Versorgung, und beschreibt somit das Ausmaß der Erreichung von Leistungszielen. Allerdings kann die Qualität einer medizinischen Leistung nicht immer anhand von Ergebnissen (wie z.B. der Letalitätsrate) evaluiert werden. In Fällen, in denen solche „true end points“ nicht verfügbar sind, werden daher sog. Surrogatparameter (wie z.B. die stationäre Verweildauer) verwendet. Diese Parameter stehen jedoch immer nur in mittelbarer Beziehung zu medizinischen Behandlungsergebnissen und der Nachweis einer direkten Korrelation steht zumeist noch aus.

Abhängig von der Perspektive unterscheidet das Qualitätsmanagement klinische (z.B. Wundinfektionen), ökonomische (z.B. Verringerung der Fallkosten) und kundenorientierte Behandlungsergebnisse (z.B. Patienten- bzw. Einweiserzufriedenheit). Letztlich stellt die Ergebnisqualität die entscheidende Dimension der Qualität dar, denn die besten internen Strukturen und optimalen Arbeitsabläufe verfehlen ihr Ziel, wenn das gewünschte Ergebnis nicht erreicht wird. In diesem Zusammenhang muss deutlich gemacht werden, dass zwischen der Güte von Strukturen bzw. Prozessen und der Qualität des Ergebnisses keine mathematisch exakt quantifizierbare Korrelation besteht. Es ist daher wichtig zu untersuchen, inwieweit sich strukturelle Voraussetzungen und Prozesse auf das Behandlungsergebnis auswirken. Die Dokumentation und Evaluation der Ergebnisse ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen anhand von Vergleichen und definierten Maßstäben („outcome-research“) gewinnt vor diesem Hintergrund zunehmend an Bedeutung. Sicher ist, dass Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in einem engen wechselseitigen Beziehungsgeflecht stehen und voneinander abhängen.

Die Messung von Ergebnisqualität beinhaltet indirekt auch die Messung von Struktur- und Prozessqualität, weil Strukturen und Prozesse einen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Dieser Effekt ist in verschiedenen Bereichen unterschiedlich stark ausgeprägt und muss daher im Einzelfall belegt werden. Dies gilt vor allem dann, wenn im Umkehrschluss durch gute Struktur- und Prozessqualität gute Ergebnisqualität suggeriert wird.

Qualität hat für jeden Adressaten des Qualitätsberichtes eine andere Bedeutung. Den Patienten könnte das individuelle Behandlungsergebnis interessieren, den Mitarbeiter der sichere Arbeitsplatz und ein gutes Betriebsklima und die Gesellschaft der möglichst effiziente Umgang mit den vorhandenen Ressourcen. Auch innerhalb dieser Gruppen können die Ansprüche an Qualität nochmals divergieren. Dabei ist es beispielsweise von individuellen Erwartungen eines Patienten und von der Art seiner Erkrankung abhängig, was er von einem Klinikaufenthalt erwartet.

Für Routineeingriffe wäre die alleinige Darstellung der Überlebensraten für diesen Eingriff als Qualitätsparameter nicht ausreichend, wenn diese ohnehin nahezu 100% sind. Vielmehr könnte die Häufigkeit bestimmter Komplikationen oder die Zufriedenheit der Patienten mit den Leistungen der Klinik im Fokus des Interesses sein. Bei der Zusammenstellung möglicher Indikatoren kann auch auf Erfahrungen zurückgegriffen werden, die in anderen Ländern in diesem Zusammenhang gemacht wurden. In den USA gibt es zahlreiche Beispiele für den Einsatz von Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der Behandlungsqualität. Indikatoren, die auch für einen Einsatz in Deutschland in Frage kommen, können aus diesen Systemen auf die hiesigen Verhältnisse übertragen werden. Neben der Identifizierung geeigneter Parameter besteht eine weitere Herausforderung bei der Erstellung eines Qualitätsberichtes darin, die Daten verschiedener Kliniken vergleichbar zu machen, sodass die Ergebnisse tatsächlich unterschiedliche Behandlungsqualität widerspiegeln. Statistische Überlegungen sind dabei ebenso zu berücksichtigen wie eine adäquate Risikostratifizierung. Patientengruppen müssen so eindeutig definiert werden, dass unterschiedliche Ergebnisse nicht auf Unterschiede im Patientenspektrum zurückgeführt werden können. Anderenfalls würde dies stets als Erklärung für unterdurchschnittliche Ergebnisse herangezogen werden können.

Zahlreiche Qualitätsindikatoren können nicht aus den administrativen Daten abgeleitet werden. Dies bedeutet, dass eine zusätzliche Datengewinnung mit erheblichem Dokumentationsaufwand verbunden wäre. Zusätzlicher

Zeitaufwand für das medizinische Personal in den Kliniken muss jedoch sorgfältig gegen den zu erwartenden Erfolg der Maßnahmen abgewogen werden.

Die Berücksichtigung der weitreichenden Konsequenzen, die sich aus einer umfassenden Qualitätsberichterstattung für einzelne Kliniken ergeben können, macht deutlich, wie wichtig eine intensive Auseinandersetzung mit diesem Thema ist. Um zeitgleich mit der Einführung pauschaler Vergütungsformen die Qualität der Behandlung in deutschen Kliniken sicherzustellen, bedarf es einer zügigen Einführung des Qualitätsberichtes unter ständiger Weiterentwicklung seiner Inhalte.

2. Methodik

2.1. Vorgehen

Anstoß für die vorliegende Untersuchung war die in §137 SGB V festgelegte Forderung, dass alle Kliniken ab dem Jahr 2005 einen strukturierten Qualitätsbericht vorlegen müssen (64). Im Rahmen der gesetzlichen Vorgabe war der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen die Aufgabe übertragen worden, Struktur und Inhalt eines solchen Qualitätsberichtes festzulegen. Parallel zur Arbeit der Selbstverwaltung wurde im Rahmen dieser Dissertation Literatur zu bisherigen Erfahrungen mit Qualitätsberichten und anderen Formen der medizinischen Qualitätsbeurteilungen in Deutschland und international gesichtet. Hierbei wurden auch vorhandene Qualitätsberichte untersucht und Vor- und Nachteile verschiedener Berichtsformen herausgestellt.

Im Rahmen einer systematischen Suche in verfügbaren Datenbanken im Internet (Medline) wurde Literatur zu allen aus unserer Sicht für einen Qualitätsbericht relevanten Parametern zusammengetragen. Vor allem im anglo-amerikanischen Raum liegen Erfahrungen mit Qualitätsparametern vor, da dort die Qualitätsberichterstattung bereits seit vielen Jahren gängige Praxis ist. Für jeden Parameter konnte so der Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse festgestellt und auf dieser Basis eine Empfehlung für eine mögliche Aufnahme in den Qualitätsbericht nach §137 SGB V gegeben werden. Da bislang häufig nur Indikatoren aus bestimmten Bereichen vorliegen (v.a. Innere Medizin), wurden fachübergreifende Gruppen von Indikatoren untersucht, um diese den Kliniken später zur individuellen Weiterentwicklung an die Hand geben zu können.

Unter Verwendung der Vorgabe der Selbstverwaltung und unter Einbeziehung der Ergebnisse dieser Arbeit wurde so der Qualitätsbericht für das Universitätsklinikum Münster für das Jahr 2003 erstellt. Dazu wurde ein vorab festgelegter Arbeitsablauf verfolgt. Zuerst wurden alle geforderten Daten daraufhin überprüft, ob sie zentral von einer verantwortlichen Stelle für das

ganze Klinikum oder direkt von jeder Abteilung zusammenzustellen sind. Dies wurde beispielhaft in Zusammenarbeit mit der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten durchgeführt. Es wurde ein Musterbericht erstellt, der später als Vorlage für andere UKM-Kliniken dienen sollte. Alle betroffenen Bereiche des UKM wurden daraufhin im Rahmen einer Informationsveranstaltung über das geplante Vorgehen in Kenntnis gesetzt. Die zentral zu erfassenden Informationen (z.B. Personaldaten, häufigste DRGs, häufigste ICDs, etc.) wurden vorab von den entsprechenden Stellen (Personalabteilung, Medizincontrolling, etc.) ermittelt und für jede Abteilung in eine vorbereitete Schablone eingefügt. Diese Schablonen wurden den Kliniken mit der Bitte um Überprüfung und Ergänzung der fehlenden Teile innerhalb einer Frist von 4 Wochen übergeben. Zur Erläuterung wurden den Kliniken spezielle Ausfüllhinweise und der oben genannte Musterbericht der Hautklinik an die Hand gegeben. Ebenso wie die bettenführenden Abteilungen wurden auch alle Institute in den Prozess einbezogen. Diese erhielten modifizierte Vorlagen anhand derer Basis- und Strukturdaten erfasst wurden. Über diese Angaben hinaus konnten die Institute besondere Qualitätsmerkmale darstellen und Anregungen für die Entwicklung weiterer Qualitätsparameter geben. Beispielhaft wurde dies in Zusammenarbeit mit dem Institut für Hygiene durchgeführt, welches an dieser Stelle den Umgang mit nosokomialen Infektionen und ein an der Universitätsklinik Münster entwickeltes System für die Erfassung und Typisierung von Methicillin-resistenten Staphylokokken vorstellt. Alle Berichtsteile wurden abschließend von der Qualitätsbeauftragten des Klinikums zusammengestellt und um allgemeine Informationen zum Qualitätsmanagement des Gesamtklinikums ergänzt.

2.2. Gesetzliche Vorgabe

Gemäß SGB V § 137 „Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern“ sind alle nach SGB V §108 zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet erstmals im Jahr 2005 für das Jahr 2004 einen strukturierten Qualitätsbericht zu verfassen(64). Die Aufgabe, Inhalt und Umfang dieses Qualitätsberichtes zu definieren, wurde der Selbstverwaltung übertragen. Ein paritätisch besetztes

Gremium von Vertretern der Krankenkassen und der Krankenhäuser soll dies per Mehrheitsentscheid festlegen. Hierbei sind die Bundesärztekammer und die Berufsorganisation der Pflegeberufe zu beteiligen. Ebenfalls ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben (64). Ein solcher Qualitätsbericht soll Aufschluss über Einhaltung und Umsetzung der in § 137 SGB V Absatz 1 Nummer 1 bis 3 genannten Regelungen geben, die ebenfalls vom oben genannten Gremium festgelegt werden sollen. Sie beinhalten die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (§137 SGB V Absatz 1 Nr.1), Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie Mindestanforderungen an Struktur- und Ergebnisqualität (§137 SGB V Absatz 1 Nr. 2) und die Festlegung von Mindestmengen für die Erbringung spezieller Leistungen, bei denen die Qualität in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Der Bericht soll ebenfalls Art und Anzahl der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen ausweisen. Er ist in zweijährigen Abständen zu erstellen und von den Landesverbänden der Krankenkassen im Internet zu veröffentlichen.

3. Ergebnis

Ergebnis der oben genannten Bearbeitung ist der hier vorliegende Musterqualitätsbericht für die Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten des Universitätsklinikums Münster und daraus folgend der Qualitätsbericht des Jahres 2003 für das Universitätsklinikum Münster. Der Bericht wurde so gestaltet, dass er alle Anforderungen aus den Vorgaben der Selbstverwaltung erfüllt. Darüber hinaus wurden Aspekte eingefügt, die den Adressaten ausgehend von dieser Basis einen detaillierteren Eindruck der Klinik geben sollen. Für weitere aus unserer Sicht geeignete Parameter wurden die notwendigen Voraussetzungen zur Einführung dargestellt und die Schwierigkeiten der Implementierung analysiert.

3.1. Medizinische Indikatoren

Zentrale Frage bei der Weiterentwicklung des Qualitätsberichtes ist die Berücksichtigung medizinischer Indikatoren. Auf diese – wie sie in zahlreichen anglo-amerikanischen Systemen verwendet werden – musste im aktuellen Bericht des Universitätsklinikums Münster noch weitgehend verzichtet werden. Bei solchen Indikatoren handelt es sich um Daten, die indikationsbezogen eine genaue Aussage über Art und Häufigkeit medizinischer Detailleistungen machen. Dies kann sowohl den Einsatz bestimmter Medikamente als auch die Durchführung festgelegter diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen beinhalten. Diese Daten liegen zurzeit zum größten Teil noch nicht vor. Am Beispiel des Medikamenteneinsatzes lässt sich dies verdeutlichen. Zwar könnte der Verbrauch von Aspirin innerhalb einer Abteilung relativ leicht festgestellt werden. Ob jedoch alle Herzinfarktpatienten in einer Klinik innerhalb eines festgelegten Zeitraumes mit Aspirin behandelt wurden, wie es medizinisch indiziert ist, ist nicht ohne weiteres nachvollziehbar, da nicht alle Medikamente fallbezogen ausgegeben werden. Hierzu bedürfte es einer Revision der Akten der entsprechenden Patienten bzw. in Zukunft eines gesonderten Erfassungssystems. Zu dieser Art Indikatoren gehören auch die Raten bestimmter Eingriffe wie z.B. die Sektiorate in der Geburtshilfe oder Reinterventionen nach anderen chirurgischen Eingriffen. Da diese Art

Parameter jedoch sehr vom Patientenspektrum der Klinik abhängig sind, ist vorab eine entsprechende Risikoadjustierung nötig, um Kliniken adäquat vergleichen zu können und falsche Rückschlüsse zu vermeiden.

Dennoch erscheint es sinnvoll, zukünftig solche Parameter zur Darstellung der Qualität in deutschen Kliniken in die Qualitätsberichte aufzunehmen. Zahlreiche Studien haben Parameter hinsichtlich einer reliablen und validen Aussage zur Qualität analysiert. Zu präferieren sind aussagekräftige Parameter, die möglichst ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand verwendet werden können. Dabei können zwei Bereiche unterschieden werden. Zum ersten solche, die eine Aussage für die gesamte Klinik machen können und zum anderen solche, die sich speziell auf einzelne Fachabteilungen beziehen. Die erstgenannten müssen aus zentralen Abteilungen heraus entwickelt werden, deren Leistungen das gesamte Klinikum betreffen. Ein Beispiel wäre das Institut für Hygiene und der Umgang mit nosokomialen Infektionen im gesamten Klinikum. Die zweite Art von Indikatoren betrifft einzelne Abteilungen und muss aus dem engen Umfeld der Abteilung unter Einsatz fachspezifischer Kenntnisse entwickelt werden. Hierfür wäre ein Beispiel die Einsatzrate eines bestimmten Medikamentes bei einer genau definierten Patientengruppe. Aufgabe der Fachabteilungen wäre es somit, Eckpfeiler der Behandlung und die in Frage kommende Patientengruppe inklusive zu berücksichtigender Ausnahmen zu benennen.

Übergreifend können Arten von Indikatoren zusammengefasst werden, die jeweils spezielle Charakteristika aufweisen, die im Rahmen der fachspezifischen Weiterentwicklung zu berücksichtigen sind. So müssen sowohl statistische Besonderheiten (Höhe der Fallzahlen, etc.) als auch Unterschiede im Patientenspektrum und Dokumentationsaufwand bei der Indikatorentwicklung berücksichtigt werden. Diese Besonderheiten sollen hier zusammengestellt werden, um der einzelnen Abteilung die Möglichkeit einer qualifizierten Neu- und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren zu ermöglichen.

Die folgenden Arten von Indikatoren für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kommen in Frage und werden zum Teil in qualitätsbeurteilenden Systemen in den USA bereits eingesetzt. Inwiefern bestimmte Arten und Gruppen von Indikatoren allgemein für den Einsatz im Qualitätsbericht geeignet sind, wird im Folgenden beschrieben.

3.2. Vorliegende Qualitätsberichte

3.2.1. National

In den letzten Jahren haben einige Kliniken in Deutschland damit begonnen, sich mit dem Thema Qualitätsbericht aktiv auseinander zu setzen. In unterschiedlicher Form wurden so in den letzten Jahren Berichte veröffentlicht, die das Leistungsspektrum der Krankenhäuser darstellen. In erster Linie sind hier Zentren der Maximalversorgung, insbesondere Universitätskliniken, und Klinikenverbände wie die HELIOS-Kliniken(33) oder der LBK Hamburg(45) zu nennen. Zudem haben einige Kliniken einen Qualitätsbericht im Rahmen einer Zertifizierungsmaßnahme vorgelegt. Diese Berichte entstehen im Falle einer Zertifizierung quasi als Nebenprodukt und können ohne zusätzlichen Aufwand im Anschluss an eine Zertifizierung aus den gewonnenen Daten erstellt werden. Einen klinikübergreifenden Vergleich bietet der Klinikführer Ruhrgebiet an, der im Jahr 2004 erschienen ist und sowohl grundlegende Strukturdaten als auch das Ergebnis einer kurzen Patienten- und Zuweiserbefragung für 37 Kliniken im Ruhrgebiet enthält. Der Initiativkreis Ruhrgebiet hat diesen Klinikführer in Zusammenarbeit mit dem Picker Institut Deutschland, dem Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement an der Universität Essen, der Boston Consulting Group GmbH und einer Werbeagentur erstellt. Die Nachfrage nach dem Klinikführer war mit 30000 Bestellungen so groß, dass die erste und zweite Auflage innerhalb von 2 Wochen vergriffen waren. Bis zur Neuauflage im Jahr 2005 steht der Klinikführer im Internet zum Download zur Verfügung (<http://www.i-r.de/spitzen-medizin/members/fuehrer.html>).

3.2.1.1. KTQ-Qualitätsberichte

Bisher vorgelegte KTQ-Qualitätsberichte bestehen aus zwei unterschiedlichen Teilen. Der erste Teil gibt einen strukturierten und systematischen Überblick über allgemeine Leistungsmerkmale und die Ausstattung eines Krankenhauses. Dieser Teil stützt sich auf administrative Daten, die aus dem vorhandenen Datenmaterial gewonnen und systematisch dargestellt werden können. Hinsichtlich dieser Strukturmerkmale ist ein direkter Vergleich von Krankenhäusern möglich. Dieser Vergleich beschränkt sich jedoch auf Merkmale der Strukturqualität und erlaubt nur sehr eingeschränkte Rückschlüsse auf die zu erwartenden Ergebnisse. Im zweiten Teil des Qualitätsberichtes folgt eine ausführliche Darstellung der im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung beurteilten Kriterien. Dies sind im Einzelnen Patientenorientierung in der Krankenversorgung, Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement. Der hier in ausführlicher Form beantwortete KTQ-Fragenkatalog gibt einen vordergründigen Eindruck über die Funktionsweise des Krankenhauses. Aufgrund der offenen Formulierung und der fehlenden Überprüfbarkeit dieser Angaben ist dieser Teil jedoch als Bewertungs- oder Vergleichsinstrument unbrauchbar. Es wird hier in den meisten Fällen eher der Idealfall klinischer Abläufe beschrieben, ohne auf organisatorische oder personelle Probleme einzugehen, die solche Abläufe im Alltag oft behindern oder unmöglich machen. Es fehlt an vergleichbaren Ergebnisindikatoren, die die tatsächliche Umsetzung der beschriebenen Abläufe dokumentieren. Diese Informationen sind nicht ohne zusätzlichen Aufwand in Form von Fragebögen etc. aus den administrativen Daten zu gewinnen.

Ein Teil der KTQ-Qualitätsberichte ist um einen Fragenkatalog der konfessionellen Zertifizierungsgesellschaft proCum Cert GmbH erweitert, der Qualitätskriterien erfassen soll, die kirchliche Häuser in besonderer Weise prägen.

3.2.1.2. HELIOS Qualitätsbericht

Als einer der ersten Berichte, der versucht neben Struktur- und Prozessqualität auch die Ergebnisqualität seiner Leistungen darzustellen, ist der Medizinische Jahresbericht der HELIOS Kliniken Gruppe zu nennen. Neben einem Strukturteil, der ähnlich den KTQ-Berichten Auskunft über personelle und technische Ausstattung der Kliniken gibt, wird versucht, Ergebnisqualität anhand von DRG-bezogenen Sterblichkeitsraten auszudrücken. Neben einer Vergleichsgruppe 392 deutscher Kliniken aus einem Benchmarkingprojekt der Firma 3M Medica werden hierzu Daten aus Australien und den USA herangezogen. Die DRGs wurden in drei Gruppen aufgeteilt, wonach die Letalitätsrate wenig, eingeschränkte oder hohe Aussagekraft bzgl. der Qualität der Behandlung hat. Kriterium hierfür war die Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufes durch medizinische Intervention. Im Folgenden wurden die Todesfälle in HELIOS Kliniken auf erwartete Todesfälle in Deutschland und Australien bzw. den USA hochgerechnet und mit den entsprechenden Daten verglichen. Dabei wurden die DRGs noch bezüglich der PCCL-Werte differenziert. Diese spiegeln im DRG-System Begleiterkrankungen von Patienten wider und drücken so den medizinischen Schweregrad der Behandlungsfälle aus. Zudem wurde der Anteil der über 65jährigen Patienten in den HELIOS Kliniken für jede DRG dargestellt. Die HELIOS Kliniken Gruppe räumt ein, dass die Daten aufgrund von Kodierschwierigkeiten und der unterschiedlichen Versorgungs- und DRG-Systeme nur eingeschränkt vergleichbar sind. Dennoch ist der Bericht ein erster Schritt in Richtung Benchmarking von Behandlungsergebnissen auf Basis administrativer Daten. Zusätzlich wird in diesem Bericht der Anteil laparoskopischer Cholezystektomien und die Umsteigerate als Qualitätsindikatoren aus den Daten der externen Qualitätssicherung und Letalitätsraten für internistische Indikator Diagnosen dargestellt. Außerdem wird ein internationaler Vergleich der Fallzahlen und Verweildauer für bestimmte Diagnosen angeführt, der Über- bzw. Unterversorgung identifizieren und Wirtschaftlichkeitsreserven aufdecken soll. Auch hier sind Unterschiede aufgrund der verschiedenen Versorgungssysteme vor allem im Hinblick auf die Schnittstelle zwischen

ambulanter und stationärer Versorgung zu berücksichtigen. Wesentliche Einschränkung des Berichtes ist, dass sich alle Daten auf die gesamte HELIOS-Kliniken-Gruppe beziehen. Somit lassen sich trotz der umfangreichen Informationen keine Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität in einzelnen Kliniken ziehen.

3.2.1.3. Leistungs- und Qualitätsbericht des LBK Hamburg

Ähnlich dem Bericht der HELIOS Kliniken stellt der LBK Hamburg in seinem Bericht durchschnittliche Verweildauer und Letalitätsraten indikationsbezogen aus den DRG-Daten dar. Eine Einteilung anhand der PCCL-Werte, wie es die HELIOS Kliniken angeführt hatten, wird nicht vorgenommen. Es wird lediglich das durchschnittliche Alter und der Anteil der Patienten über 65 Jahre für die jeweilige Diagnose aufgeführt. Vergleichsdaten sind ebenfalls die Daten aus dem oben genannten Benchmarkingprojekt der Firma 3M Medica und - wie im HELIOS-Bericht - werden die Daten der gesamten Klinikengruppe diesen gegenübergestellt. Die wichtigsten Ergebnisse und Abweichungen zum bundesweiten Vergleichsdatensatz werden für jede Fachrichtung in einem kurzen Text bewertet. Hierbei wird vor allem für solche Fälle, bei denen die Mortalitätsrate über dem bundesweiten Durchschnitt liegt, auf die fehlende Risikostratifizierung und die vorhandenen Unterschiede im Patientenspektrum hingewiesen. Ein weiterer Teil des Berichtes stellt die Ergebnisse der Selbstbewertung nach Kriterien der EFQM und schließlich die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung für 5 Indikatoren im Vergleich zu den BQS-Daten dar. Es wurden 5 Items aus dem BQS-Datensatz ausgesucht, für die die Ergebnisse des LBK Hamburg jeweils deutlich besser waren als der bundesweite Durchschnitt.

3.2.2. International

3.2.2.1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

Die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ist eine unabhängige, seit 1951 operierende Akkreditierungsstelle für alle Arten

von Organisationen im Gesundheitswesen. Vor allem in den USA , aber auch in anderen Ländern wird das Akkreditierungsverfahren der JCAHO eingesetzt. Etwa 80% der Kliniken in den USA haben sich bereits nach den Vorgaben der JCAHO akkreditieren lassen. Ein sehr umfangreiches Set von Parametern erfasst unter anderem die Prozessqualität von Kliniken indem die Einsatzrate bestimmter Medikamente und Therapien indikationsbezogen erfasst wird. Als beobachtete Diagnosen werden Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und ambulant erworbene Pneumonie herangezogen. Im Rahmen des Akkreditierungsprozesses werden die Kliniken von einem der JCAHO-Visitoren geprüft und gegebenenfalls akkreditiert. Gleichzeitig wird den Kliniken Anleitung gegeben, wie sie mit der erworbenen Akkreditierung werben und wirtschaftlichen Nutzen daraus ziehen können. Auf einer Internetseite werden die am Akkreditierungsprogramm teilnehmenden Kliniken dargestellt. Es besteht die Möglichkeit, verschiedene Kliniken untereinander zu vergleichen. Jede Klinik die Möglichkeit, ihr eigenes Ergebnis zu kommentieren und zu vermeintlichen Qualitätsdefiziten Stellung zu nehmen. Ein kurzer, standardisierter Qualitätsbericht ist auf dieser Seite für jede der Kliniken abrufbar. (<http://www.jcaho.org> bzw. <http://www.qualitycheck.org>)

3.2.2.2. Agency for Healthcare Research and Quality

Die staatliche Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ist eine dem US-amerikanischen Gesundheitsministerium untergeordnete Institution, die sich mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren und entsprechender Risikoadjustierung auseinandersetzt. Die AHRQ hat Qualitätsindikatoren aus 4 übergeordneten Bereichen entwickelt. Dabei handelt es sich um Mindestmengen bestimmter Eingriffe, Klinikletalitätsraten für bestimmte Diagnosen, Klinikletalitätsraten für bestimmte Eingriffe und Einsatzraten bestimmter Eingriffe. So wurde ein Set von 29 Indikatoren zusammengestellt, die die Prozess- und Ergebnisqualität von Kliniken beleuchten. Die Indikatoren sind so gestaltet, dass sie sich unmittelbar aus den administrativen Daten der Kliniken ableiten lassen. Zusätzlich stellt die AHRQ eine Software zur

Verfügung, mit der ein Vergleich unterschiedlicher Kliniken auf Basis der eingesetzten Indikatoren möglich ist. (<http://www.ahrq.gov>)

3.2.2.3. Texas Health Care Information Council

Das Texas Health Care Information Council (THCIC) vergleicht die Behandlungsqualität texanischer Kliniken unter Einsatz der oben genannten von der AHQR entwickelten Indikatoren. Das THCIC verwendet 25 Indikatoren und bietet auf seiner Internetseite einen Vergleich von Kliniken nach Regionen an. (<http://www.thcic.state.tx.us>)

3.2.2.4. Healthgrades

Healthgrades, Inc. ist ein kommerzielles, börsennotiertes Unternehmen, welches Vergleiche von Kliniken, Pflegeheimen und Ärzten in den USA anbietet. Für 26 verschiedene Diagnosen wurden sowohl die häufigsten Komplikationen und begleitenden Risikofaktoren identifiziert, als auch die Letalitätsraten einen bzw. 6 Monate nach Klinikaufenthalt zusammengestellt. Somit ergibt sich hieraus ein auf administrativen Daten beruhender Vergleich von Kliniken, der im Internet bedarfsorientiert nach Region und Diagnose abgerufen werden kann. (<http://www.healthgrades.com>)

3.2.2.5. National Quality Forum

Das National Quality Forum (NQF) ist eine nicht-kommerzielle Organisation, die im Jahr 2003 ein Set von 39 Qualitätsindikatoren zum Vergleich von Kliniken entwickelt hat. Das Set umfasst spezifische Komplikationen und Einsatzraten bestimmter Medikamente für internistische und chirurgische Diagnosen ebenso wie Häufigkeiten bestimmter Eingriffe. Darüber hinaus hat das NGF eine Übersicht von 30 Indikatoren zur Verbesserung der Patientensicherheit zusammengestellt. (<http://www.qualityforum.org>)

3.2.2.6. California Institute for Health System Performance

Das California Institute for Health System Performance hat im Jahr 2003 eine umfangreiche Befragung zur Qualitätsbeurteilung kalifornischer Kliniken durchgeführt. In der so genannten Patients' Evaluation of Performance Survey

(PEP-C) wurden 43913 Patienten von insgesamt 181 Kliniken ihren stationären Aufenthalt betreffend befragt. Im Gegensatz zu anderen qualitätsvergleichenden Instrumenten wird hier allein auf Basis der subjektiven Einschätzung der Patienten und ihrer Zufriedenheit die Qualität der Kliniken beurteilt. Der umfangreiche Fragebogen umfasst folgende Unterpunkte: Respekt vor den persönlichen Wünschen des Patienten, Organisation der Versorgung, Information/Aufklärung, Physisches Wohlbefinden, Emotionale Unterstützung, Einbeziehung von Familie und Freunden, Entlassung nach Hause. Die Qualität der Behandlung aus medizinischer Sicht bleibt unberücksichtigt. (<http://www.cihsp.org>)

3.2.2.7. Dr. Foster

Der private Anbieter von Qualitätsvergleichen im Gesundheitswesen „Dr. Foster“ stellt auf seiner Internetseite einen teils auf objektiv und teils auf subjektiv erfassten Daten beruhenden Vergleich britischer Kliniken dar. Risikoadjustierte Letalitätsraten, Anzahl von Ärzten bzw. Pflegepersonal pro Klinikbett, Patientensicherheit, Wartezeiten bzw. Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit gehen ebenso in die Bewertung ein wie die Einschätzung der Patienten bezüglich der Sauberkeit der Klinik und der Qualität des Essens. (<http://www.drfooster.co.uk>)

3.3. Parameter der Strukturqualität

Um die verschiedenen Möglichkeiten der Qualitätsdarstellung übersichtlich darzustellen, werden die Bereiche Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität jeweils getrennt voneinander beschrieben. Es wird dabei unterschieden zwischen Parametern, die bereits in der derzeitigen Fassung eines Qualitätsberichtes nach Vorgabe der Selbstverwaltung enthalten sind und Parametern, die zur Weiterentwicklung in Zukunft ergänzt werden könnten.

3.3.1. Im erstellten Bericht enthaltene Parameter

3.3.1.1. Klinische Leistungsbereiche

Grundlage der Darstellung der Strukturqualität einer Klinik ist die Auflistung der Klinischen Leistungsbereiche. Um dem gesamten Adressatenkreis gerecht zu werden, sollten diese auch für Patienten verständlich dargestellt und Besonderheiten kommentierend erläutert werden. Jeder Patient sollte erkennen können, ob seine Erkrankung in der Klinik behandelt werden kann und, welche besonderen Methoden zur Behandlung ggf. eingesetzt werden können. Die Darstellung sollte allgemein gemein genug zur Information von Laien aber auch detailliert genug zur Darstellung der Leistungen für den bereits gut informierten Patienten sein, der eine spezielle Behandlungsmöglichkeit sucht. Besonders der Verweis auf benachbarte Fachgebiete und Leistungen kann dem Leser einen Eindruck über den gesamten interdisziplinären Leistungsumfang des Krankenhauses im Kontext des betrachteten Krankheitsbildes geben. So kann zum Beispiel für komplizierte Fälle in einer Klinik A nur ein Teil der diagnostischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, die in Klinik B zum Einsatz kommen können. Ebenso verhält es sich mit unterschiedlichen Therapieoptionen in verschiedenen Kliniken. Da der Zugang zu bestimmten Leistungen einen Teilaspekt von Qualität darstellt, ist ein umfassenderes Leistungsangebot mit Behandlungsalternativen (z.B. interventionelle und operative Verfahren) ein Qualitätsparameter (7;13).

3.3.1.2. Schwerpunkte klinischer Maximalversorgung

Im Rahmen zukünftiger Strukturveränderungen im Gesundheitswesen werden Kliniken zukünftig zunehmend eigene Versorgungsschwerpunkte festlegen. Dies werden Bereiche sein, in denen sie sich durch besondere Leistungsmerkmale von konkurrierenden Kliniken absetzen. Vor allem größere Kliniken wie z. B. Universitätskliniken und andere Maximalversorger mit einem das gesamte Behandlungsspektrum bestimmter Fachbereiche abdeckenden Leistungsangebot sollen in einem gesonderten Abschnitt des Berichtes ihre Spezialisierungen auflisten und hervorheben. So können Patienten, die möglicherweise bereits im Rahmen einer bestimmten Erkrankung erfolglos behandelt wurden die Klinik herausfinden, die ihren Schwerpunkt in diesem Bereich hat und somit überdurchschnittlich viel Erfahrung und möglicherweise andere Therapieoptionen anbieten kann.

3.3.1.3. Statistik

Im Abschnitt Statistik sollten Kennzahlen zur Anzahl behandelter Patienten, zur Verweildauer und zu weiteren Leistungsmerkmalen aufgeführt werden. Im Vergleich zu Kliniken mit ähnlichem Behandlungsspektrum können auch Unterschiede in der durchschnittlichen Verweildauer beobachtet werden. Anders als in der Vorgabe der Selbstverwaltung wurden diese Angaben im UKM-Qualitätsbericht nicht nur für das Gesamtklinikum, sondern für jede einzelne Fachabteilung aufgeführt. Diese Darstellung verhindert eine Vermischung verschiedener Informationen und erhöht die Aussagekraft des Berichtes. Bei der Auflistung der häufigsten DRGs im Beobachtungszeitraum sind die Verweildauern einzelnen Diagnosen zugeordnet, womit krankheitsbezogene Informationen über die Verweildauer zur Verfügung gestellt werden.

3.3.1.4. Zimmer

Die „Hotelqualität“ ist ein wichtiger Parameter aus der Sicht von Patienten. In der Rubrik „Zimmer“ finden sie Informationen über die Unterbringungsqualität (Zimmergröße, Bettenzahl, sanitäre Einrichtungen, TV, Telefon etc.). Dies ist

ein Aspekt, der die Patientenzufriedenheit unmittelbar und damit mittelbar auch das Behandlungsergebnis beeinflusst.

3.3.1.5. Funktionsbereiche und klinische Labore

Die Darstellung von Funktionsbereichen und klinischen Laboren drückt aus, ob die dem angebotenen Leistungsspektrum entsprechenden Strukturen zur Verfügung stehen. Einweiser finden in diesem Abschnitt Informationen zu diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, welche bei der Auswahl einer Klinik eine Rolle spielen können. Dargestellt wird die Infrastruktur der Klinik, es erfolgt eine Ergänzung des Abschnitts „Klinische Leistungsbereiche“.

3.3.1.6. Technische Ausstattung

Die Darstellung der technischen Ausstattung der Klinik umfasst die detaillierte Auflistung aller Geräte. Über die reine Auflistung hinaus werden die technischen Möglichkeiten der Klinik im UKM-Bericht auch im Zusammenhang mit bestimmten Therapien aufgelistet. Dies ermöglicht den Adressaten (Einweiser, Patienten), die Bedeutung dieser Geräte für die eigene Behandlung zu erkennen.. Bereits gut informierte Patienten finden so bestimmte Therapieverfahren indem sie gezielt nach einer bestimmten technischen Möglichkeit suchen. Patienten, die noch keine Vorinformationen haben, können anhand der umgangssprachlich erklärten Therapieoptionen erkennen, welche technischen Möglichkeiten für die Behandlung ihrer Erkrankung vorgehalten werden. Neben der ausführlichen Erklärung werden die technischen Geräte nochmals aufgelistet, um eine Vergleichbarkeit von Kliniken zu erleichtern. Indikationsbezogen sollte für häufige Erkrankungen allgemein vorgegeben werden, welche technischen Möglichkeiten im Rahmen der Standardbehandlung vorgehalten werden müssen.

3.3.1.7. Medizinisches Personal

Hinweise auf die Qualität der medizinischen Versorgung kann die Personalausstattung einer Klinik geben. Angaben über die Anzahl der Ärzte insgesamt, Anzahl der Oberärzte und Anzahl der Fachärzte ermöglichen zudem eine Information über den Ausbildungsstand der Ärzte. Anhand der

Patientenanzahl können Kennzahlen wie z. B. die Anzahl von Patienten pro behandelndem Arzt errechnet werden. Durch die Ausweisung der Anzahl der Ärzte in Weiterbildung informiert die Klinik über ihren Einsatz im Rahmen der Aus- und Weiterbildung junger Ärzte. Ebenso wie für den ärztlichen Dienst gilt dies analog für den Pflegedienst und für andere wissenschaftliche Mitarbeiter der Klinik. Im UKM-Bericht werden die Personaldaten individuell für jede Klinik und nicht übergreifend für das Gesamtklinikum dargestellt. Die Stellenangaben erfolgen in Vollzeitstellen, da eine Auflistung der beschäftigten Personen zu Verfälschungen führen würde. Besondere Aufgabenbereiche einer Klinik können an dieser Stelle mit der Darstellung entsprechender Qualifikationen der Mitarbeiter untermauert werden.

3.3.1.8. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Durch die Angabe der TOP-5 ambulanten Operationen – also die fünf am häufigsten durchgeführten ambulanten Eingriffe – inklusive der absoluten Fallzahlen können sich Interessenten über das Angebot und die Erfahrung einer Klinik mit ambulanten Eingriffen informieren.

3.3.1.9. TOP-10 DRG im Jahr 2003

Die Auflistung der zehn häufigsten DRGs ermöglicht einen Einblick in das wesentliche Leistungsspektrum einer Klinik. Bei den häufigen Fällen handelt es sich jedoch in der Regel um Routinefälle, die ohnehin von vielen Kliniken in sehr großer Anzahl durchgeführt werden. Folgende Modifizierungen und Einschränkungen sind zu beachten:

Über die Vorgabe der Selbstverwaltung hinausgehend wurden im UKM-Bericht zu den zehn häufigsten DRGs jeweils die durchschnittliche Verweildauer, der durchschnittliche PCCL (Patientenbezogener Gesamtschweregrad) und das durchschnittliche Alter der Patienten angegeben. Im UKM-Bericht werden – wie in der Vereinbarung der Selbstverwaltung – die 3-stelligen Basis-DRGs aufgeführt, obwohl durch die Aggregation Details der Leistungsdarstellung hinsichtlich verschiedener Schweregrade untergehen. Da einige DRGs viele verschiedene Hauptdiagnosen zusammenfassen, sind diese DRG-bezogenen

Information für den Patienten wenig aussagekräftig, was am Beispiel der Hautklinik anschaulich erläutert werden kann. Die Basis-DRG J66 „Mäßig schwere Hauterkrankungen“ ist mit 532 Fällen die häufigste DRG im Jahr 2003. Sie inkludiert aber eine Summe von Einzelfällen mit verschiedensten dermatologischen Erkrankungen. Noch weniger deutlich ist die sechsthäufigste DRG Z64 „Andere Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen“. Diese DRG ist in der Beschreibung so unspezifisch, dass nicht einmal ein Rückschluss auf das betroffene Organ möglich ist. Für andere Fachbereiche ist dies zwar weniger ausgeprägt; unter den häufigsten DRGs finden sich jedoch auch dort häufig solche „Sammelgruppen“, die kaum Informationsgehalt für die Nutzer des Qualitätsberichtes haben.

Die Altersangabe der Patienten ist als eine Art Minimalansatz zur Risikodarstellung anzusehen. Da ältere Patienten in der Regel zunehmende Komorbiditäten aufweisen, gibt das Alter einen gewissen Hinweis auf den Anteil der vorbestehenden Nebendiagnosen im Verhältnis zu den entstandenen Komplikationen.

Die Darstellung der Verweildauer für einzelne DRGs anstatt für eine ganze Klinik oder eine Fachabteilung ermöglicht es, Verweildauern für bestimmte Erkrankungsgruppen unmittelbar abzulesen. Ein Patient kann hieraus ersehen, wie lange er erwartungsgemäß im Rahmen einer bestimmten DRG in der Klinik behandelt werden wird und er kann vergleichen, wie sich die Verweildauern in verschiedenen Kliniken innerhalb einer DRG unterscheiden. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass eine Zuordnung seiner Erkrankung und Behandlung zu einer genau definierten und eng gefassten Gruppe möglich ist (s.o.).

Die PCCL-Werte sind im Zusammenhang mit der Verweildauer ein Hinweis auf mögliche Ursachen längerer Klinikaufenthalte. Es kann aus ihnen aber nicht abgelesen werden, ob Komplikationen im Behandlungsverlauf oder vorbestehende Erkrankungen Ursache für einen längeren Klinikaufenthalt

waren, da beide Faktoren gleichermaßen in die Berechnung der PCCL-Werte eingehen..

3.3.1.10. TOP-10 Hauptdiagnosen im Jahr 2003

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen nach ICD-10 wurden ebenfalls in Anlehnung an die Vorgabe der Selbstverwaltung 3-stellig dargestellt. Wie bei den DRGs verbergen sich so mehrere Diagnosen hinter einer Hauptziffer. Der Musterbericht der Hautklinik zeigt dies deutlich (s. Anhang S. X). Die beiden häufigsten Diagnosen lauten „Z51 – Sonstige medizinische Behandlung“ und „Z01 – Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose“. Aus diesen Angaben lässt sich keinerlei Information über das Leistungsspektrum der Klinik ablesen. Auch zu den Hauptdiagnosen wurde über die Anforderungen der Selbstverwaltung hinausgehend die Verweildauer angegeben. Wenn andere Kliniken diesem Ansatz folgen, wird die Vergleichbarkeit verbessert..

3.3.1.11. Top-10 Prozeduren im Jahr 2003

Die zehn häufigsten Prozeduren werden im OPS-Schlüssel 4-stellig für jede Fachabteilung entsprechend der Vorgaben der Selbstverwaltung angegeben. Aus dieser Darstellung können Patienten ablesen wie viel Erfahrung eine Klinik mit bestimmten Eingriffen hat. Vor allem bei seltenen oder risikoreichen Eingriffen ist es für Patienten von Interesse wie oft ein bestimmter Eingriff durchgeführt wird. Wie das Beispiel der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten (s. Anhang S. XI) jedoch zeigt, sind unter den häufigsten Prozeduren zahlreiche Routineeingriffe, die den Patienten keinerlei Informationen hinsichtlich der Erfahrungen mit seltenen, komplizierten und risikoreichen Eingriffen geben.

3.3.1.12. Mindestmengen

Die Angabe von Mindestmengen pro Leistung kann als Surrogatparameter für Qualität dienen, wenn angenommen wird, dass eine hohe Fallzahl mit großer Erfahrung und hoher Qualität gleichzusetzen ist. Dieser Zusammenhang muss aber nicht zwangsläufig bestehen.

Eventuelle Umverteilungen von Leistungen (z.B. durch ein aufgrund der Mindestmengeninformation verändertes Zuweisungsverhalten) sollten vielmehr Folge tatsächlicher Qualitätsunterschiede statt angenommener Qualitätsunterschiede sein. Die Mindestmengenangaben liefern diese Informationen nicht.

3.3.1.13. Qualitätsmanagement

Bei der Darstellung des Qualitätsmanagements der Klinik wird wiederum im Freitext die Möglichkeit gegeben, den internen Umgang mit Verbesserungsmöglichkeiten darzustellen. Ein Krankenhaus kann an dieser Stelle Projekte vorstellen, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung zu sichern und stetig zu verbessern. Daran erkennt der Adressat des Berichtes, ob eine Klinik anhand strukturierter Abläufe Fehler innerhalb des Betriebsablaufes sucht und erkennt und damit zeigt, dass sie stetig um Verbesserung bemüht ist.

3.3.2. Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten

Da die Strukturqualität bereits sehr umfassend erfasst wurde, bedarf es derzeit keiner Entwicklung neuer Gruppen von Parametern der Strukturqualität. Jede Klinik und jedes Institut kann jedoch spezielle Parameter der Strukturqualität anführen, sofern sie noch nicht in einem der oben genannten Punkte aufgelistet wurden.

3.4. Parameter der Prozessqualität

Parameter der Prozessqualität spiegeln die Durchführung medizinischer Leistungen wider. Im Folgenden werden Indikatoren genannt, die geeignet sind, die Prozessqualität zu messen. Es wird dabei wiederum in Parameter unterschieden, die im erstellten Bericht enthalten sind und solche Parameter, die im Rahmen einer Weiterentwicklung des Qualitätsberichtes zukünftig Verwendung finden können.

3.4.1. Im erstellten Bericht enthaltene Parameter

Der erstellte Musterbericht enthält keine Parameter zur Prozessqualität.

3.4.2. Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten

3.4.2.1. Einsatzraten bestimmter Eingriffe

Da bei der Behandlung von Patienten in vielen Fällen mehrere Alternativen zur Verfügung stehen, kann die Einsatzrate einer bestimmten, nach dem Stand der Wissenschaft überlegenen Therapie ein Qualitätsindikator sein. Ein Beispiel ist die Sektiorate in der Geburtshilfe, die zwischen verschiedenen Kliniken sehr stark variiert. Sofern belegt werden kann, dass die ausgewählte Behandlung bessere Ergebnisse liefert als andere zur Verfügung stehende Alternativen, kann dies ein sinnvoller Indikator für die Prozessqualität einer Klinik sein. Vor allem die Tatsache, dass es sich bei solchen Verfahren oft um Weiterentwicklungen handelt, deren Einsatz eine ständige Überprüfung des Standes der medizinischen Wissenschaft und eine konsequente Weiterbildung der behandelnden Ärzte erfordert, macht solche Indikatoren für die Beurteilung von Qualität wertvoll. Eine genaue Definition der Patientengruppe bzw. entsprechende Risikoadjustierung stellt sicher, dass nur Patienten einbezogen werden, für die eine Indikation für eine bestimmte Behandlung bestand. Die Festlegung in Frage kommender Eingriffe sollte durch die jeweiligen Fachabteilungen erfolgen und von diesen ständig hinterfragt bzw. überarbeitet werden. Die für die Darstellung dieser Indikatoren notwendigen Informationen lassen sich aus den administrativen Daten gewinnen. Somit entsteht kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand.

3.4.2.2. Ungeplante Wiederaufnahmen bzw. Reinterventionen

Die Darstellung ungeplanter Wiederaufnahmen und Reinterventionen deckt Komplikationen im Behandlungsablauf auf. Gerade die ungeplanten Wiederaufnahmen sind im Zusammenhang mit der Einführung des pauschalen Vergütungssystems im Krankenhaus ein interessanter Parameter, da befürchtet wird, dass Patienten aus ökonomischen Gründen vorzeitig aus dem Krankenhaus entlassen werden. In einem Teil dieser Fälle wäre dann eine Wiederaufnahme die Folge. Eine Darstellung der Wiederaufnahmen würde Hinweise auf vorzeitige Entlassungen bzw. mangelnde Behandlungsqualität

geben. Im Rahmen der DRG-Abrechnung werden Fälle identifiziert, die wegen Komplikationen wieder aufgenommen werden. Diese sind somit administrativ zu erfassen. Eine ungeplante chirurgische Reintervention im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ist ebenfalls ein Indikator für das Vorliegen von Komplikationen. Solche Ereignisse sind für die Patienten von wesentlich größerer Bedeutung als Komplikationen, deren Folge möglicherweise nur eine Verlängerung des Klinikaufenthaltes von wenigen Tagen bedeuten würde. Da Reinterventionen meist im Rahmen eines stationären Aufenthaltes durchgeführt werden, ist eine standardisierte Erfassung auf Basis administrativer Daten möglich. Im Rahmen der externen Qualitätssicherung durch die BQS findet der Parameter „Komplikationen“ bereits für einige Diagnosen Verwendung.

3.4.2.3. Indikationsbezogener Einsatz von Behandlungen und Medikamenten

Dieser Parameter ist von zentraler Bedeutung bei der Beurteilung der Behandlungsqualität. Als Parameter der Prozessqualität lässt sich so feststellen, ob die dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechenden Behandlungen durchgeführt werden. Bestimmte klinische Situationen bzw. Zustände von Patienten stellen eine absolute Indikation für festgelegte ärztliche Handlungen dar. Für Gebiete auf denen nachgewiesen ist, dass es zu einer bestimmten Behandlung keine ähnlich wirksame Alternative gibt, ist die Einsatzrate solcher Leistungen ein direkter Indikator für Behandlungsqualität.

3.4.2.4. Wartezeiten

Wartezeiten beeinflussen die Patientenzufriedenheit. Sie stehen jedoch nicht in direktem Zusammenhang zu den Behandlungsergebnissen. Es handelt sich hier nicht um Wartezeiten für dringende Notfalleingriffe. Diese würden eher im Kapitel „Indikationsbezogener Einsatz von Behandlungen und Medikamenten“ dargestellt und könnten durchaus zu schwerwiegenden Problemen führen. Die hier beschriebenen Wartezeiten sind solche, die der Patient im klinischen Alltag möglicherweise als unangenehm empfindet, die aber medizinisch gesehen keine Auswirkungen haben. Analog zu anderen Bereichen ist die Darstellung der Wartezeiten ein Prozessqualitätsindikator im Hinblick auf den

Ergebnisqualitätsaspekt Patientenzufriedenheit. Wartezeiten sind mess- und objektivierbar, spiegeln aber nur einen Teilaspekt der Patientenzufriedenheit wider.

3.4.2.5. Arztbrieflatenz

Nach Abschluss einer stationären Behandlung sollte eine Klinik die weiterbehandelnden Kollegen möglichst zeitnah über die durchgeführte Behandlung und das weitere Procedere informieren. Eine Verzögerung bei der Erstellung der Arztbriefe deutet auf strukturelle Defizite der Klinik hin. Da die weiterbehandelnden Ärzte am besten beurteilen können, ob sie zeitnah und ausreichend über stationäre Aufenthalte ihrer Patienten informiert wurden, sollten diese in Form von Befragungen an dieser Stelle in die Qualitätsberichterstattung integriert werden. Im Rahmen dieser Befragung können die kooperierenden Ärzte Auskunft darüber geben, wie sich die Zusammenarbeit mit einer Klinik gestaltet. Daraus wiederum können Patienten ablesen, ob sie eine Behandlung im Sinne „integrierter Versorgung“ erwarten können.

3.4.2.6. Indikationsprüfung

Da im Gesetzestext die Darstellung der „indikationsbezogenen Notwendigkeit...der...diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger, medizintechnischer Leistungen“ gefordert ist (64), muss eine Art Überprüfungssystem für bestimmte Leistungen etabliert werden. Eine solche Überprüfung im Rahmen der Selbstdarstellung einer Klinik erscheint jedoch schwierig, da die Kliniken ggf. selbst die Durchführung bestimmter Leistungen ohne gegebene Indikation einräumen müssten. Vor einer Überprüfung steht die Erstellung von Kriterien, die eine „Indikationsbezogene Notwendigkeit“ definieren. Dabei muss zuerst eine Gruppe von Leistungen ausgewählt werden. Im nächsten Schritt ist dann zu definieren, welche Zustände und letztendlich Diagnosen, ausgedrückt in DRGs oder ICD-Codes, eine Indikation für diese Leistungen darstellen. Ohne eine solche konkrete Festlegung ist auch keine sinnvolle Überprüfung im Rahmen des Qualitätsberichtes möglich. Als Hilfe für die Entwicklung solcher Indikatoren

kann einzelnen Fachbereichen eine Entwicklungsschablone (s. Anhang Seite XII) vorgegeben werden.

3.4.2.7. Beschwerdemanagement

Ähnliche Aussagekraft wie der Parameter „Wartezeiten“ hat auch die Darstellung eines Beschwerdemanagements, da es Patientenorientierung in der Versorgung und das Bemühen ausdrückt, besser auf Wünsche und Bedürfnisse der Patienten einzugehen. Ein strukturiertes Feedback-System stellt sicher, dass keine Beschwerde unbeachtet bleibt, sondern als Potential zur Verbesserung gesehen und genutzt wird.

3.4.2.8. Medizinisches Risikomanagement

Das Krankenhaus hat dafür Sorge zu tragen, dass dem Patienten durch die vorgenommenen, diagnostischen und pflegerischen/therapeutischen Maßnahmen kein zusätzliches Leid widerfährt oder dieser in eine lebensbedrohliche Situation gerät. Im primären Fokus des Risikomanagements stehen Fehlertypen, deren Vorkommen sich durch organisatorische Maßnahmen reduzieren lässt. Ein Baustein ist das so genannte Incident-Reporting, das zur Identifizierung von Beinahe-Fehler eingesetzt wird. Nach kritischer Analyse der Ursachen wird versucht, entsprechende Fehler durch Umstellungen im Procedere zukünftig zu vermeiden. Werden die Gründe für Beinahe-Fehler frühzeitig analysiert und erkannt, können echte Fehler vermieden werden. Das Incident-Reporting aber auch weitere Maßnahmen zur Fehlerreduktion bzw. Fehlervermeidung sind Module eines komplexen Risikomanagementsystems. Die Implementierung eines solchen Systems zeigt an, dass ein Krankenhaus um Patientensicherheit und Qualität bemüht ist. Der offene Umgang mit Fehlern im Rahmen eines solchen Erfassungssystems kann zu einer deutlichen Qualitätssteigerung führen. Das Arbeitsumfeld wird dahingehend beeinflusst, dass die Fehlerwahrscheinlichkeit abnimmt. Neben dem o.g. „incident reporting“ können im Rahmen eines Risikomanagementsystems noch zahlreiche weitere Maßnahmen etabliert werden. Diese werden an dieser Stelle im Qualitätsbericht dargestellt.

Gegebenenfalls können darüber hinaus auch Ergebnisse des Risikomanagements vorgestellt werden.

3.5. Parameter der Ergebnisqualität

Ziel medizinischer Behandlung ist es, das Behandlungsergebnis im Sinne des Patienten zu optimieren. Ergebnisqualität ist somit die höchste Stufe von Qualitätsdarstellung. Sie spiegelt wider, inwiefern das Ziel medizinischer Behandlung erreicht werden konnte. Anders als Struktur- oder Prozessqualität greift sie dabei nicht auf Hilfskonstrukte zurück.

Ergebnisse medizinischer Behandlung sind im Wesentlichen von drei Faktoren abhängig. Risikoprofil des Patienten (Eigenschaften), Qualität der Behandlung und Zufallsfaktoren. Um ausschließlich die Qualität der Behandlung zu erfassen, müssen die beiden anderen Faktoren möglichst weitgehend ausgeschlossen werden. Um die individuellen Charakteristika des Patienten auszugleichen bedarf es einer umfassenden Risikoadjustierung. Da sowohl die Ausprägung der Grunderkrankung als auch zahlreiche andere Einflussfaktoren das Behandlungsergebnis beeinflussen, muss durch eine genaue Erfassung möglichst vieler Kriterien gewährleistet werden, dass tatsächlich nur hinsichtlich des Eintretens bestimmter Komplikationen und Ergebnisse annähernd identische Patienten miteinander verglichen werden. Damit Unterschiede in der Qualität der Behandlung nicht auf zufällige Ereignisse zurückgeführt werden können, sind statistische Grundregeln zu beachten. Beides wird vor der Auflistung der Ergebnisqualitätsparameter erläutert, da es auf alle diese Parameter zutrifft.

3.5.1. Risikoadjustierung

Notwendige Voraussetzung für den Einsatz von Ergebnisqualitätsparametern ist eine ausreichende Risikoadjustierung. Solange keine Vergleichbarkeit der zu Grunde liegenden Patientengruppen gegeben ist, besteht die Möglichkeit, unterdurchschnittliche Ergebnisse auf Unterschiede im Patientenspektrum zurückzuführen. Es wäre weder sinnvoll noch korrekt, Daten zu veröffentlichen, die die Wirklichkeit verzerrt darstellen könnten und keinerlei verlässliche

Aussage über die Behandlungsqualität geben. Bislang gibt es kein einheitliches und verlässliches System einer Risikostratifizierung. Die zahlreichen Ansätze von Risikostratifizierungen, die vor allem in U.S.-amerikanischen Klinikvergleichen Anwendung finden, führen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Iezzoni hat gezeigt, dass die Bewertungen von Kliniken beim Vergleich von Sterblichkeitsraten unter Verwendung unterschiedlicher Risikoadjustierungen stark voneinander abweichen (35). Nur durch den Einsatz möglichst vieler Parameter kann eine nahezu ideale Risikoadjustierung erreicht werden. Gordon hat in seiner Studie gezeigt, dass Patienten, die aus anderen Kliniken als Verlegungen aufgenommen wurden, nach entsprechender Risikoadjustierung ein nahezu doppelt so hohes Sterblichkeitsrisiko hatten wie Patienten, die von außerhalb aufgenommen wurden(29). Durch die Berücksichtigung zahlreicher zusätzlicher Parameter werden jedoch Ausmaße erreicht, die einen Aufwand für die Datenerfassung bedeuten würden, der nicht mehr gerechtfertigt wäre. Beispielsweise könnte angeführt werden, dass auch Unterschiede im sozioökonomischen Status oder kulturelle Besonderheiten einen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse haben (2). Dies alles zu erfassen erscheint nahezu unmöglich. Ziel muss es also sein, für die ausgewählten Parameter der Ergebnisqualität eine möglichst umfassende Risikoadjustierung auf Basis administrativer Daten zu erreichen, um den Dokumentationsaufwand möglichst gering zu halten. Auf diese Weise kann eine annähernde Vergleichbarkeit erreicht werden, deren methodische Einschränkungen jedoch bei der Veröffentlichung der Daten berücksichtigt werden muss.

Statistische Voraussetzungen

Die Messung medizinischer Ergebnisqualität basiert häufig auf der Erfassung negativer Ereignisse, da eine erfolgreiche Behandlung durch die Abwesenheit solcher Komplikationen definiert werden kann. Das Spektrum der Komplikationen reicht von Wundinfektionen, etc. bis hin zum Tod eines Patienten. Für die meisten in Kliniken durchgeführten Behandlungen und Eingriffe ist ein Versterben des Patienten jedoch äußerst selten und auch

schwerwiegende Komplikationen sind eher die Ausnahme, da sonst von dem betroffenen medizinischen Verfahren komplett Abstand genommen werden würde. Dies bedeutet, dass ein Vergleich von Kliniken anhand der Anzahl verstorbener Patienten (Letalitätsrate) in den meisten Fällen zu einem statistischen Problem führen würde, da aufgrund der niedrigen Fallzahlen keine signifikanten Ergebnisse erzielt werden könnten. Da alle Kliniken, die eine bestimmte Leistung erbringen miteinander verglichen werden, sollte darauf geachtet werden, dass möglichst solche Indikatoren herangezogen werden, die insgesamt häufig auftreten und nach Möglichkeit im Zusammenhang mit Leistungen stehen, die ebenfalls häufig und von möglichst vielen Kliniken erbracht werden. Das heißt, dass der für eine statistische Auswertung optimale Indikator der ist, der im Rahmen einer häufig erbrachten Leistung relativ häufig auftritt. Es darf ebenso nicht vernachlässigt werden, dass dieser Indikator durch qualitativ hochwertige Leistungen beeinflussbar sein muss, um eine tatsächliche Aussage über Behandlungsqualität machen zu können. Der Einsatz eines bestimmten Prozesses sollte z.B. mit einer Senkung der Letalität einhergehen. Ein von Mant veröffentlichtes Beispiel zeigt, dass unter der Voraussetzung, dass der Einsatz eines Prozesses die Letalität senken würde, nur wenige Patienten beobachtet werden müssten, wenn der Einsatz des Prozesses anstelle des Eintretens des Versterbens als Indikator gewählt würde (48). Das heißt, dass die regelmäßige Durchführung einer Leistung, die in Studien das Behandlungsergebnis positiv beeinflusst hat, ein Qualitätsindikator ist. Da der Prozess (die Durchführung der Leistung) bei allen Patienten abläuft, das Versterben aber ein seltenes Ereignis ist, ergibt sich für die Anzahl der durchlaufenen Prozesse eine sehr viel höhere Fallzahl als für die negativen Ereignisse. Somit kann auf diese Weise eher ein statistisch signifikantes Ergebnis erzielt werden.

3.5.2. Im erstellten Bericht enthaltene Parameter

Der vorliegende Musterqualitätsbericht der Universitätsklinik Münster enthält, ebenso wie die Vorgabe der Selbstverwaltung, keinen Indikator, der unmittelbar die Ergebnisqualität der erbrachten Leistungen darstellt.

3.5.3. Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten

Neben Parametern der Prozessqualität ist es notwendig, Parameter der Ergebnisqualität für den Medizinischen Qualitätsbericht zu entwickeln. Da diese unmittelbar widerspiegeln, inwiefern die Ziele medizinischer Behandlung erreicht werden, ist ihr Einsatz im Qualitätsbericht von besonderer Bedeutung. Ihre Entwicklung ist durch die oben genannten Einschränkungen jedoch oft schwierig. Im Folgenden werden Möglichkeiten und Grenzen der Entwicklung solcher Indikatoren dargestellt.

3.5.3.1. Letalitätsraten

Die Darstellung von Letalitätsraten wäre generell sinnvoll und kann zur Beurteilung der Qualität bestimmter Leistungen unter Einhaltung gegebener Rahmenbedingungen beitragen. Aus Sicht der Qualitätsbeurteilung gibt es zwei Arten von Todesfällen im Zusammenhang mit medizinischer Behandlung. Zum einen unerwartete Todesfälle, die als Sentinel Events bezeichnet werden und Fälle darstellen, von denen ein einziger auf deutliche Qualitätsdefizite hinweist, sofern er nicht durch besondere Umstände erklärt werden kann. Sentinel Events stellen einen zentralen Punkt in der Gewährleistung der Patientensicherheit dar. Im Rahmen eines strukturierten Risikomanagement müssen solche Fälle erfasst, Ursachen aufgedeckt und Verbesserungen eingeleitet werden.

Die zweite Gruppe sind Sterbefälle als „Komplikation“. Diese sind im Zusammenhang mit bestimmten Eingriffen bekannt sind und müssen zu einem gewissen Anteil als unvermeidlich angesehen werden. Somit sind diese Letalitätsraten nur im Vergleich zu anderen Krankenhäusern bzw. zum Bundesdurchschnitt zu bewerten. Es bedarf enger Rahmenvorgaben, damit keine verzerrte Darstellung durch den Vergleich unterschiedlicher Patientengruppen entsteht. Es müssen also sowohl der Zeitpunkt der Registrierung (z.B. 30-Tage-Letalität) als auch die miteinander zu vergleichenden Patientengruppen eindeutig definiert werden. Während die Daten für die Klinikletalität aus den administrativen Daten der Klinik zu gewinnen sind, ist dies für die 30-Tage-Letalität, deren Einsatz im Hinblick auf

Vergleichbarkeit sinnvoller wäre, nicht der Fall. Diese Daten müssten gesondert erhoben werden. Zudem müssen Fälle ausgewählt werden, bei denen ein direkter Zusammenhang zwischen Behandlung Letalität besteht bzw. wahrscheinlich ist. Vor allem für definierte chirurgische Eingriffe kann dies der Fall sein. Um statistisch signifikante Unterschiede darstellen zu können, bedarf es zudem einer ausreichend großen Fallzahl.

Letalitätsraten können sowohl bezogen auf bestimmte Diagnosen als auch bezogen auf bestimmte Eingriffe angegeben werden. Eine Letalitätsrate bezogen auf eine bestimmte Diagnose erfasst den gesamten Behandlungsprozess, während eine Letalitätsrate bezogen auf einen Eingriff in engem Zusammenhang mit einem risikoreichen Verfahren steht und in Abhängigkeit von der jeweiligen Indikationsstellung gesehen werden muss. Vorschläge für zur Erfassung der Letalitätsraten geeignete Diagnosen und Prozeduren sollten in einer Entwicklungsschablone (s. Beispiel im Anhang S. XII) gesammelt werden.

3.5.3.2. Komplikationsraten

Komplikationsraten sind ein Parameter der Ergebnisqualität, der im Gegensatz zur Sterblichkeitsrate statistisch besser auszuwerten ist, da Komplikationen in der Regel in größerer Anzahl vorliegen. Eine höhere Fallzahl lässt eher den Nachweis statistisch signifikanter Unterschiede erwarten. Vor allem im Rahmen nicht lebensbedrohlicher Eingriffe treten zwar nahezu nie Todesfälle, jedoch regelmäßig bestimmte Komplikationen auf. Bei der Auswahl muss beachtet werden, dass solche Komplikationen verwendet werden, die als unmittelbare Konsequenz eines Eingriffes oder des Krankenhausaufenthaltes an sich gesehen werden können. Für die Dokumentation kann auf vorliegendes Datenmaterial zurückgegriffen werden, da sich Komplikationen in der Regel in zusätzlichen Diagnosen oder Prozeduren widerspiegeln. Da Komplikationen nicht nur als Folge von Interventionen auftreten, sondern auch durch fehlerhafte Medikation etc., sollten auch diagnosebezogene Komplikationsraten eingesetzt werden. Wiederum kann den Fachabteilungen für ihre Vorschläge eine

Entwicklungsschablone nach dem Beispiel auf Seite XII des Anhangs zur Verfügung gestellt werden.

3.5.3.3. Nosokomiale Infektionen

Das Auftreten und der Umgang mit nosokomialen Infektionen ist ein abteilungs- und berufsgruppenübergreifendes Qualitätsmerkmal der medizinischen Versorgung. Anhand dieses Beispiels wird im Folgenden dargestellt, wie fachabteilungsübergreifende Indikatoren auch von anderen Instituten entwickelt werden können.

Das Auftreten nosokomialer Infektionen kann Aufschluss über die hygienischen Verhältnisse in einer Klinik als Bestandteil der Behandlungsqualität geben. Es ist ein Parameter der Ergebnisqualität, der zusammenfassend sowohl sorgfältiges Arbeiten von Ärzten und Pflegepersonal als auch mögliche betrieblich-organisatorische oder baulich-funktionelle Defizite beleuchtet. Eine erhöhte Rate solcher Infektionen muss somit die Suche nach möglichen Ursachen nach sich ziehen. Diese können vielfältig sein und nur eine konsequente Ursachenforschung kann zu Qualitätsverbesserungen in diesem Bereich führen. Wie bereits im Zusammenhang mit anderen Parametern erwähnt, spielt die Risikoadjustierung des Patientenspektrums beim Vergleich verschiedener Kliniken eine große Rolle. Erst nach vollständiger Adjustierung ist ein Vergleich von Kliniken untereinander möglich. Da die Adjustierung jedoch häufig in einer Selektion der Fälle besteht, würde dies zu einer Reduzierung der Fallzahl und somit zu statistisch nicht signifikanten Ergebnissen führen. Es sollte somit auch für den Bereich nosokomialer Infektionen nach Möglichkeiten gesucht werden, Qualität anhand von Struktur- und Prozessdaten auszudrücken. Eine solche Möglichkeit wäre die Darstellung eines strukturierten Erfassungssystems für nosokomiale Infektionen. Zur Darstellung der Prozessqualität könnte der Umgang mit Infektionshäufungen und in diesem Zusammenhang die Einhaltung strukturierter Handlungspfade dokumentiert werden. Die Anzahl nosokomialer Infektionen könnte im Rahmen einer Erfassung über mehrere Jahre für interne Vergleiche genutzt werden.

Unabhängig vom absoluten Niveau würde eine Abnahme der Inzidenz für eine Qualitätsverbesserung stehen.

Neben der Überwachung nosokomialer Infektionen spielt der Umgang mit Methicillin-resistenten Staphylococcen für die Hygiene im Krankenhaus eine wichtige Rolle. Ein Teil der Patienten ist mit diesen Keimen besiedelt. Die Besiedlung an sich ist für den Patienten nicht problematisch. Wenn es aber zu einer manifesten Infektion mit solchen Keimen kommt, sind die Behandlungsmöglichkeiten eingeschränkt und sehr kostenintensiv. Da sowohl das Infektionrisiko als auch das Risiko der Verbreitung solcher Keime im Krankenhaus besonders hoch sind, bedarf es eines sorgfältigen Vorgehens bei der Identifizierung und Sanierung der mit MRSA besiedelten Patienten. Um Infektionen zu verhindern, sollten Patienten schon vor oder spätestens bei Aufnahme auf diese Bakterien gescreent und ggf. isoliert werden. Da ein Teil der Bevölkerung regelhaft mit diesen Bakterien besiedelt ist, bringen immer wieder Patienten diese Keime mit in die Klinik. Besonderer Beachtung bedarf eine mögliche Ausbreitung eines solchen Keimes innerhalb einer Abteilung. Dies ist nur durch konsequentes Einhalten von Hygienegrundregeln und durch ein konsequentes Hygienemanagement im Falle eines Auftretens möglich. Um herauszufinden, welche Fälle innerhalb einer Klinik übertragen wurden, können die Staphylococcus aureus Stämme typisiert werden. Da es über 400 verschiedene Typen gibt, ist ein gleichzeitiges Auftreten desselben Typs mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auf eine innerklinische Übertragung zurückzuführen. Um eine solche Übertragung frühzeitig zu erkennen, hat das Universitätsklinikum Münster ein Frühwarnsystem entwickelt, das schnell, kostengünstig und zuverlässig das Auftreten gleicher MRSA-Typen anzeigt und unmittelbar auf die potentielle Gefahr hinweist (32). Es trägt sowohl zur Sicherheit der Patienten als auch zur Kostenreduktion bei, da umfangreiche Hygienesicherheitsmaßnahmen nun nur noch im Fall eines tatsächlichen Ausbruches eingeleitet werden müssen und nicht schon dann, wenn mehrere Patienten mit einer Besiedlung registriert wurden. Neben der Rate von nosokomialen Infektionen als Parameter der Ergebnisqualität ist ein solches

System beispielhaft für die Darstellung von Aspekten der Prozessqualität im Rahmen von Patientensicherheit und Qualitätssicherung.

3.5.3.4. Patientenzufriedenheit

Obwohl die Patientenzufriedenheit ein sehr subjektiver Parameter im Zusammenhang mit Ergebnisqualität ist und seine Vergleichbarkeit mitunter schwierig ist, gibt es bestimmte klinische Bereiche, in denen ein Einsatz sinnvoll erscheint. Dies sind vor allem die Bereiche, in denen kurzfristige Heilung im Hintergrund steht, wie z.B. chronische oder maligne Erkrankungen. Je weniger eine Heilung oder Besserung in Aussicht ist, desto wichtiger ist es, die Zufriedenheit des Patienten in den Mittelpunkt des Handelns zu stellen bis sie schließlich bei einem sterbenden Menschen einziges Ziel ärztlichen Handelns sein sollte. Nicht zuletzt ist aber Zufriedenheit auch ohne direkten Zusammenhang mit Behandlungsergebnissen eine Ausprägung von Qualität, die in allen Bereichen registriert und als Qualitätsparameter angegeben werden kann. Die Darstellung der Patientenzufriedenheit bedarf jedoch immer zusätzlicher Dokumentation. Minimum einer Registrierung von Patientenzufriedenheit ist die Erfassung von Beschwerden, die als Extremfälle mangelnder Zufriedenheit gewertet werden können.

3.5.3.5. Mitarbeiterzufriedenheit

Die Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit kann in zweierlei Hinsicht als Instrument der Qualitätsverbesserung sinnvoll sein. Erstens kann sie entscheidendes Kriterium bei der Gewinnung neuer Mitarbeiter sein. Ebenso wie die Patienten sind diese Adressaten des Qualitätsberichtes. Zweitens wirkt sich die Mitarbeiterzufriedenheit indirekt auch auf die Patientenversorgung aus, da mit der Zufriedenheit niedrigere Personalfuktuationsrate, bessere Kommunikation und eine insgesamt bessere Arbeitsatmosphäre einhergehen.

3.6. Andere Inhalte eines Qualitätsberichtes

3.6.1. Im erstellten Bericht enthaltene Parameter

Der Qualitätsbericht enthält auch Teile, die in nicht den Bereichen Struktur- Prozess- oder Ergebnisqualität zugeordnet werden können. Diese sind jedoch Teil der Gesamtdarstellung eines Krankenhauses und haben somit durchaus eine Bedeutung für den Qualitätsbericht. Sie werden im Folgenden genannt.

3.6.1.1. Vorstellung der Klinik

Die allgemeine Vorstellung der Klinik soll dem Patienten einen ersten Eindruck und Überblick über die Abteilung geben und in die Darstellung der Klinik einführen. An dieser Stelle haben die Kliniken die Möglichkeit, ihre Patienten direkt anzusprechen und ihr allgemeines Behandlungskonzept (Leitbild, etc.) vorzustellen. Eine Aussage über die Qualität beinhaltet diese Darstellung nicht.

3.6.1.2. Forschung

Kliniken, die über die reine Krankenversorgung hinaus an der Weiterentwicklung von Therapien etc. arbeiten, können dies im Abschnitt „Forschung“ darstellen und so interessierte Patienten auf aktuelle medizinische Entwicklungen hinweisen. Die Patienten haben so die Möglichkeit sich gezielt an Kliniken zu wenden, die neue Therapien erproben und sich ggf. an laufenden Therapiestudien beteiligen. Für zuweisende Ärzte eröffnet dies die Möglichkeit, ihren Patienten eine Klinik zu empfehlen, die neue, innovative Therapien einsetzt.

3.6.1.3. Service

Der Teil „Service“ bietet Patienten die Möglichkeit, bei der Wahl einer Klinik auch Aspekte zu berücksichtigen, die über rein medizinische Leistungen hinausgehen. Durch die hier aufgeführten Punkte wird ein Bereich in die Darstellung der Klinik eingebunden, der zum Wohlbefinden der Patienten beiträgt und in klinischen Kennzahlen nie berücksichtigt werden könnte. Er ist Ausdruck eines umfassenden Verständnisses von Qualität, welches über die Berücksichtigung der Behandlung und deren Ergebnis hinausgeht. Vor allem

Patienten, die eine Klinik für eine längere Behandlung auswählen müssen, berücksichtigen solche Aspekte bei ihrer Entscheidung.

3.6.1.4. Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

Die für bestimmte Behandlungen notwendige Zulassung zum D-Arzt-Verfahren wird aufgeführt, damit in den entsprechenden Fällen unmittelbar die verantwortliche und autorisierte Stelle aufgesucht werden kann. Dies enthält keine Information über die Behandlungsqualität.

3.6.1.5. Teilnahme an Disease-Management-Programmen

Patienten, die im Rahmen von Disease-Management-Programmen behandelt werden, können so die an solchen Behandlungsprogrammen beteiligten Kliniken finden. Zudem ist die Teilnahme an solchen Programmen mit Qualitätsmanagementmaßnahmen verbunden, die an dieser Stelle vorgestellt werden sollten.

3.6.2. Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten

3.6.2.1. Surrogatparameter

Surrogatparameter (Surrogat (lat.) – Ersatz) werden in Bereichen eingesetzt, für die es bislang keine verlässlichen Qualitätsindikatoren gibt. Sie können in den Bereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt werden und als eine Art Platzhalter dienen bis für die entsprechenden Bereiche Qualitätsindikatoren zur Verfügung stehen. Jede Klinik kann aus ihrer täglichen, klinischen Erfahrung heraus solche Parameter identifizieren und so zur Weiterentwicklung der Qualitätsdarstellung beitragen.

4. Diskussion

4.1. Allgemeines

Bevor die Bedeutung der einzelnen Qualitätsparameter beurteilt und Argumente für oder gegen ihre Aufnahme in einen Qualitätsbericht angeführt werden können, muss der Begriff Qualität eindeutig definiert werden.

Die Definition Qualität ist abhängig von den Erwartungen, die ein Adressat an eine bestimmte Leistung hat. Für den medizinischen Qualitätsbericht stehen die Patienten als Adressaten im Vordergrund. Ihre Ansprüche an die Durchführung und den Erfolg medizinischer Leistungen können sehr unterschiedlich sein. Orchard beschreibt hierzu fünf Aspekte: Tod, Krankheit, Körperliche Einschränkungen, Unwohlsein und Unzufriedenheit. (55) Abhängig von der Schwere einer Krankheit sind diese Erwartungen unterschiedlich gewichtet. Für Patienten vor einem möglicherweise lebensbedrohlichen chirurgischen Eingriff sind die erstgenannten Aspekte Tod und Krankheit von großer Bedeutung. Dagegen stehen die Aspekte Unzufriedenheit und Unwohlsein für Patienten mit vergleichsweise leichten Erkrankungen eher im Vordergrund. Grundsätzlich sind für alle Patienten die fünf oben genannten Aspekte von Bedeutung. Ihre Gewichtung unterscheidet sich jedoch von Fall zu Fall. Es müssen also verschiedene Aspekte von Qualität im Qualitätsbericht berücksichtigt werden, um darzustellen, in welchem Maß die unterschiedlichen Erwartungen erfüllt werden. Grundsätzlich werden immer wieder zwei Aspekte genannt: „Haben Patienten Zugang zur optimalen Behandlung?“ und „Wird die Behandlung nach dem Stand der Wissenschaft durchgeführt?“. Der erste Aspekt beinhaltet sowohl regionale Versorgungskonzepte nach denen medizinische Behandlungen in ausreichendem Maße für alle Menschen zur Verfügung stehen müssen, als auch individuelle Entscheidungen des behandelnden Arztes, ob ein Patient einer bestimmten Behandlung zugeführt wird („Do users get the care they need?“). Der zweite Aspekt berücksichtigt dagegen die fachlich korrekte Durchführung einer solchen Behandlung („Is the care effective when they get it“)(13). Der medizinische Qualitätsbericht soll die innerklinischen

Entscheidungsprozesse, die die Qualität der Behandlung beeinflussen, ebenso beleuchten, wie die technisch-fachlich Durchführung der Behandlung an sich. In erster Linie bezieht sich der Qualitätsbericht auf den zweiten der hier vorgestellten Aspekte. Seine Außenwirkung kann jedoch dazu führen, dass die Entscheidung, Patienten der für sie geeigneten Klinik zuzuweisen verbessert wird und somit die Qualität der Versorgung in Deutschland insgesamt steigt.

In einem weitergehenden Konzept von Qualität müssen neben den Patienten auch andere Adressaten des Qualitätsberichtes berücksichtigt werden. Innerhalb einer Gesellschaft kann die Erwartung an Qualität durchaus darin bestehen, dass eine sehr kostenintensive Behandlung für bestimmte Patienten limitiert wird, um ein Mindestmaß an Versorgung für alle Beteiligten sicherzustellen(7). Es kann dazu kommen, dass das Interesse der Krankenkassen als Kostenträger sogar dem individuellen Interesse einzelner Mitglieder, die sie repräsentieren, im Interesse der Gesamtheit aller Mitglieder entgegensteht. Somit sollten auch solche Faktoren als Indikatoren für Qualität berücksichtigt werden, die die Effizienz, also das Verhältnis von Kosten zu Nutzen einer Behandlung ausdrücken. Wie die finanziellen Ressourcen eingesetzt werden oder, ob zusätzliche Mittel über eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge zur Finanzierung kostenintensiver Verfahren bereitgestellt werden sollen, ist eine Frage, die auf gesellschaftlicher bzw. politischer Ebene entschieden werden muss. Im Qualitätsbericht können lediglich die Effizienz medizinischer Leistungen und mögliche Szenarien im Bezug auf die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems dargestellt werden. Eine weitere Einschränkung bezüglich der Eindeutigkeit von Aussagen zur Qualität von Leistungen ist die individuelle Erwartung jedes einzelnen Patienten. Das zu erwartende Ergebnis einer korrekt durchgeführten und medizinisch indizierten Behandlung könnte z.B. den individuellen Erwartungen des Patienten gar nicht entsprechen. Dann würde gute Qualität aus medizinischer Sicht schlechte Qualität aus Sicht des Patienten bedeuten. Da aber der Patient immer im Mittelpunkt medizinischen Handelns stehen sollte, ist auf seine Wünsche Rücksicht zu nehmen. D.h., das Unterlassen einer

Behandlung würde in diesem Fall Ausdruck von Qualität sein und die Erwartungen des Patienten erfüllen. In einer statistischen Darstellung von Qualität als Zusammenstellung der Ergebnisse medizinischer Behandlung muss also berücksichtigt werden, wenn auf Wunsch des Patienten nicht die nach dem Stand der Wissenschaft beste Behandlung gewählt wurde. Gründe dafür können sein, dass das zu erwartende Behandlungsergebnis vom Patienten nicht gewünscht ist oder, dass er die Art der Behandlung an sich ablehnt. Es sollte für solche Fälle eine Möglichkeit geschaffen werden, diese Fälle als Ausnahmen gesondert zu deklarieren, um eine Verfälschung der statistischen Daten zu vermeiden.

Nach wie vor ist es sinnvoll, Donabedians Einteilung der verschiedenen Stufen von Qualität zu Grunde zu legen (23). Er beschrieb erstmals das Konzept von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Ergebnisqualität ist zweifellos das, woran Patienten, Ärzte und andere Beteiligte im Gesundheitswesen vorrangig interessiert sind. Ein gutes Ergebnis rechtfertigt nahezu jeden Prozess, der dazu geführt hat. In der Medizin hat sich gezeigt, dass bestimmte Prozesse nachweisbar mit besseren Ergebnissen einhergehen. Den Einsatz dieser Erfahrung nennt man „Evidence Based Medicine“. D.h. Prozesse, die eindeutig und nachweisbar zu besseren Ergebnissen führen, werden als Grundlage der Behandlung festgelegt. Die indikationsgerechte und korrekte Durchführung dieser Prozesse beschreiben Indikatoren der Prozessqualität. Die Prozessqualität ist die Qualität der medizinischen Leistungen im engeren Sinne(13). Wenn diese ein Optimum erreicht, variieren die Ergebnisse allein noch aufgrund von Unterschieden im Patientenspektrum oder aufgrund anderer, zufälliger Faktoren. Sowohl Prozess- als auch Strukturqualität sollen helfen, gute Ergebnisse zu liefern und sind Grundlage für eine optimale Versorgung an deren Ende das für jeden Patienten individuell beste Behandlungsergebnis steht. Aus allen drei Bereichen sind Indikatoren zu wählen, die die Qualität der medizinischen Leistungen ausdrücken sollen. Indikatoren der Ergebnisqualität sind dabei in erster Linie zur Qualitätsmessung geeignet, nicht aber zur Qualitätsverbesserung, da sie die Ursachen für

Unterschiede in den Behandlungsergebnissen nicht aufdecken können. Aus unterdurchschnittlicher Ergebnisqualität einer Klinik darf nicht automatisch gefolgert werden, dass dort die Behandlung schlechter ist. Vielmehr muss dann anhand einer Überprüfung von Strukturen und Prozessen eine Ursache gesucht und ggf. ein Problem behoben werden. Eine direkte Messung der Prozessqualität erscheint sinnvoll, da dies der medizinisch beeinflussbare Faktor für das Erzielen bester Ergebnisse ist. Es gibt jedoch sehr komplexe Prozesse, deren Qualität nicht anhand objektiver Parameter messbar ist, wie zum Beispiel die Fähigkeit eines Operateurs. In diesen Fällen ist es durchaus sinnvoll Ergebnisse zu vergleichen, um möglicherweise daraus Hinweise auf Defizite in der Behandlung erhalten zu können. Es besteht immer die Möglichkeit, aufgrund schlechterer Ergebnisqualität Untersuchungen einzuleiten, die schließlich Defizite in der Qualität der Leistungen aufdecken (16). Ob Unterschiede in den Ergebnissen jedoch tatsächlich auf Unterschiede in der Behandlungsqualität zurückzuführen ist, muss immer überprüft werden. Hierzu gehört auch und in erster Linie eine Risikoadjustierung, die Unterschiede im Patientenspektrum möglichst weitgehend ausgleicht.

Es zeigt sich, dass es in vielen Fällen sinnvoller ist, die Qualität der Prozesse unmittelbar darzustellen und zu messen. So können hochwertige medizinische Leistungen identifiziert werden. Wo immer die Qualität der medizinischen Behandlung also unmittelbar messbar ist, sollte dies durch den Einsatz von Parametern der Prozessqualität genutzt werden. Dafür spricht auch die Tatsache, dass Ergebnisse ohne großen zusätzlichen Dokumentationsaufwand nur schwer messbar sind. Strukturen dagegen sind relativ leicht zu erfassen und auch über standardisiert ablaufende Prozesse kann in vielen Fällen eine verlässliche Aussage gemacht werden.

Die Qualität der Behandlung (Prozessqualität) hat jedoch in sehr unterschiedlichem Ausmaß Einfluss auf das Ergebnis (30;47;52). Das bedeutet, dass in zwei Bereiche unterteilt werden kann. Wenn eine enge Korrelation von Prozess- und Ergebnisqualität besteht, ist es im Bezug auf die Aussagekraft

gleichgültig, welche Parameter (Prozess- oder Ergebnisqualität) ausgewählt werden, da sie jeweils aufeinander zurückzuführen sind. So kann durch Erfassung von Strukturen und Prozessen die Qualität der Ergebnisse annähernd vorhergesagt bzw. im Umkehrschluss ein schlechtes Ergebnis auf schlechte Behandlung zurückgeführt werden. Wenn jedoch Prozess- und Ergebnisqualität nicht eng korrelieren, muss entschieden werden, ob eher die Dokumentation von Ergebnissen unter den genannten Vorbehalten oder eine Optimierung der Prozesse angestrebt werden soll.

Gegen eine Verwendung von Indikatoren der Prozessqualität spricht, dass eine kostenintensive Verbesserung der Prozesse ohne Verbesserung der Ergebnisse sinnlos ist. Daher müssen für die Darstellung von Prozessqualität Eckpunkte von wissenschaftlich anerkannten Leitlinien gewählt werden, deren Einfluss auf die Qualität der Behandlung nachgewiesen ist. Wenn sich dies dann nicht in den Ergebnissen widerspiegelt, müssen andere Faktoren gesucht werden, die die Ergebnisse im Einzelfall beeinflusst haben könnten.

Es lässt sich folgern, dass sowohl Prozess- als auch Ergebnisparameter in der Darstellung von Qualität verwendet werden sollten. Ergebnisparameter haben den Vorteil, dass sie tatsächlich Resultate und somit für den Patienten relevante Ergebnisse ausdrücken. Ihr Nachteil ist, dass daraus nicht unmittelbar Verbesserungspotentiale abgeleitet werden können und, dass sie schwieriger korrekt und statistisch signifikant erfasst werden können. Parameter der Prozessqualität dagegen haben die Einschränkung, dass sie teilweise nicht mit den Ergebnissen korrelieren und eine Überprüfung und Verbesserung somit sinnlos erscheint, wenn daraus keine Verbesserung der Ergebnisse resultiert.

Der medizinische Qualitätsbericht, wie er nach §137 SGB V ab dem Jahr 2005 in Deutschland vorgeschrieben ist, sollte darstellen, welche Kliniken Leistungen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft erbringen und so eine bestmögliche Versorgung ihrer Patienten sicherstellen. § 137 SGB V fordert in diesem Zusammenhang von der Selbstverwaltung, dass sie „Kriterien für die

indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen“ festlegt. Dabei seien „auch Mindestanforderungen an die Strukturqualität einschließlich im Abstand von fünf Jahren zu erfüllender Fortbildungspflichten der Fachärzte und an die Ergebnisqualität festzulegen“(64). Auf diese Festlegungen soll sich der zu erstellende Qualitätsbericht beziehen. Da diese Festlegungen aber bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorliegen, hat die Selbstverwaltung eine sehr allgemein gefasste Vorgabe für den Qualitätsbericht vereinbart. Diese beinhaltet größtenteils allgemeine Strukturdaten des Krankenhauses, aus denen kaum eine Aussage über die Qualität abzuleiten ist. Im Folgenden wird auf die einzelnen Punkte eingegangen werden, die sich auch im UKM-Qualitätsbericht finden, um mit diesem die gesetzlichen Anforderungen in vollem Umfang zu erfüllen. Darüber hinaus werden einige weitere Aspekte schon jetzt in den UKM-Qualitätsbericht aufgenommen und Vorschläge gemacht, wie mit zusätzlichen Parametern in Zukunft eine zuverlässige Aussage über die Qualität der medizinischen Leistungen in deutschen Kliniken getroffen werden kann. Der Qualitätsbericht soll für verschiedene Nutzergruppen verfügbar und verständlich sein, damit er von Patienten unmittelbar zur Auswahl einer Klinik herangezogen werden kann. Chassin et al. haben untersucht, ob Patienten diese Information tatsächlich nutzen und bestimmte Kliniken wählen. Die Veröffentlichung von Letalitätsraten im Rahmen von Bypass-Operationen führte in ihrer Studie nicht zu einer Veränderung der Patientenzahlen der Kliniken, obwohl die Kliniken sehr unterschiedliche Letalitätsraten aufwiesen (16). Zumindest wird es einige Zeit dauern bis sich Patienten entgegen der bisherigen Gewohnheit vor der Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitsbereich in ähnlicher Form informieren, wie sie es heute schon in vielen anderen Bereichen ganz selbstverständlich tun. Eine Gefahr vor der erstmaligen Veröffentlichung eines Qualitätsberichtes für alle Kliniken in Deutschland ist, dass die Patienten durch fehlerhaft interpretierte Daten verunsichert werden. Es darf auf keinen Fall z.B. durch eine nicht oder unzureichend risikoadjustierte Letalitätsstatistik zu einer Stigmatisierung einer

Klinik kommen, da gerade in diesem sehr sensiblen Bereich ein einmal entstandener Eindruck bei Patienten nur schwer wieder zu ändern ist. Durch einen Bericht, der tatsächlich eine Aussage über die Qualität von Kliniken bzw. einzelner Abteilungen macht, kann es zu weitreichenden Veränderungen und letztendlich zur Schließung von Kliniken Abteilungen kommen. Es ist zu berücksichtigen, inwiefern die wohnortnahe Versorgung dann noch für alle Patienten in Deutschland gewährleistet ist. Dies ist vor allem im Hinblick auf eine flächendeckende Notfallversorgung von Bedeutung. Um Kliniken vorab die Möglichkeit zu geben, auf mögliche Qualitätsdefizite zu reagieren, wäre es sinnvoll, den vollen Datensatz eines Qualitätsberichtes erst nach einer Übergangsphase von zwei bis drei Jahren zu veröffentlichen. Durch den begrenzten Zeitraum und die potentiellen Konsequenzen einer solchen Veröffentlichung wäre der Veränderungs- und Verbesserungsdruck in den Kliniken so hoch, dass dies zwangsläufig zu Qualitätssteigerungen führen würde. Primäres Ziel der Qualitätsberichterstattung ist es, flächendeckend hohe Qualität zu gewährleisten und ständige Verbesserungen anzuregen. Die Berichterstattung ist ein Instrument, Defizite zu entdecken und zu beseitigen. Eine Veröffentlichung von Ranglisten etc. verbessert nicht die Qualität. Auf eine verpflichtende Veröffentlichung könnte theoretisch völlig verzichtet werden, wenn allein die Sensibilisierung für dieses Thema in den Kliniken zu einem veränderten Bewusstsein für Qualität führen würde. Dieser Effekt wurde erstmals im Rahmen von Untersuchungen zur Produktivität in einem Werk der Western Electric Company in Hawthorne beschrieben. Der so genannte Hawthorne-Effekt beschreibt, dass sich Qualität und Produktivität schon allein aufgrund der Tatsache verbessern können, dass eine Auseinandersetzung mit dem Thema stattgefunden hat (49). In Hawthorne erhöhte sich die Produktivität sogar in den Beobachtungsgruppen, in denen die Arbeitsbedingungen im Vergleich zur vorbestehenden Situation verschlechtert worden waren.

Medizinische Indikatoren

Aus den derzeit im medizinischen Qualitätsbericht enthaltenen Daten lassen sich kaum Rückschlüsse auf die tatsächliche Qualität medizinischer

Behandlung in Deutschland ziehen. Die Vorgabe der Selbstverwaltung enthält keinen einzigen Parameter zur Prozess- oder Ergebnisqualität. Wie Berichte aus anderen Ländern mit mehrjähriger Erfahrung in der Qualitätsdarstellung zeigen, muss über die bisher aufgeführten Indikatoren hinausgegangen werden. Noch wird die Transparenz in Deutschland gescheut. Dennoch gibt es keine sinnvolle Alternative, wenn zukünftig die Qualität der Behandlung verlässlich dargestellt werden soll. Zahlreiche Initiativen, vor allem in den USA, haben beispielhaft Sets von Indikatoren zusammengestellt, wie sie möglicherweise auch in Deutschland zum Einsatz kommen könnten. Entscheidende Schwierigkeit dabei ist, dass Indikatoren immer nur einen Teilbereich beleuchten können und auf dieser Basis auf die Behandlung aller Patienten geschlossen werden muss. Dies könnte zu Fehlanreizen dahingehend führen, dass Kliniken bemüht sind, die gemessenen Indikatoren zu verbessern, ohne dabei die Qualität der Versorgung insgesamt zu steigern. Gerade in großen Kliniken bedarf es zahlreicher Indikatoren aus allen Fachgebieten, um dies zu verhindern. Am Beispiel einer Universitätsklinik lässt sich zeigen, dass mit den häufig eingesetzten Indikatoren aus dem Bereich der Inneren Medizin kaum ein Eindruck einer davon völlig unabhängigen Klinik für Dermatologie gewonnen werden kann. Daher ist es notwendig aus jeder einzelnen Fachabteilung heraus eigene Indikatoren zu entwickeln und diese in ein umfangreiches Set von Indikatoren einzubinden. Um eine Konzentration auf einige wenige Indikatoren zu vermeiden, darf der Katalog der Indikatoren sehr umfangreich sein, ohne dass damit gleichzeitig festgelegt ist, dass ständig alle Indikatoren gemessen werden müssen. Vielmehr wäre es sinnvoll die Indikatoren im Wechsel zu überprüfen und möglicherweise den Kliniken nicht vorab mitzuteilen, auf welche Teilbereiche die Qualitätsprüfung sich jeweils bezieht.

4.2. Parameter der Strukturqualität

4.2.1. Im erstellten Bericht enthaltene Parameter

4.2.1.1. Klinische Leistungsbereiche

Als Parameter der Strukturqualität ist die Darstellung der Leistungsbereiche ein Qualitätsparameter. Sie ist als Bestandteil des von Campbell beschriebenen „Access of care“ notwendige Voraussetzung für die Erbringung bestimmter Leistungen(13). Wenn Möglichkeiten der Diagnostik oder bestimmte Therapieoptionen nicht zur Verfügung stehen, können diese von vorneherein nicht bei der Wahl der geeigneten Behandlung berücksichtigt werden. Da es dem Patienten als Adressaten des Qualitätsberichtes jedoch in der Regel nicht möglich ist, allein anhand der Namen der Abteilungen zu erkennen, welche Bereiche für ihn von Bedeutung sein könnten, wurde dieser Teil um eine kurze umgangssprachliche Erläuterung des jeweiligen Fachgebietes ergänzt. Dies ermöglicht auch Laien einen Klinikbericht korrekt zu lesen ohne auf die Auswertung Dritter, die möglicherweise zu Verzerrungen führt, zurückgreifen zu müssen. Eine Darstellung in umgangssprachlicher Ausdrucksweise erhöht zudem die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten bei der Suche im Internet die Angebote der Klinik finden und diese bei ihrer Auswahl berücksichtigen können.

4.2.1.2. Schwerpunkte klinischer Maximalversorgung

Die Darstellung der Schwerpunkte klinischer Maximalversorgung weist auf besondere Spezialisierungen der Klinik hin. Da es sich bei den Spezialgebieten oft um Randbereiche handelt, die nur geringe Patientenzahlen beinhalten, sind solche Spezialgebiete über eine Darstellung der häufigsten Diagnosen der Klinik nicht zu erfassen. Es handelt sich ebenso wie bei den Fallzahlen um einen Parameter der Strukturqualität und ist auf die wenigen speziellen Punkte begrenzt. Während sich die Spezialisierung bei kleineren Kliniken durchaus noch in den absoluten Fallzahlen widerspiegeln kann, stellen sehr große Kliniken der Maximalversorgung hier eher Raritäten dar, die für Patienten insofern ein Kriterium sein können, als dass sie eine spezielle Behandlung nur in ganz wenigen Kliniken in Deutschland finden werden.

4.2.1.3. Statistik

Die Darstellung der statistischen Daten über die Gesamtzahl der behandelten Patienten sollte abteilungsbezogen erfolgen, da gerade in großen Kliniken zahlreiche Abteilungen nahezu unabhängig voneinander operieren. Der Darstellung solcher Daten als Qualitätsparameter liegt wie bei der Frage der Mindestmengen die Vorstellung zugrunde, dass die Behandlungsqualität mit zunehmender Fallzahl steigt. Da die Fallzahlen jedoch nur für bestimmte Bereiche einen möglichen Hinweis auf Qualitätsunterschiede geben, ist eine klinikübergreifende Darstellung zu diesem Zweck unbrauchbar und selbst die Aussagekraft einer fachabteilungsspezifischen Darstellung ist von zweifelhaftem Wert.

Mit der Verweildauer wurde in diesem Bereich ein Parameter aufgenommen, der gerade im Rahmen der Einführung pauschaler Vergütungsformen in Deutschland eine wichtige Rolle spielt. Mit dem Ende der Vergütung nach tagespflegesätzen und der Einführung der DRG-Systems geht die Befürchtung einher, dass Kliniken versuchen könnten, ihre Wirtschaftlichkeit dadurch zu fördern, dass sie Patienten früher entlassen. Um gerade während der Einführungszeit den Patienten einen Einblick in die Verweildauern und deren Entwicklung geben zu können, wurde dieser Parameter aufgenommen. Eine direkte Aussage zur Qualität ist dies jedoch nicht. Es gibt zwar Hinweise, dass die Reduzierung der Verweildauer unter einen kritischen Level mit Qualitätseinbußen einhergeht, bewiesen ist dies jedoch nicht. Kossovsky et al. registrierten eine lineare Assoziation zwischen der Verweildauer und einem von ihnen entwickelten Behandlungs-Score (43). Da dieser Score die Durchführung bestimmter diagnostischer und therapeutischer Leistungen enthielt, ist diese Assoziation insofern verständlich, dass mit zunehmender Verweildauer auch mehr diagnostische und therapeutische Leistungen durchgeführt wurden. Ob jedoch im Einzelfall die zusätzliche Durchführung dieser Leistungen nicht zu Überversorgung geführt hätte, bleibt offen. Zudem ist es sogar Ziel der pauschalierten Vergütung, dass Kliniken durch Reduktion der Wartezeiten etc. alle medizinisch notwendigen Leistungen auch innerhalb einer verkürzten

Verweildauer erbringen. Eine Studie in den USA zeigte, dass nach Einführung des pauschalierten Vergütungssystems vermehrt Patienten in vermeintlich instabilem Zustand entlassen wurden (42) und gleichzeitig die 90-Tage-Letalität für instabil entlassene Patienten bei 16% im Gegensatz zu 10% für stabil entlassene Patienten lag. Da gleichzeitig andere Studien im Rahmen der Einführung pauschaler Vergütungsformen keine Veränderungen der Letalität feststellen konnten (40), stellt sich die Frage inwieweit die Zunahme des Anteils instabil entlassener Patienten relevant ist. Wichtig wäre dabei zu beobachten inwieweit mögliche Veränderungen durch frühzeitige Entlassungen durch den ambulanten Sektor abgefangen werden. Wenn es nicht mit Nachteilen für den Patienten verbunden ist, ist es durchaus sinnvoll im Rahmen der Förderung integrierter Versorgung die ambulante Weiterversorgung von Patienten eng mit dem Klinikaufenthalt zu verzahnen und so die Dauer eines kostenintensiven Klinikaufenthaltes möglichst gering zu halten. Sobald Kliniken im Rahmen von Qualitätsmanagementmaßnahmen, wie zum Beispiel dieses Qualitätsberichtes, die Qualität ihrer Leistungen transparent darstellen müssen, entfällt die Bedeutung der Verweildauern bzw. kehrt sich insofern um, als dass es für hohe Qualität und gute Organisation spricht, wenn hochwertige Leistungen auch innerhalb kürzerer Zeit erbracht werden können.

4.2.1.4. Zimmer

Die Zimmerqualität hat zwar keinen direkten Einfluss auf die Behandlungsqualität, gibt den Patienten aber die Möglichkeit sich neben der medizinischen Seite auch über die zu erwartende Unterbringung zu informieren. Ob Patienten Einzel- oder Mehrbettzimmer vorziehen, ist individuell verschieden. Daher sollte die Zimmereinteilung auch kein Bewertungskriterium sein, sondern vielmehr die Ausdruck, einen möglichst umfassenden Einblick in eine Klinik zu bekommen. Im Rahmen des Wettbewerbes unter Kliniken ist dies eine Möglichkeit, Patienten für sich zu gewinnen, indem durch ein besonders hohes Maß an Service Aufmerksamkeit erregt werden kann.

4.2.1.5. Funktionsbereiche und klinische Labore

Gerade für große Kliniken der Maximalversorgung wird durch die Darstellung ihrer Funktionsbereiche und klinischen Labore die Möglichkeit geschaffen, auf besondere Abteilungen hinzuweisen. Es ist Ausdruck von Strukturqualität, wenn für eine bestimmte Behandlung die komplette technische und personelle Ausstattung zur Verfügung steht. Eine Gefahr besteht jedoch darin, dass auch Patienten mit Erkrankungen aus anderen Bereichen, deren Behandlung völlig unabhängig von dieser speziellen Ausstattung ist, die Klinik auswählen, die möglichst viele Behandlungsformen anbietet. Dies würde für diese Patienten nicht nur zu keiner Verbesserung ihrer Behandlung, sondern darüber hinaus zu Anreizen für Fehl- und Überversorgung führen. Empfehlungen, wie sie die Krankenkassen auf Basis der Qualitätsberichte abgeben sollen, dürfen sich daher immer nur auf genau definierte Patientengruppen beziehen und nicht eine Klinik allgemein hervorheben, die in einer Checkliste von Leistungen die meisten Möglichkeiten anbietet. Diese Gefahr ist beträchtlich, sobald es zu einer Veröffentlichung der Ergebnisse aus den Qualitätsberichten in Form von Ranglisten kommt. So könnte Quantität schließlich ausschlaggebender als Qualität sein.

4.2.1.6. Technische Ausstattung

Die Beschreibung der technischen Ausstattung ist als Parameter für Strukturqualität ein wichtiger Bestandteil eines Qualitätsberichtes. Schwierigkeit hierbei ist jedoch – wie schon an anderer Stelle diskutiert, dass die technische Ausstattung indikationsbezogen betrachtet werden muss. An dieser Stelle sei auch nochmals auf den Gesetzestext verwiesen, der „Mindestanforderungen an die Strukturqualität“ und „Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger, medizintechnischer Leistungen“ fordert(64). Dies wurde in der Vorgabe der Selbstverwaltung nicht berücksichtigt. Möglicherweise war eine Entwicklung aller dieser Kriterien nicht innerhalb der vorgegebenen Zeit zu leisten; um aber technische Ausstattung sinnvoll vergleichen zu können, ist dies notwendig. Mit

der Veröffentlichung der Qualitätsberichte wurde der zweite Schritt vor dem ersten gemacht. Zumindest sollte jetzt eine Möglichkeit gefunden werden, die zusammengestellten Daten ohne großen Aufwand indikationsbezogen zu vergleichen. Dies könnte in Form einer Abfrage geschehen, die es ermöglicht die Kliniken herauszufiltern, die bestimmte Geräte vorhalten, die im Rahmen einer bestimmten Behandlung zur Verfügung stehen sollten. Es müssen jedoch vorab Mindestanforderungen an die Strukturqualität für die Durchführung bestimmter Behandlungen festgelegt werden. Einige Kliniken dürften dann, sofern sie die Mindestanforderungen nicht erfüllen, bestimmte Behandlungen möglicherweise nicht mehr durchführen. Sollte der Gesetzgeber solche Sanktionen erwägen, müssten die Anforderungen den Kliniken vorab bekannt sein, um gegebenenfalls darauf reagieren zu können. Eine rückwirkende Sanktionierung auf Basis der im Qualitätsbericht veröffentlichten Daten widerspräche den Bestrebungen einer flächendeckenden Verbesserung der Qualität medizinischer Behandlung in Deutschland.

4.2.1.7. Medizinisches Personal

Während für den ärztlichen Bereich bisher kaum untersucht wurde, ob mehr Personal mit besserer Qualität einhergeht, wurde dies für Pflegepersonal bereits in zahlreichen Studien nachgewiesen (18;50;53;54;63;69). Im ärztlichen Bereich fand lediglich eine englische Studie eine Assoziation der Anzahl beschäftigter Ärzte pro Bett mit der Letalitätsrate der Patienten (38). Dennoch ist die Darstellung der personellen Ausstattung für alle Bereiche sinnvoll, da sie Patienten als Hinweis dienen kann, wie umfangreich die stationäre Betreuung in einer Abteilung ist. Es ist jedoch nicht ausreichend, die Personalsituation des gesamten Krankenhauses anzugeben, da dies keine Rückschlüsse auf einzelne Abteilungen zuließe. Zudem muss sichergestellt sein, dass tatsächlich nur die Personen aufgeführt werden, die in der Patientenbetreuung eingesetzt sind und, dass diese Daten nicht pro Kopf, sondern pro Vollzeitstelle angegeben werden. Nur so kann Vergleichbarkeit sichergestellt werden. Für den pflegerischen Bereich ist die Korrelation zwischen Personalausstattung und Qualität deutlicher und besser belegt als für den ärztlichen Bereich. Sowohl im

Hinblick auf die Anzahl unerwünschter Ereignisse (69) als auch im Hinblick auf Behandlungsergebnisse (50);(18;54;63) konnte diese Korrelation mehrfach nachgewiesen werden. Die Darstellung der Personalausstattung ist somit ein wertvoller Indikator der Strukturqualität.

4.2.1.8. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten nach §115b SGB V

Diese Darstellung soll Patienten helfen, Kliniken zu finden, die bestimmte Leistungen ambulant anbieten. Durch die Darstellung der 5 häufigsten Behandlungen kann es jedoch dazu kommen, dass eine große Klinik, in einer späteren vergleichenden Darstellung der Krankenkassen mit einer ambulanten Leistung nicht erscheint, weil sie fünf andere Leistungen noch häufiger erbringt. Eine kleinere Klinik dagegen würde genannt, auch wenn die absolute Zahl der Eingriffe geringer ist. Dies könnte dazu führen, dass Patienten an weit entfernte Kliniken verwiesen werden, obwohl ein geeignetes Haus in unmittelbarer Nähe besteht. Es ist vor allem großen Kliniken daher anzuraten, mehr als nur die häufigsten fünf ambulanten Operationen aufzuführen, um dies zu verhindern. Alternativ sollte die Vorgabe fordern, die häufigsten fünf und mindestens alle ambulanten Leistungen zu nennen, die mindestens x-mal durchgeführt wurden.

4.2.1.9. TOP-10 DRG im Beobachtungszeitraum (Jahr 2003)

Der Darstellung der häufigsten DRGs, und im Folgenden der häufigsten Diagnosen und Prozeduren, liegt die Vorstellung zu Grunde, dass die Qualität mit zunehmender Fallzahl steigt. Studien hierzu beziehen sich jedoch meist auf sehr komplexe Eingriffe und konnten diesen Zusammenhang selbst für diese Art Eingriffe nur teilweise nachweisen. Da diese eher seltenen Diagnosen und Prozeduren gerade nicht zu den absolut häufigsten einer Klinik gehören dürften, ist eine Aussage zur Qualität der Behandlung durch die Darstellung der TOP-10-DRGs nur sehr eingeschränkt möglich. Da die häufigsten DRGs einer Klinik in der Regel Routinefälle sind, behandeln auch kleine Kliniken in diesen Bereichen eine relativ große Anzahl von Patienten. Ein Qualitätsunterschied wäre aber nur zu erwarten, wenn die Fallzahlen so gering sind, dass zumindest angenommen werden kann, dass aufgrund mangelnder Erfahrung die Fehlerrate höher ist. Die Aufzählung der häufigsten DRGs kann also lediglich

insofern als ein Parameter der Strukturqualität gesehen werden, als dass dadurch dokumentiert ist, dass die Klinik die technischen und personellen Möglichkeiten besitzt, eine bestimmte Anzahl solcher Fälle zu behandeln. Darüber hinaus muss einschränkend erwähnt werden, dass DRGs zunehmend weniger medizinisch definiert sein werden. Eine DRG steht für eine ökonomisch homogene Fallgruppe. Das muss nicht bedeuten, dass alle Fälle, die dieser DRG zugeordnet werden, medizinisch gleich sein. Unter ökonomischen Gesichtspunkten könnten eine Geburt und eine Appendektomie derselben DRG zugeordnet werden, solange die Fallgruppen durchschnittlich die gleichen Kosten verursachen.

Ähnlich wie bei den häufigsten ambulanten Operationen besteht bei der Beschränkung auf die 10 häufigsten DRGs das Problem, das für bestimmte Eingriffe oder Diagnosen eine Klinik A in einer vergleichenden Aufstellung nicht genannt wird, obwohl sie tatsächlich mehr Fälle einer bestimmten Art behandelt hat als eine andere Klinik B, die in der Statistik aufgeführt wird. Dadurch jedoch, dass Klinik A in anderen Teilbereichen noch mehr Fälle aufzuweisen hat, fallen relativ gesehen seltenere Fälle heraus. Jede große Klinik sollte darauf bedacht sein, alle Fälle ab einer bestimmten Fallzahl aufzuführen, um diesem Nachteil nicht ausgesetzt zu sein. Eine vergleichende Aufstellung im Internet könnte den Eindruck erwecken, dass bestimmte Eingriffe gar nicht durchgeführt werden.

Wie oben bereits erwähnt, gibt es Befürchtungen, dass im Rahmen der DRG-Einführung Qualitätsdefizite vor allem durch vorzeitige Entlassungen entstehen. Dies und die Tatsache, dass in den USA Anhaltspunkte für solche Entwicklungen gefunden wurden, hat dazu geführt, dass im UKM-Qualitätsbericht die Verweildauer für jede dieser DRGs mit aufgeführt wurde (42;43). Zur Unterstützung bei der Interpretation der Verweildauern wurden die zugehörigen PCCL-Werte ebenfalls aufgeführt. Diese sind ein Maß für Komplikationen und Komorbiditäten, die in der Regel zu einer Verlängerung der Verweildauer führen. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass sie nicht zur Risikoadjustierung herangezogen werden können, da sie als Instrument der

Kostenkalkulation entwickelt wurden und sowohl vorbestehende Komorbiditäten als auch im Rahmen der Behandlung aufgetretene Komplikationen darstellen. Somit kann ein überdurchschnittlich hoher PCCL-Wert nicht genutzt werden, um schlechtere Behandlungsergebnisse durch unbeeinflussbare Unterschiede im Patientenspektrum zu erklären.

Die Verwendung der Basis-DRGs stellt ein weiteres Problem dar. Wie bereits erwähnt werden so Gruppen von zum Teil sehr unterschiedlichen Behandlungsfällen zusammengefasst, da es sich bei den DRGs um ein System handelt, das zur Kalkulation der Behandlungskosten entwickelt wurde. Das führt dazu, dass Nutzer des Berichtes eine für sie in Frage kommende Diagnose nicht finden, da sie Teil einer größeren Gruppe ist, was die Interpretation schwierig macht. Ebenso finden sich ähnliche Behandlungen auch in verschiedenen Basis-DRGs wieder. Die Implantation eines Herzschrittmachers wird z.B. abhängig von anderen Diagnosen und Prozeduren in 5 unterschiedlichen DRGs dargestellt. Eine Abschätzung der Fallmengen ist durch die Darstellung der TOP-10-DRGs somit kaum möglich.

4.2.1.10. TOP-10 Hauptdiagnosen im Beobachtungszeitraum (1 Jahr)

Die 3-stellige Aufzählung der Hauptdiagnosen birgt die gleichen Schwierigkeiten wie oben bereits für die DRGs erwähnt. Im Beispiel der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten konnte die häufigste Diagnose „Bienen/Wespengift-Hyposensibilisierung“ genannt werden, obwohl die ICD-Ziffer Z51 auch zahlreiche andere Diagnosen umfasst. Die oben genannte umgangssprachliche Bezeichnung konnte nur gewählt werden, da den entsprechenden Klinikern bekannt war, dies den weit überwiegenden Teil der Diagnosen innerhalb der Gruppe repräsentiert. In einigen Fällen könnte die Auflistung der 3-stelligen ICD-Codes so zu unübersichtlichen Darstellungen führen. Es sollte also innerhalb dieser Gruppen geprüft werden, ob eine der Unterkategorien möglicherweise dem überwiegenden Anteil der Gruppe entspricht.

4.2.1.11. TOP-10 Prozeduren im Beobachtungszeitraum (1 Jahr)

Bei der Darstellung der häufigsten Prozeduren im Behandlungszeitraum sollten die Prozeduren aufgeführt werden, die tatsächlich von der Fachabteilung selbst erbracht werden und nicht die Prozeduren aller Patienten, die in der Fachabteilung behandelt werden. Dies würde dazu führen, dass die Auflistung der Prozeduren durch zahlreiche diagnostische Verfahren verwässert würde. Eine radiologische Leistung könnte so die häufigste Leistung einer augenheilkundlichen Abteilung sein. Sinnvoll ist jedoch nur die Darstellung der Prozeduren, die fachspezifisch von einer Abteilung selbst durchgeführt wurden. Da die 10 häufigsten Prozeduren dargestellt werden, ist diesen Angaben keine Aussage bezüglich komplexer, seltener Eingriffe zu entnehmen. Da aber gerade komplexe Eingriffe häufig mit schwerwiegenden Komplikationen behaftet sind, wäre deren Darstellung sehr viel aufschlussreicher für betroffene Patienten.

Die in den drei letztgenannten Bereichen geforderte Formulierung in umgangssprachlicher Klarschrift stellt insofern eine Schwierigkeit dar, dass theoretisch alle Kliniken andere Formulierungen für denselben Sachverhalt wählen könnten. Um eine bessere Vergleichbarkeit zu erreichen und Missverständnisse zu vermeiden, sollten bundesweit einheitliche Formulierungen festgelegt werden, die als Grundlage für alle Qualitätsberichte dienen können.

4.2.1.12. Mindestmengen

An dieser Stelle soll auch auf die im Qualitätsbericht geforderten Mindestmengen bestimmter Eingriffe eingegangen werden. Für die Eingriffe Lebertransplantation (10), Nierentransplantation (20), Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (5/5), Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (5/5) und Stammzelltransplantation (10-14) werden Mindestmengen vorgegeben, die eine Klinik zu erfüllen hat, wenn sie auch zukünftig solche Leistungen erbringen möchte. Die Zahlen in Klammern stellen die vorgegebenen Mindestmengen pro Klinik bzw. pro gelistetem Operateur dar.

Die Problematik von Mindestmengen wird bereits seit längerer Zeit diskutiert und wirft die Frage auf, ob ein häufigeres Durchführen eines Eingriffes tatsächlich mit besseren Ergebnissen einhergeht und, wie eine solche Regelung im deutschen Gesundheitssystem umzusetzen bzw. mit welchen Konsequenzen zu rechnen wäre. Mindestmengen bzw. die Assoziation von Leistungsmengen zur Ergebnisqualität ist einer der meistgenutzten und intensivst studierten Qualitätsindikatoren (5;6;20;22;25;26;31;60;61). Dabei wird als Ergebnis in der Regel die Klinik- bzw. 30-Tage-Letalität gewählt, was bedeutet, dass die Einschränkungen, die bei der Verwendung von Letalitätsraten vor allem im Hinblick auf eine adäquate Risikostratifizierung beachtet werden müssen, auch hier Berücksichtigung finden sollten. Die Konsequenzen, die sich aus der Einführung von Mindestmengen für die Versorgungsstrukturen in Deutschland ergeben, sind gegen den erzielten Effekt abzuwägen. Eine Analyse der angestrebten Mindestmenge von 5 komplexen Eingriffen am Organsystem Ösophagus hat gezeigt, dass mit der Einführung der Regelung 80 Prozent der Kliniken diesen Eingriff nicht mehr durchführen dürften (58). Dies würde, übertragen auf andere Eingriffe wie z.B. eine Aortenaneurysma-Operation die flächendeckende Notfallversorgung in Frage stellen. Eine Möglichkeit dem entgegenzuwirken wäre, dass nur bestimmte Patienten an größere Kliniken überweisen werden. Dafür müsste ein bestimmtes Patientenspektrum identifiziert werden, das besonders von der Behandlung in einer großen Klinik profitiert. Dimick hat für Patienten im Rahmen von Ösophagusresektionen festgestellt, dass der Unterschied in den Letalitätsraten hauptsächlich auf Hochrisikopatienten zurückzuführen ist (21). Glance et. al. dagegen fanden für Koronare Bypassoperationen, dass gerade Patienten mit geringen Risikofaktoren von Behandlung in einer großen Klinik profitieren würden (28). Es bedarf also weiterer Studien, wenn so verfahren und eine Selektion der Patienten vorgenommen werden soll. Zudem ist unklar, ob die Mindestmengen auf einzelne Eingriffe beschränkt werden oder, ob eine umfangreichere Gruppe von Eingriffen gewählt werden sollte. Zahlreiche allgemeine Einflussfaktoren (Anästhesie, intensivmedizinische Betreuung, Hygiene, etc.), die eine Gruppe von Eingriffen betreffen, wirken sich ebenso auf

die Ergebnisse aus, wie die speziellen, individuellen Fähigkeiten eines Operateurs bezogen auf einen bestimmten Eingriff. Aus zahlreichen Studien geht hervor, dass sich die Ergebnisse auf die Gesamtheit der Kliniken durchaus unterscheiden, dass größere Kliniken im Durchschnitt niedrigere Letalitätsraten für bestimmte Eingriffe aufweisen. Dies gilt jedoch nicht im individuellen Vergleich einzelner Kliniken, da sich unter den kleineren Kliniken auch zahlreiche befinden, die in diese Vergleich ebenso gut oder besser abschneiden als große Häuser (57). Mit der Mindestmengenregelung würde somit auch solchen Kliniken untersagt ihre bisher gute Leistung weiterhin zu erbringen. Die Darstellung einzelner Häuser jedoch würde wiederum keine statistisch signifikanten Unterscheide liefern, da die Fallzahlen für bestimmte, komplizierte Eingriffe zu gering sind. Zudem ist zu berücksichtigen, dass sich die Versorgungsqualität an großen Kliniken verschlechtern könnte, wenn sie schlagartig mit einer sehr viel höheren Fallzahl belastet würden. Dies alles zeigt, dass hohe Fallzahlen kein unmittelbarer Nachweis für Qualität sind. Außerdem wird in vielen Studien die Klinikletalität als Ergebnisparameter gewählt, was den Einfluss unterschiedlicher Konzepte im Bezug auf Weiterverlegungen nicht berücksichtigt. So sollten laut einer Studie von Dudley et al. aus einer Gruppe von 121609 im Rahmen bestimmter Erkrankungen behandelte Fälle, 602 Todesfälle durch Einweisung in große Kliniken anstelle kleiner Kliniken vermeidbar gewesen sein (24). In dieser Studie wurden jedoch lediglich Klinikletalitätsraten verglichen, für die zudem keine adäquate Risikoadjustierung bezüglich des Patientenspektrums vorgenommen worden war. Die Neu- und Weiterentwicklung von hochwertigen Qualitätsindikatoren sollte also dem Einsatz von Mindestmengen vorgezogen werden, um Qualitätsverbesserungen zu erzielen und unerwünschte Nebeneffekte auf die Versorgungsstruktur zu vermeiden. Dass eine flächendeckende Versorgung gewährleistet und gleichzeitig maximale Ressourcen genutzt werden können zeigen beispielhaft die Erfahrungen des OSF Stroke Network in Illinois (USA). Durch enge Vernetzung der Kliniken und telefonische Rücksprachen mit Experten konnten selbst kleinste Kliniken eine Behandlung von Schlaganfällen mit tPA (tissue plasminogen activator) durchführen ohne gegenüber großen

Spezialzentren Qualitätsdefizite aufzuweisen (71). In ähnlicher Form könnte ein solches Modell auch auf andere Bereiche übertragen werden, um mögliche negative Effekte niedrigerer Fallzahlen auf das Behandlungsergebnis zu mindern.

4.2.1.13. Qualitätsmanagement

Die allgemeine Darstellung der Qualitätssicherung kann sicherlich einen Einblick geben in den (angestrebten) Umgang mit Problemen und das Bemühen der Klinik, sich ständig zu verbessern. Neben den bekannten Zertifizierungsmöglichkeiten gibt es jedoch bislang keine Mindestanforderungen, die als Maßstab an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement angelegt werden können. Diese sollen, ebenso wie für die technische Ausstattung weiter oben erwähnt, von der Selbstverwaltung erarbeitet werden. Erst wenn diese Vorgaben erarbeitet wurden, kann deren Berücksichtigung, wie es im Gesetz vorgesehen ist, dokumentiert werden. Bis dahin bleibt es jeder Klinik weitestgehend selbst überlassen, was sie an dieser Stelle im Sinne einer positiven Selbstdarstellung aufführt.

4.2.2. Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten

Die Parameter der Strukturqualität sind im Wesentlichen in den Vorgaben der Selbstverwaltung bzw. in unserem abgewandelten Bericht enthalten. Es bleibt jeder Abteilung jedoch vorbehalten, Parameter der Strukturqualität im Zusammenhang mit bestimmten diagnostischen und therapeutischen Leitungen aufzuführen.

4.3. Parameter der Prozessqualität

4.3.1. Im erstellten Bericht enthaltene Parameter

Wie bereits erwähnt enthält der vorliegende UKM-Qualitätsbericht keinen Indikator der Prozessqualität.

4.3.2. Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten

4.3.2.1. Einsatzrate bestimmter Eingriffe

Voraussetzung für die Verwendung der Einsatzrate bestimmter Eingriffe als Qualitätsindikator ist ein wissenschaftlich belegter Vorteil einer bestimmten Behandlung. Am Beispiel von Sektioraten lässt sich zeigen, dass eine Verwendung solcher Einsatzraten nicht unumstritten ist. Es ist nicht auszuschließen, dass die Wünsche der Patienten nicht den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien entsprechen. Nach Untersuchungen gehen hohe Sektioraten sowohl mit erhöhten Raten postpartaler Infektionen und iatrogenen Frühreife des Neugeborenen als auch mit längeren Klinikaufenthalten und höheren Kosten einher. Die perinatalen Sterblichkeitsraten unterscheiden sich dagegen nicht (62). Um die genannten Komplikationen zu vermeiden, wäre eine Reduktion der Sektiorate medizinisch sinnvoll. Eine 1996 veröffentlichte Umfrage unter Gynäkologinnen und Gynäkologen zeigte jedoch geschlechtsabhängig sehr unterschiedliche Ergebnisse. Während Gynäkologinnen für den Fall einer eigenen, komplikationslosen Erstgeburt in 31% der Fälle eine Sektio bevorzugten, waren dies unter männlichen Gynäkologen nur 8%, die diese im gleichen Fall für Ihre Partnerinnen einer Spontangeburt vorziehen würden (1). Dies zeigt, dass der Entscheidung oft nicht fachliches Wissen und rationale Erwägungen, sondern emotionale und individuelle Einflüsse zu Grunde liegen. Auch andere Experten sehen den Grund für die Zunahme der Sektiorate in der gestiegenen „Nachfrage“ unter betroffenen Frauen(72). In beiden Fällen wird ein Aspekt von Qualität bedient. In einem Fall ist es die Patientenzufriedenheit, indem den individuellen Wünschen nachgekommen wird und im anderen Fall ist es das Erreichen besserer Ergebnisqualität durch Senkung der Komplikationsrate. Letzteres geht zudem mit Kosteneinsparungen einher. Welches Qualitätsziel hier Vorrang hat, muss individuell abgewogen werden.

4.3.2.2. Ungeplante Wiederaufnahmen bzw. Reinterventionen

Ungeplante Wiederaufnahmen können im Hinblick auf Qualitätsverbesserung in zweierlei Hinsicht von Bedeutung sein. Zum einen könnten Kliniken identifiziert werden, bei denen es zu einem überdurchschnittlich hohen Anteil von Wiederaufnahmen kommt und zum anderen könnten bestimmte Gruppen von Patienten identifiziert werden, die überdurchschnittlich häufig wieder aufgenommen werden müssen. Da durch Vermeidung von Wiederaufnahmen zugleich Kosten gespart werden können, sollten diese Fälle zu identifiziert werden. Am Beispiel älterer Patienten zeigt sich, dass eine ausführliche und oft zeitintensive Beratung ihr Verhalten nach der Entlassung betreffend, im Hinblick auf eine Wiederaufnahme sehr wichtig ist. In ihrem Review der Literatur zu diesem Thema kommen Benbassat und Taragin zu dem Schluss, dass durch die Erfassung von Wiederaufnahmen spezielle Gruppen von Patienten identifiziert werden können, deren Behandlungsqualität gesteigert und somit die Wiederaufnahmerate gesenkt werden kann (4). Bei diesen handelte es sich um Patienten mit chronischen Krankheiten wie Asthma bronchiale oder Diabetes Mellitus. Eine allgemeine Assoziation von Wiederaufnahmeraten und Ergebnisqualität konnte jedoch nicht festgestellt werden. Ein administratives Problem ist, dass es möglich ist, dass ein Patient nicht in dieselbe Klinik wieder aufgenommen wird in der er für zuerst behandelt wurde. Dies würde zu einer unvollständigen und fehlerhaften Erfassung führen, da Krankenhäusern die Information über auswärtige Wiederaufnahmen nicht vorliegen.

Rückkehr in den OP und somit die Reinterventionsrate stellt ebenfalls einen Qualitätsindikator dar. Am Beispiel der Cholezystektomie lässt sich zeigen, dass ein auffällig hoher Anteil von Reinterventionen Anlass zu genauerer Prüfung sein sollte. Die BQS ermittelte für das Beispiel Cholezystektomie eine Reinterventionsrate von 2,16%(11). Ab einem Wert von 5% sollte ein Dialog mit den Kliniken bezüglich möglicher Ursachen eingeleitet werden. Dieser Parameter findet in zahlreichen operativen Fächern bereits Verwendung. Eine Übertragung auf andere Bereiche ist möglich und sollte angestrebt werden. Auch die Wiederholung von Probeentnahmen o.ä. in konservativen Fächern

könnte in diesem Zusammenhang dargestellt werden. Mehrfache Biopsien können Anzeichen für unnötige Doppeluntersuchungen oder unsachgemäß durchgeführte Probeentnahmen sein.

4.3.2.3. Indikationsbezogener Einsatz von Behandlungen und Medikamenten

Nicht ohne Grund ist der Einsatz von Behandlungen und Medikamenten einer der wesentlichen Parameter bei der Qualitätsbeobachtung in zahlreichen Projekten. Es handelt sich nicht um eine, in der Diskussion um Leitlinien oft kritisierte Einschränkung der Behandlungsfreiheit von Ärzten, sondern um die schlichte Einhaltung wesentlicher therapeutischer Prinzipien. Daher kann dieser Parameter nur in solchen Bereichen eingesetzt werden, in denen die Datenlage eindeutig für die Indikation bestimmter Leistungen spricht und ihr Einsatz nachweislich zu besseren Ergebnissen führt. Im Rahmen zunehmender Orientierung hin zu evidenzbasierter Medizin ist die Überprüfung von Behandlung an Eckpfeilern therapeutischen Handelns logische Konsequenz. Die direkte Überprüfung von Prozessen hat den Vorteil, dass sehr viel geringere Fallzahlen bzw. Beobachtungszeiträume nötig sind, um signifikante Unterschiede festzustellen, da nicht das deutlich seltenere Eintreten von Komplikationen oder gar Todesfällen „abgewartet“ werden muss. Gleichzeitig kann auf diesem Wege eine Qualitätsverbesserung für Behandlungen erreicht werden, die eine große Anzahl von Patienten betreffen und somit auch gesundheitsökonomisch relevant sind.. Chassin errechnete auf Basis zahlreicher Studien, dass allein durch den adäquaten Einsatz von Therapieoptionen im Rahmen eines akuten Herzinfarktes jährlich 18000 Todesfälle bei Patienten mit Herzinfarkt in den USA verhindert werden könnten (15). Dies würde eine Qualitätsverbesserung in der Behandlung von 745000 Patienten bedeuten, die jährlich in den USA einen Herzinfarkt erleiden. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen McGlynn et al., die auf Basis von 439 Qualitätsindikatoren für 30 akute und chronische Erkrankungen aus Revision der Krankenakten fanden, dass die Patienten im Durchschnitt 54,9% der empfohlenen Therapien erhielten (51). Versäumnisse in der Therapie wurden

dabei ebenso überprüft, wie der Einsatz bestimmter Behandlungen ohne gegebene Indikation. Da die Durchführung einer indizierten Behandlung nicht in 100% der Fälle erreicht werden kann, könnte eine bestimmte Größe als Benchmark für alle Kliniken vorgegeben werden. Ein Erreichen dieser vorgegebenen Größe würde so als gute Qualität festgelegt werden. Es sollte verhindert werden, dass Kliniken, die gute Qualität liefern als schlechter erscheinen im Vergleich mit Kliniken, die möglicherweise noch einige Prozentpunkte mehr erreichen. Sie würden so zu Unrecht stigmatisiert (41). Für eine solche Darstellung ist die Qualitätsmessung in diesem Bereich von zu vielen Parametern abhängig, die nicht unmittelbar die medizinische Behandlung betreffen.

Derzeit sind solche Informationen aus den Routinedaten der Kliniken noch nicht zu gewinnen. D.h., dass zusätzliche Dokumentation notwendig sein wird, um diesen Qualitätsindikator in Zukunft zu verwenden. Um diesen zusätzlichen Aufwand zu rechtfertigen müssen die Indikatoren aus der Praxis heraus entwickelt und sorgfältig ausgewählt werden. Für zahlreiche Krankheitsbilder gibt es schon jetzt Leitlinien und klinische Behandlungspfade, die bereits wertvolle Vorarbeit auf diesem Gebiet geleistet haben und Ansätze für Qualitätsverbesserung zeigen (14;17). Eckpunkte dieser Leitlinien können die Prozessqualitätsparameter der Zukunft sein. Die Implementierung klinischer Behandlungspfade könnte gleichzeitig die Dokumentation für den Qualitätsbericht liefern.

4.3.2.4. Wartezeiten

Analysen von Wartezeiten sind ein wesentlicher Bestandteil bei der Verbesserung von Arbeitsabläufen. Sie geben Hinweise auf die Koordination verschiedener Abteilungen innerhalb einer Klinik. Ob lange Wartezeiten jedoch auch mangelnde Organisation und somit häufigere Fehler und schlechtere Ergebnisse suggerieren, ist nicht untersucht und darf nicht ohne Weiteres unterstellt werden. Ebenso ließe sich formulieren, dass kürzere Wartezeiten durch schnelleres und dadurch möglicherweise nachlässigeres Arbeiten erzielt

werden. Von direkter Relevanz sind Wartezeiten jedoch dann, wenn Sie die Zufriedenheit des Patienten beeinflussen. Sobald ein Patient aufgrund langer Wartezeit unzufrieden ist, ist dies Ausdruck eines Qualitätsdefizites. Zu messender Parameter wäre dann jedoch die Patientenzufriedenheit anstelle der Wartezeit an sich.

4.3.2.5. Arztbrieflatenz

In der Regel bekommen Patienten bei ihrer Entlassung einen Kurzbrief für den weiterbehandelnden Arzt, der die wesentlichen Informationen bezüglich durchgeführter Maßnahmen und ggf. geänderter Medikation enthält. Darüber hinaus erstellt die Klinik einen ausführlichen Bericht, der alle im Rahmen des stationären Aufenthaltes festgestellten Befunde beinhaltet. Für den weiterbehandelnden Arzt ist diese Informationen wichtig, um die Behandlung entsprechend weiterführen zu können. Daher sollte dieser Brief möglichst kurzfristig nach Entlassung des Patienten erstellt werden. Häufig ist dies jedoch nicht der Fall und die Briefe werden erst Wochen später verschickt. Dadurch gehen wichtige Informationen, die für die Behandlung des Patienten von Bedeutung sind verloren. Die zeitnahe Erstellung der Arztbriefe ist ein Indikator für gute Organisation der Klinik und dient einer kontinuierlichen Behandlung der Patienten. Im Rahmen pauschaler Vergütungsformen werden zunehmend Patienten frühzeitig in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden. Gerade dann ist eine zuverlässige Information des weiterbehandelnden Arztes unverzichtbar. Dieser Indikator hat zugleich eine ökonomische Komponente für ein Krankenhaus, denn es ist auf Zuweisungen niedergelassener Ärzte angewiesen. Die Arztbrieflatenz ist dabei nur ein Teil der Zusammenarbeit zwischen Klinik und ambulantem Sektor. Um einen Gesamteindruck von dieser Zusammenarbeit zu bekommen, sollten Einweiser zu ihren Erfahrungen mit dem Krankenhaus befragt werden. Ein Teil solcher Fragebogen könnte im Qualitätsbericht veröffentlicht werden. Ein weiterer Teil bliebe für den internen Gebrauch innerhalb der Klinik. Auf diese Weise könnten auch Kommunikationsprobleme transportiert werden, die nicht veröffentlicht werden sollen. Denn Verbesserung ist wichtiger als Veröffentlichung. Einschränkend

muss bei der Interpretation dieser Daten berücksichtigt werden, dass die Aussagen der Zuweiser subjektiv sind. Es ist zu verhindern, dass zuweisende Ärzte nicht auf diese Weise Druck auf Krankenhäuser ausüben. Es müssen möglichst objektive Parameter gefunden und den Kliniken Gelegenheit zur Stellungnahme und ggf. Gegendarstellung gegeben werden.

4.3.2.6. Indikationsprüfung

Um die aus dem Gesetzestext (SGB V § 137 Abs. 1 Nr. 2) hervorgehenden Anforderungen zu erfüllen, müssen vorab die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden. Dabei sind Notwendigkeit und Qualität der Leistungen zu unterscheiden. Um die Qualität der Leistungen zu beurteilen wurden in dieser Arbeit zahlreiche Methoden vorgestellt. Die Notwendigkeit – also die Indikation - bestimmter Leistungen – möglicherweise sogar in Einzelfällen – zu überprüfen würde einen großen zusätzlichen Aufwand bedeuten. Dies ist bei Beschränkung auf administrative Daten nicht möglich. Möglich wäre es, die Durchführung einer bestimmten Leistung immer an das Vorliegen bestimmter Diagnosen zu knüpfen. Deutliche Abweichungen hiervon müssten Krankenhäuser im Einzelfall begründen. Beispielhaft wurde dies von der BQS für Cholezystektomien durchgeführt. Wenn bestimmte Vorgaben nicht erfüllt sind, gilt die Indikation als fraglich. Ein überdurchschnittlich hoher Anteil fraglicher Indikationen führt zu einer Überprüfung der Klinik hinsichtlich möglicher Qualitätsdefizite(11).

4.3.2.7. Beschwerdemanagement

Beschwerdemanagement ist ein Parameter der Prozessqualität im Hinblick auf das Qualitätsziel Patientenzufriedenheit. „Telefon-Hotlines“ oder noch besser strukturierte Befragungen stellen sicher, dass Beschwerden unmittelbar registriert und an entsprechende Stellen weitergegeben werden können. Durch zeitnahe Reaktion kann so die individuelle Patientenzufriedenheit gesteigert werden. Die Umsetzung von Beschwerden in konkrete Verbesserungen ist somit als Teil des Beschwerdemanagements zu verstehen. Beschwerden, die Patienten erst nach Entlassung äußern, sollten Anlass für grundsätzliche Veränderungen sein. Die individuelle Patientenzufriedenheit kann in diesen Fällen nicht mehr beeinflusst werden. Der Patient als potentieller „Kunde“ für

zukünftige Klinikaufenthalte prägt durch Weitergabe seiner Erfahrungen das Außenbild der Klinik und beeinflusst so zukünftige „Kunden“. Die Patientenzufriedenheit ist somit als Wettbewerbsfaktor von sehr großer Bedeutung.

4.3.2.8. Risikomanagement

Risikomanagement kann als Teil eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems verstanden werden. Unabhängig davon, dass eine zunehmende Verflechtung von Qualitäts- und Risikomanagement sinnvoll und wünschenswert wäre (9), sollte es im Qualitätsbericht jedoch gesondert dargestellt werden. Nach einer vom Institut für Krankenhaus-Management in Münster durchgeführten Trend-Studie ist Risikomanagement nach wie vor in wenigen deutschen Kliniken etabliert, obwohl seine Bedeutung und sein Potential im Hinblick auf Steigerung von Qualität und Sicherheit für die Patienten sehr hoch ist. 59% der befragten Krankenhausmitarbeiter bezeichneten das Risikomanagement in ihrem Haus als verbesserungswürdig oder nicht vorhanden (70). Ein Grund für die schleppende Einführung solcher Systeme in Deutschland ist der generelle Umgang mit Fehlern. Ursachenforschung begrenzt sich häufig auf die Suche nach einem „Schuldigen“. Die Möglichkeit, zukünftige Fehler durch systematische Veränderungen zu vermeiden, wird oft übersehen. Dies ist jedoch Voraussetzung für einen konstruktiven Umgang mit Risiken. Eine Meldung von Fehlern und Beinaheunfällen darf nicht mit individuellen personellen Konsequenzen verbunden sein. Vielmehr sollte sie Auslöser objektiver Fehleranalyse sein. Dass ein solches Erfassungssystem eine große Zahl von Ereignissen erfassen und dadurch zahlreiche Komplikationen und sogar Todesfälle vermeiden könnte, zeigen die Studien von Thomas et al. und Brennan et al.. Thomas fand im Rahmen der Behandlung von 15000 nicht-psychiatrischen Patienten in 2,9% der Fälle ein so genanntes Adverse Event., In 6,6% der Fälle hatte es zum Tod des Patienten geführt (65). Brennan et al. stellten in den Ergebnissen der Harvard medical Practice Study nach der Überprüfung von 30000 Patientenakten in 3,7% der Fälle ein Adverse Event

fest. 58% dieser Ereignisse waren Fehlern zuzuordnen und 27,6% entstanden aus Nachlässigkeit. Während der überwiegende Teil der Ereignisse bei den betroffenen Patienten nicht zu Beeinträchtigungen über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten geführt hatte, endeten 13,6% der Fälle tödlich. Dies weist auf das große Potential von Risikomanagementsystemen hin (10). Es ist davon auszugehen, dass auch die best-trainiertesten Menschen Fehler machen (46). Der Ansatz zur Fehlervermeidung muss daher in der Organisation der Arbeitsumgebung und der Vermeidung von fehleranfälligen Situationen liegen. Ein Beispiel ist die Einführung von computerbasierten Warn- und Erinnerungssystemen. Durch Hinweise auf Basis von fest hinterlegten Regeln können Fehlentscheidungen und Flüchtigkeitsfehler vermieden werden (8).

4.4. Parameter der Ergebnisqualität

4.4.1. Im erstellten Bericht enthaltene Parameter

Parameter der Ergebnisqualität finden sich im Musterbericht nicht.

4.4.2. Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten

4.4.2.1. Letalitätsraten

Über die Aussagekraft von Letalitätsraten und deren Assoziation mit der Qualität medizinischer Behandlung gibt es zahlreiche Studien mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Für viele Diagnosen vor allem im Bereich der Inneren Medizin können sie nur sehr beschränkt als Parameter herangezogen werden (34). Auch kann mit Hilfe dieser Daten, wie von Krumholz et al. untersucht, keine Aussage über den Vergleich zweier Kliniken zueinander gemacht werden (44). Lediglich zwischen Gruppen von Kliniken ließ sich ein Unterschied in der Qualität, die sich in Berücksichtigung bestimmter, wissenschaftlich anerkannter Therapiebestandteile ausdrückte, feststellen. Für den Einsatz von Letalitätsraten als Qualitätsparameter müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein.. Die Festlegung eines einheitlichen Beobachtungszeitraumes ist dabei von besonderer Bedeutung. Johnson et al. fanden signifikante Unterschiede beim Vergleich der 30-Tage-Letalität mit der

180-Tage-Letalität (39). Es bedarf also - je nach Eingriff - der genauen Festlegung eines Zeitraumes, in dem typischerweise lebensbedrohliche Komplikationen auftreten können, die unmittelbar dem Eingriff zuzuschreiben sind. Bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus sind Letalitätsraten problemlos aus administrativen Daten zu erstellen. Diese würden jedoch zu einer verzerrten Darstellung führen, da Krankenhäuser ihre Patienten abhängig von der Versorgungsstufe unterschiedlich schnell entlassen oder weiterverlegen. Krankenhäuser, die Ihre Patienten ausbehandeln sind gegenüber Zentren im Nachteil, die eine rasche postoperative Verlegung anstreben. Die Verwendbarkeit von Letalitätsraten als Qualitätsindikator ist außerdem durch die Fallzahl eingeschränkt. Um statistisch signifikante Unterschiede in den Letalitätsraten zu finden, bedarf es einer möglichst großen Anzahl von Fällen. Da Todesfälle im Rahmen häufig durchgeführter Eingriffe eher die Ausnahme darstellen, ist erst eine sehr große Abweichung, d.h. eine sehr hohe Letalitätsrate, statistisch signifikant und somit aussagekräftig (56). Zudem muss der direkte Zusammenhang zwischen dem Ergebnis (in diesem Fall dem Versterben) und der Behandlung dargelegt werden. Der Nachweis, dass das Versterben eines Patienten ursächlich auf die Durchführung bzw. das Unterlassen einer bestimmten Behandlung zurückzuführen ist, ist oft schwierig. Bevor dieser jedoch dargestellt ist, darf dem Krankenhaus kein Qualitätsdefizit unterstellt werden. Im Sinne einer langfristigen Qualitätsverbesserung ist der Wert von Letalitätsdaten als Qualitätsindikator ohnehin eingeschränkt. Im Gegensatz zu Parametern der Prozessqualität geben sie keine direkten Hinweise auf Verbesserungspotentiale, denn, ob schlechtere Ergebnisse allein auf schlechtere Behandlung zurückzuführen sind, ist oft nicht eindeutig.

4.4.2.2. Komplikationsrate

Die Komplikationsrate als Qualitätsparameter stellt einen Kompromiss zwischen Parametern der Prozessqualität und Letalitätsraten dar. Ihr Vorteil gegenüber anderen Parametern der Prozessqualität ist, dass sie Ergebnisse darstellt, die für den betroffenen Patienten von Bedeutung ist. Der Vorteil gegenüber Letalitätsraten liegt darin, dass Komplikationen deutlich häufiger sind und somit

eher mit statistisch signifikanten Ergebnissen zu rechnen ist. DesHarnais et al. haben sowohl Komplikations- als auch Letalitätsraten risikoadjustiert für verschiedene Krankenhäuser ermittelt. Ihr Ergebnis zeigte, dass die Komplikationsraten der 5 verglichenen Kliniken statistisch signifikant und somit verwertbar waren. Gleichzeitig untersuchte Letalitätsraten für die entsprechenden Bereiche wiesen keine statistisch signifikanten Unterschiede auf (19).

4.4.2.3. Nosokomiale Infektionen

Die Erfassung der Rate nosokomialer Infektionen sowie die Darstellung des innerbetrieblichen Umgangs mit solchen Ereignissen beleuchtet als Indikator Strukturen Prozesse und Ergebnisse. Abhängig von der Organisationsstruktur einer Klinik kann die Erfassung nosokomialer Infektionen zentral oder fachabteilungsindividuell im Qualitätsbericht aufgeführt werden. Die Erfassung nosokomialer Infektionen in deutschen Krankenhäusern ist in den letzten Jahren stetig weiterentwickelt worden. In einer Initiative des Robert-Koch-Institutes berichten Kliniken seit 1997 auf freiwilliger Basis ihre Zahl nosokomialer Infektionen. Dieses so genannte Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) ging einer gesetzlichen Initiative um einige Jahre voraus. Im Infektionsschutzgesetz wurde im Jahr 2001 festgelegt, dass alle Kliniken die Verpflichtung zur gezielten Erfassung und Bewertung bestimmter nosokomialer Infektionen haben(36). Die gesetzliche Verpflichtung ist jedoch sehr weit gefasst. Derzeit lässt sich lediglich eine Aussage darüber treffen, ob Kliniken sich mit dem Thema auseinandersetzen und in Teilbereichen oder für bestimmte Infektionen Erhebungen eingeführt haben. Ziel ist eine bundesweite Erfassung von Daten über postoperative Wundinfektionen, katheterassoziierte Septikämien, beatmungsassoziierte Pneumonien und katheterassoziierte Harnwegsinfektionen. Eine Veröffentlichungspflicht ist ebenso wenig vorgesehen wie eine Risikoadjustierung, die die Daten verschiedener Kliniken untereinander vergleichbar machen würde. Eine solche Adjustierung gibt es im Rahmen des bereits erwähnten KISS-Projektes. Für postoperative Wundinfektionen berücksichtigt sie die Dauer der Operation, den ASA-Scores

des Patienten und die Klassifikation der Wundkontamination als „septisch“ oder „kontaminiert“. Ob diese Adjustierung ausreichend wäre, um die Daten im Rahmen des Qualitätsberichtes vergleichend gegenüberzustellen, ist fraglich. Ähnlich dem Umgang mit den Daten der BQS könnte in einem ersten Schritt veröffentlicht werden, für welche Bereiche und für welche Diagnosen eine Klinik bereits die Überwachung und Dokumentation nosokomialer Infektionen eingeführt hat. Da nur eine strukturierte Erfassung zu einer vollständigen Dokumentation führen kann, sollten Kliniken ein automatisches Warn- und Registrierungssystem einführen. Ähnlich einem an der Universitätsklinik Münster entwickelten System sollte die Eingabe bestimmter Diagnosen eine Rückfrage bezüglich nosokomialer Infektionen auslösen. Dieses System weist den behandelnden Arzt im Zusammenhang mit bestimmten Diagnosen immer auf die Möglichkeit einer nosokomialen Infektion hin. Durch das Ausfüllen eines Formulars ist so eine zeitnahe Dokumentation gewährleistet. Die entsprechenden Informationen werden an das Institut für Hygiene weitergeleitet und ausgewertet.

Auch die wirtschaftliche Bedeutung nosokomialer Infektionen ist nicht zu unterschätzen. Mit geschätzten 1 Million zusätzlichen Krankenhausverweildauertagen allein im Rahmen postoperativer Wundinfektionen verursachen sie beträchtliche zusätzliche Kosten (27). Das KISS-Projekt hat gezeigt, dass sich die Zahl nosokomialer Infektionen durch diese Form der Beobachtung reduzieren ließ(27). Die zurückgehende Zahl nosokomialer Infektionen kann möglicherweise zum Teil auf kürzere Verweildauern zurückgeführt werden. Gastmeier et al. zeigten jedoch auch, dass z.B. bei Hüftoperationen eine Infektion im Durchschnitt am 12. Tag auftrat. Die mittlere Verweildauer lag bei 18 Tagen. Somit wäre die Infektion in der Regel deutlich innerhalb des stationären Aufenthaltes zu erwarten. Um den Dokumentationsaufwand nicht zu groß werden zu lassen, sollte die Erfassung zusätzlicher nosokomialer Infektionen auf wesentliche Bereiche (z.B. Intensivstationen) bzw. wesentliche Infektionen beschränkt werden. Eine Integrierung in das EDV-System des Krankenhauses ist notwendige

Voraussetzung. Um den Dokumentationsaufwand in Grenzen zu halten wäre es auch möglich, die zu dokumentierenden Diagnosen in bestimmten Zeiträumen zu wechseln oder jede Station beispielsweise nur drei Monate jedes Jahres erfassen zu lassen. Ein regelmäßiger Wechsel würde die ständige bzw. wiederkehrende Aufmerksamkeit des behandelnden Teams gewährleisten und kann beispielhaft sein für ein Modell von Qualitätserfassung, das an ständiger Verbesserung und weniger nur an fortlaufender Dokumentation interessiert ist.

Ein weiterer Qualitätsindikator kann der Umgang mit Methicillin-resistenten Staphylokokken sein, da dies ist von zunehmender Bedeutung für die Patientenversorgung ist. Da die Sensibilität dieser Bakterien auf Antibiotika sehr eingeschränkt ist, sind Infektionen lebensbedrohlich. Zudem besteht die Gefahr, dass sich weitere Resistenzen entwickeln, die auf Dauer jegliche antibiotische Behandlung völlig unwirksam machen. Bei stationärer Aufnahme sollten die Patienten also auf die Besiedlung mit diesen Keimen gescreent werden. Vor allem Patienten aus Risikogebieten, wie z.B. Pflegeheime oder auch bestimmte Länder (USA, England, etc.) sollten rechtzeitig untersucht und bis zum Ausschluss einer Besiedlung isoliert werden. Wenn möglich, sollte das Screening bereits vor Ausnahme ambulant erfolgen, um ggf. vorab eine medikamentöse Sanierung durchführen zu können. Die Darstellung solcher Maßnahmen zeigt einen verantwortungsbewussten Umgang mit Hygiene und Patientensicherheit und sollte somit Teil eines Qualitätsberichtes sein.

4.4.2.4. Patientenzufriedenheit

Patientenzufriedenheit ist naturgemäß ein subjektiver Parameter. Die Zufriedenheit der Patienten als „Kunden“ des Krankenhauses stellt jedoch ein wesentliches Behandlungsziel dar. Somit sollte sie im Rahmen des Qualitätsberichtes dargestellt werden. Schwierig ist jedoch, dass ein Patient unzufrieden sein kann, obwohl das Ergebnis einer Behandlung aus medizinischer Sicht zufrieden stellend ist. Entweder hat der Arzt in diesem Fall gegen den Wunsch des Patienten gehandelt oder den Patienten nicht ausreichend über die Konsequenzen der Behandlung aufgeklärt. Beides stellt

ein Qualitätsdefizit dar. Da der Patient genau dann zufrieden ist, wenn seine Erwartungen erfüllt bzw. ggf. übertroffen wurden, kann auch die Situation entstehen, dass der Arzt korrekt handelt und den Patienten informiert, dieser aber dennoch unzufrieden mit dem Behandlungsergebnis ist. Somit darf die Patientenzufriedenheit nicht mit dem Resultat medizinischer Behandlung gleichgesetzt werden. Sie spiegelt jedoch die Patientenorientierung einer Abteilung wider. Ein auf Patientenumfragen basierender Vergleich kalifornischer Kliniken ist ein Beispiel dafür, wie bedeutend in den USA Patienten- bzw. Serviceorientierung ist. Die 71 Fragen, die die Patienten ihren Klinikaufenthalt betreffend beantworteten, umfassten beispielsweise, ob sie vom Klinikpersonal mit Respekt behandelt wurden, ob sie einen konkreten Ansprechpartner hatten, ob sie immer über die Behandlung informiert wurden und, ob sie die Klinik Freunden weiterempfehlen würden(12). Eine so umfangreiche Erfassung wäre – zumal im Rahmen eines Qualitätsberichtes – in Deutschland derzeit nicht denkbar und würde keine ausreichende Akzeptanz finden. Um aus Ergebnissen von Patientenbefragungen Qualitätsverbesserungen abzuleiten, muss die Unzufriedenheit auf konkrete Ursachen zurückgeführt werden können. Dafür ist es notwendig, dass entsprechende Frageinstrumente entwickelt werden. Abhängig von der Methodik können Umfrageergebnisse sehr unterschiedlich sein(3). Unabhängig vom eigenständigen Wert der Patientenzufriedenheit zeigen Studien eine Korrelation zwischen hoher Patientenzufriedenheit und niedrigen risikoadjustierten Letalitätsraten (37). Dieser Zusammenhang ist aber noch unzureichend untersucht.

4.4.2.5. Mitarbeiterzufriedenheit

Im Hinblick auf die Qualität der Behandlung und somit aus der Perspektive der Patienten gibt es keinen Nachweis dafür, dass höhere Mitarbeiterzufriedenheit mit besseren Ergebnissen einhergeht. Unabhängig davon ist die Zufriedenheit der Angestellten jedoch wichtiger Bestandteil jedes Unternehmens und somit ein Qualitätsparameter. Im Sinne eines Total Quality Management sollte sie Inhalt eines Qualitätsberichtes sein.

4.5. Andere Inhalte eines Qualitätsberichtes

4.5.1. Im erstellten Bericht enthaltene Parameter

4.5.1.1. Vorstellung der Klinik

Die Vorstellung der Klinik stellt den einleitenden Teil des Berichtes dar und soll den Leser in das Thema einführen. Da es keine konkrete Vorgabe dazu gibt, besteht hier die Möglichkeit, eine allgemeine Einführung in den Bericht zu geben und evtl. auf eigene Besonderheiten hinzuweisen.

4.5.1.2. Forschung

Vor allem gut informierte Patienten mit chronischen Krankheiten haben oft ein Interesse daran, zu erfahren, welche Kliniken sich mit der Weiterentwicklung von Therapien beschäftigen. Dies kann jedoch nur als Information für die Patienten gewertet werden. Einen Nachweis dafür, dass sich Forschungsaktivitäten positiv auf die Patientenversorgung auswirken, gibt es nicht. Im Gegenteil beanspruchen Forschungsaktivitäten zusätzliche Zeit. Sofern sich diese zusätzlichen Aufgaben nicht im Personalschlüssel der Klinik widerspiegeln, könnte dies sogar darauf hinweisen, dass die Zeit für die Patientenversorgung eingeschränkt ist.

4.5.1.3. Service

Neben der reinen Krankenversorgung bieten Kliniken Serviceleistungen an, die zur Zufriedenheit der Patienten beitragen sollen. Wie oben bereits erwähnt, ist Zufriedenheit eine Komponente von Qualität. Daher kann dieser Bereich als Strukturqualitätsparameter verstanden werden. Wie ebenfalls bereits erwähnt, ist dies von unterschiedlicher Bedeutung für Patienten. Art und Schwere der Erkrankung spielen dabei ebenso eine Rolle wie persönliche Erwartungen des Patienten. Auch wenn der Bereich Service keinen direkten Einfluss auf Art und Durchführung medizinischer Leistungen hat, dient er der Zufriedenheit der Patienten. Solange die Zufriedenheit also nicht gesondert erfasst wird, kann die Darstellung von Zusatzangeboten die Bemühung einer Klinik um das Wohlbefinden ihrer Patienten ausdrücken.

4.5.1.4. Zulassung zum D-Arzt-Verfahren und Teilnahme an Disease-Management-Programmen

Die Tatsache, ob eine Klinik zum D-Arzt-Verfahren zugelassen ist bzw. an Disease-Management-Programmen teilnimmt, sind reine Service-Informationen für den Patienten. Patienten, die sich an Disease-Management-Programmen beteiligen, müssen eine teilnehmende Klinik finden, um die Weiterbehandlung entsprechend ihres Programms sicherzustellen. Inwiefern sich diese Programme auf die Behandlungsqualität auswirken, muss an anderer Stelle untersucht werden. Die Qualitätssicherungsaspekte, die in Disease-Management-Programmen enthalten sind, sollten jedoch in den Qualitätsbericht aufgenommen werden.

4.5.2. Weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten

4.5.2.1. Surrogatparameter

Da sich die Qualitätsberichterstattung in Deutschland gerade erst entwickelt, wäre es jedoch sinnvoll, weitere Surrogatparameter unter Berücksichtigung und Nennung aller Vorbehalte, in den Bericht aufzunehmen. In jedem Falle würde es die Diskussion über neue Qualitätsparameter weiterführen. Ggf. könnten nach einigen Jahren solche Parameter dann mit objektiven Daten korreliert werden. Voraussetzung hierfür ist eine konsequente wissenschaftliche Begleitung der Entwicklung von Qualitätsparametern. Zurzeit könnte die Darstellung solcher Parameter noch eher als Werbung für die Klinik als als Qualitätsdarstellung abgetan werden. Unter Berücksichtigung der gegebenen Einschränkungen spricht jedoch nichts gegen die Aufnahme solcher Kriterien.

4.6. Abschließende Empfehlung

Aus der vorliegenden Arbeit wird deutlich, dass die Qualitätsberichterstattung für Krankenhäuser in Deutschland umfassender Weiterentwicklung bedarf. Die Tatsache, dass die Erstellung eines Qualitätsberichtes ab dem Jahr 2005 verpflichtend ist, darf somit nicht als Ergebnis, sondern vielmehr als Beginn dieser Entwicklung gesehen werden. In fachübergreifender Zusammenarbeit müssen aussagekräftige und praktikable Indikatoren gefunden werden, die den Qualitätsbericht zu einem Instrument machen, das langfristig zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Qualität medizinischer Leistungen beiträgt. Um sicherzustellen, dass die Grundlagen der Qualitätssicherung und die statistischen Voraussetzungen beachtet und erfüllt werden, ist eine zentrale Steuerung der Indikatorenentwicklung anzustreben. Die Inhalte dagegen müssen aus der Praxis heraus von den einzelnen Fachbereichen beigetragen werden, da klinische Erfahrung und fachspezifische Kenntnisse für die Entwicklung sinnvoller Indikatoren unabdingbar sind. Auf Basis der in dieser Arbeit vorgestellten Arten von Indikatoren können Kliniken konkrete Vorschläge machen. Diese sollten wiederum an zentraler Stelle geprüft und ggf. in den Qualitätsbericht eingearbeitet werden. Da es in der Diskussion um die Bedeutung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren gute Argumente für jede Indikatorklasse gibt, sollten alle drei Bereiche berücksichtigt werden. Langfristig werden sich durch die wissenschaftliche Betreuung und Weiterentwicklung sinnvolle Indikatoren herauskristallisieren. Wie die Erfahrungen in anderen Ländern zeigen, ist dies ein Prozess kontinuierlicher Entwicklung. Die Gesetzesinitiative der Bundesregierung sollte als Anstoß dieser Entwicklung und nicht als einmaliges, abgeschlossenes Projekt angesehen werden.

4.7. Praktische Hinweise zur Erstellung des Qualitätsberichtes

Die Erstellung eines Qualitätsberichtes erfordert eine zentrale Koordination innerhalb des Krankenhauses. Welchen Umfang ein Qualitätsbericht haben soll und welche Ziele die Klinik damit verfolgt, sollte vorab auf der Leitungsebene entschieden werden. Auf dieser Basis kann eingeteilt werden, welche Teile des Berichtes zentral für das Gesamtklinikum erstellt werden können, und welche Teile eine Bearbeitung durch die jeweiligen Fachbereiche erfordern. Vor allem die in der Vorgabe der Selbstverwaltung enthaltenen Statistiken der häufigsten DRGs, Hauptdiagnosen und Prozeduren können an zentraler Stelle aus den dort vorhandenen Daten erstellt werden. Damit die jeweiligen Fachabteilungen die Daten überprüfen können, sollten alle zentralen Informationen vorab zusammengestellt werden, Ein mögliches Vorgehen ist dabei die Erstellung von Berichtsvorlagen für jede Abteilung. In einer solchen Vorlage sind alle zentral zu erhebenden Daten bereits vorausgefüllt. Neben den oben genannten Statistiken betrifft dies auch Personaldaten und allgemeine Informationen, wie Adressen Telefonnummern etc.. Durch dieses Vorgehen ist zum einen gewährleistet, dass alle enthaltenen Informationen von den Abteilungen gesehen und für korrekt befunden wurden; zum anderen bekommt der Bericht so ein einheitliches Layout und die einzelnen Teilbereiche stellen sich individuell innerhalb eines vorgegebenen Gerüsts dar. Die den Abteilungen zur Verfügung gestellten Vorlagen sollten in jedem Fall Ausfüllhinweise für mit Freitext zu füllende Bereiche enthalten, um ein einheitliches Verständnis zu gewährleisten und den Umfang der Ausführungen in einem vorgegebenen Rahmen zu halten.

Um zum jetzigen Zeitpunkt durch den Bericht auf die Qualität der eigenen Klinik hinzuweisen, muss die Berichterstattung über die Vorgabe der Selbstverwaltung hinausgehen. Dabei ist jede Fachabteilung gefragt, die eigenen Stärken zu identifizieren und entsprechend darzustellen. Solange es keine objektiv vergleichbaren Qualitätsindikatoren gibt, müssen Besonderheiten beschrieben und deren Bedeutung für die Patienten deutlich gemacht werden. Da jedoch kein Standard vorgegeben ist, wird die Darstellung aller Kliniken, die um eine positive Außendarstellung bemüht sind, auf irgendeine Weise positiv

klingen. Dieser Effekt wird noch dadurch verstärkt, dass die Adressaten zum überwiegenden Teil medizinische Laien sind. Vorerst werden so diejenigen Kliniken die „besten“ Qualitätsberichte veröffentlichen, die in besonderer Weise um Marketing und Werbung bemüht sind. Dies sind nicht zwangsläufig diejenigen, die die medizinisch beste Qualität liefern. Durch eine Weiterentwicklung anhand der genannten Indikatoren wird der medizinische Qualitätsbericht jedoch an Aussagekraft gewinnen und in einigen Jahren ein sinnvolles Instrument für einen Klinikvergleich sein.

5. Literaturverzeichnis

- (1) Al Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet* 1996; 347(9000):544.
- (2) Alter DA, Austin PC, Naylor CD, Tu JV. Factoring socioeconomic status into cardiac performance profiling for hospitals: does it matter? *Med Care* 2002; 40(1):60-67.
- (3) Aspinall F, Addington-Hall J, Hughes R, Higginson IJ. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *J Adv Nurs* 2003; 42(4):324-339.
- (4) Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. *Arch Intern Med* 2000; 160(8):1074-1081.
- (5) Birkmeyer JD, Dimick JB, Birkmeyer NJ. Measuring the quality of surgical care: structure, process, or outcomes? *J Am Coll Surg* 2004; 198(4):626-632.
- (6) Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wennberg DE, Lucas FL. Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N Engl J Med* 2003; 349(22):2117-2127.
- (7) Blumenthal D. Quality of care .1. What is it? *New England Journal of Medicine* 1996; 335(12):891-894.
- (8) Bodenheimer T. The American health care system--the movement for improved quality in health care. *N Engl J Med* 1999; 340(6):488-492.
- (9) Bower JO. Blending risk management and quality improvement in an anesthesia program. *J Healthc Qual* 2002; 24(1):17-24.
- (10) Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324(6):370-376.
- (11) Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. "Qualität sichtbar machen", BQS Qualitätsreport 2002.
- (12) California Institute for Health Systems Performance and the California Health Care Foundation. Results from the Patients' Information of Performance (PEP-C) Survey. 2003.
- (13) Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social Science & Medicine* 2000; 51(11):1611-1625.

- (14) Chang PL, Wang TM, Huang ST, Hsieh ML, Chuang YC, Chang CH. Improvement of health outcomes after continued implementation of a clinical pathway for radical nephrectomy. *World J Urol* 2000; 18(6):417-421.
- (15) Chassin MR. Assessing strategies for quality improvement. *Health Aff (Millwood)* 1997; 16(3):151-161.
- (16) Chassin MR, Hannan EL, DeBuono BA. Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. *N Engl J Med* 1996; 334(6):394-398.
- (17) Cheah J. Clinical pathways--an evaluation of its impact on the quality of care in an acute care general hospital in Singapore. *Singapore Med J* 2000; 41(7):335-346.
- (18) Curtin LL. An integrated analysis of nurse staffing and related variables: effects on patient outcomes. *Online J Issues Nurs* 2003; 8(3):5.
- (19) DesHarnais SI, Forthman MT, Homa-Lowry JM, Wooster LD. Risk-adjusted clinical quality indicators: indices for measuring and monitoring rates of mortality, complications, and readmissions. *Qual Manag Health Care* 2000; 9(1):14-22.
- (20) Dimick JB, Cattaneo SM, Lipsett PA, Pronovost PJ, Heitmiller RF. Hospital volume is related to clinical and economic outcomes of esophageal resection in Maryland. *Ann Thorac Surg* 2001; 72(2):334-339.
- (21) Dimick JB, Cowan JA, Jr., Upchurch GR, Jr., Colletti LM. Hospital volume and surgical outcomes for elderly patients with colorectal cancer in the United States. *J Surg Res* 2003; 114(1):50-56.
- (22) Dimick JB, Pronovost PJ, Cowan JA, Lipsett PA. Surgical volume and quality of care for esophageal resection: do high-volume hospitals have fewer complications? *Ann Thorac Surg* 2003; 75(2):337-341.
- (23) Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(12):1743-1748.
- (24) Dudley RA, Johansen KL, Brand R, Rennie DJ, Milstein A. Selective referral to high-volume hospitals: estimating potentially avoidable deaths. *JAMA* 2000; 283(9):1159-1166.
- (25) Epstein AM. Volume and outcome--it is time to move ahead. *N Engl J Med* 2002; 346(15):1161-1164.
- (26) Gandjour A, Bannenberg A, Lauterbach KW. Threshold volumes associated with higher survival in health care: a systematic review. *Med Care* 2003; 41(10):1129-1141.

-
- (27) Gastmeier P, Brandt C, Sohr D, Babikir R, Mlageni D, Daschner F et al. [Surgical site infections in hospitals and outpatient settings. Results of the German nosocomial infection surveillance system (KISS)]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2004; 47(4):339-344.
- (28) Glance LG, Dick AW, Mukamel DB, Osler TM. Is the hospital volume-mortality relationship in coronary artery bypass surgery the same for low-risk versus high-risk patients? Ann Thorac Surg 2003; 76(4):1155-1162.
- (29) Gordon HS, Rosenthal GE. Impact of interhospital transfers on outcomes in an academic medical center. Implications for profiling hospital quality. Med Care 1996; 34(4):295-309.
- (30) Griffith JR, Knutzen SR, Alexander JA. Structural versus outcomes measures in hospitals: a comparison of Joint Commission and Medicare outcomes scores in hospitals. Qual Manag Health Care 2002; 10(2):29-38.
- (31) Hannan EL, Wu C, Ryan TJ, Bennett E, Culliford AT, Gold JP et al. Do hospitals and surgeons with higher coronary artery bypass graft surgery volumes still have lower risk-adjusted mortality rates? Circulation 2003; 108(7):795-801.
- (32) Harmsen D, Claus H, Witte W, Rothganger J, Claus H, Turnwald D et al. Typing of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in a university hospital setting by using novel software for spa repeat determination and database management. J Clin Microbiol 2003; 41(12):5442-5448.
- (33) HELIOS Kliniken Gruppe. HELIOS Medizinischer Jahresbericht 2001. HELIOS Kliniken GmbH F, editor. 2001.
- (34) Hofer TP, Hayward RA. Identifying poor-quality hospitals. Can hospital mortality rates detect quality problems for medical diagnoses? Med Care 1996; 34(8):737-753.
- (35) Iezzoni LI. The risks of risk adjustment. JAMA 1997; 278(19):1600-1607.
- (36) Infektionsschutzgesetz. (in der Fassung vom 24.12.2001) §23 Abs. 1. §23. 2001.
- (37) Jaipaul CK, Rosenthal GE. Do hospitals with lower mortality have higher patient satisfaction? A regional analysis of patients with medical diagnoses. Am J Med Qual 2003; 18(2):59-65.
- (38) Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. BMJ 1999; 318(7197):1515-1520.

-
- (39) Johnson ML, Gordon HS, Petersen NJ, Wray NP, Shroyer AL, Grover FL et al. Effect of definition of mortality on hospital profiles. *Med Care* 2002; 40(1):7-16.
- (40) Kahn KL, Keeler EB, Sherwood MJ, Rogers WH, Draper D, Bentow SS et al. Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. *JAMA* 1990; 264(15):1984-1988.
- (41) Kiefe CI, Weissman NW, Allison JJ, Farmer R, Weaver M, Williams OD. Identifying achievable benchmarks of care: concepts and methodology. *International Journal for Quality in Health Care* 1998; 10(5):443-447.
- (42) Kosecoff J, Kahn KL, Rogers WH, Reinisch EJ, Sherwood MJ, Rubenstein LV et al. Prospective payment system and impairment at discharge. The 'quicker-and-sicker' story revisited. *JAMA* 1990; 264(15):1980-1983.
- (43) Kossovsky MP, Sarasin FP, Chopard P, Louis-Simonet M, Sigaud P, Perneger TV et al. Relationship between hospital length of stay and quality of care in patients with congestive heart failure. *Qual Saf Health Care* 2002; 11(3):219-223.
- (44) Krumholz HM, Rathore SS, Chen J, Wang Y, Radford MJ. Evaluation of a consumer-oriented internet health care report card: the risk of quality ratings based on mortality data. *JAMA* 2002; 287(10):1277-1287.
- (45) LBK Hamburg. Leistungs- und Qualitätsbericht 2002. 2002.
- (46) Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994; 272(23):1851-1857.
- (47) Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(6):475-480.
- (48) Mant J, Hicks N. Detecting differences in quality of care: the sensitivity of measures of process and outcome in treating acute myocardial infarction. *BMJ* 1995; 311(7008):793-796.
- (49) Mayo E. *Social Problems of an Industrial Civilization*. 1 ed. 1945.
- (50) McGillis HL, Doran D, Baker GR, Pink GH, Sidani S, O'Brien-Pallas L et al. Nurse staffing models as predictors of patient outcomes. *Med Care* 2003; 41(9):1096-1109.
- (51) McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003; 348(26):2635-2645.

-
- (52) McNaughton H, McPherson K, Taylor W, Weatherall M. Relationship between process and outcome in stroke care. *Stroke* 2003; 34(3):713-717.
- (53) Mitchell PH, Lang NM. Nurse staffing: a structural proxy for hospital quality? *Med Care* 2004; 42(1):1-3.
- (54) Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002; 346(22):1715-1722.
- (55) Orchard C. Comparing Health-Care Outcomes. *British Medical Journal* 1994; 308(6942):1493-1496.
- (56) Park RE, Brook RH, Kosecoff J, Keeseey J, Rubenstein L, Keeler E et al. Explaining variations in hospital death rates. Randomness, severity of illness, quality of care. *JAMA* 1990; 264(4):484-490.
- (57) Peterson ED, Coombs LP, DeLong ER, Haan CK, Ferguson TB. Procedural volume as a marker of quality for CABG surgery. *JAMA* 2004; 291(2):195-201.
- (58) Roeder N, Fürstenberg T, Heumann M. Analyse der Auswirkungen der Festlegung von Mindestmengen auf die Versorgungsstrukturen. *Das Krankenhaus* 2004;(6/2004):427-436.
- (59) Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. 2001.
- (60) Shahian DM, Normand SL. The volume-outcome relationship: from Luft to Leapfrog. *Ann Thorac Surg* 2003; 75(3):1048-1058.
- (61) Sheikh K. Reliability of provider volume and outcome associations for healthcare policy. *Med Care* 2003; 41(10):1111-1117.
- (62) Sloan NL, Pinto E, Calle A, Langer A, Winikoff B, Fassihian G. Reduction of the cesarean delivery rate in Ecuador. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 69(3):229-236.
- (63) Sochalski J. Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Med Care* 2004; 42(2 Suppl):II67-II73.
- (64) Sozialgesetzbuch. V. Buch (in der Fassung vom 30.7.2004) §137. § 137. 2004.
- (65) Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000; 38(3):261-271.

- (66) Thomas JW, Hofer TP. Accuracy of risk-adjusted mortality rate as a measure of hospital quality of care. *Med Care* 1999; 37(1):83-92.
- (67) Universitätsklinikum Bonn. Qualitätsbericht 2002. 2003. Universitätsklinikum Bonn, Prof. Dr. Martin Exner.
- (68) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Qualitätsbericht 2002. 2003. Vorstand des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Stabsstelle medizinische Qualitätssicherung.
- (69) Unruh L. Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Med Care* 2003; 41(1):142-152.
- (70) von Eiff W, Middendorf C. Klinisches Risikomanagement - kein Bedarf für deutsche Krankenhäuser? *Das Krankenhaus* 2004; 7/2004:537-542.
- (71) Wang DZ, Rose JA, Honings DS, Garwacki DJ, Milbrandt JC. Treating acute stroke patients with intravenous tPA. The OSF stroke network experience. *Stroke* 2000; 31(1):77-81.
- (72) Winter R, Hepp H, Haller U. [Does the increasing cesarean section rate reflect a shift in indications or a decline in quality?]. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 2000; 40(3-4):117-118.

Lebenslauf

6. Anhang

6.1. Musterbericht

Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten - Allgemeine Dermatologie und Venerologie-

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Thomas A. Luger

Adresse: Von-Esmarch-Str. 58
49149 Münster

Tel. +49-(0)251-83 56504

Fax +49-(0)251-83 56522

E-Mail: derma@uni-muenster.de

Homepage: <http://www.klinikum.uni-muenster.de/institute/derma/>

Vorstellung:

Die Klinik- und Poliklinik für Hautkrankheiten stellt einen wichtigen Versorgungsschwerpunkt in Westfalen und Norddeutschland dar und hält sämtliche medizinische Spezialangebote der Dermatologie und Venerologie für ihre Patienten vor. Neben den umfangreichen stationären und teilstationären Behandlungsmöglichkeiten, stellen unsere Tagesklinik und Ambulanz eine individuelle, bedarfsorientierte Behandlung aller unserer Patienten sicher. Darüber hinaus forschen wir für unsere Patienten, um neue, kreative und innovative Behandlungsverfahren zu entwickeln und die bestmögliche Versorgung unserer Patienten zu gewährleisten.

Neben umfassenden Möglichkeiten zur Behandlung aller dermatologischer Erkrankungen, stellen die Vakzinierungstherapie mit dendritischen Zellen bei malignem Melanom (DC-Vakzinierung), die Photodynamische Therapie bei karzinomatösen Erkrankungen der Haut oder die Extracorporale Photopherese (ECP) bei chronischer Graft-versus-Host-Krankheit oder sonstigen systemischen, therapieresistenten Erkrankungen mit Hautbeteiligung Besonderheiten in unserem Therapiespektrum dar.

Klinische Leistungsbereiche:

Der Bereich **Andrologie** bietet umfassende Diagnostik und Therapie von Funktionsstörungen und Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane unter dem Aspekt der Störung der Zeugungsfähigkeit.

Der Bereich **Allergologie** ist auf die Untersuchung und Behandlung von allergischen und pseudoallergischen Reaktionen von Haut und Schleimhaut (Arzneimittelallergie, Nahrungsmittelallergie, etc.) spezialisiert. Neben gezielten Untersuchungen zur Feststellung der Ursachen einer solchen Allergie werden mit der spezifischen Immuntherapie – z.B. Ultra-Rush-Hyposensibilisierung bei Wespen-/und Bienengiftallergie– auch wirksame Therapiemöglichkeiten angeboten.

Der Bereich **Allgemeine Dermatologie und Venerologie** ist der umfangreichste Bereich innerhalb der Hautklinik. In enger Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen des Universitätsklinikums Münster werden sämtliche Leistungen der allgemeinen Dermatologie und Venerologie angeboten. Unter anderem sind dies:

- Infektiöse und parasitäre Krankheiten der Haut sowie Infektionskrankheiten
- Akute und chronischen Entzündungserkrankungen der Haut und Ekzeme
- Psoriasis, Lichen planus und andere papulosquamöse Hauterkrankungen
- Erythematöse Erkrankungen
- Krankheiten der Haut durch Strahleneinwirkung
- Krankheiten der Hautanhangsgebilde
- Granulomatöse Erkrankungen der Haut
- Ulkuskrankheiten
- Stoffwechsel- und Speicherkrankheiten mit Hautbeteiligung

Die **Ästhetische Dermatologie** stellt eine Besonderheit der Hautklinik dar. Neben korrigierenden operativen Therapien (z.B. Narbenkorrekturen) werden auch ästhetische Behandlungen durchgeführt. In unserer dermatoästhetischen Sprechstunde bieten wir unseren Patienten umfangreiche Beratung bezüglich der Möglichkeiten moderner Falten- und Volumentherapie etc. an.

Für die Diagnostik, Überwachung und ambulante Langzeittherapie von Patienten mit **Autoimmunkrankheiten** (z.B. Lupus erythematodes, Dermatomyositis, Vaskulitiden und blasenbildende Erkrankungen wie z.B. Pemphigus, Pemphigoid, M. Duhring) steht zusätzlich zum vollstationären Angebote ebenfalls eine Spezialambulanz zur Verfügung, die durch Ihre

große Erfahrung in der Behandlung dieser zum Teil sehr seltenen Erkrankungen immer die bestmögliche Therapie gewährleistet

Im Bereich **Dermatologische Chirurgie** werden chirurgische Maßnahmen (Oberflächenchirurgie) mittels moderner Techniken durchgeführt. Hierzu gehört z.B. das Abtragen oberflächlicher Hautschichten bei Verhornungsstörungen mit Diamantfräsen, die Hochfrequenzelektrochirurgie oder das Aufspüren von sogenannten Schildwächter-Lymphknoten mit Hilfe von Radionukliden im Rahmen maligner Erkrankungen.

Die **Dermatologische Onkologie** bietet für die Untersuchung der verschiedenen Formen von Hautkrebs neben der Möglichkeit stationärer Behandlung inkl. Chirurgie und Chemo- bzw. Immuntherapie zwei Ambulanzen an. Unsere Spezialisten stellen Untersuchung, Behandlung und Nachsorge bei Erkrankungen mit malignen Melanomen, T- und B-Zell-Lymphomen und anderen bösartigen Hauterkrankungen auf höchstem Niveau sicher.

Der Bereich **Genodermatosen** berät und behandelt Patienten mit erblichen Hauterkrankungen. Zudem wurde durch das neu gegründete „Kompetenznetzwerk Ichthyosen und verwandter Verhornungsstörungen“ an der Hautklinik ein einzigartiges Versorgungszentrum geschaffen, welches das Ziel verfolgt, nicht nur wissenschaftliche Grundlagenforschung zu betreiben, sondern neue Erkenntnisse direkt mit und für die Betroffenen in die Praxis umzusetzen.

Für Erkrankungen des Venensystems stehen in unserer Abteilung für **Phlebologie** moderne Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zur Verfügung. Sowohl Patienten mit Erkrankungen des oberflächlichen und tiefen Venensystems als auch Patienten mit Phlebothrombose oder Varizen („Krampfadern“) finden hier kompetente Hilfe.

Unsere Abteilung für **Proktologie** bietet Diagnostik und Therapie bei Erkrankungen der Haut und Schleimhäute des Enddarms, Anus und Perianalregion, insbesondere die Behandlung von Kondylomen, Hämorrhoiden und entzündlichen Krankheiten.

Umweltmedizin beschäftigt sich mit den vielfältigen Einflüssen und Auswirkungen von Umweltfaktoren auf die Gesundheit des Menschen. Beschwerden und Krankheiten der sogenannten Umweltorgane Haut und Lunge sind für die moderne klinische Medizin von großer Bedeutung. Die Grundlage für die klinische und auch grundlagenwissenschaftliche Ausrichtung auf die Schnittstellenorgane wird in den Bereichen Allergologie, Gewerbedermatologie und Immunologie dar realisiert.

Patienten mit **Wundheilungsstörungen** werden in unserer Wundambulanz nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen untersucht und behandelt wobei Verfahren des modernen Wundmanagements (Ultraschalldébridement, Vakuumversiegelung, evtl. Madentherapie etc.) den Bedürfnissen entsprechend eingesetzt werden.

Schwerpunkte klinischer Maximalversorgung:

Besondere Schwerpunkte unserer Klinik sind:

Die Abteilung für **Allergologie**, in der mit der sogenannten „Ultra-Rush“-Hyposensibilisierung eine spezifische Immuntherapie zur Behandlung von Allergien durchgeführt wird und die darüber hinaus ein Leistungszentrum zur Behandlung von Urtikaria, Mastozytosen und Erkrankungen aus dem atopischen Formenkreis darstellt.

Die Behandlung von **Autoimmundermatosen**, die blasenbildende Erkrankungen der Haut und Schleimhäute, sowie systemische Bindegewebserkrankungen (Kollagenosen) und Gefäßentzündungen (Vaskulitis) umfassen.

Die **Versorgung chronischer Wunden**, bei der in unserer Klinik modernste Methoden wie Vakuumversiegelung, Ultraschalldébridement und Biochirurgie eingesetzt werden können.

Die Abteilung für **Dermatologische Onkologie**, sowohl in der Behandlung des Malignen Melanoms als auch der verschiedenen Lymphome der Haut in Deutschland führend ist und eine Versorgung ihrer Patienten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft (z.B. Vakzinierungstherapie, etc.) garantiert.

Forschung

Neben der Krankenversorgung als primäre Kernaufgabe prägen vor allem Forschung und Lehre das Profil der Klinik. Die zahlreichen klinischen Forschungs- und Studienprogrammen werden durch das neugegründete „Zentrum für Klinische Studien“ an der Hautklinik koordiniert und durchgeführt. Darüber hinaus steht die experimentelle Grundlagenforschung im Vordergrund der wissenschaftlichen Aktivitäten. Bereits seit 1992 ist die Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten Sitz des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Zellbiologie und Immunologie der Haut. Der strukturelle Aufbau klinischer und experimenteller Forschungseinheiten unter einer gemeinsamen wissenschaftlichen und klinischen Leitung schafft die Voraussetzungen für die notwendige Verzahnung von Wissenschaft und deren Anwendung in der Krankenversorgung. Forschungsschwerpunkte der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten liegen auf dem Gebiet der Photobiologie, Allergologie, Zellbiologie und Immunologie sowie der Genetik. Insbesondere die Rolle von Zytokinen, Wachstumsfaktoren und Neuropeptiden wird im Rahmen von Entzündungsreaktionen sowie unter dem Einfluss von UV-Bestrahlung untersucht. Im Jahr 2003 wurde mit Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) an der Klinik die Projektstelle des interdisziplinären Kompetenznetzwerks „Ichthyosen und verwandte Verhornungsstörungen“ unter der Leitung von Prof. Traupe eingerichtet.

Service

- Sozialdienst
- Patientencafeteria
- Kiosk
- TV und Radio an jedem Bett
- Patientenbücherei
- Grünanlagen

Münsteraner Neurodermitisschulung

Eltern und Betroffene können sich umfassend über alle Themen rund um die Neurodermitis informieren z. B. über medizinische Grundlagen, mögliche Auslösefaktoren oder familiäre Belastungssituationen bzw. Therapiemöglichkeiten hinsichtlich der Ernährung und ganz praxisnah, wie die Juckreiz-Kratz-Spirale durchbrochen werden kann, Empfehlungen zur Lokalbehandlung oder den Umgang mit Stress.

Statistik

Stationäre Patienten (2003)	-	2392
Stationäre Berechnungstage (2003)	-	20119
Durchschnittl. Verweildauer	-	8,4 Tage
Ambulante Patienten (2003)	-	12347
Davon pauschalvergütete Fälle	-	9103
Ambulante Behandlungen (2003)	-	20562

Zimmer

Betten gesamt: 73 vollstationäre Betten
12 tagesklinische Betten

Anzahl der Einbettzimmer:

	Mit WC	Gesamt
Mit TV u. Telefon	2	2

Anzahl der Zweibettzimmer:

	Mit Dusche/WC	Mit WC	Ohne WC	Gesamt
Mit TV u. Telefon	1	1	25	27
Tagesklinik				3

Anzahl der Mehrbettzimmer:

	Ohne WC	Gesamt
Mit TV u. Telefon	5	5
Tagesklinik		2

Funktionsbereiche und klinische Labore:

- Balneotherapie
- Labor Allergologie
- Labor Andrologie
- Labor Histologie: Histopathologie, Immunfluoreszenz und Immunhistologie, EM
- Labor Mikrobiologie: Bakteriologie, Mykologie und Serologie
- Labor Lymphomdiagnostik
- Labor Zellbiologie und Immuntherapie
- Photobiologie und Phototherapie

Technische Ausstattung

Die Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten verfügt über modernste Geräte zur Anwendung nahezu aller relevanten Therapien im Bereich Dermatologie. Es sind dies zum Beispiel:

- UVA1-Therapie (Teilkörper, Ganzkörper)
- PUVA-Therapie (systemisch, Bade-PUVA, Creme-PUVA)
- UVA/UVB-Breitbandbestrahlung
- Photodynamische Therapie
- Extrakorporale Photopherese
- UVB-311 Lichttherapie
- Photodiagnostik (MED-Messung, Photopatch-Testung)
- Schonende Oberflächenchirurgie
- Detektion von Schildwächter-Lymphknoten mittels Radioaktivität
- Zahlreiche Provokationstest im Bereich Allergologie (Allergietest)
- etc.

Im einzelnen können folgende Geräte eingesetzt werden:

▪ **Phototherapie:**

- 1 Metec-Helarium (UVA/UVB)
- 2 UVA1-Ganzkörper Bestrahlungsgeräte
- 1 UVA/UVB-Breitband Ganzkörper Bestrahlungsgerät
- 1 Cosmedico-Ganzkörper Bestrahlungsgerät (UVA/UVB-311)
- 1 Cosmedico-Teilkörper Bestrahlungsgerät (UVA-Breitband)
- 1 UVA1 Teilkörper Bestrahlungsgerät
- 1 UVA-Breitband Teilkörper Bestrahlungsgerät
- 1 UVB-Breitband Teilkörper Bestrahlungsgerät
- 1 Psor-Lichtkamm
- 1 Aktillite Teilkörperbestrahlungsgerät (Photodynamische Therapie)
- 1 Extracorporale Photophoreseeinheit

▪ **Phlebologie/Wundambulanz:**

- 1 Siemens G50 Ultraschall (nativ und farbkodierter Duplex)
- 1 Elcat quantitativer Photoplethysmograph (Lichtreflexionsrheologie)
- 1 Söring Sonoca 180 Ultraschall-Dissektor (Ultraschalldebridement)

▪ **Dermatochirurgie:**

- 1 CO₂-Laser (Oberflächenchirurgie)
- 1 Gamma-Sonde (Sentinellymphnodektomie)
- 1 Ellman-Surgitron (Hochfrequenz-Radiowellenchirurgie)
- 1 Diamantfräse (Dermabrasio)

▪ **Allergologie:**

- 1 Lungenfunktionsgerät Mastercreen IOS (FEV1 und Impulsoszillometrie)
- 1 Tewameter PM 210 (Alkaliresistenzmessung)
- 1 Rhinotest 2000 (Nasale Provokation)
- 2 Hidrex GS / PS (Iontophorese)
- 2 Überwachungsmonitore (Herz-Kreislauf-Überwachung)

Medizinisches Personal**Ärztliches Personal (Stand 31.12.2003):**

Chefarzt: 1

Oberärzte: 8

Funktionsoberärzte: 2

Assistenzärzte in Weiterbildung: 8

Assistenzärzte mit Weiterbildung (Fachärzte): 8

davon Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis: 2

Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt: 44,75

Davon examinierte Krankenschwestern/-pfleger: 87,15 %

Davon Krankenschwestern, -pfleger mit

entsprechender Fachweiterbildung: Keine

Anzahl Krankenpflegehelfer(innen): 12,85 %

Andere:

Med.-techn. Assistenten:

Wissenschaftliche Mitarbeiter:

Andere: _____

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

(ggf. absolute Fallzahlen für TOP-5 ambulante Operationen incl. EBM-Nummer)

Rang	EBM-Nummer	Text in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1	2105	Exzision, tiefliegendes Gewebe	125
2	2106	Exzision, große Geschwulst/ Schleimbeutel	17
3	2155	Epidermisüberpflanzung (groß)	8
4	2164	Regionäre Lappenplastik, Gesichtsbereich	7
5	2152	Epidermisüberpflanzung, (klein)	5

Zulassung zum D-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ja Nein

Teilnahme an Disease-Management-Programmen und ggf. deren**Qualitätssicherungsmaßnahmen**

Ja Nein

(ggf. kurze Beschreibung)

TOP-10 DRG im Jahr 2003

DRG	Klartext	Anzahl	PCCL	Alter	VWD
J66	Mäßig schwere Hauterkrankungen	533	0,8	52,0	11,1
J67	Leichte bis moderate Hauterkrankungen	256	0,6	45,7	7,5
Z62	Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung	182	0,0	41,0	2,2
J61	Schwere Erkrankungen der Haut	161	1,3	57,4	14,9
J08	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement	154	1,0	53,4	9,9
Z64	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	141	0,1	43,9	3,2
J11	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma	97	0,8	50,4	9,9
J64	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut	83	0,9	51,4	10,7
R61	Lymphom und nicht akute Leukämie	73	0,4	59,9	9,8
I66	Andere Erkrankungen des Bindegewebes	70	1,2	51,0	11,8

TOP-10 Hauptdiagnosen in 2003

Diagnose	Titel	Anzahl	VWD
Z51	Sonstige medizinische Behandlung (Insektengift-Hyposensibilisierung)	179	2,2
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Stationäre Provokationetestung)	145	3,1
L50	Urtikaria	128	6,8
L40	Psoriasis	115	14,1
C43	Bösartiges Melanom der Haut	100	8,6
L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	96	10,6
L30	Sonstige Dermatitis	91	11,9
L28	Lichen simplex chronicus und Prurigo	78	11,6
L27	Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen	68	10,3
C84	Periphere und kutane T-Zell-Lymphome	68	11,3

TOP-10 Prozeduren in 2003

Prozedur	Titel	Anzahl
1-490	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut	491
5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	223
8-560	Lichttherapie	162
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	160
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	123
5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	117
8-540	Applikation von zytostatischen Chemotherapeutika bei Neubildungen	82
1-500	Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inzision	81
5-915	Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	53
1-415	Biopsie ohne Inzision an der Gesichtshaut	40
8-820	Therapeutische Plasmapherese	32

Qualitätsmanagement:

Bitte stellen Sie in diesem Teil das Qualitätsmanagement Ihrer Abteilung dar. Es sollte kurz auf Ziele und Aufbau des Qualitätsmanagements eingegangen werden und die für diesen Bereich verantwortlichen Ansprechpartner genannt werden. Weiterhin können im Jahr 2003 durchgeführte Projekte vorgestellt und ggf. Ergebnisse aus externen Qualitätssicherungsverfahren dargestellt werden.

6.2. Entwicklungsschablonen

Indikation von Behandlungen und Medikation

	Medikation/ Behandlung	Fallzahl	Risikoadjustierung/ Ausnahmen	Dokumentations- aufwand	Anmerkungen
Diagnose					
1.	a)				
	b)				
	c)				
2.	a)				
	b)				
	c)				
3.	a)				
	b)				
	c)				

Komplikationen

	Komplikationen	Fallzahl	Risiko- adjustierung	Dokumentations- aufwand	Anmerkungen
Diagnose					
1.	a)				
	b)				
	c)				
2.	a)				
	b)				
	c)				
Prozedur					
1.	a)				
	b)				
	c)				
2.	a)				
	b)				
	c)				

Letalitätsraten

	Fallzahl	erwartete Letalitätsrate	Risiko- adjustierung	Dokumentations- aufwand	Anmerkungen
Diagnose					
1.					
2.					
Prozedur					
1.					
2.					