

5 Warum ist Transparenz so wichtig?

Frank G. Murphy und Christoph Scheu

5.1 Einleitung

Das deutsche Fallpauschalensystem bietet die Möglichkeit, weit reichende Qualitätsinformationen aus den Abrechnungsdaten der Kliniken abzuleiten: Jede Leistung im Krankenhaus wird im Zuge der Abrechnung kodiert und diagnostisch sowie prozedurenbezogen abgebildet (ICD und OPS Codes) und ist so für Krankenhaus und Kostenträger gleichermaßen verfügbar. Die Qualitätsmessung über Qualitätsindikatoren auf Basis von Routinedaten bedeutet deshalb hohe Effizienz (kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand in den Kliniken) und Objektivität (leichte Überprüfbarkeit durch Dritte).

Qualitätsindikatoren aus Routinedaten, wie sie in der Initiative Qualitätsmedizin (IQ^M) genutzt werden, können daher den Zweck eines ergebnisorientierten Alarmsystems erfüllen: Wird ein definierter Wert überschritten, so kann zielgerichtet in einem zweiten

Schritt eine Prozess-, Struktur- und Mitarbeiterqualifikationsanalyse durchgeführt werden (s. Abb. 1).

Voraussetzung für einen solchen Veränderungsprozess ist aber Transparenz. Transparenz (lat. Transparens = durchscheinen) im Umgang mit Indikatoren aus Routinedaten umfasst daher die Offenlegung der Definition (Berechnung) der Indikatoren, wie die Zielwerte der Indikatoren definiert wurden und wie die Auswertung letzterer erfolgt.

Um aber nach innen (Experten) und nach außen (Öffentlichkeit) transparent zu sein, sollten die Indikatoren zudem möglichst selbst erklärend sein und ihre Bedeutung im Fach- und Laienpublikum gleichermaßen eine ungeteilte Zustimmung erreichen.

Mortalitätsbasierte Indikatoren, wie sie in IQ^M genutzt werden, können die z.T. gegensätzlichen Erwartungen von Fach- und Laienpublikum weitgehend erfüllen und erscheinen daher in der Lage in der komplexen Organisation

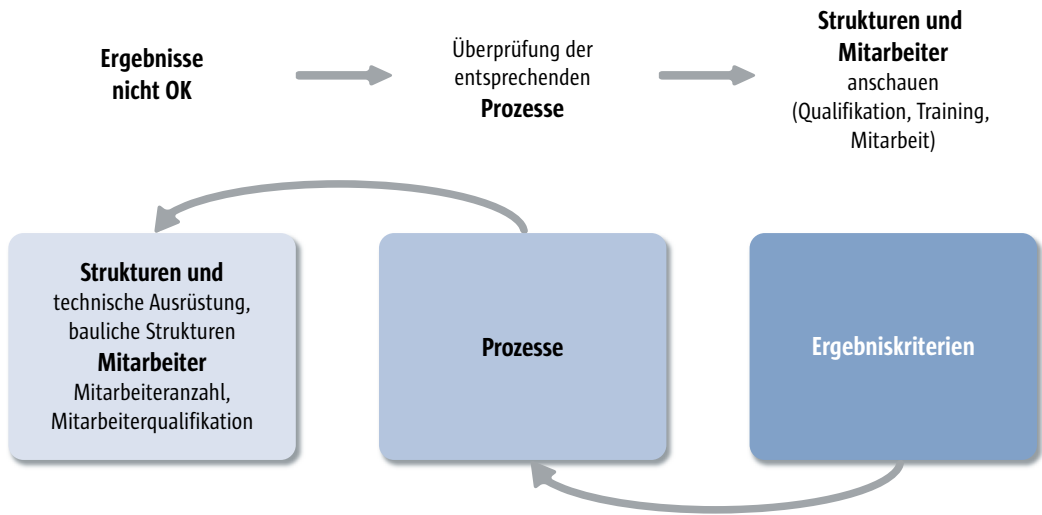


Abb. 1 Auf Basis von Ergebnisindikatoren gezielt Prozesse, Strukturen und Mitarbeiterqualifikation analysieren und verbessern

eines Krankenhauses den notwendigen Konsens zu erreichen, um nachhaltige Veränderungen in Gang zu setzen.

5.2 Interne Transparenz

5.2.1 Visualisierung und Diskussion der Indikatorenauswertungen

Die Überschreitung von Indikatoren Grenzwerten bzw. Zielwerten kann auf mögliche Probleme in den Behandlungsprozessen hindeuten. Dies betrifft somit alle Mitarbeiter im Behandlungsprozess. Transparenz bedeutet hier konkret, dass die Indikatorenauswertungen einer breiten innerbetrieblichen Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden und sich diese Öffentlichkeit nicht nur auf die Mitglieder des Krankenhausdirektoriums und der Geschäftsführung beschränkt, sondern alle Mitarbeiter des Krankenhauses erfasst: Qualität geht eben jeden Mitarbeiter an (s. Abb. 2)!


Die Darstellung der einzelnen Indikatoren-ergebnisse kann aber nur der erste Schritt sein. Wichtiger sind:

- die Schaffung konkreter gemeinsamer Qualitätsziele der Einrichtung,
- die berufsgruppen- und abteilungsübergreifende Suche nach Ursachen für abweichende Ergebnisse,
- die offene Diskussion und Bewertung möglicher Verbesserungen.

Daher erfolgt die Darstellung der Quartals-ergebnisse in unserem Hause nicht durch einen papiernen Report, sondern dialogisch im Rahmen einer quartalsmäßigen Klinikskonferenz, zu der alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingeladen sind.

5.2.2 Strukturierte Analyse der Patientenbehandlung

Nach der Vorstellung der Quartals-ergebnisse der Qualitätsindikatoren für das gesamte Kran-

 Qualitätsergebnisse Jahr 2009 Klinikum St. Elisabeth Straubing					
IQ ^M Qualitätsindikatoren	IQ ^M -Zielwert Quelle	IQ ^M - Durchschnittswert Fallzahl	2008 Klinik-Istwert Fallzahl	2009 Klinik-Istwert Fallzahl	Klinik- Erwartungswert SMR
HERZERKRANKUNGEN					
Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt <small>Alle Patienten > 19 Jahre</small>	< Erwartungswert ₁	9,4% <small>1701 von 18088</small>	8,6% <small>46 von 532</small>	11,3% <small>55 von 486</small>	9,9% <small>1,14</small>
Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinsuffizienz <small>Alle Patienten > 19 Jahre</small>	< Erwartungswert ₁	8,4% <small>2679 von 32053</small>	8,0% <small>32 von 402</small>	7,9% <small>37 von 466</small>	9,8% <small>0,81</small>
Todesfälle bei Linksherzkatheter MIT Infarkt <small>Alle Patienten > 19 Jahre</small>	< Erwartungswert ₁	5,6% <small>703 von 12433</small>	4,6% <small>21 von 458</small>	4,6% <small>19 von 410</small>	9,1% <small>0,51</small>
Todesfälle bei Linksherzkatheter OHNE Infarkt <small>Alle Patienten > 19 Jahre</small>	< 0,5% ₂	1,2% <small>621 von 53761</small>	0,33% <small>4 von 1207</small>	0,43% <small>5 von 1150</small>	

Die Quelle gibt an, an welcher Stelle Vergleichswerte des jeweiligen Indikators zu finden sind.
 1 Statistisches Bundesamt 2007
 2 HELIOS Qualitätsbericht 2008

Der Erwartungswert beinhaltet die erwartete Sterblichkeit unserer Patienten aufgrund ihrer Alters- und Geschlechtsverteilung und ist nur bei den Indikatoren angegeben, bei denen Vergleichszahlen des Bundesdurchschnitts die Berechnung erlauben.

Abb. 2 Auszug aus der IQ^M Jahresauswertung des Klinikums St. Elisabeth Straubing (www.klinikum-straubing.de)

kenhaus erfolgt eine strukturierte Analyse der Behandlungsfälle auffälliger Indikatoren durch Medizincontrolling und Qualitätsmanagement zusammen mit den beteiligten Abteilungen.

Die zentrale Unterstützung erfolgt in Form einer Aufbereitung von Fallnummern sowie einer Vorabsichtung der Fälle mit Hinweisen oder Fragen an die beteiligten Fachabteilungen.

Die strukturierte Fallanalyse in den Fachabteilungen erfolgt mit Hilfe einer Checkliste gemäß einer festgelegten Systematik (Wann aufgenommen? Von wem aufgenommen? Diagnostik und Therapie rechtzeitig eingeleitet? Diagnostik und Therapie leitlinienkonform? Wurde die Behandlungsstrategie überprüft und angepasst?). Ferner wird durch die Checkliste sichergestellt, dass besondere Fallmerkmale (z.B. Therapiebeendigung oder Therapie-Nichterweiterung aufgrund einer Patientenverfügung) erfasst werden.

Der jeweilige Leiter des medizinischen Fachbereichs (i.d.R. Chefarzt) trägt die Verantwortung für die Aufarbeitung der Fälle und ist angehalten diese mit den Mitarbeitern zu besprechen, insbesondere im Hinblick auf Vollständigkeit der Dokumentation, Einhaltung einschlägiger Leitlinien, Zusammenarbeit über bestehende Schnittstellen sowie die Formulierung davon ableitbarer Verbesserungen.

5.2.3 Transparenz in den Führungsebenen

Neben der zuvor skizzierten breiten innerbetrieblichen Kommunikation der Ergebnisse ist es wichtig, das Thema Qualitätsindikatoren und Qualitätsphilosophie zu einem zentralen Anliegen der Leitungsgremien des Klinikums zu machen.

Einer oft gegeißelten „Ökonomisierung der Medizin“ entgegenzutreten bedeutet auch – gerade in Führungsebenen – sich vermehrt mit Themen und Methoden zu befassen, die besser das „Kerngeschäft“, die Patientenversorgung, abbilden.

Allen Führungskräften müssen daher Systematik und Wertigkeit der Indikatoren bewusst und geläufig sein. Das Streben nach positiven Veränderungen in der Patientenbehandlung, die sich auch in den Indikatorenergebnissen über die Quartale und Jahre widerspiegelt, muss zum gemeinsamen Grundverständnis aller Führungskräfte im Krankenhaus werden.

Die Analyseergebnisse werden in der Leitungskonferenz im Klinikum Straubing nicht fallbezogen, sondern mit Blick auf mögliche organisatorische („systemische“) Verbesserungen diskutiert mit Betonung eines fach- und berufsübergreifenden Blickwinkels.

Da derzeit nicht alle medizinischen Behandlungsbereiche mit Indikatoren abgedeckt werden, erscheint uns gerade dieser Wissenstransfer aus den analysierten Fällen auch auf andere noch nicht erfasste Bereiche des Krankenhauses sehr wichtig.

Qualitätsindikatoren aus Routinedaten stellen sich in der Praxis als eine ressourcenschonende und ergebnisorientierte Methode der Steuerung dar, die gerade in Zeiten wirtschaftlicher und personeller Engpässe im Gesundheitswesen auf zunehmende Akzeptanz in den Leitungsgremien des Krankenhauses stößt und eine systematische Fall- und Prozessanalyse in Gang setzen kann, die durch andere Verfahren (Befragungen, Audits, CIRS, etc.) sinnvoll ergänzt wird.

5.2.4 Transparenz im Peer Review Verfahren

Die Indikatorenmessung ermöglicht es, von einer kasuistischen/zufälligen Fallanalyse zu einer systematischen Fallanalyse zu kommen.

Interne Transparenz der Indikatorenergebnisse ist Vorbedingung für die erfolgreiche Durchführung eines Peer-Review-Verfahrens, da das Lernen als Organisation solch einen freien Fluss von Informationen voraussetzt.

Das Peer-Review-Verfahren stellt einen konsequenten weiteren Schritt in Sachen Transparenz dar, da so die beteiligten Ärzte ihre Bereitschaft signalisieren sich einer Diskussion konkreter Fälle mit externen Peers zu stellen. Für die Geschäftsführung bedeutet Peer-Review die Bereitschaft organisatorische und strukturelle Vorgänge des Hauses zu beleuchten und zu hinterfragen.

Peer-Review hat also für alle Beteiligten (insbesondere Ärzte und Geschäftsführung) einen Kontraktcharakter, die so gewonnenen Informationen offen zu diskutieren und in konkrete Maßnahmen münden zu lassen.

5.3 Externe Transparenz

5.3.1 Welche Auswirkungen hat die Indikatorenauswertungsveröffentlichung auf die Abläufe im Krankenhaus?

Der Veröffentlichung der Indikatorenauswertungen kommt eine wichtige Signalwirkung zu: Transparenz ist – auch und gerade bei verbesserungswürdigen einzelnen Indikatoren – ein Wert an sich und signalisiert Patienten, Angehörigen und der Öffentlichkeit die Bereitschaft des Krankenhauses (auch wenn es vereinzelt vielleicht unangenehm sein mag), Rechenschaft abzulegen und sich auf einen unumkehrbaren Pfad kontinuierlicher Verbesserungen zu begeben.

Gute Ergebnisse in der Indikatorenauswertung halten die Organisation an, diese weiter zu verbessern. Einzelne von den Referenzwerten abweichende Ergebnisse lassen hingegen einen gesunden Druck auf die Organisation entstehen, Ursachen zu beleuchten und – wenn erforderlich – Änderungen vorzunehmen.

Der Patient und die messbare Qualität seiner Behandlung rücken so in den Mittelpunkt aller Überlegungen.

Die Darstellung und Diskussion der auch für Patienten zugänglichen Ergebnisse von Qualitätsindikatoren macht die beteiligten Mitarbeiter auch zu Betroffenen und schafft eine breite Bereitschaft für notwendige Veränderungen.

Beispiel

In der Gruppe der Pneumonie-Patienten wurde im Klinikum eine erhöhte Sterblichkeit bei Patienten über 84 Jahre festgestellt (Überschreitung der Erwartungswerte). Die fallbezogene Analyse erfasste systematisch neben den rein medizinischen Fakten folgende (auf mögliche Verbesserungen zielende) Aspekte:

- Ist der Patient bei Aufnahme in der richtigen Abteilung stationär aufgenommen worden?
- Ist die Aufnahmeuntersuchung umfassend und zielgerecht durchgeführt worden?
- Ist die Therapie zeitnah und kalkuliert eingeleitet worden?
- Sind die bakteriologischen Untersuchungen bei Aufnahme zeitnah und umfassend eingeleitet worden?
- Ist die eingeleitete Therapie systematisch klinisch und nach Eintreffen der bakteriologischen Befunde überprüft worden?
- Sind die medizinischen, physiotherapeutischen und atemtherapeutischen Therapien angeordnet und durchgeführt worden?
- Waren alle notwendigen wichtigen Informationen zu Patient und Krankheitsverlauf allen Beteiligten zugänglich?

Am Einzelfall wird ebenfalls festgestellt, ob zusätzliche Erkrankungen und wichtige sozialmedizinische Faktoren noch zu berücksichtigen waren.

Die Erfassung von Qualitätsindikatoren durch Routinedaten bedeutet aber nicht, dass Patientenautonomie und Selbstbestimmungsrecht nun Maximaltherapien weichen müssen. So wird bei Einzelfallprüfungen auch der Frage nachgegangen, wie der vermutete Patienten-

wunsch oder die (selten) vorliegende Patientenverfügung in den Behandlungsprozess systematisch einbezogen (und dokumentiert) wurden.

So werden Erkenntnisse aus Fallanalyse bzw. Peer-Review innerbetrieblich diskutiert und münden in öffentlich (extern) nachvollziehbaren Veränderungen.

5.3.2 Warum ist es sinnvoll, die gemessenen Qualitätsergebnisse zeitnah, transparent, verständlich und für jeden zugänglich zu veröffentlichen?

Patienten, niedergelassene Ärzte und Krankenkassen weisen zunehmend (und wie die Autoren meinen zu Recht) auf die Notwendigkeit hin, sich umfassend mittels transparenter Ergebnisveröffentlichungen über die Behandlungs- und Betreuungsqualität von Krankenhäusern informieren zu können.

Qualitätsindikatoren aus Routinedaten sind ein wichtiger erster Schritt, um objektive (und relativ manipulationsresistente) Daten einer größeren Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen und sind somit Grundvoraussetzung für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb um beste medizinische Ergebnisse.

Über den einzelnen Horizont einer Einrichtung hinweg dürften die Ergebnisse aller teilnehmenden Kliniken der Initiative Qualitätsmedizin für die Versorgungsforschung von großem Interesse sein, denn sie bieten erstmals ein wertvolles, aktuelles und aus Deutschland stammendes Datenmaterial, um brennende Fragen der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen ergebnisorientiert beleuchten zu können.

Auch die Veröffentlichung von einzelnen schlechten Ergebnissen ist Ansatz und Bekenntnis zur öffentlichen Diskussion um die Behandlung im Krankenhaus und zeigt, dass die am IQ^M-Verfahren beteiligten Krankenhäuser sich dieser Diskussion stellen und für eine weitere Verbesserung der Krankenhausbehandlung kämpfen.

Der Ansatz der Qualitätstransparenz gilt auch in Richtung der Kostenträger. Qualitätstransparenz muss ein unverzichtbarer Bestandteil neuer Kooperationsformen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sein, Kooperationen die sich an Behandlungsergebnissen orientieren und bemühen, mit den vorhandenen Ressourcen ein Optimum für die betroffenen Patienten auch in wirtschaftlich schwierigeren Zeiten sicherzustellen.

Literatur

- IQ^M. Pressemitteilung vom 30.03.2009
IQ^M. Pressemitteilung vom 30.09.2008
IQ^M. Pressemitteilung vom 16.09.2008
IQ^M. FAQ-IQ^M-Informationen, Stand 01.03.2010
IQ^M. Positionspapier „Mut zu Transparenz und Qualitätswettbewerb“. 30.10.2009
Mansky T, Nimptsch U, Vogel K, Hellerhoff F (2010) „G-IQI German inpatient quality indicators“; HELIOS Qualitätsindikatoren, IQ^M Qualitätsindikatoren. Definitionshandbuch, Version 2.5. Datenjahr 2009; Stand: 20.03.2010



Dr. med. Frank Gerard Murphy, MA

Nach dem Studium Humanmedizin in Erlangen Ausbildung zum Facharzt für Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin am Klinikum Fürth. 2006 Medizincontroller am Klinikum der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. 2007–2008 Leiter Medizincontrolling der Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH. Seit 2008 Leiter Organisation & Unternehmensentwicklung und zentraler Qualitätsmanagementbeauftragter des Klinikums.



Dr. med. Christoph Scheu, MBA

Nach dem Studium Humanmedizin in Straßburg Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie. Master of Business Administration im Jahr 2001. Seit 2001 Arbeit im Krankenhausmanagement mit den Themenschwerpunkten Klinische Pfade und Qualitätsmanagement, Krankenhaussteuerung mit DRG-Kennzahlen sowie Krankenhausmarketing. 2005–2008 Prokurist der Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken (cts) und Direktor des Geschäftsbereiches Gesundheit. Seit 2008 Geschäftsführer der Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH und koordinierender Geschäftsführer für den Bereich „Qualitätsmanagement“ des Krankenhausverbundes Barmherzige Brüder Bayern.