

Sicherheit und Qualität in der Gesundheitsversorgung

Für die deutsche Ausgabe Joachim Koppenberg, Peter Gausmann und Michael Henninger

Sicherheit und Qualität der medizinischen Behandlung sind zwei zentrale Aspekte der Gesundheitsversorgung. Die immer einfacher werdende Dokumentation beider Aspekte hat in den letzten Jahren deutlich gemacht, dass es Spielraum für Verbesserungen gibt. Vor diesem Hintergrund verlangt die Öffentlichkeit – mit gutem Recht – nach Transparenz des Qualitäts- und Sicherheitsniveaus in der Gesundheitsversorgung. Auch die Bezahlung von Dienstleistungen wird künftig immer stärker von der Leistungsfähigkeit in diesen Bereichen abhängen. Daher müssen Ärzte diese beiden Bereiche und die Möglichkeiten, sie zu verbessern, kennen sowie lernen, relative Stärken und Schwächen der aktuellen Messverfahren einzuschätzen.

Sicherheit und Qualität sind eng miteinander verknüpft, aber nicht deckungsgleich. Das Institute of Medicine hat in einer bahnbrechenden Berichtserie angeregt, dass Sicherheit der erste Teilaspekt der Qualität sein muss und dass bei der Gesundheitsversorgung zu allererst eine sichere Behandlung garantiert werden muss, wenngleich auch die Qualität von zentraler Bedeutung ist. Am Ende wird aber eine Verbesserung der Qualität von höherem klinischem Wert sein als eine verbesserte Sicherheit, obwohl beide wichtig sind und Sicherheit für die Öffentlichkeit greifbarer ist. Sicherheit kann gleichsam für die Erreichung von hoher Qualität als notwendig, aber nicht hinreichend angesehen werden. Dementsprechend befasst sich der erste Abschnitt dieses Kapitels mit Aspekten der Behandlungssicherheit und der zweite mit der Behandlungsqualität.

SICHERHEIT IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

SICHERHEITSTHEORIE UND SYSTEMTHEORIE

Die *Sicherheitstheorie* geht davon aus, dass Individuen ständig Fehler unterlaufen können. Stellen Sie sich einfach vor, Sie planen auf der Heimfahrt aus der Klinik noch einen Stopp für den Einkauf von Milch und finden sich dann am Ende ihrer Fahrt ohne Milch beim Einbiegen in Ihre Hauseinfahrt wieder, ohne zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Unser Alltagsverhalten ist sehr häufig von solchen semiautomatisierten, nicht bewusstseinspflichtigen Verhaltensweisen gekennzeichnet – meist zu unserem Nutzen, weil damit kognitive Ressourcen geschont werden – aber oft genug (siehe das Beispiel) führt solches Verhalten zu nicht gewünschten Ergebnissen. In diesen Fällen unterlaufen uns Fehler, die in der Fehlertheorie als „Ausrutscher“ oder „slips“ bezeichnet werden. Ausrutscher treten in der Gesundheitsversorgung oft auf, z. B. wenn jemand eine Anweisung schreiben will, dies aber vergisst, weil er zunächst noch etwas anderes beenden muss. Irrtümer hingegen sind höhergradige Fehler. Sie treten in neuen oder noch nicht von Routine gekennzeichneten Situationen auf, in denen bewusste Entscheidungen getroffen werden. Ein Beispiel ist die Dosierung eines Medikaments, mit dem der Arzt nicht vertraut ist. Um Irrtümer zu vermeiden, werden andere Strategien benötigt, als zur Verhinderung von Ausrutscher notwendig sind.

Gemäß der *Systemtheorie* treten die meisten Unfälle infolge mehrerer kleiner Fehler auf, die zu einem kritischen Umstand kumulieren und schließlich einen Unfall verursachen (Abb. 12e-1). Aus Sicht der Systemtheorie sind die meisten Menschen im Gesundheitswesen bestrebt, das Richtige zu tun (z. B. eine sichere Versorgung zu gewährleisten) und die meisten Zwischenfälle passieren nicht aus Nachlässigkeit, sondern sind das Ergebnis von Systemstörungen. Entsprechend sollten die Systeme so konzipiert werden, dass Fehler unwahrscheinlicher werden und dennoch auftretende Fehler erkannt werden.

FAKTOREN, WELCHE DIE FEHLERWAHRSCHEINLICHKEIT ERHÖHEN

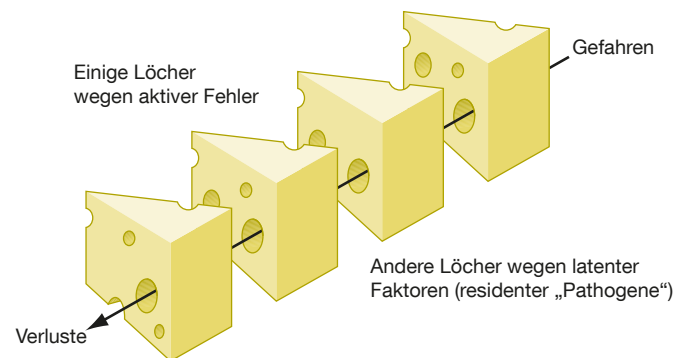
Eine Reihe von Faktoren im Gesundheitssystem kann die Fehlerwahrscheinlichkeit erhöhen. Dazu gehören Ermüdung, Stress, Störungen/Unterbrechungen, Komplexität und Übergaben. In anderen Branchen sind die Auswirkungen von Müdigkeit anerkannt, während sie im Ge-

sundheitswesen bis vor kurzem kontrovers beurteilt wurden. So nimmt die Unfallrate von Fernfahrern dramatisch zu, wenn sie eine bestimmte Wochenarbeitszeit überschreiten, insbesondere bei längeren Schichten. Vor kurzem zeigte eine Studie an intensivmedizinisch tätigen Assistenzärzten, dass sie in einer 24-Stunden-Schicht mit einer um ein Drittel höheren Wahrscheinlichkeit Fehler machen, als wenn sie aufgrund der Schichtabfolge Gelegenheit hatten, in der vorausgegangenen Nacht acht Stunden zu schlafen. Das American College of Graduate Medical Education hat sich mit diesem Aspekt befasst und die 80-Stunden-Arbeitswoche eingeführt. In Europa sind aufgrund der strengeren Arbeitszeitrichtlinien meist maximal 50 Stunden erlaubt. Obwohl dies ein Schritt in die richtige Richtung ist, löst er nicht die wichtigste Ursache ermüdungsbedingter Fehler: Überstundenschichten.

Starker Stress und Arbeitsüberlastung erhöhen die Fehlerquote ebenfalls. Daher treten Fehler in starken Belastungssituationen, wie beispielsweise bei der Behandlung eines Herzstillstandes, mit höherer Wahrscheinlichkeit auf. Präventionsstrategien können in derartigen Situationen hilfreich sein (z. B. die Anwendung bestimmter Protokolle). Aber auch die bewusste Einsicht, dass die Situation belastend ist, motiviert diese Personen, sich auf diese Belastungen vorzubereiten, z. B. das Erlernen von Stressbewältigungstechniken im Rahmen von so genannten crew resource management trainings. Störungen bei der Arbeit kommen im Gesundheitswesen regelmäßig vor und erhöhen ebenfalls die Fehlerwahrscheinlichkeit. Oft wird vergessen, eine bestimmte Handlung zu Ende zu führen, wenn man auf halbem Wege beispielsweise durch den Alarmfunkt unterbrochen wird. In diesen Situationen hilft es, Unterbrechungen zu minimieren und dafür zu sorgen, dass die Dringlichkeit der Unterbrechung erkennbar wird.

Komplexität ist ein weiterer Schlüsselfaktor bei der Fehlerentstehung. Die Behandler sehen sich einem Strom von Daten gegenüber, wie Laborwerten und Vitalzeichen, von denen viele nur von geringem Nutzen sind. Andere hingegen sind wichtig, weil sie sofortiges Handeln erfordern oder auf eine bestimmte Diagnose hinweisen. Hier helfen Markierungen bestimmter Abweichungen oder deren Kombination.

Die im Gesundheitswesen üblichen Übergaben bzw. Verlegungen zwischen Behandlern und Gesundheitseinrichtungen sind vor allem seit Einführung der 80-Stunden-Woche Schwachstellen. Hier helfen Maßnahmen wie standardisierte Übergabeprotokolle, die einen strukturierten Informationsaustausch ermöglichen, z. B. bei der Verlegung von Patienten.



Aufeinander folgende Verteidigungsschichten, -barrieren und Sicherungen

Abbildung 12e-1 „Schweizer-Käse“-Diagramm. Die meisten Zwischenfälle treten auf, wenn eine Abfolge „latenter Fehler“ in einem System vorhanden ist und zu einem bestimmten Ereignis kumuliert. Ein Beispiel für einen latenten Fehler bei einem Sturz wäre, dass auf der Station an dem Tag ungewöhnlich viel zu tun war und der Boden feucht war. (Nach J Reason: *BMJ* 320:768–770, 2000; mit freundlicher Genehmigung.)

HÄUFIGKEIT UNERWÜNSCHTER EREIGNISSE IN DER GESUNDHEITS-VERSORGUNG

Die meisten großen Studien zur Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen und deren Konsequenzen wurden an stationären Patienten durchgeführt, einige Daten stammen aus Pflegeheimen und noch weniger Informationen gibt es über den ambulanten Bereich. Die Harvard Medical Practice Study, eine der größten Studien zu diesem Thema, erfolgte an stationären Patienten in New York. Primäre Ergebnisvariable war das unerwünschte Ereignis, d. h. ein Schaden durch die medizinische Behandlung und nicht durch die Grunderkrankung des Patienten. In dieser Studie führte ein Ereignis entweder zum Tod oder zur Behinderung bei Entlassung oder verlängerte den Krankenhausaufenthalt um mindestens 2 Tage. Hauptergebnis war, dass unerwünschte Ereignisse mit einer Häufigkeit von 3,7 % auftraten und 58 % der unerwünschten Ereignisse als vermeidbar eingestuft wurden. Obwohl New York nicht für den Rest der Vereinigten Staaten repräsentativ ist, wurde die Studie später in Colorado und Utah mit ähnlichen Ergebnissen wiederholt. Seitdem wurden in zahlreichen Industrienationen noch weitere analoge Studien durchgeführt, sodass die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse in Industrienationen etwa bei 10 % zu liegen scheint. Die Weltgesundheitsorganisation widmet sich diesem Gebiet durch Gründung der World Alliance for Patient Security und ermittelte für Entwicklungs- und Schwellenländer eine sogar noch höhere Rate von Sicherheitsproblemen; somit handelt es sich eindeutig um einen Aspekt mit globalen Dimensionen.

In der Harvard Medical Practice Study traten am häufigsten unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) auf, die 19 % der unerwünschten Ereignisse ausmachten, gefolgt von Wundinfektionen (14 %) und Verfahrenskomplikationen (13 %). Fast die Hälfte der unerwünschten Ereignisse war mit einem operativen Eingriff assoziiert. Von den nicht operationsbedingten Ereignissen waren 37 % UAW, 15 % Diagnosefehler, 14 % Behandlungsfehler, 13 % verfahrensbedingt und 5 % Stürze.

UAW wurden intensiver untersucht als alle anderen unerwünschten Ereignisse. In Studien wurde festgestellt, dass UAW weitaus häufiger auftreten, als es die Harvard Medical Practice Study vermuten ließ, wenngleich die meisten anderen Studien mehr Einschlusskriterien verwenden. Im Studienverlauf werden UAW durch Aktendurchsicht und ein computergestütztes UAW-Monitoring erfasst. Hierzu werden die Datenbanken nach Hinweisen durchsucht, die auf eine UAW hinweisen (Trigger-Tools). Studien, die mit mehreren Ansätzen nach UAW suchen, legen eine höhere echte UAW-Rate in der Bevölkerung nahe als Studien, die nur einen Suchansatz verwenden. Bei etwa 6–10 % der in US-amerikanischen Krankenhäuser aufgenommenen Patienten tritt eine UAW auf.

Schäden durch Arzneimittelapplikation sind auch im ambulanten Bereich häufig. Eine Studie ermittelte 21 UAW je 100 Patienten und Jahr, wenn die Patienten telefonisch nach Problemen mit einem ihrer Medikamente gefragt wurden. Die UAW waren weniger schwer als bei stationären Patienten und etwa ein Drittel hätte sich verhindern lassen.

Ein weiterer Zeitraum mit hohem Risiko ist die Phase unmittelbar nach der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus. Vor kurzem ermittelte eine Studie an stationären Patienten eine Häufigkeit für unerwünschte Ereignisse von 19 %; etwa ein Drittel dieser Ereignisse war vermeidbar und ein weiteres Drittel hätte sich abschwächen lassen. UAW waren die einsamen Spitzenreiter innerhalb der Fehlerkategorien.

Häufigkeit von Schadensfällen in der Inneren Medizin

Statische Auswertungen und Analysen tatsächlicher Schadensereignisse, selektiert nach medizinischen Fachdisziplinen, sind (im deutschsprachigen Raum) nach wie vor selten. Häufig handelt es sich dabei um freiwillige Darlegungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen (GUK), der Ärztekammern, medizinischer Fachgesellschaften, Kostenträger oder der Versicherungswirtschaft. Die umfangreichsten Zahlen veröffentlichen die GUK. Bereits seit 1975 bieten sie auf Länderebene Patienten eine Begutachtung bei Behandlungsfehlervorwürfen durch unabhängige Experten an. Ziel ist es, gemäß der Satzung Streitigkeiten zwischen Patienten und Ärzten über die Behandlung außergerichtlich beizulegen. Jährlich veröffentlicht diese Institution eine Behandlungsfehlerstatistik.

Auch die Versicherungswirtschaft stellt Verlaufszahlen zu Behandlungsfehler(-vorwürfen) zur Verfügung. Der Ecclesia-Versicherungs-

dienst, ein auf Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen spezialisierter Versicherungsmakler, erfasst seit 1996 diesbezügliche Daten aus 254 repräsentativ ausgewählten Krankenhäusern in Deutschland in Relation zu Behandlungsfällen dieser Einrichtungen im gleichen Zeitraum. Wenngleich die absoluten Zahlen von Anspruchsstellungen bei einem Verdacht auf einen medizinischen Behandlungsfehler kontinuierlich gestiegen sind, verläuft der Trend, bezogen auf die Schadensanzahl je Behandlungsfall, seit Jahren konstant. Auf sämtliche medizinische Fachdisziplinen bezogen, kommen auf 1000 Behandlungsfälle durchschnittlich 1,01 angemeldete Schadensfälle (Zeitraum 1996–2014), in der Disziplin Innere Medizin kommen auf 1000 Behandlungsfälle 0,40 Schadensfälle. Betrachtet man nun die Anzahl der Schadensfälle, bei denen eine Kausalität zwischen einem Behandlungsfehler und dem Schaden nachgewiesen werden konnte, so ist dies bei 0,34 allgemein und bei 0,13 Fällen je 1000 Behandlungsfälle der Fall. Die Zahlen verdeutlichen, dass sich das Risiko, Opfer eines Behandlungsfehlers zu werden – anders als dies die Medien vielfach darstellen – nicht erhöht hat. Dieses Risiko hat aber in den vergangenen Jahren allerdings auch nicht nennenswert abgenommen.

Ein Blick auf die Schadensverteilung in Hinblick auf Ursachen zeigt, dass es sich im Bereich der Inneren Medizin bei 27,6 % der Fälle um einen Therapiefehler und bei 27 % um einen Diagnosefehler bzw. Therapieplanungsfehler (verspätete und unterlassene Diagnostik, Therapieverzögerung, Wahl der falschen Methode, unzureichende Befunderhebung) handelt. Bei 33,9 % der Fälle liegt ein Fehler in der medizinischen und pflegerischen Versorgung zugrunde, wobei allein in 5 % der Fälle eine mangelnde Prävention als Auslöser eines Sturzereignisses vorgeworfen wird. Weitere Ursachen sind Medikationsfehler, unzureichende Druckentlastung, Aufsichtspflichtverletzungen, Hygiene-, Überwachungs-, Aufklärungs- und Dokumentationsfehler. Dass knapp 10 % der Schadensereignisse innerhalb der Inneren Medizin ursächlich der OP- und Anästhesieorganisation zugeordnet werden können, zeigt auch, dass die Innere Medizin zwischenzeitlich viele interventionelle Verfahren der Chirurgie übernommen hat. Auf sämtliche Fachdisziplinen bezogen, verteilen sich die Ursachen wie folgt: Behandlungsfehler (43 %), Diagnose- und Therapieplanungsfehler (22,7 %), Fehler in der medizinischen und pflegerischen Versorgung (17,4 %), OP-Versorgung inkl. Anästhesie (14,8 %) (Abb. 12e-2).

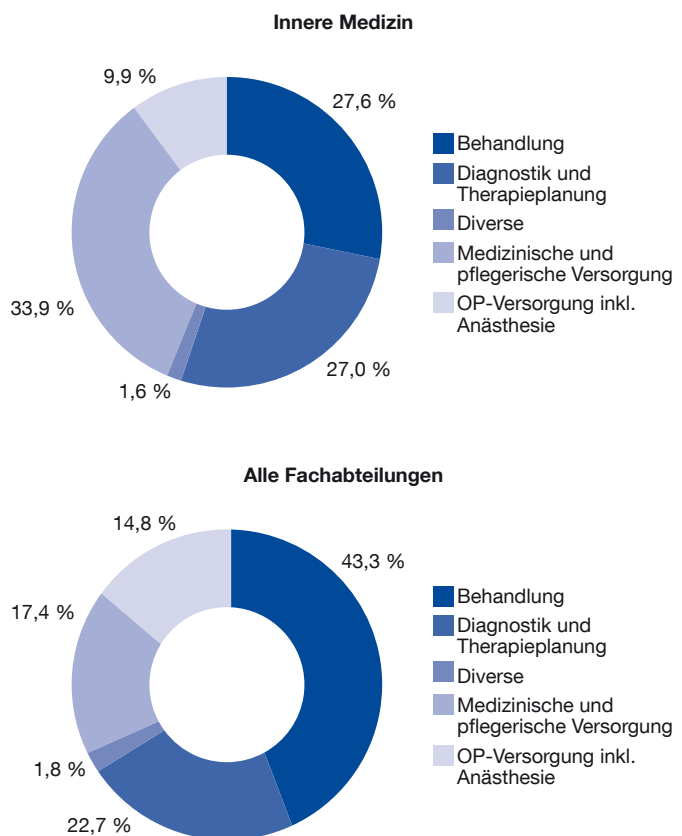


Abbildung 12e-2 Ursachenverteilung von Schadensereignissen. (Quelle: Ecclesia Versicherungsdienst GmbH 2015.)

Die Folgen von Behandlungsfehlern (aus den Analysen von Kasuistiken der Versicherungswirtschaft) in der Disziplin „Innere Medizin“ sind Schmerzen (22 %), Todesfälle (13 %), Frakturen (10 %), Haut und Gewebedefekte (hauptsächlich Dekubiti) (9,5 %) und Infektionen (4 %). Weitere Folgen sind Blutungen, Zahnschäden, Lähmungen, Darmperforationen, Funktionseinschränkungen der Extremitäten und Herz-Kreislauf-Schäden (mit einer Verteilung im niedrigen einstelligen Bereich). Präventionsstrategien müssen sich an den aus den Schadensursachen abgeleiteten Risiken orientieren.

Experten halten den demographischen Wandel zu einer Gesellschaft der Älteren für eine besondere für die Innere Medizin sicherheitsrelevante Herausforderung. Der alte Mensch leidet meistens an mehreren internistischen Erkrankungen, die sich klinisch oft ähnlich manifestieren, sie sind aufgrund der Multimorbidität auf viele Arzneimittel mit dem Problem der Polypharmazie angewiesen und sie leiden an mit dem Alter einhergehenden kognitiven Einschränkungen, welche das wesentliche „Diagnostikum“, die Anamnese deutlich erschweren und manchmal unmöglich machen (Zinn und Fleischer 2015).

■ PRÄVENTIONSSTRATEGIEN

Arbeiten zur Entwicklung von Präventionsstrategien für unerwünschte Ereignisse haben sich überwiegend mit bestimmten Formen unerwünschter Ereignisse im stationären Bereich befasst, wobei nosokomiale Infektionen und UAW im Zentrum der Aufmerksamkeit standen. Die Häufigkeit nosokomialer Infektionen im intensivmedizinischen Bereich konnte insbesondere durch die Verwendung von Checklisten erheblich reduziert werden. Bei UAW wurden mehrere Strategien identifiziert, um die Fehlerquote beim Verordnen von Medikamenten zu reduzieren, wobei sich nur schwer beweisen lässt, dass sie die UAW-Inzidenz senken, und bislang wurden keine Studien veröffentlicht, die eine klinisch relevante Reduktion belegen. Die Einführung von Checklisten, die sicherstellen, dass bestimmte Maßnahmen ergriffen werden, hatte einen nachhaltigen Effekt auf die Häufigkeit katheterassoziierter Blutinfektionen und beatmungsbedingter Pneumonien, der zwei schwerwiegendsten Komplikationen während der intensivmedizinischen Behandlung. Der Grundgedanke ist, dass es bestimmte Maßnahmen gibt, durch die sich die Häufigkeit dieser Ereignisse reduzieren lässt. Werden diese bei jedem Patienten ergriffen, wird die Häufigkeit der jeweiligen Infektionen drastisch reduziert. Außerdem sind diese Praktiken inzwischen weit verbreitet, im Speziellen im US-Bundesstaat Michigan.

Durch sog. elektronische Verordnungssysteme bzw. Computerized Physician Order Entry (CPOE), verknüpft mit klinischen Entscheidungshilfen, lassen sich schwere Fehler bei der Verordnung von Medikamenten reduzieren. Fehler also, die den Patienten schädigen würden oder potenziell könnten. In einer Studie reduzierte CPOE auch mit begrenzten Entscheidungshilfen die Häufigkeit schwerer Medikationsfehler um 55 %. CPOE kann Medikationsfehler durch Vorschlägen einer anderen Dosis, Sicherstellung von kompletten Verordnungen (z. B. mit Dosis, Applikationsform und Dosierhäufigkeit) und Überprüfung der Verordnung auf Allergien, Arzneimittelwechselwirkungen und Arzneimittel-Labor-Aspekten verhindern. Außerdem kann die klinische Entscheidungshilfe die für einen Patienten geeignete Dosis vorschlagen und sie auf seine Nierenfunktion und sein Alter abstimmen. In einer Studie ohne Entscheidungshilfe erhielten Patienten mit Niereninsuffizienz nur in einem Drittel der Fälle die korrekte Dosis, mit Entscheidungshilfe waren es zwei Drittel der Fälle und die niereninsuffizienten Patienten konnten eineinhalb Tage früher entlassen werden.

Ein weiteres Verfahren zur Erhöhung der Medikationssicherheit sind Barcodes, verbunden mit einer elektronischen Medikamentenverordnungsdatenbank. Der Barcode sorgt mit dafür, dass der richtige Patient zur richtigen Zeit die richtigen Medikamente bekommt. Anhand der elektronischen Medikamentenverordnungsdatenbank lässt sich leichter ermitteln, welche Medikamente ein Patient erhalten hat. Die ersten Ergebnisse der derzeit zum Einfluss der Barcodes auf die Medikationssicherheit laufenden Studien sind vielversprechend. Eine weitere Technologie, die zur Verbesserung der Medikationssicherheit verwendet werden kann, sind „intelligente Pumpen“. An diesen Pumpen kann eingegeben werden, welche Medikation in welcher Dosis verabreicht wird. Versucht das Pflegepersonal eine zu hohe Dosis zu geben, ertönt ein Warnsignal.

■ DAS NATIONALE BILD DER SICHERHEIT

Mehrere Organisationen, wie das National Quality Forum (NQF) und die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), haben Empfehlungen zur Verbesserung der Sicherheit ausgesprochen. Auch im deutschsprachigen Raum beschäftigen sich seit geraumer Zeit diverse Organisationen mit der Patientensicherheit, so das Aktionsbündnis Patientensicherheit (D), die Schweizerische Stiftung für Patientensicherheit (CH) und die österreichische Plattform Patientensicherheit (ANetPAS). Diese Organisationen entwickeln an internationale Empfehlungen adaptierte Sicherheitsstandards für die nationale Umsetzung. Mit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes 2013 in Deutschland wurden u. a. die Rechte auf Patienteninformation, die Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlern, die Möglichkeiten der Patientenbeteiligung sowie die Anforderungen an eine Fehlervermeidungskultur kodifiziert. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit operationalisierte 2016 die Anforderungen aus dem Gesetz mit der Entwicklung eines Modells und Empfehlungen für Mindestanforderungen an ein klinisches Risikomanagement für Krankenhäuser (Abb. 12e-3).

Das NQF hat Empfehlungen für Landeskrankenhäuser herausgegeben, in denen Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit benannt werden, von denen erwartet wird, dass alle Krankenhäuser sie umsetzen (Tab. 12e-1). Viele dieser Maßnahmen spielen im klinischen Alltag eine große Rolle. Ein Beispiel ist das „Wiedervorlesen“ („read back“), bei dem alle verbalen Anweisungen aufgeschrieben und dem Arzt sofort wieder vorgelesen werden, um zu überprüfen, dass er richtig verstanden wurde. Eine weitere Möglichkeit ist die ausschließliche Verwendung von Standardabkürzungen und Dosierangaben, da manche Angaben und Dosierungen zu Fehlern führen können, wie 7U, das wie 70 gelesen werden kann.

Messbarkeit der Sicherheit

Die Messung der Behandlungssicherheit ist teuer und ziemlich schwierig, da unerwünschte Ereignisse glücklicherweise selten sind. Die meisten Krankenhäuser verlassen sich auf spontane Berichte, um Fehler und unerwünschte Ereignisse zu identifizieren, wobei dieser Ansatz eine sehr niedrige Sensitivität hat und nur etwa 1 von 20 UAW erfasst. Es gibt vielversprechende Forschungsansätze, welche die elektronischen Patientenakten auf Hinweise für UAW durchsuchen. Zurzeit ist dies aber noch nicht weit verbreitet, könnte aber vermutlich in der Zukunft routinemäßig eingesetzt werden. Anhand von Schadensdaten wurde die Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen ermittelt; dieser Ansatz ist für die chirurgische Behandlung besser geeignet als für die medizinische und muss noch validiert werden. Das Nettoergebnis besteht darin, dass die Krankenhäuser, abgesehen von

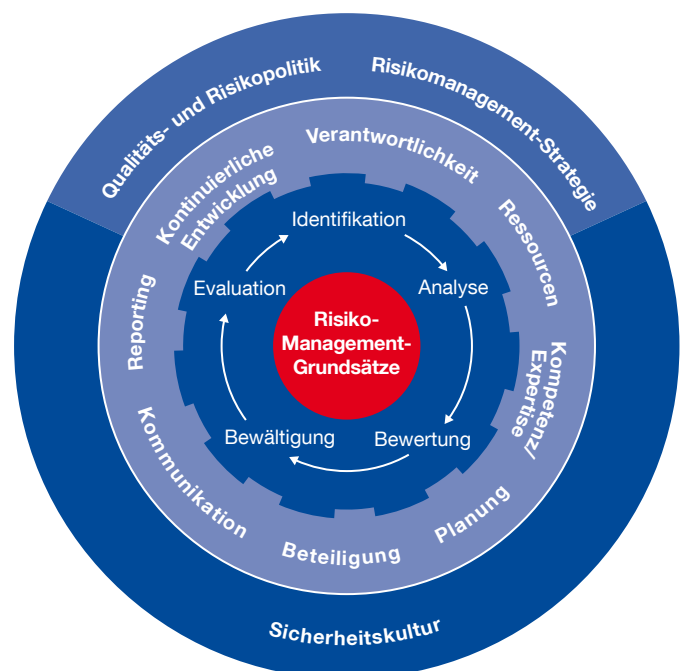


Abbildung 12e-3 Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus. (Quelle: Aktionsbündnis Patientensicherheit 2016.)

TABELLE 12e-1 Sicherheitsmaßnahmen für eine bessere Gesundheitsversorgung^a

1. Machen Sie Sicherheit zum zentralen Aspekt der Gesundheitsfürsorge.
2. Bei ausgewählten elektiven oder Hochrisiko-Operationsverfahren oder anderen Spezialverfahren sollten die Patienten über Strategien zur Risikoreduktion aufgeklärt werden, mit denen andere Therapieeinrichtungen bislang überragende Ergebnisse erzielt haben. Sie sollten an diese Einrichtungen überwiesen werden, sofern dies auch den Wünschen des Patienten entspricht.
3. Legen Sie die zu ergreifenden Maßnahmen in einem Protokoll präzise fest. Es ist die Einhaltung eines entsprechenden Behandlungsniveaus sicherzustellen, das dem normalen Patientengut der Einrichtung und der Erfahrung und Ausbildung des Pflegepersonals angemessen ist.
4. Alle Patienten auf allgemeinen Intensivstationen (Erwachsene und Kinder) sollten von Ärzten mit einer Facharztausbildung für Intensivmedizin betreut werden.
5. Apotheker sollten aktiv am Medikationsprozess beteiligt werden. Sie sollten den Ärzten bei der Verordnung, Interpretation und Überprüfung von Medikament-Anordnungen beratend zur Seite stehen können, ebenso hinsichtlich der Zubereitung von Medikamenten, der Verdünnung und der Verabreichung von Medikamenten.
6. Verbale Anweisungen sollten möglichst immer aufgezeichnet und sofort wiederholt werden; d. h. ein Mitarbeiter des therapeutischen Teams, der eine verbale Anweisung erhält, sollte dem Verordnenden diese Anweisung wieder vorlesen, um zu überprüfen, dass er sie richtig verstanden hat.
7. Verwenden Sie nur Standardabkürzungen und -dosierangaben.
8. Patientenpflagedokumentationen und ähnliche Aufzeichnungen sollten nicht aus dem Gedächtnis geführt werden.
9. Stellen Sie sicher, dass Behandlungs- und Pflegeinformationen, vor allem Änderungen von Anordnungen und neue diagnostische Information zeitnah und in klar verständlicher Form an alle den Patienten behandelnde Personen weitergeleitet werden, die diese Information brauchen, um ihn behandeln und pflegen zu können.
10. Bitten Sie den Patienten oder seinen rechtlichen Vertreter zu wiederholen, was ihm während des Aufklärungsgesprächs mitgeteilt wurde.
11. Stellen Sie sicher, dass die Patientenwünsche bezüglich lebenserhaltender Maßnahmen gut lesbar in der Patientenakte vermerkt werden. Arbeiten Sie im Dokumentationssystem diesbezüglich mit einheitlichen und verbindlichen Abkürzungen bzw. Symbolen.
12. Führen Sie ein elektronisches Verordnungssystem ein.
13. Führen Sie standardisierte Protokolle ein, um eine Fehlbeschriftung von Röntgenaufnahmen zu verhindern.
14. Führen Sie standardisierte Protokolle ein, um Operationen an der falschen Stelle oder am falschen Patienten zu verhindern (z. B. OP-Checkliste der WHO).
15. Schätzen Sie jeden Patienten, bei dem eine elektive Operation geplant ist, in Hinblick auf sein Risiko für ein perioperatives akutes ischämisches Ereignis ein und behandeln Sie Hochrisikopatienten prophylaktisch mit Betablockern. (Die Empfehlung der prophylaktischen Betablockade ist fachlich umstritten).
16. Schätzen Sie jeden Patienten bei der Aufnahme und regelmäßig danach in Hinblick auf sein Risiko für Druckulzera ein. Diese Einschätzung sollte in regelmäßigen Abständen während der Behandlung wiederholt werden. In die Evaluation sollten klinisch angemessene Präventionsmaßnahmen einfließen.
17. Schätzen Sie jeden Patienten bei der Aufnahme und danach regelmäßig in Hinblick auf sein Risiko für tiefe Beinvenenthrombosen/venöse Thromboembolien ein und ergreifen Sie angemessene Präventionsmaßnahmen.
18. Verwenden Sie geeignete Antithrombotika-Maßnahmen (Antikoagulanzen), die eine koordinierte Behandlung ermöglichen.
19. Schätzen Sie bei jedem Patienten bei der Aufnahme sowie danach in regelmäßigen Abständen das Aspirationsrisiko ein.
20. Setzen Sie zur Prävention von ZVK-assoziierten Blutinfektionen nur effektive Methoden ein.
21. Evaluieren Sie jeden Patienten präoperativ in Hinblick auf die geplante Operation für das Risiko von Infektionen der Operationsstelle und leiten Sie befundabhängig eine entsprechende Antibiotikaprophylaxe und andere Präventionsmaßnahmen ein.
22. Verwenden Sie validierte Protokolle zur Evaluation von Hochrisikopatienten für eine kontrastmittelbedingte Niereninsuffizienz und leiten Sie anhand der Nierenfunktion des Patienten klinisch angemessene Verfahren zur Reduktion des Risikos für Nierenschäden ein.
23. Schätzen Sie bei jedem Patienten bei der Aufnahme sowie danach in regelmäßigen Abständen das Risiko einer Mangelernährung ein. Ergreifen Sie klinisch angemessene Maßnahmen zur Prävention einer Mangelernährung.
24. Soll ein pneumatisches Tourniquet verwendet werden, schätzen Sie den Patienten in Hinblick auf das Risiko für ischämische und/oder thrombotische Komplikationen ein und ergreifen Sie geeignete prophylaktische Maßnahmen.
25. Desinfizieren Sie Ihre Hände vor und nach direkten Kontakten mit dem Patienten oder Gegenständen in seiner unmittelbaren Umgebung mittels Händedesinfektion oder desinfizierender Seife.
26. Impfen Sie Ihr medizinisches Personal gegen Influenza, um sie und Ihre Patienten vor Influenza zu schützen.
27. Sorgen Sie dafür, dass der Arbeitsplatz zur Vorbereitung der Medikamente sauber, ordentlich, gut beleuchtet und frei von Müll sowie Ablenkung und Lärm ist.
28. Standardisieren Sie die Beschriftung, Verpackung und Lagerung von Medikamenten.
29. Identifizieren Sie alle „gefährlichen“ Medikamente (z. B. intravenöse Adrenergika und Antagonisten, Chemotherapeutika, Antikoagulanzen und Antithrombotika, konzentrierte parenterale Elektrolyte, Allgemeinanästhetika, Muskelrelaxanzien, Insulin und orale Antidiabetika, Narkotika und Opiate).
30. Verteilen Sie Medikamente möglichst in Dosiereinheiten oder Medikamententableaus.
31. Stellen Sie sicher, dass bei der Aufnahme von (Notfall-)Patienten die Behandlungsdringlichkeit im Rahmen einer strukturierten Erstuntersuchung definiert wird (Triagierung).
32. Stellen Sie sicher, dass die Indikationsstellung und Therapieplanung im interprofessionellen Team verifiziert wird (z. B. durch ein Tumor-Board).
33. Führen Sie die Ergebnisse der ärztlichen und pflegerischen Anamnese so zusammen, dass wichtige Informationen und Besonderheiten zum Patienten jederzeit übersichtlich zur Verfügung stehen.
34. Nutzen Sie für alle Patienten ein geeignetes Scoring-Verfahren zur Einschätzung des Sturzrisikos.
35. Stellen Sie bei sturzgefährdeten Patienten individuell geplante Präventionsmaßnahmen zur Verfügung (Schuhwerk, Gehhilfen, Protektoren usw.) und informieren Sie den Patienten über seine Mitwirkungsmöglichkeiten.
36. Nutzen Sie für alle Patienten ein geeignetes Scoring-Verfahren zur Einschätzung des Risikos für Hautläsionen (insbesondere des Dekubitusrisikos).
37. Stellen Sie bei Patienten mit erhöhtem Risiko für eine Hautläsion sicher, dass wirksame druckentlastende Lagerungstechniken praktiziert werden.
38. Überwachen Sie Patienten nach diagnostischen und therapeutischen Interventionen mit standardisierten Methoden, angemessener Technik und in definierten Zeitintervallen (z. B. Nachblutungskontrollen, Narkoseüberhang).
39. Stellen Sie sicher, dass für Patienten mit Orientierungsschwächen (z. B. demenzielle Erkrankungen) eine sichere Umgebung geschaffen wird.
40. Erfassen Sie sämtliche Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit explizit im Dokumentationssystem (nicht zuletzt aus beweisrechtlichen Gründen).

^a Diese 40 Vorgehensweisen werden vom National Quality Forum (NQF) empfohlen, um die Sicherheit der Gesundheitsversorgung zu erhöhen; das NQF ist davon überzeugt, dass sie überall in der Gesundheitsversorgung umgesetzt werden sollten, um die Gefahr von Patientenschäden zu reduzieren. Die Evidenz für diese Vorgehensweisen ist hoch und geht mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einem großen Nutzen einher.

einigen spezifischen Ereignisformen, wie nosokomialen Infektionen, kaum eine Vorstellung von der wahren Frequenz der Sicherheitsprobleme haben.

Im deutschsprachigen Bereich ist seit 2015 das Patientensicherheitsniveau mit einem spezifischen Index messbar. Grundlage des Verfahrens sind rund 1000 gewichtete Indikatoren, die im Rahmen externer Audits bewertet werden. Im Riskala-Index[®] werden der Schweregrad von Risiken, deren Eintrittswahrscheinlichkeit sowie der Wirkungsfaktor und der Erfüllungsgrad geeigneter Präventionsmaßnahmen klassifiziert. Als Basis der Präventionsmaßnahmen dienen über 100.000 ausgewertete Schadensereignisse des Ecclesia Versicherungsdienstes (Zinn und Fleischer 2015).

Dennoch haben alle Mitarbeitenden im Gesundheitswesen die Verantwortung erkannt, Sicherheitsprobleme zu melden. Krankenhäuser haben in der Regel Berichtssysteme für Fehler und Komplikationen (CIRS). Sofern die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen die auftretenden Ereignisse weitermelden, können sie für eine weitere Verbesserung verwendet werden.

Schlussfolgerungen zur Sicherheit

Inzwischen steht fest, dass die Sicherheit im Gesundheitsbereich deutlich verbessert werden könnte. Nachdem mehr medizinische Fachbereiche intensiv untersucht werden, können auch mehr Probleme identifiziert werden. Im Vergleich zum ambulanten Bereich ist die Epidemiologie der Sicherheit im stationären Bereich bekannter und es wurden mehr Strategien entwickelt und zunehmend auch angewandt, um die Sicherheit zu verbessern. Auch für den ambulanten Bereich sind mehrere wirksame Strategien verfügbar. Verlegungen scheinen besonders unsicher zu sein. Zur Verbesserung der Versorgung werden häufig systematische Verfahren angewandt, wie Checklisten und oft auch ergänzend Informationstechnologien. Aber auch viele andere Ansätze, wie Verfahren zur Verbesserung des menschlichen Faktors, Team Training und das Schaffen einer Sicherheitskultur gehören dazu.

■ QUALITÄT IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Behandlungsqualität ist weiterhin recht schwer erfassbar, obwohl sich die Messwerkzeuge zunehmend verbessert haben. Die Auswahl der medizinischen Versorgung und die Ermittlung ihrer Qualität sind ein komplizierter Prozess.

Qualitätstheorie

Donabedian hat vorgeschlagen, dass Qualität anhand der Messgrößen Struktur, Prozess und Ergebnis charakterisiert werden kann. *Struktur* bezieht sich darauf, ob z. B. ein besonderes Merkmal vorhanden ist, ob ein Krankenhaus über ein Katheterlabor verfügt oder eine elektronische Patientenakte verwendet. *Prozess* bezieht sich auf die Art der Umsetzung medizinischer Maßnahmen, wie die Durchführung von Pap-Abstrichen im empfohlenen Abstand oder die Gabe von Aspirin an einen Patienten mit Verdacht auf Myokardinfarkt. *Ergebnisse* beziehen sich darauf, was wirklich geschieht, z. B. die Mortalität von Myokardinfarkten. Es ist wichtig zu erwähnen, dass eine gute Struktur und gute Abläufe nicht immer zu guten Ergebnissen führen. So kann ein Patient mit Verdacht auf einen Myokardinfarkt an einer Klinik mit einem Katheterlabor vorstellig werden und dort die empfohlene Versorgung einschließlich des Aspirins erhalten, aber trotzdem an dem Infarkt versterben.

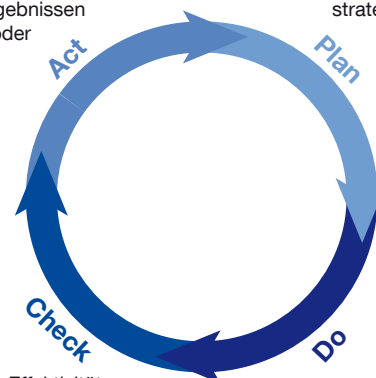
Die Qualitätstheorie weist auch darauf hin, dass die Gesamtqualität steigt, wenn das Leistungsniveau aller Beteiligten angehoben wird. Dies ist wirkungsvoller, als die wenigen mit schlechter Leistung zu suchen und zu sanktionieren. Dies legt nahe, dass Systemveränderungen die Qualität besonders nachhaltig verbessern können, da viele Beteiligten gleichzeitig beeinflusst werden.

Die Theorie der dauernden Qualitätsverbesserung weist darauf hin, dass Organisationen ihre Behandlungsangebote ständig evaluieren und geringfügige Verbesserungen durchführen sollten, um die einzelnen Prozesse zu verbessern. Dieser Ansatz kann sich mit der Zeit als sehr wirkungsvoll erweisen.

Es wurden mehrere spezifische Werkzeuge entwickelt, um bei der Prozessoptimierung zu helfen. Einer der wichtigsten ist der Plan-Do-Check-Act-Zyklus (Abb. 12e-4). Dieser Ansatz kann für eine so genannte schnelle Zyklus-Verbesserung in einem Prozess verwendet werden, z. B. die Zeit, die vergeht, bis ein Patient mit einer Pneumonie erstmals nach der Diagnose Antibiotika erhält. Häufig werden

Strategien abhängig von den Ergebnissen umsetzen oder verwerfen

Mögliche Verbesserungsstrategien identifizieren



Messen der Effektivität der Strategien

Umsetzen der Strategien

Abbildung 12e-4 Plan-Do-Check-Act(PDCA)-Zyklus. Der PDCA-Zyklus kann verwendet werden, um einen bestimmten Prozess rasch zu verbessern. Zunächst erfolgt die Planung und es werden mehrere mögliche Verfahren zur Verbesserung identifiziert. Anschließend werden diese Strategien in kleinen „Veränderungstests“ geprüft. „Checking“ bedeutet die Feststellung, ob die Strategie einen Unterschied bewirkt, und „Act“ bezieht sich auf Maßnahmen, die abhängig vom Ergebnis ergriffen werden.

Fortschritte mithilfe spezifischer statistischer Werkzeuge wie Kontrolllisten ermittelt. Der größte Teil der medizinischen Behandlung umfasst einen oder mehrere Prozesse, sodass dieses Werkzeug für eine Verbesserung besonders nützlich ist.

Mit der Qualität zusammenhängende Faktoren

Viele Faktoren können das Niveau der Qualität reduzieren, wie *Stress* der Behandelnden, hoher oder niedriger Leistungsdruck und System-schwächen. Stress kann sich ebenso wie ein hoher Leistungsdruck nachteilig auf die Qualität auswirken, weil er Behandler dazu bringen kann, wichtige Schritte wegzulassen. Manchmal reduziert geringer Leistungsdruck die Qualität, weil sich die Behandler langweilen oder wenig Erfahrung mit einem bestimmten Problem haben. System-schwächen können einen enormen Einfluss auf die Qualität haben, und selbst sehr engagierte Behandler können normalerweise kein hohes Leistungsniveau erreichen, wenn sie in einem unzureichenden System arbeiten.

Aktuelle Daten zur Qualität

Aus einer RAND-Studie (Research and Development Corporation; eine Non-Profit-Denkfabrik der USA) aus dem Jahr 2006 stammt ein Bild der Qualität der Gesundheitsversorgung in den Vereinigten Staaten vor rund 10 Jahren. Die Ergebnisse waren damals ernüchternd. Die Autoren stellten fest, dass Patienten in den Vereinigten Staaten gemessen an zahlreichen Qualitätsparametern nur 55 % der empfohlenen Behandlung erhielten. Dabei gab es wenige Schwankungen, bezogen auf die Fachrichtungen, mit Werten von 54 % für die Präventivbehandlung, 54 % für die Akutbehandlung und 56 % für die Behandlung chronischer Krankheiten, sodass die Autoren zu dem Schluss kamen, dass die Chancen für eine qualitativ hochwertige Behandlung in den Vereinigten Staaten insgesamt schlechter waren als einen Münzwurf zu gewinnen. Zwar hat sich die Situation in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung in der vergangenen Dekade verbessert, gleichwohl gibt es nach wie vor regionale und trägerbezogene Qualitätsunterschiede. Auch Anreize durch eine „Pay for Performance“-Vergütung brachten bisher keine nachhaltige wirksame Qualitätsverbesserung.

Untersuchungen zur Evaluation geografischer Schwankungen bei der Kapazität und Qualität medizinischer Versorgung in den USA zeigen, dass es trotz großer Schwankungen bei der Kapazität keine positive Korrelation auf regionaler Ebene zwischen den zwei Variablen gibt. Eine Reihe von Daten weist jedoch darauf hin, dass spezialisierte Krankenhäuser mit höheren Fallzahlen, vor allem chirurgische Kliniken, bessere Ergebnisse haben.

Verfahren zur Qualitäts- und Leistungssteigerung

Es gibt zahlreiche Strategien, um die Qualität auf individueller Ebene zu verbessern, wie Rationalisierung, Ausbildung, Feedback (Rückmeldung), Anreiz und Strafe. *Rationalisierung* war in einigen Bereichen effektiv. Das Überzeugen von Ärzten, zur Verordnung bestimmte For-

mulare zu verwenden, wurde aber allgemein abgelehnt. *Ausbildung* ist kurzfristig wirksam und zur Meinungsänderung notwendig, wobei der Effekt mit der Zeit rasch nachlässt. *Feedback* zur Leistung kann in der Gruppe oder individuell erfolgen. Am wirksamsten ist individualisiertes und zum ursprünglichen Ereignis zeitnahes Feedback. *Anreize* können wirksam sein und werden oft als Schlüssel der Qualitätsverbesserung betrachtet, vor allem bei weitreichender leistungsabhängiger Vergütung (siehe unten). *Strafen* erzeugen Verunsicherung und Rückzug und werden nur selten im Gesundheitswesen angewandt.

Weitere Strategien zur Qualitätsverbesserung beinhalten das Ändern des Gesundheitssystems. Ein Beispiel wäre die Einführung von Gedächtnishilfen dazu, welche speziellen Aufgaben während einer Visite bei einem bestimmten Patienten erfolgen müssen. Durch diese Strategie lässt sich in bestimmten Situationen die Leistung nachweislich verbessern, z. B. der Förderung von präventiven Maßnahmen. Ein anderer wirksamer Ansatz ist die Entwicklung von „Bündeln“ oder Gruppen von Qualitätsmaßnahmen, die gemeinsam mit hoher Zuverlässigkeit durchgeführt werden. Mehrere Krankenhäuser haben ein Bündel von fünf Maßnahmen gegen Ventilator-assoziierte Lungenentzündungen auf der Intensivstation eingeführt. Eine Maßnahme besteht darin, dass das Kopfende des Bettes hochgestellt wird. Die Krankenhäuser stellten fest, dass sie die Leistung dadurch wesentlich verbessern konnten.

Vermutlich am dringendsten notwendig ist die Verbesserung der Qualität bei der Versorgung chronisch kranker Patienten. Das von Wagner und Kollegen entwickelte Chronic Care Model (Abb. 12e-5) sieht die Kombination mehrerer Strategien vor, wie die Unterstützung bei der Selbstversorgung, Änderungen im Dienstleistungssystem sowie die Bereitstellung von Entscheidungshilfen und Informationssystemen, die von einem Praxis-Team bereitgestellt werden und nicht nur von einem Arzt. Neuere Hinweise über die relative Effektivität von Strategien zur Senkung von Hämoglobin 1c (HbA_{1c}) in der ambulanten Diabetes-Versorgung unterstützen diesen Vorschlag. Besonders bemerkenswert ist, dass HbA_{1c} die Ergebnisvariable war, weil sich diese meistens viel schwerer verbessern lässt als die Verfahrensmaßnahmen (bei der Messung des HbA_{1c}). In dieser Metaanalyse waren zwar zahlreiche einzelne Strategien durchaus wirksam, am wirksamsten waren aber Entwicklungen durch das Behandlungsteam und das Einsetzen eines Fall-Managers, d. h. die Entwicklung kombinierter Strategien. Bei zusätzlicher Betrachtung der Kostenwirksamkeit scheint eine Verschmelzung mehrerer Strategien erforderlich zu sein. Vermutlich werden sich jedoch teurere Strategien, wie das Einsetzen von Fall-Managern, nur bei einer leistungsabhängigen Zahlung allgemein durchsetzen können.

Nationaler Status der Qualitätsermittlung

Im stationären Bereich erfolgt inzwischen bei einem Großteil der Krankenhäuser die Qualitätsermittlung für zahlreiche Krankheiten, wie Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Pneumonie und chirurgische Infektionsprophylaxe; insgesamt werden 20 Maßnahmen berücksichtigt. Das ist das Ergebnis der „Hospital Quality“ Initiative in den USA, einer Kollaboration zahlreicher Einrichtungen, wie der Hospital Quality Alliance, der JCAHO, der NQF und der Agency for Healthcare Research. Die Daten werden am Center for Medicare and Medicaid Services gespeichert, welches das Abschneiden bei allen Maßnahmen auf einer Website veröffentlicht, der Hospital Compare (www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalCompare.html). Die Veröffentlichung der Daten erfolgt freiwillig und sie sind für einen Großteil der Krankenhäuser verfügbar. Die Auswertung zeigt deutliche regionale Schwankungen der Qualität und wichtige Unterschiede zwischen den Krankenhäusern. Die Analyse der Joint Commission für gleiche Indikatoren zeigt, dass sich die Leistung der Maßnahmen der Krankenhäuser mit der Zeit verbesserte, und dass sich, wie zu hoffen war, schlechtere Leistungserbringer deutlicher verbesserten als bessere.

Öffentliche Berichterstattung

Immer häufiger werden Qualitätsdaten auch veröffentlicht. Inzwischen gibt es kommerzielle Websites, die gegen eine Gebühr für die meisten Regionen des Landes qualitätsrelevante Daten bereitstellen. Außerdem gibt es nationale Daten für Krankenhäuser. Es hat sich gezeigt, dass die Patienten solche Daten bislang kaum verwendet haben, dass aber die Daten eine wichtige Wirkung auf die Anbieter und das Organisationsverhalten gehabt haben. Die Patienten verließen sich bei

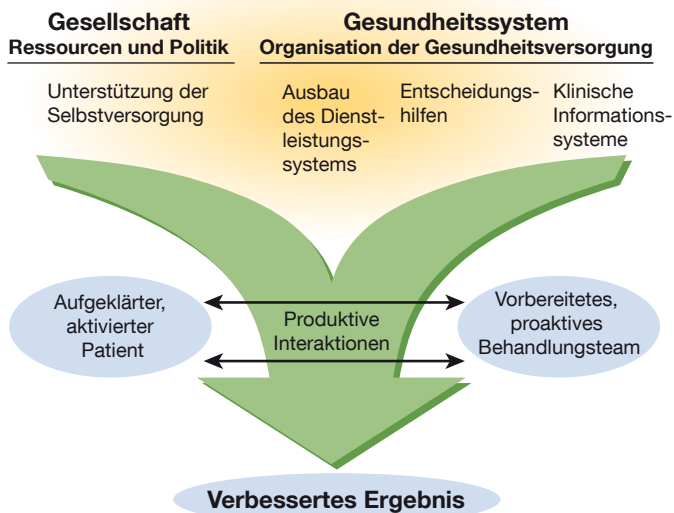


Abbildung 12e-5 Chronic Care Model. Das Chronic Care Model konzentriert sich auf die Verbesserung der Behandlung chronischer Krankheiten und schlägt vor, dass für eine qualitativ hochwertige Versorgung mehrere Strategien benötigt werden, in welche der Patient eng eingebunden und an denen er beteiligt sein muss. Zusätzlich ist ein Behandlungsteam erforderlich. (Aus EH Wagner et al: *Eff Clin Pract* 1:2, 1998.)

ihrer Wahl stattdessen auf den Ruf des Anbieters, unter anderem weil bis vor kurzem nur wenige Informationen verfügbar waren, die für die Patienten zudem oft nur schwer zugänglich waren. Viele Fachleute gehen davon aus, dass Informationen über die Qualität mit zunehmender Verfügbarkeit für die Anbieterwahl des Patienten eine immer größere Rolle spielen werden.

Leistungsabhängige Zahlung (pay-for-performance)

Derzeit erhalten die Gesundheitsdienstleister in den Vereinigten Staaten qualitätsunabhängig genau den gleichen Betrag für eine bestimmte Gesundheitsdienstleistung. Bei einer leistungsabhängigen Bezahlung müssten die Anbieter in Strategien investieren, durch die sie eine höhere Qualität erreichen, da sie dann für ihre Leistungen mehr Geld erhalten. Die gegenwärtigen Schlüsselprobleme der leistungsabhängigen Bezahlung betreffen (1) ihre Effektivität, (2) die Höhe der Anreize und (3) etwaige unerwünschte Folgen. Zur Effektivität gibt es nur wenige Belege, wobei mehrere Studien laufen. Bezüglich des Leistungsniveaus werden in den USA bislang nur 1–2 % der Leistungen qualitätsabhängig entgolten, während in Großbritannien 40 % der Zahlungen an Allgemeinmediziner seit kurzem risikoabhängig anhand des Abschneidens bei einer breiten Palette von Parametern erfolgen. Dies führte zu nachhaltigen Verbesserungen bei der angegebenen Leistungsqualität, obwohl noch unklar ist, inwieweit es sich tatsächlich um eine Verbesserung der Leistung und nicht nur der Angaben über diese Leistung handelt. Finanzielle Anreize bergen immer ein gewisses Missbrauchspotenzial. Ein Problem besteht darin, dass die Verknüpfung von Anreizen und Ergebnissen dazu verleitet, die am schwersten erkrankten Patienten an andere Anbieter und Systeme weiterzuleiten. Ein anderes besteht darin, dass die Anbieter den Qualitätsmaßnahmen mit Anreizen zu viel Aufmerksamkeit schenken und den Rest des Qualitätsleitbildes ignorieren. Ob diese Befürchtungen berechtigt sind, muss noch geklärt werden. Trotzdem erscheint es als wahrscheinlich, dass bei einer Gesundheitsreform leistungsabhängige Zahlungsmodelle zunehmen werden.

In Deutschland wurde 2015 mit dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom Gemeinsamen Bundesausschuss eine Organisation ins Leben gerufen, die sektorübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente entwickelt und misst. Mittelfristig sollen u. a. auch die Voraussetzungen für eine leistungs- und ergebnisorientierte Vergütung in Deutschland geschaffen werden.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

In den Vereinigten Staaten und in Europa könnten Sicherheit und Qualität der Behandlung wesentlich verbessert werden. Heute stehen zahlreiche Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung, welche die Be-

handlungssicherheit nachweislich verbessern und die flächendeckend eingesetzt werden sollten; andere werden derzeit oder künftig evaluiert. Auch die Qualität könnte erheblich besser sein und die Wissenschaft der Qualitätsverbesserung wird immer besser. Durch eine leistungsabhängige Bezahlung sollte es den Organisationen einfacher sein, in die Verbesserung entsprechender Parameter zu investieren, inklusive der Gesundheitsinformationstechnologie. Oft muss jedoch auch die Struktur der Versorgung geändert werden, z. B. im Sinne eines eher Team-orientierten Ansatzes mit stärkerer Beteiligung der Patienten an ihrer Behandlung. Durch die Gesundheitsreform werden leistungsabhängige Zahlungsmodelle vermutlich zunehmen. Die Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit stecken noch in den Kinderschuhen und könnten viel robuster gemacht werden. Besonders nützlich wäre es, wenn den Organisationen Maßnahmen zur Anwendung bei Routineverfahren zur Verfügung stünden, um Sicherheit mit angemessenen Kosten festzulegen. Obwohl die verfügbaren Qualitätsmaße robuster sind als diejenigen für die Sicherheit, decken die dennoch nur einen relativ kleinen Teil des kompletten Gebiets der

Qualität ab, sodass weitere entwickelt werden müssen. Die Öffentlichkeit und die Kostenträger fordern bessere Informationen über Sicherheit und Qualität sowie eine höhere Leistungsfähigkeit in diesen Gebieten. Daraus folgt, dass diese Leistung direkt vom Behandler zu erbringen ist.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

GAUSMANN P, HENNINGER M, KOPPENBERG J (Hrsg.): Patientensicherheitsmanagement. de Gruyter, Berlin, 2015

HÜNERMANN C: Innere Medizin. In: Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J (Hrsg.): Patientensicherheitsmanagement. de Gruyter, Berlin, 2015

ZINN W, FLEISCHER M: Bewertung und Evaluation des klinischen Risikomanagements durch den Sicherheitsindex. In: Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J (Hrsg.): Patientensicherheitsmanagement. de Gruyter, Berlin, 2015