

Anforderungen an die Qualitätsberichte

nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

aus Patientensicht

erarbeitet im Rahmen

- des Büros der Patientenbeauftragten für Berlin
- in Zusammenarbeit mit dem Berliner Selbsthilfeforum chronisch kranker und behinderter Menschen
- dem Berliner Arbeitskreis Patienteninformation

Aus Patientensicht wird seit langem beklagt, dass es bisher keine leicht zugängliche Informationsplattform gibt, über die sich Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses vergleichende Informationen beschaffen können. Deswegen besteht die Erwartung, dass die 2005 erstmals zu erstellenden Qualitätsberichte nach §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V diese Lücke nun schließen.

Wichtigste Kriterien für eine solche Transparenzinformation sind Zugänglichkeit und Verständlichkeit sowie eine nutzerfreundliche Darstellungsform. Erwartet wird von Patienten eine Sprache und eine formale Gliederung, die auch und gerade für Laien hilfreich sein kann.

Es wird davon ausgegangen, dass die Berichte nicht nur über die gesetzlichen Krankenkassen oder einzeln durch die Krankenhäuser veröffentlicht werden, sondern auch Möglichkeiten einer lokalen oder regionalen Präsentation entwickelt werden, die das Ziel einer fundierten Orientierungshilfe vor Ort auch für Laien tatsächlich erfüllen.

Die Patienten erwarten in diesem Zusammenhang, dass es neben der Internetinformation durch die Krankenkassen zu einer abgestimmten Einbindung der Qualitäts- und Leitungsinformationen über Krankenhäuser in Patienteninformationssysteme und für Patientenberatungsinstanzen kommt.

Den interessierten Patienten ist bewusst, dass es eine Vielzahl von formalen Vorgaben für den Qualitätsbericht gibt, die sowohl ‚Muss-Leistungen‘ als auch freiwillige Angaben umfassen. Die hier zusammengestellten Anregungen appellieren (jenseits dieser Diskussion über Regelungen z.B. durch den Gemeinsamen Bundesausschuss) an die Bereitschaft zu möglichst umfassenden freiwilligen Angaben.

Mit den folgenden Anforderungen an Qualitätsberichte aus Patientensicht werden daher zwei Ziele verfolgt:

- den Krankenhäusern soll die Möglichkeiten zur Berücksichtigung von Patientenanliegen gegeben werden und
- ein Dialog mit Krankenhäusern über eine zielführende Transparenzinformation initiiert werden.

I. Anforderungen an den Basisteil

Entsprechend der Vereinbarung zu den strukturierten Qualitätsberichten erwarten die Patienten umfangreiche und aussagekräftige Informationen über Art und Anzahl der Leistungen eines Krankenhauses im verpflichtenden Teil des Berichts.

In Sachen Verständlichkeit besteht die Sorge, dass die Leistungen zu sehr in einer professionellen Fachsprache dargestellt werden. So sollen - laut offizieller Ausfüllhilfe - die OPS und ICD10 Daten zwar *umgangssprachlich und laienverständlich* eingetragen werden, aber schon die Vorgaben für die Mindestmengen lassen befürchten, dass Qualitätsberichte vor allem fachpolitisches Steuerungsinstrument sein könnten. Wenig hilfreich wäre auch eine Sprache, die sich wesentlich in der Terminologie des Qualitätsmanagements bewegt, da auch diese noch zu sehr den Charakter einer Insidersprache hat.

Notwendig sind daher große Anstrengungen bezüglich der Übersetzung und Präsentation der Informationen.

In Bezug auf die Umfänglichkeit kann es aus Patientensicht bedeutsam sein, dass das vollständige Leistungsspektrum eines Krankenhauses abgebildet wird. So dass zu prüfen ist, ob die Mindestvorgabe von TOP-30 DRG des Gesamtkrankenhauses und 10 Haupt-Diagnosen in den Fachabteilungen für eine solche Orientierungsfunktion ausreichend ist.

Patienten und ihre einweisenden Ärzte suchen i.d.R. Einrichtungen in denen ärztliches und sonstiges Fachpersonal mit spezifischen Erfahrungen und Kompetenzen tätig ist. Insofern besteht der Wunsch, dass zu Punkt B-2.4 Personalqualifikation auch Informationen zur Verfügung gestellt werden, die über die reine Kernqualifikation und abgeschlossene Weiterbildungen in den anerkannten Qualifikationsordnungen hinausgehen.

Für Patienten von Bedeutung sind Informationen über Spezialisierungen (z.B. Schmerztherapie und Akupunktur, Mitglied der Fachgruppe X für die Behandlungsmethode Y), langjährige Erfahrungen (seit x Jahren Leitung des Brustzentrums) und Kooperationsbeziehungen (z.B. Mitarbeit im Kompetenzzentrum XY) des Personals.

II. Anforderungen an den Systemteil

Ein Großteil der für Patienten eigentlich bedeutsamen Informationen können sie vermutlich dem so genannten Systemteil (mit freiwilligen Angaben) entnehmen. Deswegen bestehen besonders hohe Erwartungen an die Ausführlichkeit dieses Teils. Sie hegen die Hoffnung, dass dieser Teil nicht ausschließlich einem erweiterten Marketing dient, sondern durch die Nennung von faktischen Ergebniswerten einen konkreten Aussagecharakter hat. Auch für diesen Teil gilt die Anforderung einer möglichst leicht zugänglichen und übersichtlichen Form der Information in einer verständlichen Sprache.

Qualitätspolitik

Aus Patientensicht gehört es zu den prioritären Qualitätszielen, dass nicht nur Elemente aus Managementkonzepten und singuläre Qualitätsentwicklungsprojekte deskriptiv veröffentlicht werden, sondern vor allen Dingen Ergebnisse.

Die wichtigste Anforderung an die Qualitätspolitik aus Patientensicht lautet daher, dass Krankenhäuser von sich aus sagen: „Wir sind bereit, unsere Ergebnisse zu veröffentlichen“.

Ergebnisdarstellungen müssen valide und fundiert sein. Diese liegen zum Glück für ausgewählte Leistungsbereiche vor. Patienten wünschen sich daher, dass die Ergebnisse der vergleichenden externen Qualitätssicherung, die über die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) dokumentiert werden, in diesen Qualitätsberichten krankenhausspezifisch veröffentlicht werden.

Wünschenswert wären faktische Ergebnisse zu allen Leistungsbereichen. Bei 19 Leistungsbereichen und 330 z.T. sehr komplexen fachlichen Indikatoren macht es allerdings Sinn, eine Auswahl vorzunehmen. Dies haben Patienteninitiativen in ihren Diskussionen auch getan. Für diese Auswahl wurde z.B. vorgeschlagen, die Themen- und Leistungsfelder zu Grunde zu legen, die bei den Schlichtungs- und Beschwerdestellen oft als besonders problematisch genannt werden (Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie, Kardiologie und Pflege).

Ein weiteres Auswahlkriterium sind solche Leistungsbereiche, bei denen im Qualitätsreport im Jahre 2003 der Anteil auffälliger Krankenhäuser an der Grundgesamtheit aller dokumentierenden Einrichtungen besonders hoch war. Zu den indikationsübergreifenden Themen, die den Patienten besonders am Herz liegen, zählt die Pflege. Deswegen haben hier die Ergebnisindikatoren besondere Bedeutung. Auch der Gender-Aspekt als Kriterium wird von Patientengruppen als bedeutsam betont. Im Mittelpunkt der Auswahl steht z.B. vor allem die Qualität der Indikationsstellung, die Güte der Fehlervermeidung (Hygiene) und der Qualität der Pflege.

Aus Patientensicht sind daher mindestens zu den folgenden Qualitätsindikatoren konkrete Ergebniswerte im Qualitätsbericht aufzunehmen:

Bitte geben Sie folgende Werte pro Indikation wie in der Musterauswertung der BQS an:

Fälle pro Krankenhaus als absolute Zahl, Ergebnis des Krankenhauses in Prozent,
Ergebnis des Krankenhauses in Prozent

Fachgebiet	Qualitätsindikator	Seite aus Musterauswertung der BQS
Gynäkologie Gynäkologische Operationen	Wundinfektionen nach Hysterektomie Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten mit Hysterektomie der Risikoklasse 0	1.23
Gynäkologie Mammachirurgie	Angabe pT, pN, pM oder M Anteil von Patientinnen mit Angabe pT, pN, pM oder M an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom	1.7
Gynäkologie Mammachirurgie	Angabe Sicherheitsabstand Anteil von Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand	1.13

Gynäkologie Mammachirurgie	Indikation zur brusterhaltenden Therapie Anteil von Patientinnen mit brusterhaltender Therapie an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1	1.21
Urologie Prostataresektion	Indikation (1) Anteil Patienten mit Resektionsgewicht unter 5 Gramm an allen Patienten mit Resektionsgewichtbestimmung (Auswertung 2003)	1.1
Urologie Prostataresektion	Indikation (4) Anteil Patienten mit Prostatavolumen <20 cm ² an allen Patienten mit Prostatasonographie und Angabe des Prostatavolumens (Auswertung 2003)	1.10
Urologie Prostataresektion	Postoperativer Restharn Anteil Patienten mit postoperativem signifikanten Restharn von >= 100 ml an allen Patienten mit Restharnbestimmung und Entlassung ohne Katheder (Auswertung 2003)	1.28
Urologie Prostataresektion	Histologische Untersuchung Anteil Patienten mit postoperativer histologischer Untersuchung an allen Patienten ohne Prostatakarzinom in der Aufnahmediagnose (Auswertung 2003)	1.34
Orthopädie Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Endoprothesenluxation Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten	1.32
Orthopädie Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Risikojustierte postoperative Wundinfektion Anteil von Patienten mit Wundinfektionen der Risikoklasse 0 an allen Patienten	1.37
Orthopädie Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Reintervention wegen Komplikationen Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention an allen Patienten	1.46
Kardiologie Koronarangiographie und perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	MACCE bei PTCA Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens einer/einem TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während es Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation von allen Patienten mit PTCA (einschl. Einzeitig-PTCA)	1.39
Gefäßkrankungen Kartis-Rekonstruktion	Indikation bei schwerer asymptomatischer Karotisstenose Anteil von Patienten mit Stenosegrad >= 60% (NASCET) an Patienten der Indikationsgruppe A	1.1
Gefäßkrankungen Kartis-Rekonstruktion	Schwere Schlaganfälle oder Tod Anteil von Patienten mit schwerem Schlaganfall (Rankin 4,5,6) oder Tod an allen Patienten	1.13
Gefäßkrankungen Kartis-Rekonstruktion	Postoperative Wundinfektion Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten	1.19
Pflege Dekubitusprophylaxe bei hüftgelenknaher Femurfraktur	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthaltes bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme	P1.1
Pflege Dekubitusprophylaxe Gesamt	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthaltes bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme	P1.1

Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

Zur Darstellung der Qualitätspolitik haben Patienten und Patientinnen folgende Fragen an die Krankenhäuser und die Angaben im Qualitätsbericht:

Qualitätsphilosophie und Qualitätsziele des Krankenhauses

- Macht das Krankenhaus die Transparenz und Veröffentlichung von **Ergebnissen** der eigenen Leistung(sbereiche) zum Qualitätsziel ?
- In welchem Leistungsbereich ist Ihr Haus einmalig ?

Qualitätsmanagement des Krankenhauses

- Wie stellen Sie sicher, dass die für Patienten verfügbaren **Informationen** über Ihr Krankenhaus **vollständig, aktuell, verständlich und nutzerfreundlich** sind ?
- Können Sie aussagekräftige Informationen über **Leistungsschwerpunkte und Spezialangebote** machen ?
- Gibt es eindeutige und klare **Profilangaben** ?
- Wie organisieren Sie den **Bereitschafts- und Nachtdienst** in Ihrem Hause und wie können Sie belegen, dass es nicht zur Bündelung von Überstunden und Patienten gefährdenden Dienstphasen kommt ?
- Wie stellen Sie sicher, dass eine Behandlung in Ihrem Hause als Teil einer **integrierten Versorgung** angeboten wird ?
- Welche besonderen Regelungen für eine **Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen** haben Sie getroffen ?
- In welchen Leistungsbereichen garantieren Sie eine **24-Std.-Versorgung** durch eine definierte Anzahl von Fachärzten ?
- Können Sie Angaben machen über die **Frequenz von Operationen** in den Phasen des Wochenverlaufs und über die **Zeiten, die zwischen Einlieferung von Patienten und ihrer Operation** (nach Diagnosen bzw. Dringlichkeiten) liegen ?
- Wie gewährleisten Sie in der **Organisation der Rettungsstelle** Ihres Hauses eine angemessene fachliche Hilfe und Behandlung rund um die Uhr ?
- Welche Regelungen für ein **systematisches Beschwerdemanagement** haben Sie getroffen ?
- Wie unterstützen Sie die **Patientenfürsprecher/innen** in Ihrem Haus ? Werden die Patientenfürsprecher kontinuierlich geschult ?

Patientenorientierung

- Werden den Patienten alle notwendigen **Informationen** zum Krankenhaus, zu Aufnahmemodalitäten, Diagnosen, Behandlungswegen, Behandlungsvorschlägen und Therapien, Kostenregelungen, Beschwerdemöglichkeiten, Entlassungsmodalitäten und Anschlussbehandlungen auch **schriftlich zur Verfügung** (Patientenunterlagen) gestellt ?
- Wie wird in Ihrem Haus eine **ganzheitliche**, an den Bedürfnissen der Menschen als individuelle Person orientierte **Behandlung** organisiert ?
- Wie gewährleisten Sie eine kontinuierliche patientenbezogene Behandlung und Pflege (durch möglichst wenig wechselndes Personal) ?
- Welche Konzepte für eine **umfassende Aufklärungskultur** haben Sie entwickelt ?
- Wie stellen Sie sicher, dass die **Einbeziehung von Angehörigen** den Wünschen der Patienten entspricht ?
- Wie wird in Ihrem Hause ein **umfassendes Entlassungs- und Überleitungsmanagement** organisiert und wie können Sie belegen, nach welchen Standards in diesem Bereich verfahren wird ?
- Übernehmen Sie Verantwortung für eine **lückenlose Versorgungskette** ?
- Wie ist die **Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen** und Selbsthilfekontaktstellen geregelt ? Wird systematisch über die Möglichkeit von Selbsthilfe informiert und werden Selbsthilfegruppen Informationsmöglichkeiten und Räume zur Verfügung gestellt ?
- Führen Sie regelmäßige (qualifizierte) **Patientenbefragungen** durch und sind Sie bereit, die Ergebnisse zu veröffentlichen ?

Mitarbeiterorientierung

- Wie können Sie belegen, dass die EU-Richtlinie 93/104 Artikel 2 zur **Arbeitszeit von Ärzten** in Ihrem Hause umgesetzt wird und stellen Sie sicher, dass es nicht zu Patienten gefährdenden Überstunden auf einzelnen Stationen kommt?

Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

- Wie werden in Ihrem Krankenhaus die Richtlinien der Kommission für **Krankenhaushygiene und Infektionsprävention** des Robert-Koch-Instituts (RKI) zur Prävention und Kontrolle von multiresistenten Keimen (MRSA) umgesetzt ?
- Können Sie Angaben zum konkreten Hygienestatus Ihres Hauses machen (Ergebniswerte) ?
- Welche konkreten **Regelungen zur Vermeidung** im Krankenhaus erworbener Infektionen haben Sie getroffen ?
- Beteiligen Sie sich an systematischen **Verfahren zum Fehler- und Risikomonitoring**?
- Führen Sie in Ihrem Hause regelmäßige (interdisziplinäre) **Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen** durch ?
Gehören Sie zu den 20 % der bundesdeutschen Krankenhäuser, die diese Beratungen durchführen ? (Berufsverband der Dt. Chirurgen, Prof. Seltmann)

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

- Welche **Maßnahmen** im Bereich Patientenorientierung und Fehlervermeidung, die Sie im letzten Jahr abgeschlossen haben und die gezielt zu Veränderungen in Ihrem Haus beigetragen haben, können Sie **beispielhaft benennen**?
- Gibt es Ansätze für eine krankenhaushübergreifende (über die Entlassung von Patienten hinaus) **Dokumentation von Behandlungserfolgen** ?
- Welche Vorschläge für eine patientenfreundliche Veröffentlichung dieser Daten haben Sie ? Sind Sie bereit, die Materialien auch einer **regionalen Informationsplattform** und den Beratungsstellen für Patienten zur Verfügung zu stellen ?