

## V – 6

## Lebensqualität und Qualitätsmanagement im Krankenhaus

OLIVER SANGHA und SEBASTIAN SCHNEEWEIF, München, Boston

In Anbetracht begrenzter Ressourcen ist es Ziel des Gesundheitssystems, eine qualitativ hohe Gesundheitsversorgung möglichst effizient zu erbringen. Dabei gewinnen in den vergangenen Jahren Aspekte des Qualitätsmanagements und der Wirtschaftlichkeit eine zunehmende Bedeutung. Das deutsche Gesundheitswesen gilt als eines der besten der Welt und gleichzeitig unterliegt auch dieses Gesundheitssystem extremen Kostenzwängen. In Deutschland gab es 1998 2.263 Krankenhäuser mit insgesamt 572.000 Betten, einer durchschnittlichen Liegezeit von 10,7 Tagen und einer Auslastung von 81,9% (Statistisches Bundesamt 1999). Damit nimmt Deutschland im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz ein (OECD 1999). In Anbetracht dieser Leistungsdaten und jährlichen Gesamtkosten der Krankenhäuser von ca. 100 Mrd. DM ist es nachvollziehbar, dass Gesundheitspolitiker und Kostenträger in Deutschland verstärkt um eine Kostenreduktion im Bereich der stationären Versorgung bei gleichbleibender Qualität bemüht sind.

Das Bestreben nach messbarer Qualität im Krankenhaus ist jedoch nicht nur durch notwendige Kostenreduktionen begründet; vielmehr haben die verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen unterschiedliche Motivationen, die für das in den letzten Jahren gesteigerte Interesse an Qualität und deren Erfassung mit verantwortlich sind (Tab. 1)

Für die Kostenträger wird es künftig wichtig sein, neben rationalen Kostenentscheidungen auch einen informativen und umfassenden Vergleich der Leistungserbringer untereinander vorzunehmen. Gegenwärtig beschränken sich diese Krankenhausbetriebsvergleiche vornehmlich auf finanzielle Leistungsdaten, obwohl es bereits erste Be-

strebungen gibt, auch medizinische Leistungsparameter in diesen Vergleich zu integrieren.

Patienten, bislang überwiegend passive „Nutznießer“ des Systems, übernehmen zunehmend eine Eigenverantwortung über Umfang und Inhalt ihrer Gesundheitsversorgung. Diese Eigenverantwortung ist von Medizinern und Gesundheitspolitikern erwünscht, erfordert aber eine erweiterte Transparenz der erbrachten Leistungen, um informierte Entscheidungen der Patienten zu ermöglichen. Aus Sicht der Patienten spielen Informationen über die Ergebnisqualität eine wesentliche Bedeutung. Dadurch, dass Patienten zunehmend an den Kosten von in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen beteiligt werden, z.B. durch vermehrte Zuzahlungen, werden diese für das „Produkt“ Gesundheit und dessen Qualitätsmerkmale sensibilisiert.

Tabelle 1: Motivation für Qualität im Krankenhaus

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostenträger           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effizienz in der stationären Versorgung</li> <li>- Benchmarking</li> <li>- Entscheidungsgrundlage für künftige Einkaufs-/Verkaufsmodelle</li> </ul> </li> <li>• Krankenhäuser           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitätsmanagement</li> <li>- Positionierung in kompetitiven Märkten</li> <li>- Qualitätskriterium in regionalen integrierten Versorgungsnetzwerken</li> <li>- Marketing</li> </ul> </li> <li>• Patienten           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungstransparenz</li> <li>- Informationen über relevante Effekte</li> <li>- informierte Entscheidungen</li> </ul> </li> </ul> |
|---|

Bei der Transparenz von Qualitätsmerkmalen des Gesundheitssystem bestehen jedoch bislang erhebliche Defizite. Die wenigen Informationen über die Ergebnisqualität des Systems beziehen sich entweder auf ökonomische Leistungsdaten oder aber Indikatoren, die für den individuellen Patienten weniger relevant sind (z.B. durchschnittliche Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit). Hier werden zunehmend Forderungen laut, patienten-zentrierte Indikatoren, also auch die Lebensqualität, in das Qualitätsmanagement zu integrieren. Wissenschaftliche Untersuchungen, die die Bedeutung von gesundheitsbezogener Lebensqualität als Indikator der Ergebnisqualität untermauern, fehlen jedoch bislang weitestgehend.

In diesem Beitrag versuchen wir durch die Beantwortung einiger kritischer Fragen die Bedeutung der Lebensqualität im Rahmen der gegenwärtigen Qualitätsdiskussion zu positionieren. Das Problem der fehlenden Evidenz kann dadurch selbstverständlich nicht gelöst werden, dennoch scheint die Bedeutung der Lebensqualität für den individuellen Patienten konzeptionell zunächst unumstritten.

### Was ist Qualität im Krankenhaus ?

Lässt sich der Qualitätsbegriff und entsprechende Indikatoren im produzierenden Gewerbe oder bei eindeutig determinierten Dienstleistungen relativ gut definieren, ist dieses im Gesundheitswesen, mit seinen komplexen und vielfältigen Leistungen erheblich schwieriger.

Die Qualitätsbeurteilung im Krankenhaus ist in hohem Maße von der Perspektive der Betrachtung und Präferenzen und Erwartungshaltungen abhängig. Während die Gesundheitspolitiker sowie Kostenträger häufig eine gesellschaftliche Perspektive einnehmen, also Qualität vornehmlich unter System- und Effizienzaspekten beurteilen, wollen der Patient und seine Angehörigen eine maximale Qualität ungeachtet der Systemkosten, möglicherweise jedoch in Abhängigkeit der persönlichen Kosten. Ähnlich neigen die Leistungserbringer dazu, sei es nun ein individueller Arzt oder ein Krankenhaus, Qualität eher

aus der eigenen, umschriebenen Perspektive zu betrachten.

Daneben wird die Qualitätsbeurteilung im Gesundheitswesen durch eine Inbalance der Informationen gekennzeichnet. Einige Akteure – insbesondere die Leistungserbringer – verfügen über andere Informationen als die Nutznießer des Systems, also Patienten und deren Angehörige. Schon aus diesem Grund kann im Gesundheitswesen kein echter Markt existieren. Viele Experten machen dieses Phänomen für vermeintlich unvernünftiges Verhalten einiger Beteiligter verantwortlich.

Ungeachtet der perspektivischen Unterschiede und Diskrepanzen auf der Informationsebene wurde Qualität im deutschen Gesundheitswesen überwiegend durch die Leistungsanbieter definiert und operationalisiert. Häufig wurde Qualität mit dem Synonym „Mehr“ assoziiert. Mehr Versorgung, mehr Intensivstation, mehr Technologie – alles vermeintliche Attribute einer besseren Qualität. Daneben wurde Qualität oft mit „negativen“ Indikatoren, wie postoperativen Komplikationen, Mortalität oder Morbidität gemessen, alles Indikatoren, die ein Patient eigentlich vermeiden möchte und nicht anstrebt. Ein kranker Patient will am Leben bleiben, körperlich, seelisch und sozial funktionieren und idealerweise beschwerdefrei sein. Diese Belange gehen bislang kaum in die Beurteilung von Qualität im Gesundheitswesen ein. Die Tatsache, dass Patienten und deren Angehörigen vordringlich an diesen „Qualitäten“ des Lebens interessiert sind, motiviert diesen Beitrag über Lebensqualität und Qualitätsmanagement im Krankenhaus.

Bei der Bewertung von Qualität im Krankenhaus ist neben der Berücksichtigung der verschiedenen Betrachtungsperspektiven auch eine inhaltliche Segmentierung notwendig. Als praktikabel hat sich dabei eine Typologie bewährt, die bereits in den 60er Jahren von AVEDIS DONABEDIAN definiert wurde und der Multidimensionalität des Qualitätsbegriffes Rechnung trägt (DONABEDIAN 1966).

Mit der Definition von *Struktur, Prozess und Ergebnis* fasste DONABEDIAN alle Ebenen zusammen, auf denen Qualität im Krankenhaus definiert werden muss.

*Struktur* beinhaltet dabei die Qualifikation des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals, die Infrastruktur, administrative Einrichtungen oder aber standardisierte Handlungsabläufe, die zuvor auf medizinischer bzw. administrativer Seite festgelegt wurden.

*Prozesse* beschreiben die medizinische Versorgung *per se*, also wie Diagnosen gestellt, Interventionen durchgeführt oder Medikamente verabreicht werden.

*Ergebnisse* sind schließlich alle Effekte, die aus den vorgenannten Prozessen resultieren, z.B. die Linderung von Schmerzen, eine Lebensverlängerung, die Verkürzung der Liegezeit oder aber die Lebensqualität und Zufriedenheit von Patienten.

Die meisten der aktuellen Bemühungen in Deutschland, Qualität im Krankenhaus zu bewerten, befinden sich auf der Strukturebene; hierzu zählen vor allem die Bestrebungen, Krankenhäuser zu akkreditieren, wie es in den USA seit fast 50 Jahren durch die Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) vorgenommen wird.

Die aktuellen, vielfältigen Bemühungen Evidenzbasierte Leitlinien zu entwickeln, dienen primär dem Zweck, die Prozessqualität zu verbessern. Im Gegensatz zu den USA sind diesen Aktivitäten in Deutschland so gut wie keine Untersuchungen zur Quantifizierung von Defiziten in diesem Bereich vorausgegangen. Entsprechend finden sich auch kaum empirische Informationen über eine Verbesserung der stationären Versorgung durch Leitlinien. Ergebnisqualität wird bisher lediglich an groben, nicht Patienten-orientierten Indikatoren gemessen.

### Warum ist Lebensqualität ein wichtiger Indikator im Gesundheitswesen ?

Unbestrittenes Ziel der Gesundheitsversorgung in jedem politischen System ist die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der Gesundheit seiner Bevölkerung. Entsprechend gilt Gesundheit als

das höchste Gut in jeder Gesellschaft. Dabei ist die Definition von Gesundheit als operationalisierbares Konzept nie richtig fassbar gewesen. Seit der Antike betrachtet man Gesundheit als einen körperlichen oder mentalen Zustand. Entsprechend hat sich die Erhaltung von Gesundheit überwiegend mit der Abwehr von Geißeln der jeweiligen Epoche, wie z.B. mit Hungersnöten, Epidemien, Infektionen und während der vergangenen 100 Jahre mit chronischen Krankheiten, befasst.

Abweichend von früheren Definitionen von Gesundheit, die eine Abwesenheit von Krankheiten betonten, postulierte HENRY E. SIEGEREST, Professor für Geschichte der Medizin an der Johns Hopkins Universität in Baltimore im Jahre 1941, „...*Gesundheit muss auch vor einem sozialen Hintergrund betrachtet werden. Ein gesundes Individuum ist jemand der körperlich und mental ausgeglichen und entsprechend an sein körperliches und soziales Umfeld angepasst ist. Er hat die vollständige Kontrolle über seine körperlichen und mentalen Fähigkeiten und kann sich an Veränderungen seiner Umwelt anpassen so lange diese normale Grenzen nicht überschreiten. ... Gesundheit ist deshalb nicht einfach die Abwesenheit von Krankheit; es ist etwas Positives, ein anerkennendes Bejahen des Lebens und ein Akzeptieren der Verantwortlichkeiten die das Leben jedem Individuum abverlangt ... der Heilungsprozess ist nicht abgeschlossen solange der Patient nicht wieder in sein soziales Umfeld mit den früheren Verantwortlichkeiten integriert werden kann bzw. an neue Aufgaben adaptiert wird*“ (SIEGEREST 1941). Basierend auf SIEGEREST's Gesundheitskonzept konstituierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1947, „Gesundheit ist ein Zustand von vollständigem körperlichen, mentalen und sozialen Wohlbefinden und nicht lediglich die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1947).

Diese Definition von Gesundheit durch die WHO vor mehr als 50 Jahren bedeutete einen fundamentalen Wandel bei der Betrachtung des Gesundheitskonzeptes. Eine Betonung der Aspekte von positivem Wohlbefinden und sozia-

len Interaktionen auf die Gesundheit wurde eingeführt und akzeptiert.

Obschon dieser „erweiterte“ Gesundheitsbericht seit mehr als 50 Jahren existiert, beschränkte sich die Medizin bis in jüngster Zeit vornehmlich auf die Diagnose, Dokumentation und Therapie von pathologischen Zuständen (impairments) und befasst sich weniger mit den Krankheitskonsequenzen in Form von Funktionseinschränkungen (disability) oder Behinderungen (handicaps). Entsprechend werden die in den vergangenen Jahren zunehmend entwickelten Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die u.a. diese Bereiche abdecken, nur zögerlich in die klinische Routine integriert. Erst die Forderung der Clinton-Administration im Rahmen des später gescheiterten Health Security Act von 1992, den Einsatz des SF-36, ein standardisiertes Instrument zur Erfassung der Lebensqualität, für alle Leistungsanbieter verbindlich zu regeln, hat der formellen Erfassung von Lebensqualität einen prominenten Stellenwert eingeräumt. Heute sind Elemente des SF-36 in die Qualitätsdokumentation des National Council for Quality Assurance (NCQA) fest integriert. Die meisten Managed Care Organisationen in den USA streben eine NCQA Akkreditierung an, da deren Qualitätsreports Versicherern und Arbeitgebern einen direkten Vergleich unterschiedlicher Leistungsanbieter (v.a. Health Maintenance Organisationen, HMOs) erlaubt. Bislang werden die Leistungsanbieter auf dem Boden des NCQA nur verpflichtet, Querschnittsdaten zur Lebensqualität ihrer Patienten zu generieren, die eine Bewertung von Effekten der Patientenversorgung auf die Lebensqualität nicht erlauben.

### Womit kann Qualität im Krankenhaus erfasst werden?

Zu einer Zeit, in der nicht nur hohe Ergebnisqualität sondern gleichermaßen Effizienz Aspekte zu berücksichtigen sind, konzentrieren sich heute vielfältige Aktivitäten auf der Quantifizierung von Ergebnisqualität im Krankenhaus. Grund-

**Tabelle 2: Anforderungen an Qualitätsindikatoren im Krankenhaus**

<p>Qualitätsindikatoren sollten sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• relevant</li> <li>• valide (gültig)</li> <li>• reliabel (zuverlässig)</li> <li>• sensitiv (verlaufsempfindlich)</li> <li>• präzise definiert</li> <li>• dem Patienten zuzuordnen</li> <li>• verschiedene Aspekte der Versorgung abdeckend</li> <li>• praktikabel in der Erfassung und Bewertung</li> </ul>
---

voraussetzung und gleichzeitig die größte Herausforderung ist dabei die Definition von geeigneten Qualitätsindikatoren (Tab. 2).

Die *Relevanz* eines Indikators muss vor allem die verschiedenen Betrachtungsebenen bei der Qualitätsbeurteilung berücksichtigen. Hierbei müssen also nicht nur medizinische Indikatoren Berücksichtigung finden, sondern vielmehr auch die direkt für den Patienten wichtigen Aspekte erfasst werden. FRIES subsumiert die relevanten „Outcome“ Bereiche einer Gesundheitsversorgung entsprechend von fünf „D's“: *death* (Tod), *disability* (Behinderung), *dissatisfaction* (im Sinne von Zufriedenheit), *drugs* (im Sinne von Medikamentenwirkungen bzw. unerwünschten Wirkungen) und *dollars* (Kosten) (FRIES 1980).

Validität, Reliabilität und Sensitivität beziehen sich auf die metrischen Eigenschaften eines Indikators.

*Validität* beschreibt dabei die Fähigkeit eines Indikators, das zu erfassen, was dieser vorgibt zu erfassen. Erschwert wird die Definition eines gültigen Indikators häufig durch das Fehlen allgemein gültiger Kriterien („goldener Standard“). Um diesen Mangel zu kompensieren, sollte ein Indikator hinsichtlich der Gültigkeit zumindest die folgenden Eigenschaften besitzen (PAYNE 1987):

- *Gesichtsvalidität*: Hierbei bewerten Experten die Eigenschaften eines Indikators.
- *Inhaltsvalidität*: Dieser Begriff beschreibt die Fähigkeit eines Indikators alle relevanten Aspekte zu erfassen.
- *Konvergenzvalidität*: Hierbei wird überprüft, inwieweit sich Verbesserungen eines Qualitätsindikators mit anderen, akzeptierten Maßen einer guten Versorgung korrelieren lassen, z.B. niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus.

Die *Zuverlässigkeit* eines Indikators wird durch dessen Reproduzierbarkeit definiert. Ein Indikator ist zuverlässig, wenn dieser bei wiederholtem Einsatz unter vergleichbaren Bedingungen bei den selben Patienten eingesetzt, zum selben Ergebnis führt.

Die *Sensitivität* eines Indikators bezieht sich auf dessen Fähigkeit Veränderungen im Zeitverlauf zu erfassen. Bezieht sich diese Fähigkeit auf (klinisch) relevante Veränderungen wird im anglo-amerikanischen Sprachraum von „responsiveness“ gesprochen.

Die *präzise Definition* ist vor allem bei Untersucher-abhängigen Indikatoren notwendig; nur so lassen sich unvermeidliche Messfehler kontrollieren. Sind Indikatoren nicht hinreichend definiert, besteht die Gefahr, dass der Messfehler (Rauschen) größer ist als die tatsächlich vorhandene Veränderung (Signal).

Geeignete Indikatoren müssen sich einem Patienten *direkt zuordnen* lassen und *unterschiedliche Aspekte der Versorgung abdecken* können.

Legt man die oben genannten Kriterien an das Konzept der Lebensqualität an, dann sind die metrischen Eigenschaften inzwischen für viele Instrumente wissenschaftlich untersucht.

Die Eignung der Lebensqualität als Qualitätsindikator für die Krankenhausversorgung sollte jedoch kritisch betrachtet werden. Dieses gilt weniger für die inhaltliche Bedeutung der Lebensqualität sondern für die Frage der Sensitivität im Krankenhaus. Viele Effekte einer stationären Behandlung, die Elemente der Lebensqualität betreffen, treten erst in zeitlicher Distanz

zur Krankenhausentlassung auf. Würde man also Lebensqualität nur bei Aufnahme und Entlassung erfassen, würden sich Verbesserungen oder Verschlechterungen möglicherweise nicht nachweisen lassen. Führt man die Erfassung der Lebensqualität in zeitlicher Distanz zur Entlassung durch, besteht die Gefahr der Kontamination. Man weiß nicht, inwieweit sich etwaige Effekte tatsächlich der stationären Versorgung zuordnen lassen. Dieses Problem ist insbesondere in Deutschland relevant, wo eine strikte Trennung der stationären und ambulanten Versorgung besteht.

Neben den oben erwähnten Kriterien ist der erfolgreiche Einsatz von Indikatoren in großem Maße auch von deren *Akzeptanz* und *Praktikabilität* abhängig. Erfahrungen haben gezeigt, dass Messungen der Ergebnisqualität nur dann mittelfristig erfolgreich eingesetzt werden, wenn eine aktive Integration in den Ablauf der Kliniken stattfindet. Entsprechend ergeben sich für ein erfolgreiches Messsystem der Ergebnisqualität im Krankenhaus folgende Anforderungen:

- *Evidenz-basierte und relevante Qualitätsindikatoren und -instrumente*: Die Qualitätsindikatoren und korrespondierenden Messinstrumente müssen dem gegenwärtigen wissenschaftlichen Stand entsprechen. Sie müssen sich direkt aus den Prozessen ableiten lassen und generell akzeptiert sein.
- *Integration in die klinische Versorgung*: Erfasste Indikatoren sind Bestandteil der Routedokumentation der Leistungserbringer und gehen direkt in den Behandlungsplan ein.
- *Schnittstellen zu bestehenden Systemen*: bereits bestehende Klinikinformationssysteme müssen soweit wie möglich über geeignete Hardware-/Software-Schnittstellen mit eingebunden werden.
- *Feedback*: Die Ergebnisse bzw. Qualitätsinformationen müssen in aggregierter und graphisch aufgearbeiteter Form allen Beteiligten zeitnah zur Verfügung gestellt werden. Unter der Wahrung datenschutzrechtlicher Aspekte sollen die Daten einen Vergleich auf der Ebene von Abteilungen, Institutionen, Regionen bzw. für spezifische Patientengruppen zulassen. Dies wird als ein wesentlicher

Schritt zur Qualitätsverbesserung (Leistungserbringer) und Complianceverbesserung (Patienten) angesehen (BLUMENTHAL 1995)

- **Anreize:** Akzeptanz und Beteiligung von Ärzten und Patienten müssen durch Anreize geschaffen werden. Punitiv Ansätze bei Nichtbeteiligung sind wenig erfolgversprechend. Anreizsysteme beziehen sich dabei nicht zwingend auf eine monetäre Kompensation der dokumentierenden Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten bzw. Patienten, sondern vielmehr in der Vermittlung eines „Mehrwertes“ für die tägliche Arbeit (Leistungsanbieter) bzw. in der Schaffung zusätzlicher, patienten-gerechter Kommunikationsebenen in der Arzt/Pflegekraft/Therapeut – Patienten Interaktion.
- **(Risiko-)Adjustierung:** Um eine vergleichbare Bewertung der Ergebnisqualität zu gewährleisten, muss eine Adjustierung auf der Strukturebene (z.B. Krankenhausdaten, Diagnosespektrum, Abteilungsgröße) sowie auf der Patientenebene („case-mix“) vorgenommen werden.

- **Patientenverläufe im Versorgungssystem:** Longitudinale Verlaufsbeobachtungen und -analysen, z.T. über verschiedene Versorgungsebenen hinweg (ambulant, stationär, Rehabilitation) sind für eine realistische Bewertung der Versorgungsqualität essentiell.

### Wie lässt sich Qualität im Krankenhaus erfassen ?

Die Erfassung von Qualität im Krankenhaus muss der Komplexität des Versorgungssystems Rechnung tragen und sollte sich nicht nur auf die eigentliche Episode der Hospitalisierung beschränken, sondern auch die Episode des Übergangs in die ambulante haus- bzw. fachärztliche Versorgung umfassen. Ein Erfassungsmodell und die entsprechenden Qualitätsbereiche sind in Tab. 3 dargestellt.

Die Qualitätsbeurteilung auf der medizinischen Ebene sollte sich zunächst auf Tracer-Diagnosen bzw. Tracer-Syndrome beschränken, die sich

Tabelle 3: Erfassung der Ergebnisqualität im Krankenhaus

	Krankenhaus		3 Wochen nach Entlassung
	Aufnahme	Entlassung	
Klinikarzt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• med. Indikatoren (Tracer-Diagnosen)</li> <li>• Globalbeurteilung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• med. Indikatoren (Tracer-Diagnosen)</li> <li>• Globalbeurteilung</li> <li>• relative Veränderung</li> </ul>	
Pflegekräfte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Globalbeurteilung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Globalbeurteilung</li> <li>• relative Veränderung</li> </ul>	
Patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>• allg. Gesundheitsstatus (z.B. SF-36)</li> <li>• krankheitsspez. Gesundheitsstatus</li> <li>• Globalbeurteilung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• allg. Gesundheitsstatus (z.B. SF-36)</li> <li>• krankheitsspez. Gesundheitsstatus</li> <li>• Globalbeurteilung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zufriedenheit mit dem Krankenhaus</li> </ul>
Hausarzt			<ul style="list-style-type: none"> <li>• med. Indikatoren (Tracer-Diagnosen)</li> <li>• Zufriedenheit mit dem Krankenhaus</li> </ul>

in expliziten Indikatoren abbilden lassen. Bei eindeutigen Diagnosen, z.B. akuter Herzinfarkt, Asthmaanfall, Schlaganfall) finden sich geeignete Indikatoren in der Literatur; sofern für die entsprechenden Diagnosen evidenz-basierte Leitlinien existieren, lassen sich hieraus häufig geeignete Indikatoren ableiten. Mediziner sollten auch eine Globalbeurteilung des Gesundheitszustands des Patienten vornehmen. Hierzu bietet sich z.B. eine numerische Ratingskala an, die von 0 (extrem schlechter Gesundheitszustand) bis 10 (exzellenter Gesundheitszustand) reichen sollte. Alternativ bietet sich auch die Verwendung einer Abwandlung der ersten Frage des SF-36 (WARE 1993, BULLINGER 1997) an („Wie würden Sie den Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“). Der Gesundheitszustand würde hier von schlecht über weniger gut, gut und sehr gut bis ausgezeichnet beantwortet. Obwohl die Frage eigentlich einem Patienten-Fragebogen entstammt, erlaubt dessen Verwendung durch Mediziner/Therapeuten einen direkten Vergleich mit den Angaben des Patienten. Am Entlassungstag (- 24 Std.) werden sowohl die medizinischen Indikatoren als auch die Globalbeurteilung noch einmal vorgenommen. Daneben sollte die relative Veränderung des Gesundheitszustandes kategorisch (deutlich verbessert, verbessert, unverändert, verschlechtert, deutlich verschlechtert) quantifiziert werden. Die Globalbeurteilung des Gesundheitszustandes sollte ebenso durch Pflegekräfte vorgenommen werden.

Qualitätsindikatoren seitens der Patienten betreffen vor allem Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zur Messung dieser Bereiche sollten international akzeptierte und in Deutschland validierte Instrumente zum Einsatz kommen.

Grundsätzlich lassen sich Instrumente zur Erfassung des allgemeinen sowie des speziellen bzw. krankheitsspezifischen Gesundheitszustandes unterscheiden.

Instrumente zur Beurteilung des *allgemeinen Gesundheitszustandes* erfassen multiple Aspekte von Gesundheit, einschließlich körperlicher Funktion, sozialer Funktion, seelischer Funktion und Schmerzen. Diese Instrumente eignen

sich vor allem für den Vergleich von Patienten mit unterschiedlichen chronischen Krankheiten oder für die Bewertung von konkurrierenden gesundheitlichen Interventionsmaßnahmen. Letzteres gewinnt zunehmend unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten an Bedeutung, z.B. wenn es darum geht, das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung zu definieren. Instrumente zur Erfassung des allgemeinen Gesundheitsstatus eignen sich auch zur Beurteilung von Patienten mit multiplen chronischen Erkrankungen, da diese Veränderungen von unterschiedlichen Organsystemen erfassen können. Dieses ist vor allem dann von Bedeutung, wenn eine Intervention Effekte und unerwünschte Wirkungen auf verschiedene Organsysteme hat. Geeignete Instrumente werden an anderer Stelle dieses Buches ausführlich beschrieben (z.B. Short Form 36, Nottingham Health Profile, EuroQoL).

Instrumente zur Erfassung des *krankheitsspezifischen Gesundheitsstatus* eignen sich vor allem zur Erfassung von klinisch relevanten Veränderungen als Konsequenz einer Behandlung (PATRICK 1989). Instrumente zur Erfassung der körperlichen Funktion oder des Gesundheitsstatus können Mortalität oder die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vorhersagen (MITCHELL 1986, NEVITT 1986).

Patienten sollten den Gesundheitszustand bei Aufnahme und Entlassung ausfüllen. Es ist aber darauf zu achten, dass der Zeitraum der abgefragt wird, nicht überlappt. So existieren für den SF-36 eine Standardversion, die die vorangegangenen 4 Wochen betreffen, sowie eine Akutversion, die sich auf die vorangegangenen 7 Tage bezieht.

Wie bereits weiter oben beschrieben sollten die Patienten auch die relative Veränderung ihres Gesundheitszustandes beurteilen.

Die Beurteilung der Zufriedenheit ist wesentlicher Bestandteil einer umfassenden Qualitätsbeurteilung der Versorgung durch den Patienten. Bei der Zufriedenheit handelt es sich um ein breit akzeptiertes Konzept, welches Patienten auch aus anderen Bereichen sehr gut kennen. Zufriedenheit hat für jede Bevölkerungsgruppe

Tabelle 4: Dimensionen von Patientenzufriedenheit

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanitäre Aspekte</li> <li>• Vorhandensein einer adäquaten Versorgung</li> <li>• Zugänglichkeit</li> <li>• Bequemlichkeit</li> <li>• Informationsvermittlung/Aufklärung</li> <li>• globale Qualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Struktur (Gebäude, Zimmer, etc.)</li> <li>• kontinuierliche Versorgung</li> <li>• Berücksichtigung der individuellen psychosozialen Situation</li> <li>• Ergebnisse</li> <li>• Bürokratie</li> <li>• Kosten</li> <li>• Kompetenz</li> </ul>
--	--

Gültigkeit und lässt sich in sehr einfachen Worten persönlich und allgemein verständlich kommunizieren. Es gibt einen direkten Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Compliance sowie mit der Einschätzung von gesundheitlichen Outcomes.

Das Konzept Patientenzufriedenheit ist multidimensional (Tab. 4)

Obwohl das Konzept der Patientenzufriedenheit einfach und intuitiv erscheint ist die Messung mit methodischen Herausforderungen behaftet. Neben der Notwendigkeit metrisch einwandfreie Fragen (valide, zuverlässig, sensitiv) zu verwenden, müssen die Auswahl von Patienten (Vollerhebung oder Stichprobe) sowie der Befragungszeitraum definiert werden. Die meisten Krankenhäuser befragen ihre Patienten am Entlassungstag bzw. kurz davor. Dieses unter praktischen Aspekten verständliche Vorgehen erlaubt jedoch keine Beurteilung des Entlassungsprozesses sowie den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung. Beide Bereiche sind seitens der Patienten häufig Grund von Kritik und sollten durch eine zeitversetzte Patientenbefragung (ca. 3 Wochen nach Entlassung) abgedeckt werden.

Zu diesem Zeitpunkt sollten auch die nachbehandelnden Haus- bzw. Fachärzte den Übergang von der stationären Versorgung beurteilen; dabei sind vor allem die folgenden Aspekte bedeutsam: Wurden ausreichende Informationen über notwendige, ambulant durchführbare diagnostische und therapeutische Maßnahmen zeitnah übermittelt? Werden die empfohlenen Medikamente/therapeutischen Maßnahmen durch am-

bulante Budgets gedeckt? Wurde der Patient ausreichend über sein Leiden und seine weitere Genesung aufgeklärt?

### Wohin entwickelt sich die Qualitätserfassung im Krankenhaus?

Es ist zu erwarten, dass der Kostendruck auf unser Gesundheitssystem in den nächsten Jahren weiter zunimmt. Hierfür sind insbesondere die Penetration von neuen, teuren Technologien sowie eine zunehmend alternde Bevölkerung verantwortlich. Krankenhäuser, bereits heute einer der Hauptkostenverursacher im Gesundheitswesen, werden dementsprechend noch effizienter arbeiten müssen und sich in naher Zukunft in Hinsicht auf die Qualität der Versorgung einem direkten Vergleich stellen müssen („Benchmarking“). In Anbetracht vermeintlicher Überkapazitäten birgt ein solcher Vergleich die Gefahr, dass Qualitätsaspekte Entscheidungen über die Schließung von Krankenhäusern mit beeinflussen werden.

Dieser Auslesemechanismus wirkt der Gefahr entgegen, dass durch Kosteneinsparungen im Bereich der Qualität Abstriche gemacht werden. Diese Selektion kann jedoch nur dann zu positiven Resultaten führen, wenn Qualität richtig gemessen wird und Qualitätsinformationen zunehmend den Kostenträgern und Patienten ungefiltert zur Verfügung stehen. Gerade für den Patienten haben dabei Aspekte der Ergebnisqualität einen besonderen Stellenwert.

, etc.)  
 tuellen psycho-

Wurde der Patient  
 n und seine weitere

ich die  
 im

ostendruck auf unser  
 chsten Jahren weiter  
 ondere die Penetrati-  
 onologien sowie eine  
 rung verantwortlich.  
 te einer der Haupt-  
 lheitswesen, werden  
 nter arbeiten müssen  
 in Hinsicht auf die  
 m direkten Vergleich  
 ing“). In Anbetracht  
 ten birgt ein solcher  
 qualitätsaspekte Ent-  
 ng von Krankenhäu-

s wirkt der Gefahr  
 eneinsparungen im  
 he gemacht werden.  
 nur dann zu positio-  
 nn Qualität richtig  
 rsinformationen zu-  
 n und Patienten un-  
 en. Gerade für den  
 te der Ergebnisqua-  
 enwert.

Für die Krankenhäuser besteht dementsprechend ein großes Interesse Qualität in Zukunft besonders zu untermauern und sich damit aktiv auf zukünftige Krankenhausvergleiche vorzubereiten. Die Rolle von Lebensqualität bei der Beurteilung der gesundheitlichen Versorgung ist dabei unbestritten, dieses gilt jedoch nur für eine sektorenübergreifende Qualitätserfassung. Das Krankenhaus wird die Messung von Lebensqualität integrieren müssen, insbesondere dann, wenn das Krankenhaus eine Behandlungsepisode einleitet. In den nächsten Jahren werden wir auch in Deutschland integrierte Versorgungssysteme sehen; sofern diese Systeme eine übergreifende Budgetverantwortung erhalten, tragen alle Beteiligten die Versorgung eines Patienten zu gleichen Teilen. Spätestens dann werden Aspekte der Lebensqualität und deren Erfassung zur Qualitätsbeurteilung routinemäßig im deutschen Gesundheitssystem Einzug halten.

#### Literatur

- BLUMENTHAL D, SCHECK AC (eds.): Improving clinical practice. Total quality management and the physician. Jossey-Bass, San Francisco (1995)
- BULLINGER M: German translation and psychometric testing of the SF-36 Health Survey: preliminary results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. Social Science & Medicine* 41 (1995) 1359-1366
- DONABEDIAN A: Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (1966) 166-206
- FRIES JF, SPITZ PW, KRAINES RG, HOLMAN HR: Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 23 (1980) 137-145
- MITCHELL DM, SPITZ PW, YOUNG DY, BLOCH DA, MCSHANE DJ, FRIES JF: Survival, prognosis, and causes of death in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism* 29 (1986) 706-714
- NEVITT MC, YELIN EH, HENKE CJ, EPSTEIN WV: Risk factors for hospitalization and surgery in patients with rheumatoid arthritis: implications for capitated medical payment. *Annals of Internal Medicine* 105 (1986) 421-428
- PATRICK DL, DEYO RA: Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care* 27 (1989) S217-S232
- SIEGEREST HE: *Medicine and Human Welfare*. Yale University Press, New Haven (1941)
- WARE JE, JR., SHERBOURNE CD: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 30 (1992) 473-83
- WHO: World Health Organization Constitution. World Health Organization, Geneva (1947)