

Verbändestaat - spätes Ende?

Reform des Gesundheitswesens durch Öffnung des Kollektivvertragsrechts	10
<i>Karl-Heinz Schönbach</i>	
Hast du es doch besser, Amerika?	18
– Sicherheit der Medizin und Patientenperspektive im Blickfeld von Wissenschaft und Politik –	
<i>Norbert Schmacke</i>	
Die externe vergleichende Qualitätssicherung der stationären Versorgung unter DRG-Bedingungen	24
<i>Georg Buschner, Michael Held</i>	
Wettbewerb und Patientenrechte in der stationären Versorgung unter DRGs:	32
– Handlungsmöglichkeiten für die Krankenkassen –	
<i>Ernst-Otto Hoffmann</i>	
Wahltarife für die GKV	39
– Die solidarische Kalkulation von Anreiz- und Bonussystemen für die integrierte Versorgung –	
<i>Ekhard Popp</i>	
Neue Spielregeln für eine reformierte Bundesanstalt für Arbeit	48
<i>Frank Frick</i>	
10 Thesen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung	55
<i>Regina Schmidt-Zadel, Harry Fuchs</i>	

TRENDS & FACTS	6
NEUES AUS ARBEITS- UND SOZIALRECHT	60
LITERATUR	64
IMPRESSUM	66

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt der wdv GmbH & Co. OHG bei.
Wir bitten freundlichst um Beachtung.

Hast du es doch besser, Amerika?

Sicherheit der Medizin und Patientenperspektive im Blickfeld von Wissenschaft und Politik

Dass man gesundheitspolitische Debatten und Entwicklungen aus anderen Ländern nicht importieren kann, ist Bestandteil jeder verantwortungsbewussten Äußerung innerhalb von Gesundheitssystemvergleichen. So richtig dies ist, so wichtig bleibt gleichwohl der Blick über den Tellerrand, um einen Eindruck dafür zu bekommen, wo in den eigenen Ländern die Verlautbarungen zu Gesundheitsreformen eher dem Leiern tibetischer Gebetsmühlen gleichen als dem Versuch der Beseitigung von Reformblockaden. Die Themen Patientenzufriedenheit und Sicherheit der Versorgung gehören in diese Rubrik: der Blick in die USA kann helfen, ein besseres Gespür für das Schnecken tempo zu gewinnen, in dem in Deutschland diese extrem wichtigen Themen hin- und hergewälzt werden.

■ Norbert Schmacke

Die Begriffe Patientenzufriedenheit und Qualitätssicherung werden auch in Deutschland seit vielen Jahren wie Monstranzen durch die Arena der Reform des Gesundheitswesens getragen. Wenn man sich fragt, welche relevanten Informationen die Öffentlichkeit über beide Bereiche erhalten kann, dann kommt man zu der nüchternen Bilanz: im Grunde ist die Diskussion nach wie vor eine Insider-Debatte und die Öffentlichkeit wird jenseits von flüchtigen Focus-Rankings (Marke: Wer ist der beste Chefarzt?) nicht mit guten Daten versorgt. Aber vielleicht könnten es gerade Journalisten sein, welche Bewegung in das mühsam austarierte korporatistische System deutscher Gesundheitsversorgung bringen anstatt darauf zu bauen, dass in dem abgeschotteten System selber zündende Ideen generiert werden.

So war es in den USA der Bericht des Medizinjournalisten David Zinman in der Newsday-Ausgabe vom 16. Juni 1973, der eine Diskussion darüber entfachte, warum Patienten in der Regel nichts über bedeutsame Mängel in der stationären Versorgung erfahren¹. Zinman hatte recherchiert, dass die Sterberaten nach Bypass-Operationen am Herzen bei Krankenhäusern in New York um den Faktor 9 schwanken. Und er erreichte, dass 1991 die ersten arztbezogenen Zahlen über Komplikationen bei diesen Operationen öffentlich bekannt gegeben werden konnten². Heute ist es im Staat New York normal, dass das dortige State Department of Health auf seiner Homepage die aktuellen Daten zur risikoadjustierten Mortalität dieser Herzoperationen bereit stellt. Und wenn dort fest

gestellt wird, dass die postoperative Sterberate seit den ersten Erhebungen in 1989 um 36 Prozent zurückgegangen sind, dann wird dies mit Stolz ganz maßgeblich auf die öffentliche Debatte der unterschiedlichen Operationsergebnisse zwischen den Krankenhäusern zurückgeführt³.

Susan Rosenfeld, Präsidentin von Health Care Choices, einer gemeinnützigen Verbraucherschutzorganisation in New York City, formuliert das Problem wie folgt: „Natürlich gibt es schlechte Ärzte und schlechte Krankenhäuser. Und es gibt Krankenhäuser und Ärzte, die mehr oder weniger Erfahrungen bei bestimmten Verfahren haben, und wir müssen dies wissen. Erst wenn wir die Resultate ihrer Behandlung kennen, sind wir in der Lage, ein System zu entwerfen, das diese Probleme in den Griff bekommt“⁴. Auf den stimulierenden Effekt der Erhebung und Publizierung von Outcome-Daten für den Prozess des internen Qualitätsmanagements hat nicht zuletzt ein 1995 gegründeter und hochkarätig besetzter nationaler runder Tisch des Institutes of Medicine hingewiesen⁵.

Dass die Behandlungsqualität zwischen den Anbietern erheblich differiert, erstaunt Insider im Grunde nicht. Aber es macht einen erheblichen Unterschied, ob dies Insider-Wissen bleibt oder ob dies in einem Gesundheitssystem offen verhandelt wird – nicht mit dem Ziel des Bloßstellens sondern mit dem Ziel der Schaffung von Anreizen für das interne Qualitätsmanagement. Meilensteine derartiger Bemühungen liegen in den USA mit den beiden Berichten des Institutes of Medicine (IOM) *To Err is Human* und *Crossing the Quality Chasm* vor⁶. Die Tatsache, dass es in erheblichem Umfang vermeidbare Fehler in der Medizin gibt, wird spätestens seit diesen Publikationen

Prof. Dr. Norbert Schmacke, Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband

nicht mehr streitig gestellt, es zählt nur noch die Frage, was getan werden kann, um Qualitätssicherung wirklich in Bewegung zu setzen.

Das IOM setzt Maßstäbe

To Err is Human löste in den USA eine heftige Debatte darüber aus, ob hier wirklich in fairer Weise gut definiert über vermeidbare Fehler in der Medizin gesprochen worden ist oder ob ein unnötig schlechtes Bild gemalt wurde. Immerhin kam die Autorengruppe zu der Überzeugung, dass in den USA jährlich zwischen 44 000 und 98 000 Menschen durch Behandlungsfehler ums Leben kommen, allein 7 000 durch Fehler in der Anwendung von Medikamenten: mehr als Todesfälle durch Arbeitsunfälle.

Die Forderung des IOM nach einer Meldepflicht für Behandlungsfehler wird kontrovers diskutiert; die Ärzteschaft fürchtet trotz gegenteiliger Zusagen der Politik die Gefahr der Vermengung mit Kunstfehlerklagen. Eine aktuelle Meinungsforschung zu den Auswirkungen des IOM-Berichts wurde jüngst im *Archives of Internal Medicine* veröffentlicht. Dabei ist besonders interessant, dass fast alle der befragten Ärzte sich für ein besseres Training im Umgang mit der Behandlungsfehlerproblematik aussprachen. Und immerhin 70 Prozent der Ärzte stimmten der These zu, dass die Reduzierung von Behandlungsfehlern ein vorrangiges nationales Gesundheitsziel werden müsse⁷.

Das Committee on Quality of Health Care in America des IOM wies anlässlich der Präsentation von *To Err is Human* unter anderem darauf hin, dass es für die meisten Beschäftigten im Gesundheitswesen nach Erlangung der Praxislizenz keinerlei Bewertung ihrer klinischen Leistungsfähigkeit mehr gebe. „Behörden, die Berufslizenzen und Zertifizierungen verleihen, sollten in Abständen Überprüfungen von Ärzten, Pflegekräften und anderen Schlüsselpersonen der Versorgung verpflichtend machen, die medizinische Kompetenzen und das Wissen um Sicherheitsmaßnahmen umfassen“⁸. Nachdem sich in Deutschland der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in ähnlicher Form geäußert hatte, entstand große Aufregung, anstatt sich mit dieser ganz offenkundig international bedeutenden Thematik angemessen auseinander zu setzen.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization steuert auf Ergebnisqualität um

In der Wochenschrift der amerikanischen Ärztevereingung wird 1998 von Harvard-Forschern besorgt festgestellt, dass nur 12 Prozent der herzoperierten Patienten die Daten zur OP-Sterblichkeit kannten und nur 1 % die konkrete Positionierung ihres Operationsteams im Ranking⁹. Und im Wechsel von guten und schlechten Nachrichten ist aber auch zu verzeichnen, dass der Trend zum

Einsatz bedeutsamer Daten offenbar unaufhaltsam fortschreitet. So ist große Nachdenklichkeit bezüglich des bisherigen Akkreditierungsverfahrens für Krankenhäuser eingeleitet, nachdem eine Arbeitsgruppe der Michigan School of Public Health nachgewiesen hat, dass die von der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) verwendeten Strukturdaten im Grunde wenig über die zu erwartende Behandlungsqualität aussagen; zwischen den 100 besten akkreditierten Krankenhäusern ließen sich Unterschiede in der risikoadjustierten Sterblichkeit und bei Komplikationen von bis zu 100 Prozent nachweisen. Der Leiter der AG, John R. Griffith kommentierte: „Die Differenzen zwischen den besten und den schlechtesten Krankenhäusern sind zu groß, um sie vernachlässigen zu können. Die meisten Krankenhäuser unternehmen riesige Anstrengungen, um die Akkreditierung zu erlangen. Wenn sie diese Energien intelligenter einsetzen würden, wären wir alle zufriedener“.

Die Forscher aus Michigan halten es für unabdingbar, direkte Ergebnisparameter wie Todesfälle und unerwartete Komplikationen zu verwenden, zudem meinen sie den Nachweis führen zu können, dass die ökonomische Stärke von Krankenhäusern und die Fähigkeit, die Evidenzbasierung der Behandlungsverfahren engmaschig verfolgen zu können, maßgeblichen Einfluss auf die Behandlungsqualität nimmt¹⁰. Mit dieser Forschung ist damit definitiv eine grundlegende Problematik auf die Tagesordnung gekommen: Qualitätssicherung muss sich selber fragen lassen, wie effektiv und wie effizient sie ist. Nur wenn neuhochdeutsch der „Impact“ von Qualitätssicherungssystemen nachvollziehbar ist, sind auch die getätigten Investitionen im Grunde zu vertreten. JCAHO hat Besserung versprochen und will nun relevante Qualitätsparameter aufnehmen: offenbar nur unter dem externen Druck, und leider frühestens 2004 mit ersten verwertbaren Ergebnissen.

Verbraucherschutz wird zur Leitidee

Die Herzchirurgie ist nicht das einzige Feld geblieben, auf dem risikoadjustierte Qualitätsdaten in den USA entwickelt worden sind. Weitere Beispiele:

- In Pennsylvania schwanken die Wiedereinweisungsrate für Schlaganfallpatienten zwischen 0 und 33 Prozent¹¹.
- Nach einer Studie des Daten-Providers Solucient hatten Patienten mit einer akuten Herzattacke in 989 Krankenhäusern ein Sterblichkeitsrisiko zwischen 12,9 Prozent und 25,6 Prozent¹².

Auf der Internet-Seite der New Yorker Verbraucherschutz-Organisation Health Care Choices finden sich in einer umfangreichen Präsentation des Leistungsspektrums von Krankenhäusern inzwischen auch konkrete Zahlen zur Häufigkeit von Brustkrebs-Operationen einzelner Ärzte und einzelner Krankenhäuser: ein Novum in der Informationspolitik im Gesundheitswesen¹³.

Die vermutlich wichtigste Organisation, welche die Qualitätsdebatte für den Krankenhausbereich in den USA voran getrieben hat, ist die Leapfrog Group, von der knapp 100 Arbeitgeber und mehr als 28 Millionen Beschäftigte repräsentiert werden. Leapfrog hat für Krankenhäuser drei Kernforderungen aufgestellt, um die infolge vermeidbarer Behandlungsfehler auftretenden Todesfälle tatsächlich zurückdrängen zu können:

1. Elektronische Erfassung von Medikamenten samt Dosierung zur Vermeidung von Überdosierungen und gefährlichen Nebenwirkungen
2. Beschäftigung von Intensivmedizinern zur Verbesserung der Versorgung von gefährdeten Patienten
3. Die Einweisung von Patienten mit chirurgischen Wahl-Eingriffen in Krankenhäuser, die große Fallzahlen für die jeweilige Operation nachweisen können.

Seit Ende 2001 sind die Krankenhäuser, die diesen Anforderungen entsprechen, für die entsprechenden Versicherungen auf einer Internet-Seite abrufbar¹⁴, und Leapfrog bemüht sich, mit der JCAHO für die Zukunft eine Partnerschaft einzugehen. Dies ist insofern bemerkenswert, als JCAHO in den USA die älteste Organisation ist, die sich mit Qualitätssicherung im Gesundheitswesen beschäftigt: sie wurde immerhin schon 1951 gegründet. Und doch lautet die nüchterne Bilanz: bis dato hat eine Akkreditierungseinrichtung, die 18.000 Krankenhäuser betreut hat, praktisch keine Vergleichsdaten zur Qualität in der stationären Versorgung gewonnen. Aber die Überzeugungskraft der „Aktivisten“ ist offenbar so groß, dass das Eis jetzt gebrochen ist: die Themen „Mengen und Qualität“ in der Chirurgie und „Risikoadjustierte Vergleiche von Behandlungsergebnissen“ sind Bestandteil einer neuen Qualitäts-Kultur in den USA geworden.

Einzelne Krankenhäuser haben begonnen, aggregierte Ergebnisdaten der allgemeinen Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Zu nennen sind die Lahey Clinic in Massachusetts und die Michigan Health and Hospital Association. Man mag über die Kernmotivation, nämlich im Wettbewerb vorn zu liegen, unterschiedlich denken: aber warum Patienten bis heute besonders wichtige Informationen über Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern und Behandlungsergebnisse vorenthalten werden, bedarf bei näherer Betrachtung doch einer genauen Begründung. Und hier wird man unterscheiden müssen zwischen ernst zu nehmenden fachlichen Argumenten in Sachen Aussagekraft von Daten und kausaler Zusammenhänge zwischen Leistungsspektrum und Outcome einerseits und offenkundig vorgeschobenen Argumenten andererseits.

Ergebnisqualität: Plausibilität und/oder Kausalität?

John Birkmeyer, Erstautor einer der größten Studien zum Zusammenhang von chirurgischer Erfahrung und Behandlungserfolgen¹⁵, ist überzeugt davon, dass für wichtige Operationen die Patientensicherheit in Krankenhäusern mit ausreichend hoher Fallzahl eindeutig besser ist, so dass alle aus wissenschaftlicher Sicht vorge-

tragenen methodischen Bedenken gegen die Studie aus Patientensicht kaum noch nachvollziehbar seien. Es steht außer Frage, dass auch Krankenhäuser, die Eingriffe unterhalb einer erwünschten Fallzahl durchführen, gute Ergebnisse erzielen können und umgekehrt. Birkmeyer weist aber darauf hin, dass die aus aggregierten Daten gewonnene Festlegung von Mindestmengen eine unverzichtbare Ergänzung zum unmittelbaren Vergleich der risikoadjustierten Behandlungsergebnisse zwischen einzelnen Krankenhäusern ist, da nur so Qualitätsverbesserungen auch bei Operationen mit relativ geringem Aufkommen aber großem Sterberisiko zu erzielen sind. Und Birkmeyer schlussfolgert, man dürfe heute den Patienten nicht länger entsprechende plausible Informationen vorenthalten, dass nämlich ihre durchschnittliche Überlebenschance stark davon abhängt, wie häufig der Eingriff in dem von ihnen gewählten Krankenhaus durchgeführt wird. Es ist an der Zeit, die wirklich zielführenden Daten zum Outcome von Behandlung als Bestandteil der Routinedokumentation zu begreifen und nicht in den Bereich einer Endlosepidemiologie zu verbannen.

Von der Skepsis gegenüber Ansätzen, die in der alten Tradition der Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations bei Struktur- und Prozessqualitätsdaten stehen bleiben, ist der Ansatz des „Qualitätsmodell Krankenhaus“ (QMK) getragen, der von vornherein auf die Gewinnung wichtiger Parameter der Ergebnisqualität abzielt und dabei – echtes Neuland – häufige internistische Erkrankungen in den Mittelpunkt stellt: so die koronare Herzkrankheit, die obstruktiven Lungenerkrankungen, den Schlaganfall, den Diabetes mellitus und Ulcera des Magens und Dünndarms¹⁶. Vor dem Hintergrund der skizzierten Entwicklung in den USA und der erfolgreichen Erprobung des QMK-Modells stellt sich die Frage, wie der ökonomisch privilegierte Ansatz des Bundeskuratoriums für Qualitätssicherung (BQS)¹⁷ in der neuen DRG-Welt Erfolg versprechend weiterentwickelt werden kann, wie konkret gesagt aus den dort präsentierten Hunderten von Items in vertretbarem Zeitrahmen relevante und praxistaugliche Qualitätsindikatoren geformt werden sollen.

Qualitätsindikatoren im ambulanten Sektor

Qualitätsindikatoren spielen auch im ambulanten Bereich eine wachsende Rolle und sind nach Meinung vieler Experten ein echter internationaler Mega-Trend in der Geschichte der Qualitätssicherung. In den USA haben viele Health Maintenance Organizations (HMOs) schon lange begonnen, Struktur-, Prozess- und Ergebnisparameter ihrer Ärzte auszuwerten und (in aller Regel primär) den Ärzten mit Benchmarking-Profilen zurückzuspiegeln. Ein Beispiel dieser Art liefert PacificCare of California, die in ihren Quality Index mehr als 40 Parameter zu Qualität und Patientenzufriedenheit aufgenommen haben.

Die Amerikanische Diabetesgesellschaft unterhält ein Provider Recognition Program, das Ärzte auffordert, ihre

Patienten regelmäßig über 11 Messgrößen zu informieren. Der Vergleich zu den kommenden Disease Management Programmen in Deutschland liegt auf der Hand: Ärzte wie Patienten können erstmals systematisch über Outcome-relevante Indikatoren im Zeitverlauf informiert werden, ein Effekt, der in der hitzigen Debatte um die Datenhoheit sträflich klein geredet worden ist.

Auch Arztnetze der so genannten zweiten Generation werden, so ist unschwer zu prognostizieren, die US-amerikanischen Erfahrungen mit der Erhebung wie dem internen und externen Kommunizieren von klinisch bedeutsamen Qualitätsindikatoren zunehmend verwenden. Hier liegt der innere Zusammenhang zwischen der Sicherheitsphilosophie und der Erhebung von ereignisorientierter Patientenzufriedenheit auf der Hand; die Zukunft wird zeigen, dass die Arzt-Patient-Beziehung von dieser neuen Kultur nur profitieren kann. Interessanterweise ist auch HEDIS dabei, einen Wandel hin zu der Qualitätssicherung für chronische Krankheiten zu vollziehen, anstatt pauschale, die Patienten wenig interessierende Aussagen über die Güte von HMOs zu treffen. Hierbei spielen die *Consumer Assessment of Health Plans* (CAHPS) eine Katalysatorenfunktion.

Die Centers für Medicare und Medicaid Services haben CAHPS als Instrument übernommen, um die Leistungen der von ihnen unterstützten HMOs zu bewerten. Der Aufbau eines nationalen Registers (The National CAHPS Benchmarking Database¹⁸) ist in vollem Gange. Die Datenbank publiziert inzwischen nationale und regionale Benchmarks in ihren Jahresberichten. CAHPS hat in gleicher Weise begonnen, für den stationären Bereich nach einer ersten Erprobungsphase nationale Standards zur Erhebung von Patientenerfahrungen in der Versorgung zu entwickeln (s. u.).

Ereignisorientierte Patientenbefragungen

Wachsender Konsens entsteht in den USA somit inzwischen auch in Fragen der Bedeutung von Patientenbefragungen für die Optimierung der Qualität. Patientensicherheit und Erhebung der Erfahrungen von Patienten werden dabei als eng miteinander zu verbindende Themen begriffen. Thomas Ruprecht hat in dieser Zeitschrift jüngst die Voraussetzungen für verwertbare Patientenbefragungen dargelegt¹⁹: es dürfen ganz schlicht nur Fragebögen zum Einsatz kommen, die mit evidenzbasierten Methoden entwickelt worden sind. Die größte derartige Befragung in den USA wurde 2001 vorgelegt: The California Consumer Assessment Survey 2001²⁰. Zwei Non Profit Organisationen, die California Health Care Foundation und das California Institute for Health Systems Performance, konnten 113 Krankenhäuser dafür gewinnen, Namen und Anschrift von 21.000 Patienten zur Verfügung zu stellen, um diese mit dem Instrumentarium des Picker-Instituts befragen zu können. Bislang beteiligten sich damit nur ca. 30 Prozent aller Krankenhäuser. Noch überwiegen die Ängste und Bedenken. Aber der Druck

einflussreicher Patientengruppen und Journalisten wächst; Zeitungen wie die Los Angeles Times veröffentlichten Kommentare und forderten die Krankenhäuser auf, sich an diesen Ranking-Ansätzen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit zu beteiligen.

Bewegung in die Debatte kam vor allem durch die Empfehlung des Institute of Medicine in ihrer Veröffentlichung *Crossing the Quality Chasm*, die Entwicklung einer patientenzentrierten Versorgung in die sechs vorrangigen Ziele zur Verbesserung des Gesundheitswesens aufzunehmen. Folgende Dimensionen für Patientenzentrierung wurden unter der Ägide der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) als so genannte CAHPS II – Initiative – fußend auf den Erfahrungen des Picker Instituts – für eine nationale Strategie als zukunftsweisend vorgeschlagen²¹:

1. Respektierung der Werte der Patienten, ihrer Präferenzen und geäußerten Bedürfnisse
2. Koordinierung und Integration der Versorgungsbereiche
3. Information, Kommunikation und Erziehung
4. Körperliches Wohlbefinden (vor allem adäquate Behandlung von Schmerzen)
5. Emotionale Unterstützung – professionelles Eingehen auf Sorgen und Ängste
6. Einbeziehung von Familienangehörigen und Freunden
7. Kontinuität der Betreuung, insbesondere bei Übergängen zwischen den Sektoren
8. Zugang zum Versorgungssystem

Im August 2001 wurde dann der erste umfangreiche Bericht des Projektes *Patients' Evaluation of Hospital Performance in California* der Öffentlichkeit vorgestellt, der diese Dimensionen berücksichtigt. Er basiert auf Daten von über 20 000 Patienten in Akutkrankenhäusern. Die Ergebnisse wurden in verschiedenen Aufbereitungen publiziert: als Bericht für (potenzielle) Patienten, als umfangreicher Bericht für die teilnehmenden Krankenhäuser, als Executive Summary und als Bericht an die Politik. Die Auswertung zeigt u.a., dass bei der Frage der Kontinuität der Betreuung die größten Mängel aufscheinen²², dass insgesamt aber Patienten überhaupt nicht dazu neigen, gewissermaßen alle Leistungen der stationären Versorgung leichtfertig zu kritisieren. Die beteiligten Krankenhäuser haben fast komplett die Absicht, das Instrument weiter zu verwenden, über 100.000 Berichte wurden auf Anforderung versandt. Medien und interessierte Öffentlichkeit äußern sich im Übrigen eindeutig in dem Sinn, dass beteiligte Krankenhäuser gelobt werden und abseits stehende Häuser aufgefordert werden, ihre Zurückhaltung aufzugeben²³.

Lernen heißt Nachdenklichkeit erzeugen

Nach diesem kursorischen Bericht über Entwicklungen in den USA stellt sich natürlich die Frage der Relevanz für die hiesige Debatte um die Optimierung von Qualität und Patientensicherheit. Ob es Amerika wirklich besser hat, genauer: ob die Patienten dort im Vergleich zu Deutschland inzwischen bessere Chancen haben, eine si-

chere und evidenzbasierte Versorgung zu erhalten, und ob ihre eigenen Erfahrungen mit der Versorgung ernster genommen, weil sie systematisch erfasst und ausgewertet werden, das könnte Anlass zu endlosen Debatten sein. Diese Frage kann dieser Artikel nicht beantworten, er will auch gar nicht den Anspruch erheben.

Die in diesem Beitrag zitierten Protagonisten der Qualitätssicherung in den USA weisen immerhin nicht zuletzt darauf hin, dass das Einkommensgefälle in den USA und die ungelöste Frage der allgemeinen Krankenversicherung nach wie vor die größten Handicaps für eine faire und sichere medizinische Versorgung darstellen. Wenn man sich aber auf die etwa seit Mitte der 90er Jahre entwickelten Instrumente zur Qualitätssicherung einschließlich der methodisch hochwertigen Erfassung von Patientenzufriedenheit in den USA einlässt, wenn man das Ringen um klinisch relevante nationale Standards zur Kenntnis nimmt, und wenn man sieht, wie hoch diese Themen inzwischen in der nationalen Gesundheitspolitik bewertet werden, dann kann man angesichts der hiesigen immer noch schütterten Ansätze von Qualitätssicherung, Transparenz und Patientenbeteiligung wohl doch nur zu der Forderung kommen, besser hinzusehen, wie jenseits des Atlantik durch die Arbeit an den Fragen der Sicherheit der Versorgung und der Nutzung der Patientenperspektive eine neue Kultur im Umgang mit dem wahrhaft teuersten Gut der Menschen eingeleitet worden ist.

Fußnoten

- 1 Zinman D. Hospitals Deficiencies: The Patient Rarely Knows. Newsday. June 16, 1973
- 2 Zinman D. Heart Surgeons Rated; State reveals patient-mortality records. Newsday. December 18, 1991
- 3 http://www.health.state.ny.us/nysdoh/commish/2002/cardiac_surgery_release_11-07-2002.ht
- 4 <http://www.usatoday.com/life/health/errors/data.htm> (Übersetzung durch den Autor)
- 5 Chassin M, Galvin R et al. Statement on Quality of Care. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. <http://www.nas.edu>
- 6 To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine 1999 (<http://www4.nas.edu/news.nsf/isbn/0309072808?OpenDocument>). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for The 21st Century. Institute of Medicine 2001. (<http://www4.nas.edu/news.nsf/isbn/0309068371?OpenDocument>). Die Einschätzung auf der Internetseite der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung, dass völlig unklar sei, ob die Analysen des Institutes of Medicine auf das deutsche Gesundheitswesen übertragbar seien, ist ohne Frage formal korrekt. Der angefügte Hinweis, es handele sich bei dem Thema „Fehler in der Medizin“ vermutlich um ein globales Problem, fällt vergleichsweise zurückhaltend aus.
- 7 Robinson AR et al. Physician and public opinions on quality of health care and the problem of medical errors. Archives of Internal Medicine 2002; 169: 2186-90
- 8 Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine: Preventing Death and Injury From Medical Errors Requires Dramatic, System-Wide Changes. November 29, 1999. <http://www4.nas.edu/news.nsf/isbn/0309068371?OpenDocument>
- 9 Schneider EC, Epstein AM. Use of Public Performance Reports: A Survey of Patients Undergoing Cardiac Surgery. JAMA. May 27, 1998
- 10 Griffith JR, Knutzen SR, Alexander JA. Structural versus outcomes measures in hospitals: a comparison of Joint Commission and Medicare outcomes scores in hospitals. Qual Manag Health Care 2002 Winter; 10 (2): 29-38; Griffith JR, Alexander JA, Jelinek RC. Measuring comparative hospital performance. J Healthc Manag 2002 Jan-Feb; 47 (1): 41-57
- 11 Patient Readmissions Vary Widely Among Hospitals. Pennsylvania Health Care Cost Containment Council 2001. <http://www.phc4.org>
- 12 Bericht der Association of Health Care Journalists 2002, über Solucient's Ansatz der TOP 100 Hospitals s. <http://www.100tophospitals.com/reports/misc/cardioDemo.doc>
- 13 <http://www.healthcarechoices.org/breastsurdrny/breastsurdrny.htm>
- 14 <http://www.healthgrades.com>. Die höchst informative Systematik der Veröffentlichung ist auf der Seite erläutert, konkrete Daten erhalten die berechtigten Versicherten.
- 15 Birkmeyer John D et al. Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States. N Engl J Med 346; April 11, 2002: 1128-1137
- 16 Schneeweis, S. Ergebnismessung im Krankenhaus: Das Qualitätsmodell Krankenhaus (QMK). GGW 4/2002: 7-15. Das QMK-Projekt wurde unter 78 Einsendungen mit dem Medvantis Forschungspreis 2002 ausgezeichnet. www.qmk-online.de
- 17 Das Bundeskuratorium für Qualitätssicherung ist nach § 137 SGB V das zentrale Beratungs- und Beschlussgremium für den externen Qualitätsvergleich in den deutschen Krankenhäusern. Zum Stand der Ergebnisse s. den 101-seitigen Geschäftsbericht der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GGBH aus dem Jahr 2002 (www.bqs-online.de, ISBN 3-00-009985-9)
- 18 <http://www.ncbd.caahps.org>
- 19 Thomas M. Ruprecht. Experten fragen, Patienten antworten – Versorgungsqualität aus Sicht der Betroffenen. Arbeit und Sozialpolitik 3-4/2002: 36-44
- 20 <http://quality.chcf.org> July 2001
- 21 Measuring Patient's Hospital Care Experiences: Development of National Standards. June 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. www.ahrq.gov/qual/hspcahps.htm. Freie Übersetzung durch den Autor.
- 22 Ein identischer Befund wurde mit dem Instrument in Massachusetts erhoben (www.mhqp.org/statewidesurvey.html)
- 23 <http://www.patientexperiencestandar.org/press/meetingsummary.asp>