

# 5 Outcomemessung

Christine Kuch

Grundsätzlich ist mit dem Begriff Outcome im medizinischen Sprachgebrauch das Ergebnis einer Behandlung gemeint, das man durch die Definition relevanter Ziele und entsprechender Indikatoren bewerten kann. Der Begriff Outcome bezeichnet somit die Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung.

Eine eigene Auswertung von Übungsaufgaben in QM-Lehrgängen zur Definition guter Qualität (Kuch 2007) zeigt, dass die meisten Teilnehmenden auf die Frage, was gute Qualität in der Medizin bedeutet, am häufigsten Kriterien der Prozessqualität (z. B. gute Kommunikation zwischen unserem MVZ und Krankenhaus) nennen, an zweiter Stelle Ergebnisqualitätskriterien (z. B. hohe Patientenzufriedenheit) und an dritter Stelle, eher selten, Strukturqualitätsindikatoren (fachlich kompetentes Personal).

Fragt man dagegen nach Qualitätsproblemen, so werden Probleme, die die Strukturqualität betreffen, an erster Stelle genannt (z. B. zu wenig Personal bzw. Schwierigkeiten, gutes Personal zu finden), dann folgen Prozessqualitätsprobleme (z. B. lange Wartezeiten, schlechte Erreichbarkeit der Krankenhausärzte). Probleme in Bezug auf die Ergebnisqualität werden nur selten genannt, und wenn, dann beziehen sie sich auf die Unzufriedenheit der Mitarbeiter oder auf ein als zu gering bewertetes Einkommen.

Kurzgefasst spielt die Ergebnisqualität bei der Definition guter Qualität zwar eine große Rolle, bei der (spontanen) Nennung von Qualitätsproblemen scheint jedoch die auf das Behandlungsergebnis bezogene Ergebnisqualität unbedeutend.

Dieses Ergebnis könnte so interpretiert werden, dass relevante Probleme in Bezug auf die Ergebnisqualität nur selten auftreten, zumindest aus Sicht der hier befragten „Health Professionals“. Dafür spricht, dass die medizinische

Versorgung in Deutschland insgesamt häufig „gute Noten“ bekommt: 59 % der in einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach und der Bundesärztekammer befragten 1773 Bundesbürger bewerteten die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems als „gut“ oder „sehr gut“ und sogar 80 % der befragten 517 Ärzte bewerten die aktuelle Gesundheitsversorgung in Deutschland als „gut“ oder „sehr gut“ (MLP Gesundheitsreport 2008), auch 2750 Studierende der Medizin geben in einer Online-Umfrage der eigenen ärztlichen Versorgung gute Schulnoten (2,4) (Osenberg 2008).

Eine andere Möglichkeit der Interpretation der Ergebnisse ist die, dass man über entsprechend relevante Probleme in Bezug auf die Ergebnisqualität in einem Seminar ungern spricht, sie aber ungeachtet dessen bestehen. Dafür spricht, dass in der gleichen Allensbacher Umfrage die Befragten zu rund 60 % angaben, die Qualität der Gesundheitsversorgung habe sich verschlechtert. Bestehende Qualitätsprobleme werden auch bei einer internationalen Studie aufgezeigt, in der aus Deutschland 867 Patienten mit zumindest einer der folgenden chronischen Erkrankungen teilnahmen: Bluthochdruck, Herzerkrankung, Diabetes, Arthritis, Lungenerkrankungen, Depression oder Krebs (Schoen et al. 2008). Demnach meinen 51 % der befragten deutschen Patienten, dass grundlegende Veränderungen im Gesundheitssystem notwendig sind, 26 % sind sogar der Meinung, dass das Gesundheitssystem grundlegend neu aufgebaut werden müsste und nur 21 % geben an, dass nur kleinere Änderungen notwendig seien. Einzig die befragten US-Amerikaner bewerteten ihr Gesundheitssystem (geringfügig) schlechter. Die Befragten aus Großbritannien, Frankreich, den Niederlanden, Australien, Kanada und Neuseeland bewerteten ihr Gesundheitssystem in Bezug auf diese Fragestellung besser.

Schließlich besteht eine dritte Möglichkeit der Interpretation seltener Berichte von Problemen in Bezug auf die als wichtig bewertete Ergebnisqualität: Die Relevanz der Ergebnisqualität ist zwar theoretisch klar, aber in der täglichen Praxis sind die Schwierigkeiten, die sich aus Struktur- oder Prozessproblemen ergeben, spürbarer als Probleme in der Ergebnisqualität. Man erfährt im Alltag der ambulanten Medizin zu wenig systematisch und valide über das, was „hinten herauskommt“. Demgegenüber gibt es im stationären Bereich bereits eine Reihe entsprechender Programme, wie z. B. die BQS oder das Programm der Helios-Kliniken (s. Links).

Das Anliegen dieses kurzen Kapitels ist es, Lust darauf zu machen, sich im Alltag stärker mit der Ergebnisqualität auseinanderzusetzen, und diese stärker in den Fokus zu rücken. Denn, wie Donebedian schon 1966 formulierte

*„... Ergebnisse bleiben im Großen und Ganzen die ultimative Beurteilungsebene für die Wirksamkeit und Qualität der medizinischen Versorgung ...“ Es lohnt sich, da genauer hinzuschauen, denn Indikatoren wirken wahrnehmungsstrukturierend und verhaltensregulierend (vgl. Watzlawick 1999; von Foerster et al. 2006).*

Was bedeutet das? Wenn ich definiere, dass ein relevanter Ergebnisindikator beispielsweise bei der Depressionsbehandlung das krankheitsbezogene Wissen



des Patienten ist, dann werde ich stärker darauf achten, auf welchem Kenntnisstand dieser in Bezug auf seine Erkrankung steht und ich werde eher Interventionen zur Verbesserung dieser Kenntnis umsetzen. „Das habe ich aber doch sowieso im Kopf!“ wird der eine oder andere denken. „Sicher“, könnte man darauf sagen, „und man kann sogar davon ausgehen, dass, hoffentlich, noch sehr viel mehr „im Kopf ist“. Die explizite Definition dessen, was genau als Ergebnis erzielt werden soll, führt nicht nur zur Festlegung, was besonders wichtig ist. Es führt gleichzeitig auch dazu, dass man definiert, was *nicht* relevant ist. Mit dieser Abgrenzung wird das Verhalten eindeutiger in die ein oder andere Richtung reguliert. Man unterhält sich darüber, was wichtig ist und was weniger. Man klärt in diesem Zusammenhang die eigenen Werte und Vorstellungen mit denen der anderen Kollegen und ggf. auch mit Mitarbeitern ab. Denn diese Werte sind es, die die persönliche Gewichtung der Indikatoren steuern. Und was da möglicherweise wie „unnützes Gerede“ anmutet, fördert zielgerichtetes, bewusstes Handeln. Es fördert, dass tatsächlich „alle an einem Strang ziehen“.

Zudem kann die explizite Definition von Ergebnisqualitäts-Indikatoren die Patientenorientierung mit Leben füllen, indem die Patientenperspektive in die Indikatorendefinition einbezogen wird (vgl. Kap. IV.1 zur Qualitätsplanung).

Studien zeigen, dass Ärzte und Patienten unterschiedliche Angaben zu relevanten Zielen der Behandlung machen (z. B. Zschocke et al. 2005; Hapkemeyer et al. 2008). Somit kann der patientenseitige Nutzen nur vom Patienten verlässlich bewertet werden. Wenn aus Sicht von Patienten wichtige Indikatoren guter Ergebnisqualität mit berücksichtigt werden, und somit tatsächlich patientenrelevante Ergebnisse im Fokus stehen, wird dies zwangsläufig zu einer Verbesserung der Qualität aus Patientensicht führen. Gemäß der Definition der seit vielen Jahren in dem Bereich der stationären Outcomeerfassung und -rückmeldung tätigen schweizerischen Institution „Verein Outcome“ sind Outcome-Messungen „Ergebnis-Qualitätsmessungen, die hauptsächlich auf Rückmeldungen der Patienten basieren“ (s. Linksammlung). Demgegenüber versteht man unter dem Begriff „Outcome“ bei Wikipedia das Verständnis, entsprechende Indikatoren seien „meist in der physikalischen Realität vorhanden und beobachtbar“, so seien z. B. Komplikationsrate, Laborparameter oder Befunde relevant. Dies macht deutlich: Die Outcomeerfassung alleine macht die Praxis nicht „patientenorientierter“ – will man dieses Ziel erreichen, muss man dabei die Patientenperspektive berücksichtigen.

Schließlich besteht für die Fokussierung auf die Ergebnisqualität ein drittes, gewichtiges Argument: Man muss kein Prophet sein, um anzunehmen, dass der Pay-for-performance-Ansatz in den nächsten Jahren in der Medizin eine zunehmende Rolle spielen wird: Statt also nicht mehr für eine Leistung als solche bezahlt zu werden, wird das Ergebnis der Leistung bei der Finanzierung berücksichtigt. Schon 2007 kündigte die Kassenärztliche Bundesvereinigung entsprechende Pläne an (Ärzte Zeitung, 4. Mai 2007). Ab 2009 stellt sie mit Ergebnissen des Projekts „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzah-

len – AQUIK“ ein Set an Qualitätsindikatoren zur Verfügung, das auf international erprobten Indikatorensets basiert und in deutschen Pilotpraxen getestet wurde. Das Set enthält neben Indikatoren der Prozessqualität auch solche zur Ergebnisqualität. Man ist also gut beraten, sich möglichst frühzeitig in stärkerem Ausmaß mit der Ergebnisqualität auseinander zu setzen.

Grundsätzlich empfiehlt es sich bei medizinischen Indikatoren auf vorhandene Entwicklungen zurückzugreifen (s. Linksammlung), oder diese zumindest bei der Entwicklung neuer Indikatoren-Sets zu berücksichtigen. Neue Indikatoren-Sets müssen in einem Prä-Test erprobt werden, damit zumindest die größten Anpassungen vorgenommen werden können, bevor die Messung in die Routine übergeht.

Neben medizinischen Outcome-Kriterien, die die Behandlungsergebnisse erfassen, kann eine Praxis zudem deutlich davon profitieren, wenn auch organisationsbezogene Ergebnisindikatoren in die Messung mit aufgenommen werden. Bei der Auswahl der Bereiche kann man sich zum Beispiel an der Balanced Scorecard (Kaplan und Norton 1992) orientieren, um über rein medizinische Indikatoren hinaus auch Indikatoren für die Unternehmensführung zu integrieren. Diese basieren auf dem grundsätzlichen Qualitätsverständnis der Praxis und den damit verknüpften Strategien:

- Indikatoren zur Kundenperspektive (z. B. Patientenzufriedenheitsscore erfasst mit einem validen Fragebogen, z. B. Deutscher Ärzteverlag, Anzahl neuer IV-Verträge mit gleichen Krankenversicherern, usw.)
- Indikatoren zum Bereich der Finanzen (z. B. Umsatz gesamt, Ausgaben für den Einkauf von Verbrauchsmitteln, Anteil an Privatpatienten)
- Indikatoren zu zentralen Prozessen (z. B. Wartezeit auf Behandlungstermin, Dauer der Erstellung von Gutachten, Dauer der administrativen Abrechnung)
- Indikatoren zu Mitarbeitern, Innovation und Entwicklung (z. B. Mitarbeiterzufriedenheit, Fortbildungstage pro Jahr pro Mitarbeiter, Anzahl umgesetzter Verbesserungsvorschläge pro Quartal)

#### **Aufgabe 8 für anwendungsfreudige Leser**

Überprüfen Sie die in Aufgabe 5 formulierten Qualitätsziele Ihrer Praxis: Sind alle Bereiche abgedeckt?

- Kundenperspektive
- Finanzen
- Zentrale Prozesse
- Mitarbeiter, Innovation und Entwicklung

Ergänzen Sie, gemeinsam mit Kollegen und evtl. auch Mitarbeiterinnen, fehlende Indikatoren!

Zur Unterstützung können Sie weitere Infos zur Balanced Scorecard nutzen (s. [www.balanced-scorecard.de](http://www.balanced-scorecard.de)).



## Literatur

- Donebedian A: Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quartely* 1966; 4: 155–64
- Foerster H von, Glasersfeld E von, Hejl PM: Einführung in den Konstruktivismus. 9. Auflage. München: Piper 2006
- Hapkemeyer J, Dresenkamp A, Soellner R: Patientensicht zur Qualität in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2008; 53; 3: 206–212
- Kaplan RS, Norton DP: The balanced scorecard: measures that drive performance. *Harvard Business Review* 1992; Jan – Feb: 71–80
- Kuch C: Definitionen guter Qualität. Eine Sammlung von Angaben von Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Qualitätsmanagement-Seminaren. Unveröffentlichtes Manuskript 2007
- Osenberg D: Nach dem Studium – Zukunftsplanung und Erwartungen der Kollegen von morgen. Vortrag vom 15.06.2008 in Baierbrunn
- Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J: In Chronic Condition: Experiences of Patients with Complex Health Care Needs in Eight Countries. *Health Affairs Web Exclusive* 2008
- Watzlawick P: Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? 25. Aufl. München: Piper 1999
- Zschocke I, Hammelmann U, Augustin M: Therapeutischer Nutzen in der dermatologischen Behandlung. *Hautarzt* 2005; 56: 839–846

## Links

- Medizinische Ergebnisqualität:  
KBV Projekt „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen – AQUIK“  
<http://www.kbv.de/aquik.html>
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung: Qualitätsindikatorendatenbank  
<http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/>
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung: QUALIFY: Instrument zur strukturierten Bewertung von Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen  
<http://www.bqs-online.com/public/leistungen/qualify>
- Helios Kliniken GmbH (in Zusammenarbeit mit der AOK): QSR Qualitätsindikatoren (Qualitätssicherung mit Routinedaten), Abschlussbericht  
[http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_krankenhaus/wido\\_kra\\_qsr-abschlussbericht\\_0407.pdf](http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_qsr-abschlussbericht_0407.pdf);  
Qualitätsindikatoren: [www.helioskliniken.de/medizinziele](http://www.helioskliniken.de/medizinziele)
- ÄZQ: Übersicht internationale Datenbanken  
[http://www.aezq.de/aezq/qualitaetsindikatoren/links\\_qualitaetsindikatoren/?searchterm=qualit%C3%A4tsindikatoren](http://www.aezq.de/aezq/qualitaetsindikatoren/links_qualitaetsindikatoren/?searchterm=qualit%C3%A4tsindikatoren)
- Verein Outcome:  
[www.vereinoutcome.ch](http://www.vereinoutcome.ch)
- MLP Gesundheitsreport:  
<http://www.mlp-gesundheitsreport.de/>
- Balanced Scorecard:  
Bericht eines Allgemeinmediziners über erste Erfahrungen mit der Balanced Score Card aus 2003: [http://www.scorecard.de/a\\_zberic.htm](http://www.scorecard.de/a_zberic.htm)