

6

Umgang mit den Ergebnissen – Kommunikation und Interaktion

Katja Damm

6.1 Überblick

Qualitätsindikatoren machen Behandlungsergebnisse transparent. Diese Informationen sind nicht nur für medizinische und pflegerische Expert:innen im Krankenhaus wichtig, sondern auch für das Qualitätsmanagement (QM) und alle Führungsebenen.

Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) stellt ihren Mitgliedskrankenhäusern Qualitätsergebnisse aus verschiedenen Indikatorsets zur Verfügung, die zur Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität genutzt werden. Damit Verbesserungspotenziale im Krankenhausalltag kontinuierlich identifiziert, transparent kommuniziert und routiniert optimiert werden können, ist eine strukturierte Integration der IQM Methodik ins Krankenhausmanagement erforderlich (s. Kap. 1.13). Nicht die Ergebnisse selbst, sondern der Umgang mit den Ergebnissen und die im jeweiligen Krankenhaus vorherrschende Qualitäts- und Sicherheitskultur beeinflussen, inwieweit die Ergebnisse tatsächlich zur Verbesserung der medizi-

nischen Ergebnisqualität im Behandlungsprozess genutzt werden können.

Nachdem die Ergebnisse berechnet und zur Verfügung gestellt werden, gilt es, diese im Rahmen einer Evaluation sach- und fachgerecht zu beurteilen und zu bewerten. Damit sie gezielt adressiert werden können, ist zuvor eine inhaltliche Interpretation erforderlich. Die Art der Kommunikation orientiert sich an den jeweils angesprochenen Adressat:innen. Übergeordnetes Ziel ist, dass am Ort des Geschehens in der jeweiligen Fachabteilung tatsächlich Optimierungsmaßnahmen initiiert und nachhaltig umgesetzt werden, die zu Ergebnisverbesserungen im Behandlungsprozess führen.

6.2 Ergebnisse eruieren

Grundlagen

Die IQM Mitgliedskrankenhäuser gewinnen und erhalten Ergebnisse aus unterschiedlichen Quellen und Indikatorsets (s. Abb. 1). Das sind v.a. die aus Routinedaten für Deutschland und

der Schweiz berechneten G-IQI-/CH-IQI-Indikatoren (Inpatient Quality Indicators) und PSI-Indikatoren (Patient Safety Indicators), aber auch QSR-Indikatoren (Qualitätssicherung mit Routinedaten), Ergebnisse der in Deutschland gesetzlich verpflichtenden externen stationären Qualitätssicherung (eQS) und ggf. PROM (Patient Reported Outcome Measures). Hinzu kommen Ergebnisprotokolle von Peer Reviews und internen Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (s. Kap. I.13).

Je nach Herkunft stehen die Ergebnisse zu unterschiedlichen Zeitpunkten mindestens einmal jährlich zur Verfügung. Durch die Transparenz der Termine der Ergebnislieferungen können sowohl das QM als auch die Führungsebenen den Umgang mit den Ergebnissen im Jahresverlauf planen.

Qualitätsindikatoren als quantitatives Maß zur Beurteilung und Bewertung der medizinischen Qualität sind keine perfekte Abbildung der klinischen Realität (Martin et al. 2017). Sie

beziehen sich auf Outcome-Ergebnisse, Prozesse oder Strukturen und können u.a. aus Routinedaten für die Abrechnung und/oder zusätzlich manuell erhobenen Daten und/oder Sozialdaten der Krankenkassen berechnet werden. Im Wesentlichen sind das die Daten nach § 21 KHEntgG sowie § 136f. und § 301 SGB V für Deutschland und der BfS-Datensatz des Bundesamtes für Statistik in der Schweiz (van Arkel u. Scheu 2017).

In den verschiedenen Indikatorsets sind unterschiedliche Indikatorarten enthalten. Es gibt z.B. Qualitätsindikatoren mit und ohne Risikoadjustierung (s. Kap. I.2) sowie Indikatoren, die sich auf Sterblichkeits- und Komplikationsraten beziehen. Als Vergleichswerte können hier u. a. risikoadjustierte Erwartungswerte und das standardisierte Sterblichkeitsverhältnis (Standardized Mortality Ratio, SMR), Bundesreferenzwerte oder IQM Durchschnittswerte dienen. Hinzu kommen Mengenindikatoren, z.B. zur Beobachtung gesetzlich gefor-

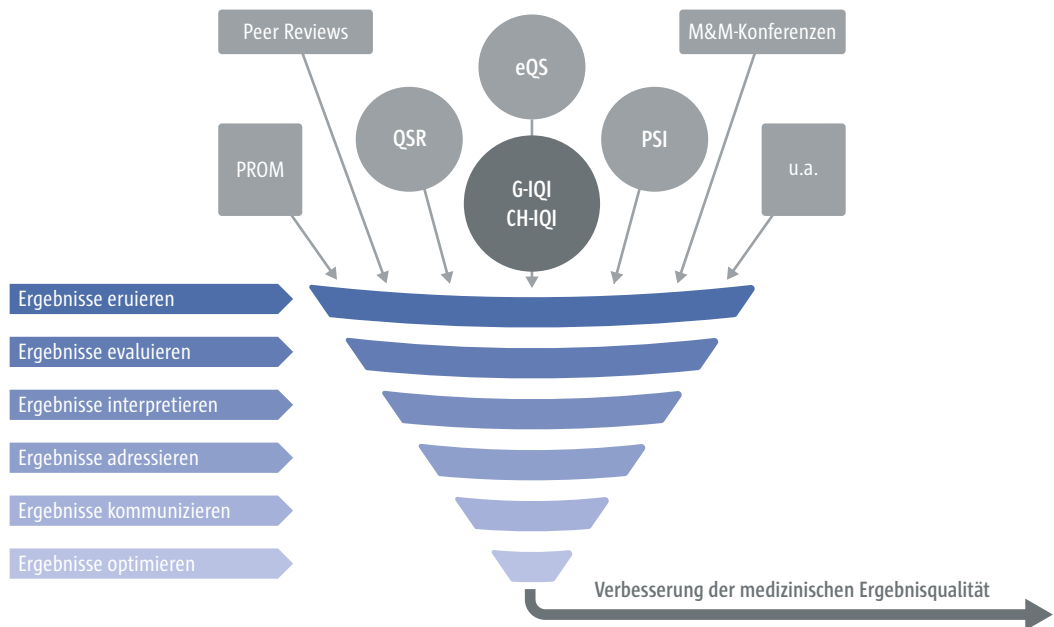
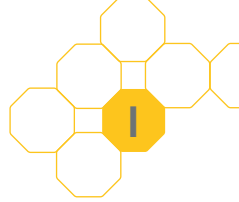


Abb. 1 Umgang mit den Ergebnissen




derter Mindestmengen (Nimptsch u. Mansky 2021) und Sentinel-Event-Indikatoren für seltene schwerwiegende Ereignisse, bei denen jeder Fall initial als Abweichung betrachtet wird (s. Kap. I.3). Auch Prozesskennzahlen, Verweildauerindikatoren, Informations- und Beobachtungswerte sowie Gesamtbewertungen für Leistungsbereiche, die aus mehreren Einzelindikatoren berechnet werden, können wichtige Informationen liefern. Die Ergebnisse können nach Leistungen (z.B. Herzkatheter) oder Krankheitsbildern (z.B. Lungenentzündung), aber auch nach Standorten oder Verbünden aufbereitet und bewertet werden.

Auch Ergebnisse aus Peer Reviews und M&M-Konferenzen sollten durch die Anwender:innen konsequent auf Generalisierbarkeit geprüft und bei Eignung auf andere Bereiche übertragen werden.

Handlungsstrategie

Wenn neue Ergebnisse zur Verfügung stehen, werden sie hinsichtlich ihrer Herkunft und zeitlichen Verfügbarkeit eingeordnet. Danach ist zu klären, wie die Daten zur Verfügung gestellt werden (z.B. Downloadportal), in welchem Format (z.B. Kalkulationstabelle.xlsx) und ggf. mit welchen Verschlüsselungsverfahren dies geschehen soll. Zudem wird eine transparente Archivierungsstruktur für alle eingehenden Ergebnisse benötigt.

-  **Klare Prozesse und Zuständigkeiten bei der Datenannahme ermöglichen schlanke Prozesse beim Umgang mit den Ergebnissen.**

Nach dem Empfang der Ergebnisse und deren Einordnung erfolgt deren sach- und fachgerechte Beurteilung und Bewertung im Rahmen einer Evaluation.

6.3 Ergebnisse evaluieren

Grundlagen

Im Rahmen der jeweiligen Priorisierung der Ergebnisse unter Berücksichtigung der krankenhausinternen Zielsetzungen können unterschiedliche Arten von Ergebnissen im Fokus stehen. Auch die Art der öffentlichen Darstellung oder die Fachabteilungen, auf die sich die Ergebnisse beziehen, können die Priorisierung unterstützen.

Da die Ergebnisse durch viele Faktoren, wie z.B. Datenjahr, Fallzahl, Grundgesamtheit, Kodierverhalten, Dokumentationsverhalten oder strukturelle Veränderungen, wie z.B. Wechsel der ärztlichen Direktion beeinflusst werden können, ist eine genauere Betrachtung der jeweiligen Einflussfaktoren und Besonderheiten vor der Bewertung der Ergebnisse wesentlich.

Grundsätzlich sollte darauf geachtet werden, ob die Ergebnisse wegen geringer beinhalteteter Fallzahlen zufallsbedingt auffällig oder unauffällig sein können. Statistisch betrachtet liegt der wahre Wert des Ergebnisses mit hoher Wahrscheinlichkeit im sog. Vertrauensbereich. Abhängig von der Größe des Vertrauensbereiches und davon, ob die Auffälligkeit im gesamten Vertrauensbereich besteht, kann die Bedeutung eines Ergebnisses stark variieren. Demzufolge wird zwischen rechnerischen Auffälligkeiten, die ausschließlich die Abweichung eines Ergebnisses vom festgelegten Referenzbereich berücksichtigen und statistischen Auffälligkeiten, die die fallzahlabhängige Variabilität der Ergebnisse berücksichtigen, unterschieden.

Da sich die Zusammensetzung der Grundgesamtheit bestimmter Patientengruppen in unterschiedlichen Krankenhäusern stark unterscheiden kann, wird die Vergleichbarkeit der Ergebnisse bei einigen Indikatoren durch die Berücksichtigung patientenindividueller Faktoren mittels Risikoadjustierung verbessert. Unterschieden werden dabei u.a. Verfahren der Risikodifferenzierung (Definition von Indika-

toren) und Risikostratifizierung (Schichtenbildung nach Höhe des Risikos, z.B. Altersgruppen), sowie eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht (Schwarzkopf et al. 2021) oder die Einbeziehung von Begleiterkrankungen gemäß der Elixhauser Klassifikation und ausgewählter weiterer indikatorbezogener Diagnosen (Jeschke et al. 2015).

Durch die im Fallpauschalensystem erhobenen Abrechnungsdaten werden flächendeckend von Krankenhäusern fallbezogene Diagnosen (ICD-Kodes) und Prozeduren (OPS-/CHOP-Kodes) erfasst, aus denen Qualitätsinformationen abgeleitet werden können. Qualitätsindikatoren aus diesen sog. Routinedaten können bei statistischen Auffälligkeiten Hinweise auf mögliches Verbesserungspotenzial in der klinischen Behandlungsqualität geben (Mansky et al. 2013).

Bei der Beurteilung der Besonderheiten, die ein Indikatorergebnis beeinflussen können, ist nicht nur die Fallzahl und das aktuelle Kodierverhalten der unterschiedlichen Krankenhäuser zu beachten, sondern auch die Art des Indikators. Beispielsweise analysiert die QSR leistungsbereichsbezogenen Behandlungen mit Nachbeobachtungen bis zu einem Jahr sektorenübergreifend über drei Jahre (Jeschke et al. 2015). Hier fließen nicht nur die Abrechnungsdaten eines Falles in die Bewertung ein, sondern auch Abrechnungsdatensätze aus weiteren stationären Aufenthalten, Daten aus der ambulanten Behandlung und Sozialdaten der Krankenkasse.

Handlungsstrategie

Nach der Priorisierung, welche Ergebnisse fokussiert betrachtet werden sollen, kann die Evaluation dieser Ergebnisse erfolgen. Grundsätzlich ist zu klären, welche Einflussfaktoren sich auf das konkrete Ergebnis ausgewirkt haben und wie zuverlässig das Ergebnis ist. Auch individuelle Merkmale einzelner Indikatoren können für die Bewertung der Bedeutung eines Ergebnisses relevant sein und sind daher bei der Bewertung zu berücksichtigen. Eine Liste mit

den zu beachtenden Fragestellungen kann dabei hilfreich sein (s. Tab. 1).



Empfehlungen für die Evaluation der Ergebnisse

- Ein für das Krankenhaus/den Träger standardisiertes und für alle Beteiligten transparentes Set mit priorisierten Qualitätsindikatoren hilft bei der Qualitätsarbeit vor Ort.
- Eine strukturierte Vorgehensweise bei der fach- und sachgerechten Beurteilung und Bewertung der Ergebnisse ist zu empfehlen.

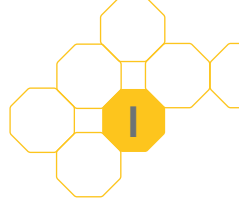
Nach der Evaluation werden die ausgewählten abweichenden Ergebnisse im Rahmen der Interpretation genauer betrachtet.

6.4 Ergebnisse interpretieren

Grundlagen

Ein negativ abweichender Indikatorwert bedeutet nicht zwingend schlechte Qualität und ein positiv abweichender nicht zwingend gute Qualität. Als Aufgreifkriterien für ergebnisorientierte Prozessanalysen ermöglichen die Indikatoren jedoch eine gezielte und effiziente Fehlersuche. Nicht nur punktuell abweichende Ergebnisse, sondern auch starke Abweichungen im Zeitverlauf können ein Grund für weitere Recherchen zu Hintergründen der Ergebnisse sein. Die ausgewählten Ergebnisse werden daher inhaltlich interpretiert und allgemein verständlich erläutert.

Je nach Qualitätsstrategie wird festgelegt, ab welchem Maß der Abweichung von einem Zielwert weitere Maßnahmen ergriffen werden. Transparente Eingriffsgrenzen, ab wann Abweichungen als Aufgreifkriterium weitere Maßnahmen auslösen, führen im Behandlungsprozess vor Ort häufig zu einer gesteigerten Achtsamkeit. Grundsätzlich können für Indikatoren prozentuale und statistische Abwei-

**Tab. 1** Fragestellungen für die interne Kommunikation und Interaktion beim Umgang mit den Ergebnissen

Ergebnisse eruieren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wo kommen die Daten her? (IQI-Indikatoren, QSR, eQS etc.) ■ Wann stehen die Daten zur Verfügung? (halbjährlich, jährlich etc.) ■ Wie stehen die Daten zur Verfügung? (Post, E-Mail, Downloadportal etc.) ■ In welchem Format stehen die Daten zur Verfügung? (*.pdf, *.xlsx, Verschlüsselungsverfahren etc.)
Ergebnisse evaluieren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Welche Ergebnisse sollen näher betrachtet werden? (nur mit Risikoadjustierung, nur mit Veröffentlichung etc.) ■ Um welche Art von Ergebnis handelt es sich? (Sterblichkeitsverhältnis, Sentinel Event, Information etc.) ■ Auf welche Einheit bezieht sich das Ergebnis? (Leistung, Diagnose, Standort etc.) ■ Welche Einflussfaktoren wirken sich auf dieses Ergebnis aus? (Fallzahlen, Art der Grundgesamtheit etc.) ■ Handelt es sich um eine rechnerische oder um eine statistische Auffälligkeit? (Vertrauensbereich etc.) ■ Welche Besonderheiten sind bei der Bewertung des Ergebnisses zu beachten? (Dokumentation, Kodierung etc.)
Ergebnisse interpretieren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wie haben sich die Ergebnisse des Indikators im Zeitverlauf entwickelt? (verschlechtert, verbessert etc.) ■ Liegt das Ergebnis außerhalb festgelegter Eingriffsgrenzen? (Höhe der Abweichung etc.) ■ Ist das Ergebnis als Aufgreifkriterium für weitere Maßnahmen geeignet? (Generalisierbarkeit, Relevanz etc.) ■ Welche Ursachen liegen dem Ergebnis zugrunde? (Schnittstellen, Ressourcen, Behandlungsprozess etc.) ■ Ist die Interpretation der Ergebnisse schlüssig? (Peer Review oder M&M-Konferenz erforderlich etc.)
Ergebnisse adressieren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Welche Adressaten gibt es für die externe Transparenz? (Interessengruppen, Internet, Presse etc.) ■ Welche Adressaten gibt es für die interne Transparenz? (Geschäftsführung, Führungskräfte, Fachabteilung etc.) ■ Welche Adressaten gibt es für den Handlungsbedarf bei auffälligen Ergebnissen? (ärztliche Direktion, Pflegedirektion etc.)
Ergebnisse kommunizieren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mit welcher Frequenz werden die Ergebnisse kommuniziert? (halbjährlich, jährlich etc.) ■ Mit welchen Medien werden die Ergebnisse kommuniziert? (E-Mail, Intranet, Führungsrunde etc.) ■ Ist der Beitrag so formuliert, dass er dem anerkannten Zweck dient? (Umfang, Fakten, relevante Information etc.) ■ In welcher Sprache werden die Ergebnisse kommuniziert? (Fachbegriffe, Visualisierung, einfache Sprache etc.)
Ergebnisse optimieren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sind die Ursachen, die zu den Auffälligkeiten bei den Ergebnissen geführt haben, bekannt? (Prozesse, Strukturen etc.) ■ Welche weitergehenden Maßnahmen sind geeignet, die Ursachen zu erkennen? (Peer Review, M&M-Konferenzen etc.) ■ Welche Maßnahmen sind geeignet, die erkannten Ursachen zu beseitigen? (Schulungen, Prozessbeschreibungen etc.) ■ Wie kann die Nachhaltigkeit der beschlossenen Maßnahmen sichergestellt werden? (Stichproben, Re-Reviews etc.)

chungen als Warn- und Eingriffsgrenzen festgelegt werden. Aber auch für Informations- und Mengenwerte können Grenzen definiert werden, so ist z.B. bei gesetzlichen Mindestmengenindikatoren jede Unterschreitung kritisch und bei Sentinel Events sollte jeder Fall weitere Maßnahmen auslösen.

Die Ursachen für Abweichungen können vielschichtig und mehr oder weniger offensichtlich sein. Nach einer orientierenden Überprüfung der Kodierung bei Indikatoren aus Routinedaten und/oder einer stichprobenhaften Datenvalidierung bei manueller Dokumentation erfolgt die inhaltliche Aufarbeitung.

Bei Krankheitsbildern, die im IQM Wissensregister INWIDA (indikatorbezogene Wissensdarstellung) enthalten sind, können die aufbereiteten Ergebnisse von über 1.000 Peer Reviews Hinweise auf mögliches Verbesserungspotenzial und Lösungsvorschläge geben (s. Kap. I.10). So kann das QM bei der Ursachensuche mit diesem Fokus beginnen. Bei Indikatoren, die konkreten Leistungsbereichen zugeordnet werden können, hilft häufig ein ergänzendes Gespräch mit den Leistungserbringenden vor Ort. Wenn die Ursachen für Abweichungen im Rahmen der Interpretation nicht eindeutig erklärt werden können, sind weitere Maßnahmen erforderlich.

Handlungsstrategie

Nachdem entschieden wurde, für welche Ergebnisse weitere Maßnahmen umgesetzt werden sollen, kann die Interpretation dieser Ergebnisse erfolgen.



Empfehlungen zur Interpretation der Ergebnisse

Bei einer orientierenden Suche nach Ursachen für Abweichungen im Rahmen der Interpretation der Ergebnisse wird deutlich, ob weitere Maßnahmen zur Ermittlung des Verbesserungspotenzials erforderlich sind.

Erst, wenn die Ergebnisse eruiert, evaluiert und interpretiert sind, kann eine zielgerichtete Auswahl der Adressaten für die Übermittlung der Ergebnisse erfolgen.

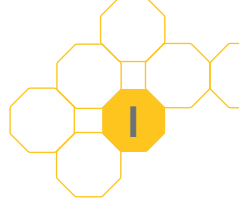
6.5 Ergebnisse adressieren

Externe Transparenz

Die Mitgliedskrankenhäuser von IQM veröffentlichen die Ergebnisse der IQI-Indikatoren für alle Interessierten frei zugänglich im Internet (s. Kap. I.5). Eine vergleichende Darstellung der Krankenhäuser findet nicht statt. Ausgewählte Ergebnisse der QSR und ausgewählte Ergebnisse der eQS werden in Deutschland ebenfalls im Internet veröffentlicht. So haben Krankenkassen, Ärzt:innen, Angehörige und vor allem die Patient:innen selbst die Möglichkeit sich über die Qualitätsergebnisse der Krankenhäuser zu informieren. Damit die Datenveröffentlichung von der regionalen Öffentlichkeit eines Krankenhauses wahrgenommen wird, bieten sich flankierende Pressemitteilungen an, die für das Krankenhaus relevante Themen mit Qualitätsergebnissen verknüpfen und den Stellenwert der Behandlungsqualität deutlich machen.

Interne Transparenz

Innerhalb eines Krankenhauses oder Verbundes ist die Transparenz aller Ergebnisse für alle interessierten Beschäftigten an einem zentralen Ort (z.B. im Intranet) sinnvoll. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit für interne Vergleiche, durch die auch Bereiche mit herausragend guten Ergebnissen identifiziert werden können. Deren Prozesse können den Bereichen mit weniger guten Ergebnissen vielfach Anregungen zur Verbesserung geben. Das ist nicht nur für einzelne ärztliche Direktionen sowie Pflegedirektionen von Interesse, sondern im Rahmen der strategischen Steuerung auch für die Geschäftsführung, z.B. für Zielvereinbarungen oder die Steuerung des medizinischen Leistungsspektrums. Für einen schnellen Über-



blick zum aktuellen Handlungsbedarf werden die Ergebnisse möglichst je nach Priorisierung und Führungsebene in der jeweils benötigten Tiefe in aggregierter Form aufbereitet und visualisiert dargestellt.

Adressaten für Ergebnisse mit Handlungsbedarf

Die Ergebnisse mit identifiziertem Handlungsbedarf werden möglichst konkret an Verantwortliche adressiert. Innerhalb eines Krankenhauses stehen im Idealfall für jede Fachabteilung verantwortliche Ansprechpersonen für den ärztlichen und pflegerischen Dienst als Qualitätssicherungsbeauftragte (QSB) zur Verfügung. Ein Grundverständnis für die Mechanismen der Qualitätssicherung sowie klar umschriebene und definierte Aufgabenbereiche verbessern die Kommunikation mit den QSB an den Schnittstellen. Eine klar definierte, transparente und hierarchisch strukturierte Eskalationsstrategie mit eindeutigen Verantwortungsbereichen unterstützt das QM dabei, die jeweils betroffenen Adressaten je nach Eskalationsstufe einzubeziehen und unnötige Kommunikation zu reduzieren.

Handlungsstrategie

Grundsätzlich ist zwischen externer Transparenz (z.B. Internet) und interner Transparenz (z.B. Intranet) zu unterscheiden.



Empfehlungen für die Adressierung der Ergebnisse

- Die interne Transparenz aller Ergebnisse ermöglicht interne Vergleiche und unterstützt die Führungskräfte bei strategischen Entscheidungen.
- Die Benennung von Qualitätssicherungsbeauftragten für jeden Fachbereich und ein transparenter Eskalationsprozess für Auffälligkeiten mit Handlungsbedarf erleichtern die Kommunikation an den Schnittstellen.

Die Ergebnisse mit Handlungsbedarf werden intern zur Ermittlung und Bearbeitung des Verbesserungspotenzials persönlich an verantwortliche Stellen adressiert, die die Ergebnisse vor Ort beeinflussen können. Nachdem die Adressaten feststehen, kann eine adressatengerechte Kommunikation erfolgen.

6.6 Ergebnisse kommunizieren

Regelmäßige Kommunikation

Im Krankenhaus kann vereinfachend dargestellt in vertikale Kommunikation (top down) und horizontale Kommunikation (kollegial) unterschieden werden (Baller u. Schaller 2017). Für den Umgang mit den Ergebnissen ist zudem eine Kommunikation der Beschäftigten in Richtung Vorgesetzte erforderlich (bottom-up), um den jeweils aktuellen Zustand zurückzumelden. Die Frequenz, mit der die Ergebnisse kommuniziert werden, wird ebenso von der obersten Führungsebene festgelegt, wie die Medien bzw. Kanäle, mit denen die Ergebniskommunikation stattfindet. Ein fester Platz des Themas Ergebnisqualität auf den Tagesordnungen entsprechender Führungsgremien ist wichtig. Gleichzeitig sollen die benannten QSB alle kommunizierten Ergebnisse sichten, um ggf. Handlungsbedarf für den eigenen Bereich abzuleiten und als Multiplikator:in für wichtige Informationen zu agieren. Regelmäßige Newsletter an ausgewählte Adressaten, die zusätzlich im Intranet für alle Interessierten zur Verfügung gestellt werden, vermitteln wichtige Informationen und erläutern die Ergebnisse. Durch regelmäßige schriftliche und mündliche Kommunikation kann die Routine im Umgang mit den Ergebnissen gestärkt werden.

Schriftliche Kommunikation

Die schriftliche Kommunikation der Ergebnisse erfolgt häufig per E-Mail. Der Umfang soll sich ausschließlich auf notwendige Informationen beschränken, bei denen Fakten im Vordergrund stehen. Neben der Nennung ausschließlich re-

relevanter Informationen in geordneter Form gilt es Unklarheiten und Mehrdeutigkeiten zu vermeiden. Bei Visualisierungen und tabellarischen Darstellungen ist darauf zu achten, dass alle dargestellten Daten klar bezeichnet, Abkürzungen erläutert und zugrundeliegenden Zeiträume angegeben werden. Sprachlich soll die schriftliche Kommunikation für die Zielgruppe verständlich gestaltet sein. In einem derart komplexen Themenfeld können ergänzende Information als Glossar und/oder Frequently Asked Questions (FAQ) z.B. im Intranet zur Verfügung gestellt werden.

Mündliche Kommunikation

Bei der mündlichen Präsentation der Ergebnisse in Führungsgremien ist das Ziel der Teilnehmenden meist eine kurze Zusammenfassung des sich aus den Ergebnissen ergebenden Handlungsbedarfes zu erhalten und die wichtigsten Neuerungen zu erfahren. Wegen des häufig sehr heterogenen Kenntnisstandes zum Thema und der meist geringen zur Verfügung stehenden Zeit kommt der Klarheit von Visualisierungen hier eine besonders große Bedeutung zu. Auch die mündliche Kommunikation der Ergebnisse sollte sich auf das Wesentliche beschränken und dennoch die wichtigsten Hintergründe erläutern, damit die Akzeptanz der Teilnehmenden für eine regelmäßige Präsentation der Ergebnisse erhalten bleibt.

Handlungsstrategie

Neben einer sorgfältigen inhaltlichen Auf- und Vorbereitung der Ergebnispräsentation sind durch die oberste Führungsebene beschlossene Kommunikationsstrukturen ein wesentliches Erfolgskriterium, damit die Informationen nicht nur wahrgenommen werden, sondern auch zu Qualitätsverbesserungen im Behandlungsprozess vor Ort führen können.



Empfehlungen für die Kommunikation der Ergebnisse

- Eine verbindlich festgelegte regelmäßige Kommunikation der Ergebnisse über verschiedene Medien sowie eine regelmäßige Thematisierung der Ergebnisqualität in Führungsgremien ist sinnvoll.
- Bei der Visualisierung von Ergebnissen müssen Verständlichkeit und Klarheit im Vordergrund stehen.
- Die sprachliche Gestaltung der Kommunikation sollte immer an die Vorkenntnisse der Zielgruppe angepasst werden. Wenn erforderlich helfen Glossare und FAQ, die an zentraler Stelle bereitgestellt werden, Mitarbeitenden ihre Wissenslücken aufwandsarm zu schließen.

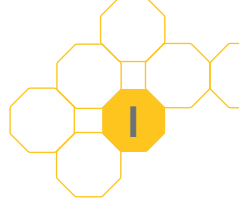
Erst wenn die Bedeutung der Ergebnisse von den am Behandlungsprozess beteiligten Akteuren verstanden wird, können die Ergebnisse optimal für Verbesserungsprozesse genutzt werden.

6.7 Ergebnisse optimieren

Ursachenanalyse

Nach der Feststellung, dass es sich beim Aufgreifkriterium vermutlich um ein qualitatives Problem handelt, gilt es herauszufinden, welche Maßnahmen geeignet sind, die Behandlungsqualität nachhaltig zu verbessern. Wenn die Ursachen einer Abweichung nicht eindeutig bekannt sind, eignen sich je nach Art des Indikators unterschiedliche Methoden für die weitere Aufarbeitung (s. Tab. 2).

Bei Indikatoren mit größeren Fallzahlen im Zähler eignen sich interne und externe Peer Reviews (s. Kap. I.13), deren Ergebnisse die Grund-

**Tab. 2** Arten von Indikatoren und Möglichkeiten der Auffälligkeitsanalyse

Art des Indikators	Beispiel	Vergleichswerte	Analysemöglichkeit
Indikator ohne Risikoadjustierung	Anteil Todesfälle bei Cholezystektomie	Bundesreferenzwert, festgelegter Zielwert	z.B. Peer Review
Indikator mit Risikoadjustierung	Anteil Todesfälle bei Hirninfarkt	Erwartungswert, SMR	z.B. Peer Review
Prozesskennzahl	präoperative Verweildauer bei Femurfraktur	Zielwerte nach Expertenkonsens	z.B. Prozessanalyse
Sentinel Event	Dekubitus Grad 4 im Krankenhaus entstanden	jeder Fall gilt als Aufgreifkriterium	z.B. M&M-Konferenz
Mengeninformation	Mindestmenge Kniegelenk Totalendoprothesen	ggf. gesetzliche Mindestmenge	z.B. Zeitreihenanalyse
Beobachtungswert	Anteil Todesfälle bei Sepsis als Hauptdiagnose	ggf. Bundesreferenzwert, Durchschnittswerte	je nach Art
Informationswert	Verweildauer mit Herzinfarkt als Hauptdiagnose	ggf. Bundesreferenzwert, Durchschnittswerte	je nach Art

lage bilden, um zielgerichtet Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ableiten zu können (IQM 2022). Im Falle von Sentinel Events sind interne M&M-Konferenzen gut geeignet, da hier in anonymisierter Form Einzelfälle durch einen größeren Personenkreis genauer betrachtet werden können.

Bei der QSR geben die Klinikberichte wichtige Hinweise, ob es sich um Abweichungen handelt, die sich auf den Aufenthalt im Krankenhaus (inhouse) beziehen oder nicht. Eine Einzelfallanalyse über den Gesamtverlauf ist aus Gründen des Datenschutzes nicht möglich.

Bei der eQS werden bei Abweichungen in einem strukturierten Prozess Stellungnahmeverfahren durch externe Stellen eingeleitet, für die eine Ursachenanalyse ebenfalls gefordert wird. Aus Ursachenanalysen abgeleitete Maßnahmen ermöglichen dem Management, Qualitätsverbesserungen gezielt zu steuern.

Festlegung von Maßnahmen

Bei der Festlegung von gezielten Maßnahmen ist vor allem auf die konkrete Umsetzbarkeit, die Zuweisung der Verantwortlichkeit und ein Zieldatum zu achten. Manche Maßnahmen sind unkompliziert vor Ort umsetzbar (z.B. ver-

bindliche Prozessbeschreibungen) und manche erfordern komplexe strukturelle Veränderungen (z.B. Ausweitung der Öffnungszeiten). Hier ist die oberste Führungsebene zwingend einzubinden, da nur dort die erforderlichen Ressourcen bereitgestellt werden können.

Nachhaltigkeit der getroffenen Maßnahmen

Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Nachhaltigkeit der getroffenen Maßnahmen, damit vor Ort die Akzeptanz, bei weiteren Auffälligkeiten erneut Ressourcen zu investieren, erhalten bleibt. Auch hier hat die Führungsebene die Verantwortung, die Nachhaltigkeit der getroffenen Maßnahmen, z.B. über Zielvereinbarungen oder regelmäßige Überprüfungen, sicherzustellen.

Handlungsstrategie

Ausgangspunkt für die Optimierung der Ergebnisse ist eine Suche nach den Ursachen für die Abweichung. Das Ziel ist, Maßnahmen zu finden, die bei nachhaltiger Umsetzung geeignet sind, das gewünschte Ergebnis zu erreichen.



Empfehlungen für die Optimierung der Ergebnisse

- Alle Arten von Ursachenanalysen geben wichtige Hinweise auf Maßnahmen, die geeignet sind, Qualitätsverbesserungen herbeizuführen.
- Für einen strukturierten Umgang mit den Ergebnissen, in dem transparente Kommunikation und kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsprozesse im Mittelpunkt stehen, müssen Beteiligte auf allen Hierarchieebenen bereit sein, nach den Ursachen für Abweichungen zu suchen, geeignete Maßnahmen für die Behandlungsprozesse zu erarbeiten und nachhaltig umzusetzen.

Insgesamt ist die oberste Führungsebene gefragt, gemeinsam mit dem QM und den am Behandlungsprozess beteiligten vor Ort eine qualitätsorientierte Unternehmenskultur zu etablieren, in der der Umgang mit den Ergebnissen dazu dienen kann, den Behandlungsprozess direkt am Patienten bzw. der Patientin kontinuierlich zu verbessern.

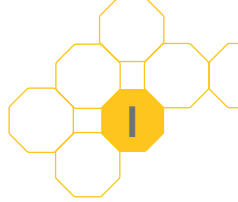
6.8 Fazit

Eine qualitätsorientierte Sicherheitskultur ist Voraussetzung dafür, dass die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren in einem Krankenhaus strukturiert zur Verbesserung der Behandlungsqualität genutzt werden können. Neben einer sorgfältigen Betrachtung der Aussagekraft einzelner Ergebnisse und deren Interpretation stehen eine adressatengerechte Kommunikation und die Auswahl geeigneter Maßnahmen im Fokus, damit ein Krankenhaus im Umgang mit

den Ergebnissen nachhaltige Verbesserungen der Ergebnisqualität erreichen kann. Der obersten Führungsebene kommt dabei eine wichtige Rolle zu.

Literatur

- van Arkel R, Scheu C (2017) Warum ist Transparenz so wichtig? In: Eberlein-Gonska M, Martin J und Zacher J (Hrsg.) Handbuch IQM. Konsequenz transparent – Qualität mit Routinedaten! 2. Aufl. 139–145. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Baller G, Schaller B (2017) Kommunikation im Krankenhaus. Erfolgreich kommunizieren mit Patienten, Arztkollegen und Klinikpersonal. Springer Berlin Heidelberg
- IQM Initiative Qualitätsmedizin e.V. (2022) Qualität messen. URL: <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitaetsmethodik/qualitaetsmessung> (abgerufen am 05.10.2022)
- Jeschke E, Günster C, Klauber J (2015) Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR): Follow-up in der Qualitätsmessung – Eine Analyse fallübergreifender Behandlungsverläufe. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 109, 673–681
- Lack N, Gerhardinger U (2009) Qualitätsvergleiche mit Funnelplots – Plädoyer für eine einheitliche Methodik. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen 103, 536–541
- Mansky T, Nimptsch U, Winklmair C, Hellerhoff F (2013) G-IQI | German Inpatient Indicators Version 4.0 Band 1: Erläuterungen und Definitionshandbuch für das Jahr 2012. Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin, Berlin. URL <http://opus4.kobv.de/opus4-tuberlin/frontdoor/index/index/docId/3950>
- Martin J, Jachan D und Rohn C (2017) Frequently Asked Questions – Die IQM FAQs. In: Eberlein-Gonska M, Martin J und Zacher J (Hrsg.) Handbuch IQM. Konsequenz transparent – Qualität mit Routinedaten! 2. Aufl. 155–170. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Nimptsch U, Mansky T (2021) G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.3. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2019. Working Papers in Health Services Research Vol. 4. Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin Berlin
- Schwarzkopf D, Nimptsch U, Graf R, Schmitte J, Zacher J, Kühlen R (2021) Möglichkeiten und Grenzen der Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren aus Krankenhausabrechnungsdaten – ein Werkstattbericht. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 163, 1–12



Katja Damm, M.A.

Katja Damm ist seit 2013 für den Bereich Medizinische Ergebnisqualität bei RKH Gesundheit verantwortlich. Seit 2021 leitet sie das Referat Pflegeentwicklung und -wissenschaft für die Lehrkrankenhäuser Pflege der RKH Gesundheit. Als erfahrene Pflegefachkraft hat sie nach einem Auslandsjahr in der Pflege bei RKH Gesundheit in der Akutpflege in den Bereichen Innere Medizin/IMC, Chirurgie und Psychosomatik langjährig Erfahrungen gesammelt. Berufsbegleitend studierte sie u.a. Theologie (M.A. CIU USA) an der Columbia International University, Pflegemanagement (B.A.) an der Hochschule Osnabrück, Organisationsentwicklung (M.A.) an der EH Ludwigsburg und Pflegewissenschaft an der Universität Witten-Herdecke. Seit 2013 ist sie bei IQM Mitglied im Fachausschuss Indikatoren sowie als Pflege-Peer und Teamleitung bei interprofessionellen Peer Review Verfahren tätig.



© RKH Gesundheit