

4 Prozessmessung

Julia Bellabarba

„Another approach to the assessment is to examine the process of care itself rather than its outcomes. (...) This approach requires that a great deal of attention be given to specifying the relevant dimensions, values and standards to be used in assessment. The estimates of quality that one obtains are less stable and less final than those that derive from the measurement of outcomes. They may, however, be more relevant to the question at hand: whether medicine is properly practiced.“ Donabedian (1966)

Das Konzept des Qualitätsmanagements beruht auf der Grundannahme, dass Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufeinander aufbauen (s. Kap. I.1). In den typischen Prozessen der Gesundheitsversorgung werden die diagnostischen und therapeutischen Kernleistungen erbracht. Jeder Prozess kann in einzelne Prozeduren zerlegt werden. Medizinische Prozesse sind unterschiedlich gut beherrschbar. Die Anforderung an den Grad der Prozessbeherrschung zu definieren ist Teil der Qualitätsplanung, indem für jeden Prozess Qualitätsziele definiert werden. Dieses ist wesentlicher Bestandteil des prozessorientierten Qualitätsmanagements, wobei Prozesskennzahlen (Indikatoren) zur Bewertung der Prozessqualität herangezogen werden.



Indikatoren: Ein Indikator ist ein quantitatives Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist mehr ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung benutzt werden kann, das Aufmerksamkeit auf potenzielle Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Über-

prüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten. (Aus: GMDS-AG „Qualitätsmanagement in der Medizin“)

Nach der RUMBA-Regel (Blumenstock 1994) muss ein Qualitätsindikator folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Relevant for the selected problem (repräsentativ)
- Understandable for providers and patients (verständlich)
- Measurable with high reliability and validity (valide messbar)
- Behaviourable i. e. changeable by behaviour (beeinflussbar)
- Achievable and feasible (praktikabel)

Außerdem sollten Qualitätsindikatoren eindeutig dokumentierbar und wenn möglich EDV-gestützt erfassbar sein. Die Festlegung der Indikatoren kann normativ auf Richtlinien oder Leitlinien beruhen, empirisch auf klinischen Studien beruhen oder im Konsens mit der Praxisleitung und dem -team festgelegt werden. Prozesse in einer ärztlichen Praxis lassen sich auch in Kern-, Führungs-, Unterstützungsprozesse und ausgegliederte Prozesse unterscheiden.

Kernprozesse: die eigentlichen Wertschöpfungsprozesse der Praxis

- Terminierung (Indikatoren: z. B. die Anzahl der Fehler bei der Patienteneinbestellung, Anzahl der Probleme mit der Raumnutzung, Wartezeit)
- Behandlungsvorbereitung (Indikatoren: z. B. die Zeit, die benötigt wird, um ein Behandlungszimmer vollständig zu richten, die Anzahl von Fehlern bei der Vorbereitung)
- Anamnese (Indikatoren: z. B. die Anzahl und die Aktualität der Erhebungsinstrumente, die Anzahl beschwerdenrelevanter Fragebögen)
- Diagnose (Indikator: z. B. Anzahl der Fehldiagnosen)
- Behandlung (Indikator: z. B. Anzahl der Fehlbehandlungen)
- Option: Überweisung (Indikatoren: z. B. Anzahl der positiven Rückmeldungen der Patienten, die Anzahl der Fälle, die „zu spät“ zur fachärztlichen Weiterbehandlung überwiesen wurden)

Führungsprozesse: Planung und Umsetzung der Praxisziele

- Planung von Prozessen und Ressourcen
- Bereitstellung der Ressourcen
- Mitarbeiterförderung
- interne Kommunikation, Information
- Messung, Datenanalyse, Controlling
- Fehlermanagement
- ständige Verbesserung



Unterstützende Prozesse

Unterstützende Prozesse sind für die Funktionsfähigkeit der Kernprozesse entscheidend, tragen aber nur indirekt zur Wertschöpfung bei.

- Verwaltung (der Akten, der Personalunterlagen, usw.)
- Abrechnung
- Einkauf
- Warenwirtschaft
- Wartung
- Instandhaltung
- Hygiene
- Messmittelüberwachung

Ausgegliederte Prozesse

Ausgegliederte Prozesse sind über Schnittstellen mit der Praxis verbunden, erfolgen jedoch außerhalb der Praxis.

- Krankenhäuser (Indikatoren: Anzahl der Patienten, die in der empfohlenen stationären Einrichtung ankommen, Zufriedenheit der Patienten mit der stationären Einrichtung im Sinne eines guten „matchings“)
- andere Ärzte (Indikatoren: Anzahl der Patienten, die bei dem empfohlenen Arzt zur Mit- und Weiterbehandlung ankommen, Zufriedenheit der Patienten mit dem empfohlenen Arzt im Sinne eines guten „matchings“)
- Krankenkassen
- andere Leistungserbringer

In der ambulanten Regelversorgung wurde Prozessmessung vor allem bei den Behandlungspfaden, bei der Integrierten Versorgung und bei den DMPs eingeführt. Integrierte Behandlungspfade bilden eine Teilmenge der Kernprozesse einer Gesundheitseinrichtung. Diese zeichnen sich neben den generellen Prozesseigenschaften und geeigneter organisatorischer Strukturierung durch einen höheren Detaillierungsgrad medizinischer Inhalte (Pfadeinschlusskriterien, Pfaddefinition, Pfadziele), und durch explizite Implementierung von Leitlinien, und deren Dokumentation aus. Integrierte Behandlungspfade sind insbesondere ein Instrument zur Optimierung der intersektoralen Versorgung. Zum Teil sind sie schon Bestandteil von Verträgen zur integrierten Versorgung. „Strukturierte Behandlungsprogramme“ (Disease Management Programme) sind speziell zur systematischen und koordinierten Behandlung chronisch Kranker entwickelt worden mit dem Ziel, sektorübergreifend den Behandlungsablauf und das Anforderungsprofil der medizinischen Versorgung festzulegen und zu verbessern. DMP sind bisher für Diabetes mellitus (I und II), Koronare Herzerkrankung, Brustkrebs, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) erarbeitet worden. Hierbei werden Behandlungsmethoden eingesetzt, die in wissenschaftlichen Studien auf

Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen – nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin – überprüft worden sind. Daneben sind Prozessmessungen selbstverständlich auch bei anderen Prozessen sinnvoll und möglich, z. B. in Bezug auf die Terminvergabe (Wartezeit auf Termin sowie Wartezeit in der Arztpraxis).

Es ist für eine Praxis zunächst vollkommen ausreichend, jährlich nur wenige Kennzahlen zu erfassen. Es ist allerdings wichtig, die Prozesse zu identifizieren, deren Veränderung, d. h. Verbesserung den größtmöglichen Nutzen für die Praxis haben. Die Praxisleitung kann sich in diesem Zusammenhang das Pareto-Prinzip zu Eigen machen: Es besagt, dass sich viele Aufgaben mit einem Mitteleinsatz von ca. 20 % so erledigen lassen, dass 80 % aller Probleme gelöst werden (Koch 1998). Die Diskussion im Team kann durch folgende Fragen geleitet werden:

- Welches sind unsere wichtigsten (häufigsten) Prozesse?
- Wo treten zurzeit Komplikationen auf?
- In welchen Bereichen wollen oder müssen wir uns verbessern?
- Was ist unsere Motivation, uns zu verbessern?
- Welche Daten sollen erhoben werden?
- Wie sollen die erhobenen Daten dokumentiert werden?
- Wer erhebt was?
- Wann erfolgt die erste Erhebung („Baseline“), wann die zweite Erhebung?
- Welcher Zeitraum ist für das gesamte Projekt vorgesehen?
- Beschreibung der Vorgehensweise anhand des PDCA Zyklus (s. Abb. 5 in Kap. III.1)

Zur Veranschaulichung geben wir eine Reihe typischer Probleme vor und zeigen beispielhaft auf, welche Indikatoren erhoben werden können, um Ist- und Soll-Zustand zu dokumentieren.

Prozess 1: Die Wartezeiten in der Praxis sind zu lang.

Indikatorenbeispiele:

- Messung der Wartezeit (objektiv).
- Befragung der Patienten (gefühlte Wartezeit, bzw. subjektive Zufriedenheit). Trotz der Vorgabe von einheitlichen Zumutbarkeitswerten (30 Minuten), ist die Bewertung durch die Patienten nicht einheitlich. Patienten empfinden die Wartezeit in Abhängigkeit von ihren Erwartungen, von ihrem Zustand und von der Situation im Wartezimmer als sehr unterschiedlich.

Prozess 2: Die Unterlagen der Klinik liegen der Praxis nicht vor wenn sie gebraucht werden.

Indikatorenbeispiel:

- Dauer zwischen Anforderung und Eintreffen der Unterlagen wird dokumentiert



Prozess 3: Es nehmen zu wenige Patienten an den Schulungsangeboten der Praxis teil.

Indikatorenbeispiele:

- Anzahl der Patienten, die an Schulungen teilnehmen
 - Baseline (vor Prozessverbesserung)
 - nach expliziter, ausführlicher Aufklärung durch den Arzt
 - nach expliziter, ausführlicher Aufklärung durch eine Mitarbeiterin
 - nach schriftlicher Einladung

Literatur

- Bellabarba J: AQUIK: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2009; in print
- Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quartely 1966; 44: 166–203
- Füermann T, Damasch C: Prozessmanagement. Anleitung zur Steigerung der Wertschöpfung, 2. Aufl. München: Hanser 2002
- Grawe K, Baltensberger C: Die Figurationsanalyse. Ein Konzept und Computerprogramm für die Prozess- und Erfolgsevaluation in der Therapiepraxis. In: Lairaiter A-R, Vogel H(Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: DGVT-Verlag 1998
- Koch R: Das 80/20-Prinzip. Mehr Erfolg mit weniger Aufwand. Frankfurt/M.: Campus 1998
- Mainz J (Hrsg.): Using Performance Measurement to Improve the Quality and Safety of Health Care. International Journal for Quality in Health Care 2004; 16 (Suppl. I): i1–i71

Links

www.azq.de
www.kbv.de/aquik.html