

Universität St. Gallen -
Hochschule für Wirtschafts-,
Rechts- und Sozialwissenschaften

Seminararbeit

**Outcome-Messung in den Spitälern des Kantons
Zürich. Konzept, Chance, Grenzen**

Wahlblock I: New Public Management
Vorlesungsnummer: 6,780,1.00
Prof. Dr. Kuno Schedler

Abgabetermin: 30. April 2002

Verfasserin:
Daniela Zumtaugwald
Rosenheimstr. 1
9008 St.Gallen
Matrikelnummer: 98-613-631

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	II
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	III
1 ZUSAMMENFASSUNG UND METHODIK.....	1
2 EINLEITUNG	2
2.1 Ausgangslage.....	2
2.1.1 Stellenwert der Outcome-Messung	2
2.1.2 Outcome-Messung im Spannungsfeld verschiedener Bedürfnisse.....	2
2.2 Ziel der Arbeit.....	3
2.3 Aufbau der Arbeit	3
3 THEORETISCHE GRUNDLAGEN.....	3
3.1 Grundlagen des Spitals	3
3.1.1 Ziele des Spitals.....	3
3.1.2 Anspruchsgruppen des Spitals.....	4
3.1.3 Die Versorgungsleistung des Spitals	4
3.1.4 Die Erfolgsgrössen im Spital.....	4
3.2 Der Qualitätsbegriff	5
3.2.1 Allgemein	5
3.2.2 Im Spital	5
3.3 Umfassendes Qualitätsmanagement im Spital.....	7
4 OUTCOME-MESSUNG IN DEN SPITÄLERN DES KANTONS ZÜRICH.....	9
4.1 Konzept.....	9
4.1.1 Prinzipien der Outcome-Messung	9
4.1.2 Definition des Begriffs Outcome-Messung	9
4.1.3 Verankerung der Outcome-Messung im Kanton Zürich	9
4.1.4 Organisation der Outcome-Messung.....	10
4.1.5 Arbeitsweise/Verfahren.....	11
4.1.6 Finanzierung der Outcome-Messung und des Vereins	12
4.2 Chancen der Outcome-Messung in den Zürcher Spitälern.....	13
4.3 Grenzen der Outcome-Messung in den Zürcher Spitälern	15
5 SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	18
LITERATURVERZEICHNIS.....	21
INTERNETVERZEICHNIS	22
VERZEICHNIS DER INTERVIEWPARTNER.....	22
ANHANG.....	23
Anhang 1: Interviewleitfaden	23
Anhang 2: Organigramm Stadtspital Triemli.....	24
Anhang 3: Organigramm Kantonsspital Winterthur	25

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Outcome-Messung im Spannungsfeld verschiedener Interessen und Bedürfnisse	2
Abbildung 2: Das EFQM-Modell	8
Abbildung 3: Organisation der verankerten Outcome-Messung	10
Abbildung 4: Qualitätsförderung durch Outcome-Messung: Wie?	11

1 ZUSAMMENFASSUNG UND METHODIK

Um das besorgniserregende Kostenwachstum in den Griff zu bekommen, sollte das Spitalfinanzierungssystem in der Schweiz grundlegend reformiert werden (Bundesamt für Statistik 313, zit. in Pira 1). Zu diesem Zweck wurden das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und die Krankenversicherungsverordnung (KVV) mit Wirkung vom 1.1.1996 revidiert. Ziel dieser Revision war es, durch die Einführung marktwirtschaftlicher Elemente die Effektivität und die Effizienz der Leistungserstellung zu erhöhen und das Kostenwachstum zu reduzieren. (Buschor 1-3, zit. in Pira 1) Zudem wird gemäss Art. 49 KVG Transparenz hinsichtlich der Qualität und hinsichtlich der Kosten der Leistungen und der Leistungsersteller verlangt. Hierfür wird von den Schweizer Spitälern gemäss Art. 58 KVG und Art. 77 KVV der Nachweis eines Qualitätsmanagements gefordert.

Als Reaktion auf diese Veränderung reformierte der Kanton Zürich die Steuerung der Spitäler im Sinne des New Public Managements (wirkungsorientierte Verwaltungsführung). Dies geschah im Rahmen des Spitalreformprojektes LORAS (Leistungsorientierte Ressourcenallokation im Spitalbereich). Als Begleitelement wurde die heutige Outcome-Messung (Ergebnisqualitätsmessung) eingeführt. Sie dient der Dokumentation der Qualität und ist Grundlage für die Qualitätsförderung. (www.vereinoutcome.ch/verein/geschichte.htm, 11.12. 2001)

Um einen Einblick in das Konzept der Outcome-Messung der Spitäler des Kantons Zürich zu erhalten, wurde im Kapitel 4.1 dieser Arbeit eine Inhaltsanalyse durchgeführt. Dabei wurden vor allem Artikel, die durch die Geschäftsstelle des Vereins Outcome verfasst wurden, berücksichtigt. Konnte durch die Inhaltsanalyse die Organisation, Arbeitsweise, Verfahren und Finanzierung der Outcome-Messung gut dargestellt werden, so liess sie doch offen, welche Chancen und Grenzen sich aus dem Konzept ergeben.

Daher wurde in Kapitel 4.2 und 4.3 mittels Leitfadengesprächen¹ mit dem Geschäftsstellenleiter des Vereins Outcome, M. Hochreutener, mit dem Qualitätsbeauftragten des Kantonsspitals Winterthur, M. Amstutz und mit dem Qualitätsmanager des Stadtspitals Triemli, F. Iff untersucht, welche Chancen und Grenzen sich ihrer Meinung nach aus der Outcome-Messung ergeben. Aus der Befragung geht hervor, dass es zahlreiche Chancen und Grenzen gibt. Das Benchmarking birgt durch die mögliche zukünftige Öffnung einerseits die grösste Chance in sich. Andererseits stellt es auch die zur Zeit wichtigste Grenze dar, da es vor der Transparenzsteigerung noch schwerwiegende methodischen Probleme zu lösen gibt.

¹ Ein Leitfadengespräch ist gemäss Stier ein teil-standardisiertes Interview. Der Interviewer ist gehalten, alle Fragen, die im Fragebogen aufgeführt sind, in der dort vorgesehenen Formulierung zu stellen. Bezüglich der Abfolge, in der er die Fragen stellt, hat er aber Wahlfreiheit. Diese kann gemäss dem sich entwickelnden Gesprächsablauf gestaltet werden. (184)

2 EINLEITUNG

2.1 Ausgangslage

2.1.1 Stellenwert der Outcome-Messung

Bei der Einführung leistungsorientierter Steuerungsinstrumente (Globalbudgets und Leistungsaufträge, Fallpauschalen) besteht wegen der veränderten Anreizsituation die Gefahr unkontrollierter Qualitätsveränderungen. Diese Gefahr wird durch den allgemein steigenden Kostendruck im Gesundheitswesen verstärkt. Um dieser Gefahr entgegenzuwirken, nimmt die Messung der Ergebnisqualität (Outcome) einen immer zentraleren Stellenwert ein. Die Erbringer, Finanzierer, Einkäufer und Nutzer von Spitalleistungen sollen künftig auf Outcome-Daten zurückgreifen können, um bessere Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung zu haben und um ausweisen zu können, was mit den eingesetzten Ressourcen erreicht wird. (Hochreutener und Eichler 42)

2.1.2 Outcome-Messung im Spannungsfeld verschiedener Bedürfnisse

International stösst man jedoch beim Thema Outcome-Messung immer auf dieselben Schwierigkeiten. Es resultiert ein Spannungsfeld aus den folgenden unterschiedlichen Interessen und Bedürfnissen:

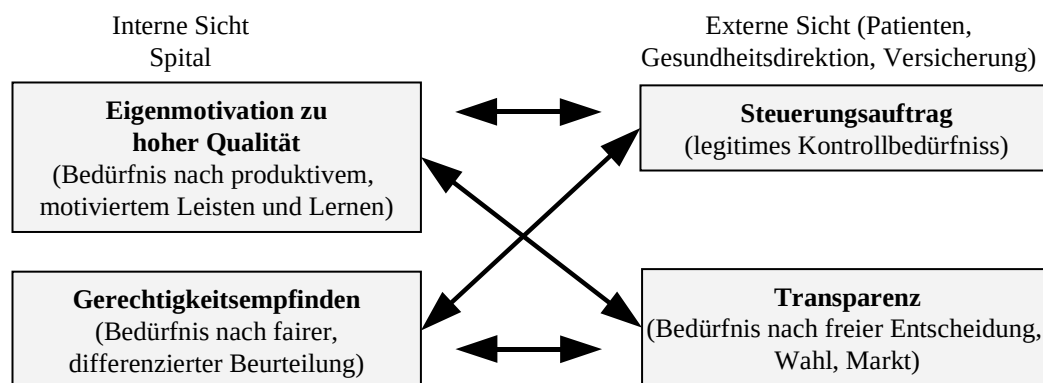


Abbildung 1: Outcome-Messung im Spannungsfeld verschiedener Interessen und Bedürfnisse (Hochreutener und Stäger 1)

Die Spitäler möchten einerseits die Outcome-Messungen als gute Grundlage, um ihre Dienstleistungsqualität zu fördern, am liebsten im Rahmen eines geschützten Benchmarkings und aus reiner Eigenmotivation. Andererseits sehen sie in der Outcome-Messung die Chance, irgendwelchen vorschnellen Entscheidungen aufgrund von Messungen des Staates, der Versicherer und der Kunden, entgegenzuwirken. Sie möchten durch die Outcome-Messung ein faires und differenziertes Abbild ihrer Leistungen erhalten.

Die Versicherer und der Staat müssen bei ihren strategischen Entscheiden zunehmend auch den Qualitätsaspekt berücksichtigen. Sie wollen die verfügbaren Mittel und Leistungsaufträge aufgrund der Outcome-Daten zusprechen. Zusätzlich möchten sie die Qualität kontrollieren und eingreifen können.

Die PatientInnen wünschen immer mehr Transparenz auch bezüglich Qualität. Sie wollen die Möglichkeit haben, als kritische Kunden die Anbieter von Spitalleistungen bewusst auszuwählen. (Hochreutener und Stäger 1)

Die Schwierigkeit eines erfolgreichen Konzeptes liegt darin, diese Spannungsfelder zu lösen.

2.2 Ziel der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist die Ausarbeitung folgender zwei Themenbereiche:

- Es wird dargelegt, welches Konzept die Outcome-Messung in den Zürcher Spitälern zur Lösung der unter 2.1 aufgezeigten Spannungsfelder entwickelte.
- Die ersten flächendeckenden Outcome-Messungen in den Spitälern des Kantons Zürich sind abgeschlossen. Die aus dem Konzept der Outcome-Messung erwachsenden Chancen und Grenzen stellen ein weiterer Themenbereich dar, dem sich die vorliegende Arbeit widmet.

2.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit setzt sich aus fünf Kapiteln zusammen. Im Anschluss an die vorausgehende kurze Zusammenfassung und dieser Einleitung werden im dritten Kapitel die theoretischen Grundlagen der Outcome-Messung vorgestellt. Im vierten Kapitel wird die Outcome-Messung in den Spitälern des Kantons Zürich untersucht. Es setzt sich aus drei Teilen zusammen. Im ersten Teil wird auf das Konzept eingegangen. Die folgenden zwei Teile sind grösstenteils Resultate und Erkenntnisse aus den durchgeführten Interviews. Es wird auf Chancen und Grenzen der Outcome-Messung eingegangen. Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse des vierten Kapitels zusammengefasst.

3 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

3.1 Grundlagen des Spitals

3.1.1 Ziele des Spitals

Das Spital wird anhand eines Sachziels und eines Formalziels geführt. Das Sachziel besteht in der qualitativ und quantitativ optimalen Versorgung der Bevölkerung mit stationären Spitalleistungen. Das Formalziel gibt die Kriterien an, aufgrund derer die Entscheidung über eine Handlungsalternative getroffen wird und beinhaltet demnach finanzwirtschaftliche Aspekte. Ein Spital kann noch verschiedene Nebenziele verfolgen. (Eichhorn 14-30, zit. in Pira 23)

Die Festlegung der konkreten Ziele wird von einer Vielzahl interner und externer Anspruchsgruppen beeinflusst. Die Spitalleitung muss die unterschiedlichen Ziele der Anspruchsgruppen in Einklang bringen. (Pira 23)

3.1.2 Anspruchsgruppen des Spitals

Zu den internen Anspruchsgruppen zählen alle Mitglieder des Spitals von der Spitalleitung bis zum Haus- und Transportdienst.

Externe Anspruchsgruppen stellen die Öffentlichkeit, der Staat, die Krankenversicherer, andere Anbieter stationärer oder ambulanter Gesundheitsleistungen, Lieferanten, Krankenhausträger, die PatientInnen und deren Angehörige dar (Ulrich und Fluri 79, zit. in Schmutte 48). Alle externen Anspruchsgruppen ausser die Lieferanten sind Kunden des Spitals (Pira 23).

3.1.3 Die Versorgungsleistung des Spitals

Die Versorgungsleistung des Spitals ist sowohl ein Gesundheitsgut, als auch eine Dienstleistung und ein meritorisches Gut.

Die Leistungen des Spitals können der Kategorie der Gesundheitsgüter zugeordnet werden, da sie den Gesundheitszustand des Konsumenten und des Nachfragers zu verbessern versuchen.

Die Spitalleistungen gelten als Dienstleistungen, da sie meistens immaterielle Güter darstellen, sie neben den pflegerischen Leistungen auch Hotelleistungen darstellen, weder lager- noch transportfähig sind, sie am Ort der Entstehung der Nachfrage produziert werden, und die Präsenz des Kunden erforderlich ist. Das Spital wird deshalb der Gruppe der Dienstleistungsbetriebe zugeordnet.

Die Leistungen des Spitals können als meritorische Güter angesehen werden, da jedem Individuum das Recht auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Einrichtungen zugesprochen wird, unabhängig davon, ob der Nachfrager in der Lage ist, die daraus resultierenden Kosten zu tragen. Die Verantwortung für die Bereitstellung des Angebotes an Spitalleistungen liegt beim Staat. Dieser schliesst aber die Produktion durch private Institutionen nicht aus. (Pira 24-26)

3.1.4 Die Erfolgsgrössen im Spital

Anhand der Grössen Effizienz und Effektivität wird die Leistung des Spitals bewertet.

Die Effektivität der Leistungen des Spitals bemisst sich am Grad der Zielerreichung des Sachziels. Zur Quantifizierung des Sachziels müssen Leistungsindikatoren definiert werden. (Eihhorn 459, zit. in Pira 28)

Die Effizienz von Supportleistungen des Spitals, wie Labor- Hotelleistungen, kann aufgrund einer klaren Produktdefinition einfach gemessen werden. Das Problem liegt nun darin, das Resultat der in der Zielsetzung vorgegebenen medizinischen Leistungen im Sinne eines Produktes qualitativ und quantitativ zu definieren. (Pira 28/29)

Es kann ein Zielkonflikt zwischen Effektivität und Effizienz entstehen (Schedler und Proeller 63).

3.2 Der Qualitätsbegriff

3.2.1 Allgemein

Der Begriff „Qualität“ stammt vom lateinischen Wort „qualitas“, welches sich auf Ausdrücke wie „Beschaffenheit“, „Eigenschaft“, „Güte“ oder auch Wert einer erstellten Leistung bezieht (Wüthrich-Schneider 9).

Da der Begriff Qualität von verschiedenen Wissenschaftszweigen auf unterschiedliche Art behandelt wird, existiert eine grosse Palette von Definitionen für den Begriff Qualität (Pira 8). Qualität kann folglich nicht allgemein verbindlich definiert werden (Conrad 1).

Als Grundlage für diese Arbeit soll die Qualitätsdefinition der International Organization for Standardization (ISO) DIN ISO 8402 dienen:

„Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“ (N.N.)

3.2.2 Im Spital

Eine grundlegende Definition der Qualität im Spitalbereich geht auf den Amerikaner Avedis Donabedian zurück. Er unterscheidet zwischen „technical quality“, „inter-personal-quality“ und den „amenities“. Die „technical quality“ umfasst die Anwendung der medizinischen Technik und Verfahren bei der Behandlung des Patienten. Die „inter-personal-quality“ beinhaltet die persönlichen Aspekte der medizinischen Behandlung, vor allem die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Die „amenities“ stellen die mit der medizinischen Behandlung verbundenen Annehmlichkeiten dar und können der „inter-personal-quality“ zugerechnet werden. (Donabedian 4/5, zit. in Pira 29)

Donabedians Definition wurde inzwischen vielfach erweitert. Sie wurde unter anderem durch die „ökonomische Qualität“ ergänzt, um den Zusammenhang zwischen der Qualität und den begrenzten Ressourcen zum Ausdruck zu bringen (Eichhorn 38, zit. in Pira 30). Dadurch wurden die in Punkt 3.1.4 erwähnten Erfolgsgrössen im Spital, die Effizienz und Effektivität, in den Qualitätsbegriff aufgenommen.

Der Qualitätsbegriff lässt sich auch danach, worauf er sich bezieht, unterscheiden. Donabedian unterscheidet folgende Qualitätskategorien im Spital: (Pira 29/30)

3.2.2.1 Strukturqualität

Die Strukturqualität setzt die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung. Sie umfasst die hierzu notwendigen personellen, physischen und finanziellen Ressourcen (Schmutte 93). Dazu zählen im einzelnen personale Elemente, wie die Art, Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter,

materielle Elemente, wie die Art und der Umfang der Personalausstattung, der medizinischen Einrichtungen, der Zimmerausstattung und organisatorische Elemente, wie die Aufbauorganisation. Nach Kaltenbach (69, zit. in Pira 30) spiegelt die Strukturkategorie der Qualität eher das Vermögen wieder eine bestimmte Qualität erbringen zu können, und weniger die Qualität selbst. (Pira 30)

Die Strukturqualität lässt sich leicht messen und erfassen, ihr Einfluss auf die Ergebnisqualität ist jedoch unbestimmt (Donabedian 71, zit. in Pira 30).

3.2.2.2 Prozessqualität

Die Prozessqualität definiert Donabedian als „normatives Verhalten“, das durch den Stand der medizinischen Forschung sowie der gesellschaftlichen Werte und Normen bestimmt wird (Donabedian 80, zit. in Schmutte 94).

Die Prozessqualität bezieht sich auf die gesamte medizinische und nicht-medizinische Betreuung im Laufe einer Behandlung (Pira 31). Darunter fällt Diagnostik, Therapie, Strategien zur Erkennung und Behandlung der Erkrankungen, sinnvolle Reihenfolge der diagnostischen Verfahren, kostengünstiges Verhalten, Effektivität, Effizienz, Informationen, Zusammenarbeit, Kommunikation, Fortbildung und Instruktion (Donabedian 79, zit. in Wüthrich-Schneider 22).

Die Abgrenzung der Prozessqualität zu der Struktur- und Ergebnisqualität ist nicht immer eindeutig. Schliesslich kann auch eine hohe Prozessqualität kein optimales Ergebnis garantieren. Sie stellt dennoch einen wichtigen Bestimmungsfaktor für die Ergebnisqualität dar (Kaltenbach 71/72, zit. in Pira 31). Hinsichtlich der Controllingaufgabe ist sie von grosser Bedeutung (Conrad 1).

3.2.2.3 Ergebnisqualität

Das Ergebnis (Outcome) ist der direkteste Indikator für die Qualität der Versorgungsleistung in dem sich alles zuvor Geschehene dokumentiert (Beuck 49, zit. in Pira 31).

Die Ergebnisqualitäts-Messungen (Outcome-Messungen) dienen der Beurteilung und Optimierung sowohl der Leistungserbringung selbst als auch der Optimierungsbemühungen (z.B. des Qualitätsmanagements). Die Ergebnisqualität kennzeichnet die Änderung des Gesundheitszustandes des Patienten. Donabedian bezieht, über die gewöhnlich berücksichtigten physischen und physiologischen Leistungsaspekte hinaus, auch die Einstellungen der Patienten und ihre Zufriedenheit sowie den gesundheitsrelevanten Wissenserwerb durch den Patienten und Verhaltensänderungen mit ein (80, zit. in Schmutte 94). Die Ergebnisqualität bezieht sich folglich auf die medizinische und nicht-medizinische Betreuung (Pira 31).

Die objektive Messung der medizinischen Ergebnisqualität stellt ein bisher ungelöstes Problem dar (Palmer et al, zit. in Pira 31). Ein bedeutender Gliederungsvorschlag für Kriterien zu dieser Messung unterscheidet zwischen Death, Disease, Disability, Discomfort und Dissatisfaction (Lohr 39, zit. in Pira 31). Die Ursache für die Messschwierigkeiten liegt in der Heterogenität der Ausgangssituation der Patienten. Es wird nun versucht mit Hilfe der International Classification

of Diseases, die Diagnosis Related Group sowie der Patient Management Categories die Ausgangssituation zu standardisieren. (Ingruber 22, zit. in Pira 32) Wenn möglich soll das Ergebnis durch Indikatoren abgebildet werden.

Outcome-Messungen stehen nicht im Gegensatz zu Anstrengungen und Messungen im Prozess- und Strukturbereich, sondern sind Ausgangs- und Endpunkt für das Prozess- und Strukturmanagement. Damit Outcome-Messungen ihr volles Potential ausschöpfen, müssen sie Prozessverbesserungen zur Folge haben. (www.vereinoutcome.ch/verein/philosophie_ergebnisq.htm, 11.12.2001)

3.2.2.4 Erweiterung der Trilogie von Donabedian

Infolge des Kostenwachstums im Gesundheitswesen wurde die Rationierung zu einem wichtigen Thema. Qualität muss nun auch im Spannungsdreieck Geld-Zeit-Qualität betrachtet werden. Dies führt dazu, dass das Gesundheitswesen eine Erweiterung der Deierformel von Donabedian fordert. Daraus resultiert das Sechs-Dimensionen-Modell der Qualität (Kocher 749, zit. in Wüthrich-Schneider 24): Zugang-Indikation-Struktur-Prozess-Ergebnis-Zufriedenheit. Zugang ist ein sehr wichtiges Merkmal der Qualität und bedeutet, dass wer eine Behandlung benötigt auch behandelt werden soll. Bei der Indikation geht es darum, die Dringlichkeit einer Intervention abzuklären. Die Zufriedenheit bezieht sich in erster Linie auf die Patienten aber auch auf die Angehörigen, das Personal und die Bevölkerung allgemein. (Wüthrich-Schneider 24)

Kritisch kann zum Konzept von Donabedian angemerkt werden, dass nicht zuletzt individuelle Faktoren die Lebensqualität massgeblich bestimmen, was sein Konzept nicht berücksichtigt (Conrad 1).

3.3 Umfassendes Qualitätsmanagement im Spital

Das Qualitätsmanagement hat zum Ziel ergänzend zur internen Qualitätssicherung die Qualitätsanforderungen des Kunden im Rahmen der Qualitätsplanung und Qualitätslenkung festzulegen respektive zu erfüllen. Um den sich ändernden Anforderungen und Erwartungen der Kunden gerecht zu werden, muss die Qualitätsverbesserung ein wesentliches Element des Qualitätsmanagements werden. Dies wird immer wichtiger, da die Qualität der Dienstleistungen und damit der Kunde mit seinen Anforderungen und Erwartungen für das Spital zu Faktoren strategischer Bedeutung werden.

Um eine hohe Versorgungsleistung dauerhaft zu gewährleisten, müssen die Projekte zur Qualitätsverbesserung Bestandteil der allgemeinen Massnahmen zur Entwicklung und Optimierung des Krankenhauses sein. Es ist erforderlich, die Projekte in ein Gesamtkonzept des Qualitätsmanagements, wie beispielsweise die Normenreihe ISO 9000 oder das umfassende Qualitätsmanagement (TQM) einzubetten. (Pira 35/36)

Für das umfassende Qualitätsmanagement existiert keine einheitliche Definition (Pira 16). Nach ISO 8402 wird TQM folgendermassen definiert: „Es ist eine Management- bzw. Führungsmethode, die auf der Mitwirkung aller ihrer Mitglieder beruht und durch Zufriedenstellen der Patienten und Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt (N.N.).

Es ist nicht nur ein Konzept des Qualitätsmanagements, sondern ein ganzheitlicher Unternehmensführungsansatz, der alle Bereiche einer Organisation einschliesst. Aus der Definition lässt sich ableiten, dass sich die Organisation kontinuierlich verbessern und auf die ändernden Anforderungen der Anspruchsgruppen oder Hauptinteressengruppen, d.h. Patienten, einweisende Ärzte etc. ausrichten muss. Folglich handelt es sich beim TQM um einen optimierenden Qualitätsmanagement-Ansatz, dessen Kern in der Verbesserung der langfristigen Voraussetzungen für eine höhere Gesamtqualität liegt (Verbeck 120, zit. in Pira 40).

Zur Beurteilung der Qualitätsmanagementprogramme dienen weltweit etablierte TQM-Modelle wie z.B. das EFQM oder ISO 2000. Aufgrund seiner Bedeutung für den europäischen Sprachraum soll das EFQM-Modell im folgenden beschrieben werden. (Pira 40) Es besteht aus folgenden neun Kriterien:

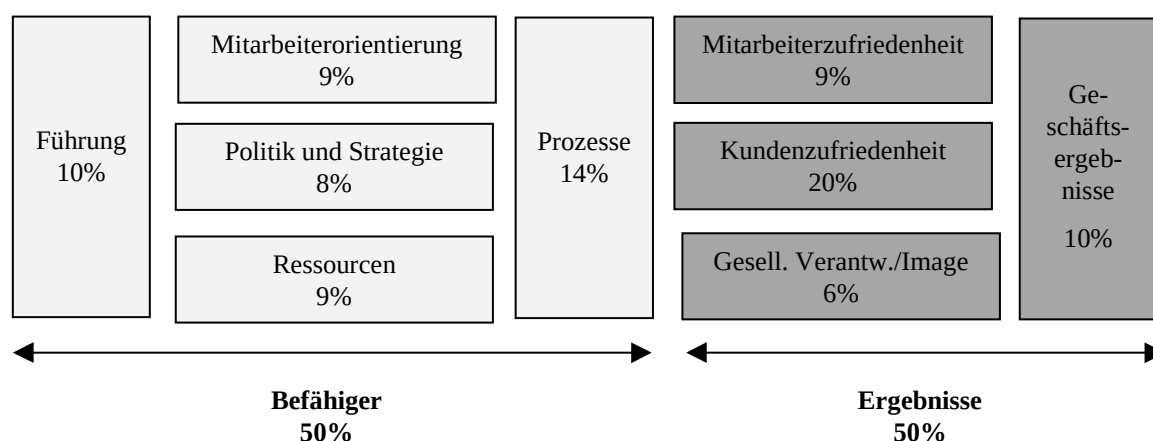


Abbildung 2: Das EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management 8)

Diese lassen sich in Ergebnis- und Befähigerkriterien gliedern. Die Befähigerkriterien fragen danach, wie das Spital die Ergebnisse erzielt, die Ergebniskriterien, was tatsächlich erzielt wurde. Die Prozentzahlen geben die Gewichtung der Kriterien an. Anhand der Kriterien lässt sich eine Aussage darüber gewinnen, inwieweit das Spital die Prinzipien und Inhalte des TQM umgesetzt hat. (Pira 40/41) Das Spital kann entweder eine Selbstbewertung oder eine Fremdbewertung durchführen.

4 OUTCOME-MESSUNG IN DEN SPITÄLERN DES KANTONS ZÜRICH

4.1 Konzept

4.1.1 Prinzipien der Outcome-Messung

Um das in der Ausgangslage dargestellte Spannungsfeld zu lösen, stützt sich die Outcome-Messung des Kantons Zürich auf folgende Grundprinzipien:

Organisation

- Einbezug aller Parteien, aktive Verantwortungsübernahme aller
- klare Strukturen
- transparente Finanzierung

Arbeitsweise/Verfahren

- Vertrauenskultur, Wille zur Zusammenarbeit, Kompromissbereitschaft und Rücksichtnahme, keine Alleingänge
- primäres Ziel ist die Qualitätsförderung
- Zwang zum Konsens, schrittweise Weiterentwicklung
- transparente Verfahren, Entscheidungsprozesse, Spielregeln. (Hochreutener und Stäger 2)

4.1.2 Definition des Begriffs Outcome-Messung

Die Outcome-Messung wird in diesem Konzept verstanden als Messung des Gesamtergebnisses der Spitalleistung unter Berücksichtigung mehrerer Perspektiven und mit der Absicht, Steuerungsentscheide in Zusammenhang mit Qualitätsdaten zu treffen (Hochreutener und Eichler 1).

4.1.3 Verankerung der Outcome-Messung im Kanton Zürich

Der Beginn der heutigen Outcome-Messungen (=Ergebnisqualitätsmessungen) geht auf das Spitalreformprojekt LORAS (Leistungsorientierte Ressourcenallokation im Spitalbereich) der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zurück.

Die Gesundheitsdirektion und die Spitäler erarbeiteten zusammen in drei Schritten die Grundlagen der heutigen organisierten Outcome-Messung im Kanton Zürich. Zwischen 1996 und 2000 wurde

- mit den neun LORAS-Pilotspitälern ein aussagekräftiges Instrumentarium, bestehend aus Indikatoren zur Messung des Outcomes entwickelt (Projekte Outcome I und Outcome 98).
- danach mit 13 Zürcher Spitälern und 3 Nicht-Zürcher-Spitälern das Messinstrumentarium verbessert und zusätzliche Massnahmen zur Steigerung der Datenqualität entwickelt (Projekt Outcome Weiterentwicklung)

- die Outcome-Messungen in einem Verankerungsvertrag, der von Vertretern aller subventionierten Akutspitäler, von den Versicherern, der Gesundheitsdirektion, den Patientenorganisationen und den zuweisenden Grundversorgern unterzeichnet wurde, breit abgestützt (Projekt „Verankerung der Ergebnisqualitäts-Messung im Kanton Zürich“). Dabei wurden die Fragen der Organisation, Finanzierung, Messinhalte und Verfahren bezüglich Outcome-Messung im Kanton Zürich beantwortet.

Darauffolgend gründeten die in Punkt 3 genannten Vertragspartner auf Basis des unterzeichneten Verankerungsvertrages den Verein „Outcome“. Dieser ist seit dem 1. Januar 2000 operativ tätig. (www.vereinoutcome.ch/verein/geschichte.htm, 11.12.01)

4.1.4 Organisation der Outcome-Messung

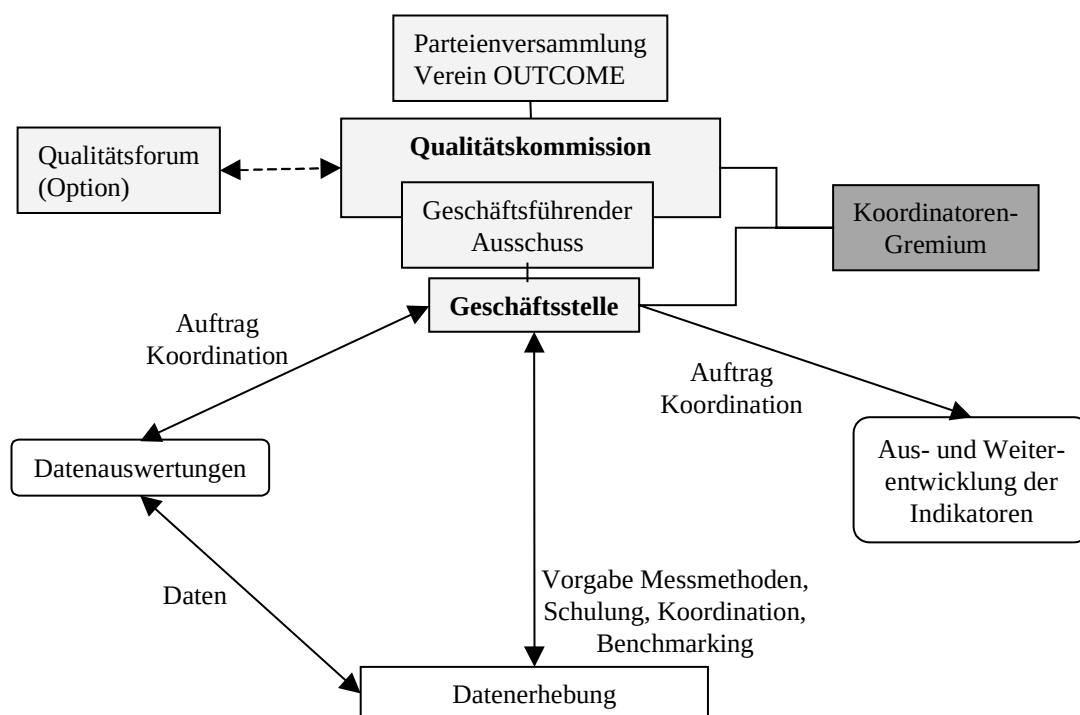


Abbildung 3: Organisation der verankerten Outcome-Messung (www.vereinoutcome.ch/verein.organisation.htm 11.12.2001)

Zentrales Gremium für die relevanten Entscheide im Verein Outcome ist die paritätisch getragene Qualitätskommission (QK) – zurzeit präsiert vom Direktor des Zürcher Stadspitals Triemli, Markus Müller – mit einem geschäftsführenden Ausschuss (Hochreutener und Stäger 3). In der QK haben der Kanton, die Versicherer und die Spitäler je eine Stimme aber drei Sitze. Diese können sie je nach Bedarf besetzen. Gemäss M. Hochreutener besetzen die Spitäler alle drei Sitze mit je einer Vertretung der Kantons-, Stadt- und Landspitäler. Die drei Berufsgruppen Management, Ärzt und Pflege werden berücksichtigt. Die Versicherer besetzen auch alle drei Sitze. Die Gesundheitsdirektion besetzt hingegen nur einen Sitz. (Hochreutener, Interview) Die Patientenorganisationen und die zuweisenden Ärzte, als Kunden des Spitals, haben ständigen

Einsitz als Beiräte (Hochreutener und Stäger 3). Die Entscheidungen werden im Konsens getroffen.

Wie M. Amstutz und F. Iff berichteten, fühlen sich die Qualitätskoordinatoren² der Spitäler jedoch oft zu wenig eingebunden. (Interviews) Deshalb wird nun gemäss M. Hochreutener, um die QK als Hearing-Gruppe zu ergänzen, noch zusätzlich ein Koordinatoren-Gremium eingeführt. Auf diese Weise werden die Koordinatoren für gewisse Entscheidungen formell stärker eingebunden. Die Entscheidungskompetenz bleibt aber bei der QK. (Interview)

Gemäss M. Hochreutener „bildet die Parteienversammlung Verein Outcome sozusagen die „Generalversammlung“ des Vereins Outcome. Dies ist eine durch drei politische Galleons-Personen erweiterte QK, eine sogenannte Super-Qualitätskommission. Hier werden nur Formalitäten und ganz wichtige Entscheidungen getroffen z.B. Abnahme des Gesamtbudgets und des Jahresabschlusses und Neuwahlen der Gremien-Mitglieder.“ (Interview)

Für die operativen Tätigkeiten wie z.B. Umsetzung der Outcome-Messungen mit den Spitälern und Auswertungen, betreibt der Verein eine Geschäftsstelle (Hochreutener und Stäger 3). Das Outcome-Team der Geschäftsstelle wird bis Ende 2002 erweitert und neu formiert. Die „Pioniere“ gehen und neue Kräfte übernehmen die Verantwortung. (Newsletter des Vereins Outcome, 19.4.02)

4.1.5 Arbeitsweise/Verfahren

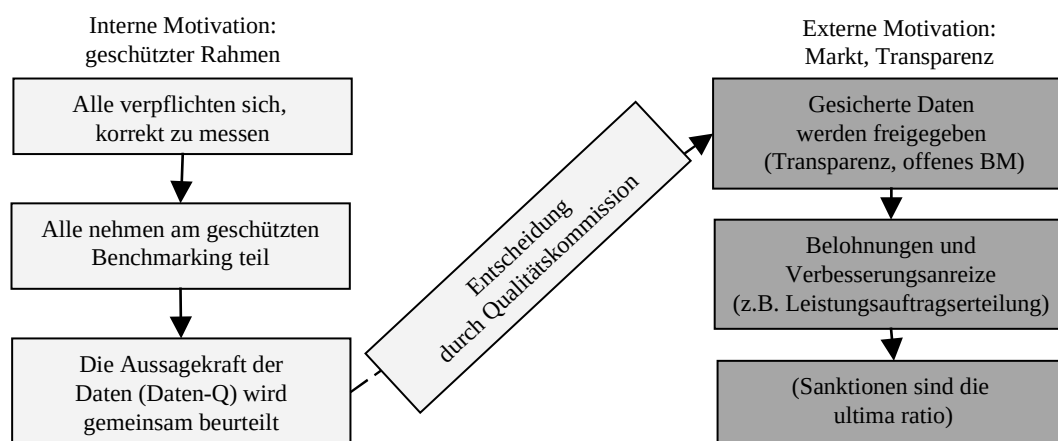


Abbildung 4: Qualitätsförderung durch Outcome-Messung: Wie? (Hochreutener und Eichler 48)

In der QK wird das Messvolumen festgelegt. Wie das Messvolumen jedoch besetzt wird, können die Spitäler zusammen mit der Geschäftsstelle unter Berücksichtigung der fix vorgegebenen Messthemen frei wählen. Danach werden die erforderlichen Mittel bereitgestellt

² Dies ist die Person im Spital, welche die Übersicht über alle Messungen im Spital hat. Sie ist zuständig für die zentrale Koordination der Messung, ist Ansprechperson für die Geschäftsstelle sowie Anlaufstelle für alle Belange, die nicht messthemenspezifisch und direkt mit den Messverantwortlichen angegangen werden können. Diese Funktion übernimmt meistens der Qualitätsbeauftragte oder der Qualitätsmanager (www.vereinoutcome.ch/messungen/messoranisation.htm, 11.12.2001)

(siehe Abschnitt 4.1.6). Die Spitäler verpflichten sich, die Messungen zusammen mit der Geschäftsstelle korrekt durchzuführen und sollten sich nach den Messungen an einem zielgerichteten Lernprozess beteiligen.

In der ersten Phase findet ein geschütztes Benchmarking statt. (Hochreutener und Stäger 4) Die Spitäler erhalten die Ergebnisse primär in vergleichenden Benchmarking-Darstellungen, in welchen die Spitäler nicht benannt werden, sondern anonymisiert (codiert) dargestellt werden. Jedes Spital kennt natürlich seinen eigenen Code. Die Transparenz kann unter bestimmten Bedingungen im geschlossenen Kreis der Spitäler geöffnet werden. In von der Geschäftsstelle organisierten Benchmarking Workshops analysieren die Spitäler gemeinsam die Messergebnisse. Bei unterschiedlichen Qualitätsergebnissen werden die möglichen Ursachen besprochen. Vorläufig erhalten höchstens die Mitglieder der QK ad personam Einsicht in anonyme Daten der Zürcher Spitäler. (www.vereinoutcome.ch/pdf/Regeln20%Zürcher20%Spitäler.pdf)

Das Ziel ist es, mittelfristig die Messergebnisse, bei denen man von einer hohen Aussagekraft ausgehen kann, in geeigneter, publikumsgerechter Form zu veröffentlichen, sofern alle Parteien einverstanden sind. Dadurch wird die Transparenz gegenüber den Leistungsempfängern, den Finanzierern und der Öffentlichkeit erhöht (Marktsituation).

Sanktionsmassnahmen stellen lediglich eine ultima ratio dar. Sie würden zur Anwendung kommen, wenn andauernd und nachweislich schlechte Qualität erbracht würde. Sofern die für Verbesserungsmassnahmen zur Verfügung gestellte Zeit ungenutzt verstreichen würde. (Hochreutener und Eichler, 48)

In den Spitälern erfolgt die Outcome-Messung nach den Qualitätskriterien: Outputkriterien, diagnoseabhängigen Kriterien (Tracerdiagnosen), diagnoseunabhängigen Kriterien und der Kundenzufriedenheit (www.vereinoutcome.ch/messungen/messthemen.htm, 11.12.01) Gemäss den Interviewpartnern stellt diese Kriterienwahl eine gute Lösung des Problems der nicht Messbarkeit der medizinischen Ergebnisqualität dar.

4.1.6 Finanzierung der Outcome-Messung und des Vereins

Die Durchführung der Outcome-Messungen werden im Kanton Zürich finanziert. Die Versicherer und die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entrichten den Spitälern präzise kalkulierte Beiträge für klar definierte Messvolumina. Im Jahr 2000 waren es im kantonalen Durchschnitt 32 Franken pro Spitalaustritt (Betrag variiert von Spital zu Spital). (Hochreutener und Stäger 3) Gemäss M. Hochreutener ist die Finanzierungssumme seit 2000 um 12 % gestiegen und sie wird nochmals ein wenig ansteigen, da die Teuerung seit dem Ur-Businessplan etwa 20% beträgt (Interview). Diese Gelder decken sowohl den spitalinternen Messaufwand als auch den spitalexternen Aufwand (Kosten für Supportleistungen durch die Geschäftsstelle). Sie sind zweckgebundene Mittel d.h. die Spitäler müssen damit die internen Messausgaben und die Leistungen der Geschäftsstelle des Vereins bezahlen. Diese stellt den

Spitälern anfangs Jahr Rechnung und finanziert dadurch ihr Budget. (www.vereinoutcome.ch/verein/finanzierung.htm, 11.12.01)

4.2 Chancen der Outcome-Messung in den Zürcher Spitälern

Aus den geführten Interviews gehen folgende Chancen für die Outcome-Messung in den Spitälern des Kantons Zürich hervor:

- **Förderung des Qualitätsbewusstseins und eines einheitlichen Qualitätsverständnisses:** Wie M. Amstutz und F. Iff berichteten, sind viele Mitarbeiter am Messprozess beteiligt. Diese werden auf das Thema Qualität sensibilisiert, indem sie einerseits durch den Verein Outcome geschult werden und andererseits in der täglichen Arbeit einen zusätzlichen Aufwand leisten. Sie müssen z.B. wenn Blinddarm gemessen wird, pro Blinddarm einen Fragebogen ausfüllen. (Interviews) Zur allgemeinen Kommunikation des einheitlichen Qualitätsbewusstseins und Verständnisses werden, wie F. Iff anfügte, im Spital Triemli auch Vorträge zum Qualitätsmanagement angeboten (Interview).
 - **Erhöhung der Motivation der Mitarbeiter und Etablierung einer ausgeprägten Haltung zum Wettbewerb:** Es besteht ebenfalls eine Chance darin, dass durch das geschützte Benchmarking der Wettbewerbsgedanke der Mitarbeiter erhöht wird, und sie motivierter an die Arbeit gehen.
 - **Förderung des Kulturwandels in Richtung Patientenorientierung:** Die in die Outcome-Messung integrierte Messung der Kundenzufriedenheit ermöglicht es, sich auf die Kundenpräferenzen zu fokussieren und eine Erhöhung der Kundenzufriedenheit zu erzielen. Dies birgt wiederum Chancen in sich. Erstens soll ein Patient zufrieden über seinen Spitalaufenthalt sein. Zufriedenheit kann den Heilungsprozess beschleunigen. Zweitens spielt die Patientenzufriedenheit eine grosse Rolle im Kampf um den Wettbewerb unter den zur Wahl stehenden Spitälern. Nicht zu vergessen ist auch die Zufriedenheit der zuweisenden Ärzte, da sie oftmals ihren Patienten Spitaler empfehlen. (Wüthrich-Schneider, 22/23)
 - **Benchmarking:** Durch das geschützte Benchmarking können die Spitäler einerseits miteinander verglichen werden. Andererseits kann durch das Öffnen der Transparenz unter bestimmten Bedingungen im geschlossenen Kreis der Spitäler der Austausch zwischen den Spitälern gefördert werden. Daraus resultiert ein gegenseitiger Lernprozess. Allgemein wird die Transparenz jedoch derzeit sehr zurückhaltend gehandhabt. Es gelangen primär keine Messresultate an die Öffentlichkeit und wissenschaftliche Publikationen sind nur unter bestimmten Bedingungen erlaubt. (www.vereinoutcom.ch/pdf/Regeln..., 29.4.2002)
- Eine weitere Chance liegt in der Öffnung des Benchmarking. Die Messergebnisse, bei denen man von einer hohen Aussagekraft ausgehen kann, sollen mittelfristig in geeigneter, publikumsgerechter Form veröffentlicht werden, sofern alle Parteien einverstanden sind. Dadurch wird die Transparenz gegenüber den Leistungsempfängern, den Finanzierern und der

Öffentlichkeit erhöht (Marktsituation). Die Outcome-Messungen bilden folglich die Grundlagen zur Transparenz. Es wird von aussen ein vermehrter Druck entstehen nicht nur zu messen, sondern auch Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. (Hochreutener und Eichler 48)

Ein Europäischer Benchmark der Spitäler birgt ebenfalls eine Chance in sich. Gemäss M. Hochreutener wird dieser Vergleich zur Zeit nur bezüglich Kundenzufriedenheit durchgeführt. Die Möglichkeit daraus einen Lerneffekt erzielen zu können, sind aber aufgrund der räumlichen Distanz beschränkt. (Interview)

- **Förderung neuartiger zukunftssträchtiger Zusammenarbeit:** Dies kann von drei Perspektiven betrachtet werden. Erstens ist Outcome das einzige System, wo sich Versicherung, Staat und Spitäler gemeinsam in ein Regelwerk geben und produktiv zusammenarbeiten. Zweitens arbeiten die Spitäler für einmal zusammen und helfen einander bei Qualitätsproblemen weiter, und drittens wird gemäss M. Amstutz die Interdisziplinarität gefördert und gelebt. (Interviews)
- **Erleichterung der Einführung eines Qualitätsmanagements und eines umfassenden Qualitätsmanagements nach EFQM oder ISO 2000:** Die Outcome-Messungen bilden die Grundlagen für einen Lern- und Verbesserungsprozess, folglich für das Qualitätsmanagement. Um erfolgreich zu sein, ist es erforderlich, die Qualitätsverbesserungs-Projekte in ein Gesamtkonzept des Qualitätsmanagements, wie beispielsweise die Normenreihe ISO 9000ff oder das umfassende Qualitätsmanagement nach EFQM oder ISO 2000 einzubetten. (Pira 35/36) Dies wird durch die Outcome-Messung ebenfalls erleichtert, da bereits die Kundenzufriedenheit und die Ergebnisqualität, die Bestandteile des EFQM sind, gemessen werden (siehe Kapitel 3.3). Gemäss M. Amstutz sind alle Outcome-Spitäler auf dem Weg zu einem umfassenden Qualitätsmanagement nach EFQM oder ISO 2000 (Interview). Die Spitalleitung des Spitals Triemli hat beschlossen ein Qualitätsmanagement-Ansatz nach EFQM zu entwickeln. Es werden bereits EFQM-Selbstbewertungen durchgeführt (F. Iff, Interview). Im Spital Winterthur wird Anfangs nächstes Jahr entschieden, ob es zu einer Selbstbewertung kommen soll. Man ist aber zur Zeit schon dabei ein Qualitätsmanagementmodell nach EFQM zu entwickeln. (M. Amstutz, Interview)
- **Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen (KVG) und der Vorgaben der Leistungskontrakte und Vereinbarungen mit den Kostenträgern:** Gemäss Art. 58 KVG und Art. 77 KVV wird von den Schweizer Spitälern der Nachweis eines Qualitätsmanagements gefordert. Allein schon durch die Outcome-Messungen werden die gesetzlichen Vorschriften erfüllt. Die Zürcher Outcome-Messungen und das gemeinsam definierte Regelwerk, die Organisationsform und die Verfahren des Vereins, werden als erstes systematisches Qualitätskonzept für Akutspitäler, das KVG-konform ist, anerkannt (Newsletter des Vereins Outcome, 19.4.2002).

- **Weiterentwicklung der Outcome-Messungen:** Wie M. Hochreutener berichtete, ist auf der einen Seite die inhaltliche Weiterentwicklung der Outcome-Messungen eine grosse Chance, zur Zeit gibt es zum Beispiel noch keinen Kindermedizin-Tracer³. Auf der anderen Seite steckt noch viel Potential in der Weiterentwicklung hinsichtlich der Nutzung der Daten durch die Spitäler. Der Verein Outcome wird in Zukunft noch vermehrt versuchen das Coaching zu übernehmen, und die Vernetzung und das noch stärkere Konzentrieren einer Gesamtentwicklung voranzutreiben. (Interview) Es gibt bereits ein Projekt dieser Art. Es wird „Emerge“ genannt, und es sind zwölf Spitäler aus der ganzen Schweiz beteiligt. Darunter vier aus dem Kanton Zürich. Träger sind der Verein Outcome und das Bundesamt für Sozialversicherungen. In Emerge geht es um die Optimierung der Betreuung von Notfallpatienten. Die zwölf Spitäler werden nicht nur gemessen, sondern auch in einem Verbesserungsprozess begleitet. Zur Zeit sind die Spitäler an der Umsetzung der Verbesserungen. Basis dafür sind die Outcome-Messungen vom Frühjahr 2001. Die zweite Messung im Frühjahr 2002 wird zeigen, in welchem Ausmass die Massnahmen bereits messbare Erfolge bringen. (Newsletter des Vereins Outcome, 19.4.2002)
- **Ausweitung der Outcome-Messung:** Zur Zeit werden die Outcome-Messungen nur für die Akutspitäler durchgeführt. Folglich besteht noch die Möglichkeit, die Outcome-Messungen auf andere Bereiche z.B. den ambulanten Bereich, Psychiatrie, Rehabilitation auszudehnen. Ebenfalls liegt eine Chance in der Ausweitung auf mehr Fläche. Durch die Zusammenarbeit mit dem Kanton Bern werden ab 2003 alle Berner Spitäler zusammen mit den Zürcher Spitälern Outcome messen. (Newsletter des Vereins Outcome, 19.4.2002) Der Kanton Aargau und Solothurn werden folgen. Gemäss M. Hochreutener liegt die Chance folglich darin, dass der Verein überkantonale wird. Ziel ist ein regional konsolidiertes Wachstum mit Partnern, die reif sind dazu. (Interview)

4.3 Grenzen der Outcome-Messung in den Zürcher Spitälern

Aus den Interviews gehen ebenfalls zahlreiche Grenzen hervor:

- **Mangelnde Akzeptanz innerhalb des Spitals:** Die Einstellung zur Outcome-Messung innerhalb eines Spitals variiert. Seitens der Mitarbeiter stösst sie auf geringe Akzeptanz und wird als unbeliebt und mühsam eingestuft. Grund dafür ist der Mehraufwand der die Outcome-Messungen verursachen. Seitens der Spitalleitung wird die Outcome-Messung oftmals als Last eingestuft. Obwohl die ganze Outcome-Messung kooperativ entwickelt wurde, wird sie als diktiert empfunden. Dies ist aber eine Kulturfrage. Gemäss M. Hochreutener ist das Gesundheitswesen nicht gewohnt strategisch zu managen. Daraus resultiert, dass bereits

³ Diagnoseabhängige Kriterien zur Messung der medizinischen Ergebnisqualität der Kindermedizin

selber entwickelte Lösungen am Schluss noch als diktiert angesehen werden. (Interview)
Dadurch wird die Wirkung in die Organisation hinein gemindert.

- **Benchmarking:** Im Benchmarking verbergen sich zwei Grenzen der Outcome-Messung. Das gemeinsame Besprechen von Ursachen der Qualitätsunterschiede durch die Spitäler kann an eine Grenze stossen. Nach Meinung von F. Iff wird durch dieses Verfahren mit der Zeit erreicht, dass alle Spitäler mit ihren Messwerten nahe beieinander liegen. Von diesem Zeitpunkt an macht eine weitere Messung des betroffenen Ergebnisses wenig Sinn. (Interview) Die zweite und zwar methodische Grenze wird durch den Wunsch zur Öffnung des Benchmarkings ersichtlich. Vermehrt wünschen die Öffentlichkeit, Finanzierer, Fachgruppen und auch einzelne Spitäler aus unterschiedlichen Interessen einen Einblick in die Messresultate, Methoden, Datenqualität und Verbesserungsmaßnahmen. Die Spitäler fürchten jedoch, dass eine unvorsichtige Transparenzsteigerung die Qualitätskultur beeinträchtigen werde. Niemand erhebt Daten mit denen er in einem Ranking schlecht abschneidet. Deshalb wird nur ein gemeinsames Vorgehen, in dem alle Partner inkl. alle Spitäler beteiligt werden, eine sinnvolle Lösung hervorbringen. Um ein Verfahren und Grundregeln zur Transparenzsteigerung zu entwickeln, Vor- und Nachteile und allfällige Konsequenzen abzuschätzen und eine zwischen den Partnern im Konsens getragenen Entscheidung herbeizuführen, hat die QK nun eine Arbeitsgruppe eingesetzt. Die Arbeitsgruppe, die sich aus Vertretern der Spitäler, der Gesundheitsdirektion, der Versicherer und der Geschäftsstelle Outcome zusammensetzt, trägt derzeit im Sinne eines Brainstormings Ideen, Vorschläge und zu bedenkende Aspekte zum Thema zusammen. (Wieviel Transparenz? www.vereinoutcome.ch/news/transparenz.htm, 22.04.02)
- **Anonymität:** Vor allem die Qualitätsbeauftragten sehen in der Anonymität eine Grenze. Sie befürchten, dass durch eine Verletzung der Anonymität der Resultate die Qualitätskultur beeinträchtigt werden könnte. M. Hochreutener stuft hingegen die Gefahr nicht als sehr hoch ein. Eine Verletzung der Anonymität würde zwar zu einer Krise führen, diese wäre aber händelbar. Es ist eine Frage der Kommunikation und Information. Alle Beteiligten müssen sich bewusst sein, dass die Messungen nur durchgeführt werden können, wenn sich alle an die Regeln halten. (Interview)
- **Nicht Nutzung der Outcome-Messungen als Grundlagen für das Qualitätsmanagements:** In 2/3 der Spitäler wurde bis jetzt fast nur gemessen und keine Qualitätsverbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Folglich kam es seit der Einführung der Outcome-Messungen bei vielen Spitälern nur zu geringen bis keinen Qualitäts-Verbesserungen. Dies resultiert aus der Tatsache, dass Messmengen, welche die Spitäler jährlich erbringen und die vor drei Jahren zusammen mit Spitälern, Versicherern und Gesundheitsdirektion bestimmt wurden, als zu hoch angesetzt empfunden werden. (Newsletter des Vereins Outcome, 19.4.2002). Gemäss M. Hochreutener hat man entschieden, die Messmenge um 20% zu

reduzieren. Sollten sich künftig immer noch keine wesentlichen Qualitätsverbesserungen abzeichnen, wird man Massnahmen einleiten müssen. Leider besteht zur Zeit noch kein Druck von aussen. Folglich ist es Führungsaufgabe/Managementaufgabe des Spitals diesem Punkt die richtige Priorität einzuräumen. Leider beherrschen viele Spitalleitungen diese Art von strategischer Führung, Prioritätensetzung und die Fähigkeit intern das Kräftespiel zwischen verschiedenen Begehrlichkeiten auszubalancieren noch nicht. Sie haben meistens eine reaktive Mentalität. (Interview) Gemäss dem von M. Amstutz genannten Prinzip: „Verbesserungsmassnahmen sind leichter, wenn Fehler vorausgehen“ (Interview). Das Management muss ein Qualitätsmanagement aufbauen lassen, von dem Outcome nur ein Bestandteil bildet. Dies wurde noch nicht in allen Spitälern verwirklicht. Im Spital Triemli wurde das Qualitätsmanagement erst vor $\frac{3}{4}$ Jahren und im Spital Winterthur im Dezember 2000 eingeführt.

- **Positionierung des Qualitätsmanagements:** Nach Meinung von M. Hochreutener sollte die Qualitätsmanagement-Abteilung einerseits der Führung eine Entscheidungsgrundlage zur Verfügung stellen um Qualitätsmanagement zu betreiben und andererseits im Auftrag der Führung gewisse Qualitätsmanagementprogramme durchführen. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, muss die Qualitätsmanagement-Abteilung als Stabstelle der Geschäftsleitung positioniert sein. In den Spitälern wird sie zur Zeit oftmals in eine Sub-Abteilung ausgelagert und bei bestimmten Kliniken, der Pflegeabteilung oder der Personalentwicklung angesiedelt. Die Konsequenz daraus ist, dass sich die Spitalleitung nicht mehr für das QM verantwortlich fühlt. (Interview) Im Spital Triemli ist der Qualitätsmanager F. Iff vorbildlich direkt unter der Spitalleitung positioniert, wobei im Spital Winterthur der Qualitätsbeauftragte M. Amstutz zwar als Stabstelle positioniert ist, aber seine direkten Vorgesetzten die Co-Chefärzte der chirurgischen und medizinischen Klinik sind (siehe Anhang 2 und 3).
- **Zerfall des gemeinsamen Vorangehens** (Betreiben der Plattform des Vereins Outcome): Träger des Vereins Outcome sind die Versicherer, der Staat und die Spitäler. Wie M. Hochreutener berichtete, „kann, wenn eine Partei aus dem Vertragsverhältnis austritt, die Outcome-Messung entweder in Richtung der Spitäler fallen und zu einer Alibi-Übung werden oder in Richtung der Kostenträger und zu einer Polizei- oder Administrationsübung werden.“ (Interview) Folglich hängt das Gelingen der Outcome-Messung vom gemeinsamen Vorangehen der Träger des Vereins ab.
- **Eine erkenntnistheoretische Grenze:** Nach Meinung von M. Hochreutener erhält man durch die Outcome-Messungen eine bessere Entscheidungsgrundlage für sehr komplexe Probleme, für Situationen bei denen man früher viel eher intuitiv entschieden hat. Seitdem man jedoch diese Entscheidungsgrundlagen hat, sieht man wie unzulänglich diese sind. Dennoch sind die Entscheidungsgrundlagen besser als vorher, als sie noch viel unzulänglicher waren. Dies überfordert gewisse Leute. Auf der einen Seite sind Mediziner

nicht gewohnt auf unwissenschaftlichen Grundlagen zu entscheiden, auf der anderen Seite sind 80% der täglichen medizinischen Entscheidungen nicht evidenzbasiert. Die Outcome-Daten werden von den Mediziner*innen als unwissenschaftlich bezeichnet. Dies ist Management-rationalität versus Wissenschaftsrationalität. (Interview)

5 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, das Konzept, die Chancen und Grenzen der Outcome-Messung in den Spitälern des Kantons Zürich aufzuzeigen. Die erarbeiteten Chancen und Grenzen lassen sich aber nicht verallgemeinern, da sie aus den Leitfadengesprächen mit dem Geschäftsstellenleiter des Vereins Outcome und je einem Vertreter der Kantonsspitäler und der Stadtspitäler hervorgehen. Um ein wirklich differenziertes Abbild der Thematik zu erhalten, müssten auch Vertreter der Versicherer, des Staats, der Patientenorganisation und der zuweisenden Grundversorger befragt werden, was aber den Umfang dieser Arbeit überschreitet.

Zusammenfassend kann folgendes festgehalten werden:

Die Gesundheitsdirektion und Spitäler des Kantons Zürich haben durch konstruktive Zusammenarbeit ein erfolgreiches Konzept der Outcome-Messung erarbeitet. Es löst die Spannungsfelder, die aus den Bedürfnissen und Interessen der einzelnen Anspruchsgruppen resultieren. Das Konzept wurde in einem von den Spitälern, den Versicherern, der Gesundheitsdirektion, den Patientenorganisationen und den zuweisenden Grundversorgern unterzeichneten Vertrag verankert. Darauf basierend wurde der Verein Outcome gegründet. Dieser Verein ist ein gemeinsames Gefäss, das ein konkretes Konzept, genau definierte Verfahren und eine Finanzierungslösung liefert.

Die Organisation der Outcome-Messung ist grundsätzlich gut überlegt. Die Qualitätskommission, mit Vertretern aller Träger des Vereins, ist zentrales Gremium für die relevanten Entscheide. Für die operativen Tätigkeiten ist die Geschäftsstelle Outcome verantwortlich. Trotzdem herrscht eine Missstimmung seitens der Qualitätskoordinatoren. Sie möchten stärker in den Entscheidungsprozess der Qualitätskommission miteinbezogen werden. Aus diesem Grund wird neu das Koordinatoren-Gremium eingeführt. Es wird bei allen Entscheidungen miteinbezogen, erhält jedoch keine Entscheidungskompetenz.

Bei der Arbeitsweise betreffend Outcome-Messung werden zur Zeit vor allem die folgenden ersten beiden Schritte der geplanten Verfahren in die Tat umgesetzt: Korrektes Messen durch alle Spitäler und Teilnahme am geschützten Benchmarking. Die Öffnung des Benchmarkings und damit der externe Druck ist ein mittelfristiges Ziel und stellt zur Zeit ein methodisches Problem dar. Die Outcome-Messung in den Spitälern erfolgt nach den Qualitätskriterien Outputkriterien, diagnoseabhängigen Kriterien (Tracerdiagnosen), diagnoseunabhängigen Kriterien und der Kundenzufriedenheit. Durch diese Kriterien ist eine objektive Messung der medizinischen Ergebnisqualität möglich.

Die Spitäler tragen keine Kosten für die Outcome-Messungen. Diese werden transparent finanziert durch Versicherer und die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

Aus den in Kapitel 4.2 und 4.3 erarbeiteten Chancen und Grenzen lassen sich folgende Punkte hervorheben::

Betreffend Mitarbeiter liegen einige Chancen und Grenzen in der Outcome-Messung. Einerseits kann das Qualitätsbewusstsein erhöht, ein einheitliches Qualitätsverständnis gefördert, die Motivation gesteigert, und eine ausgeprägte Haltung zum Wettbewerb etabliert werden. Andererseits besteht die Gefahr, dass die Outcome-Messung als reine Last angesehen wird. Durch die mangelnde Akzeptanz seitens der Mitarbeiter wird die Wirkung in die Organisation hinein gemindert.

Das Benchmarking birgt zur Zeit wohl die grössten Chancen und Grenzen der Outcome-Messung in sich. Durch das Benchmarking wird der Austausch zwischen den Spitälern gefördert. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, das geschützte Benchmarking zu öffnen. Daraus wird von Seiten des Marktes ein grosser Druck auf die Spitäler entstehen. Bisher haben die meisten Spitäler nur gemessen und keine Verbesserungsmassnahmen eingeleitet, was die Wirkung der Outcome-Messungen sehr begrenzte. Durch den entstehenden externen Druck werden die Spitäler nun vermehrt die Outcome-Daten als Grundlagen für das Qualitätsmanagement einsetzen. Für die Öffnung des Benchmarking liegen zur Zeit jedoch noch methodische Grenzen im Weg. Da die zu erhebenden Daten leicht manipulierbar sind, befürchten die Spitäler, dass eine unvorsichtige Transparenzsteigerung die Qualitätskultur beeinträchtigen wird. Um ein Verfahren und Grundregeln zur Transparenzsteigerung, Vor- und Nachteile und allfällige Konsequenzen abzuschätzen, hat die Qualitätskommission eine Arbeitsgruppe eingesetzt.

Ob das Qualitätsmanagement schlussendlich einen Einfluss auf das Geschehen im Spital hat, hängt von der Positionierung der Qualitätsmanagement-Abteilung ab. Die Abteilung sollte als Stabstelle der Geschäftsleitung positioniert sein, damit sich diese auch fürs QM verantwortlich fühlt.

Durch die Outcome-Messungen wird eine neuartige zukunftssträchtige Zusammenarbeit gefördert. Nicht nur die Spitäler und die verschiedenen Abteilungen arbeiten zusammen, sondern auch Versicherer, Staat und Spitäler. Jedoch stellt vor allem die letztgenannte Zusammenarbeit eine grosse Gefahr der Outcome-Messung dar. Sollte eine dieser Parteien aus dem Vertragsverhältnis austreten, wird die ganze Messung zu einer Alibi-Übung oder zu einer reinen Administrationsübung.

Das Konzept der Outcome-Messung ist so erfolgreich, dass die Chancen gross sind, dass es sich weiterentwickelt und ausweitet. Die Weiterentwicklung kann sowohl die inhaltliche Weiterentwicklung als auch eine Weiterentwicklung in der Nutzung der Daten durch die Spitäler betreffen. Wobei hinsichtlich der Nutzung der Daten mit dem Projekt Emerge bereits

eine Weiterentwicklung eingeleitet wurde. Die beteiligten Spitäler werden auf ihrem Verbesserungsprozess durch den Verein Outcome begleitet. Mit Ausweitung wird einerseits die räumliche Ausweitung der Outcome-Messungen verstanden. Ab 2003 werden voraussichtlich alle Berner Spitäler ebenfalls Outcome messen. Andererseits besteht die Möglichkeit der Ausweitung auf andere Bereiche.

LITERATURVERZEICHNIS

Conrad, Hans-Joachim. *Qualitätsmanagement und Controlling im Krankenhaus*. Frankfurt am Main: pmi Verlagsgruppe GmbH, 1997

European Foundation for Quality Management. *Das EFQM-Modell für Excellence*. Brüssel: EFQM, 1999,

N.N.: DIN ISO 8402-*Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung: Begriffe*. Berlin: Beuth Verlag, 1994

Pira, Andrea. *Umfassendes Qualitätsmanagement im Spital*. Zürich: Hochschulverlag AG an der ETH, 1999

Schedler, Kuno und Proeller, Isabelle. *New Public Management*. Bern; Stuttgart; Wien; Haupt: Paul Haupt Berne, 2000

Schmutte, Andre M. *Total Quality Management im Krankenhaus*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag, 1998

Stier, Winfried. *Empirische Forschungsmethoden*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 1999

Verein Outcome. *Qualitätsförderung in den Spitälern mittels Outcome-Messungen*, Newsletter, 1 (2002), 19.4.2002

Wüthrich-Schneider, Esther. *Qualitätsmanagement in den Spitälern: Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit*. Diss. Universität St.Gallen, Nr. 2186, 1998. Bamberg: Difo Druck GmbH, 1998

INTERNETVERZEICHNIS

Hochreutener, Marc-Anton und Eichler, K. „Messung der Ergebnisqualität im Kanton Zürich“,

<http://www.demo-pro-qm.de/Loras-Vortrag.pdf>, 30.3.2002

--- und Stäger, Luca. „checks and balances“, *Managed Care*. 4 (2000),

<http://www.fmc.ch>, 11.12.2001

<http://www.vereinoutcome.ch>

VERZEICHNIS DER INTERVIEWPARTNER

Fritz Iff, Q-Manager, Spital Triemli, Zürich, Interview, 17.4.2002

Marc-Anton Hochreutener, Geschäftsstellenleiter Verein Outcome, Zürich,

Interview, 19.4.2002

Martin C. Amstutz, Q-Beauftragter, Spital Winterthur, Winterthur, Interview, 19.4.2002

ANHANG

Anhang 1: Interviewleitfaden

- Wie sieht die Organisation des Vereins Outcome/spitalintern aus?
- Wie wird die Outcome-Messung finanziert?
- **Was ist ihre grundsätzliche Erfahrung mit dem Konzept der Outcome-Messung?**
Würden sie es anderen Spitälern empfehlen? Wird nur gemessen oder auch Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und durchgeführt?
- **Welche wesentlichen Veränderungen konnten seit der Einführung der organisierten Outcome-Messung beobachtet werden (positive und negative)?** z. B. betreffend Kosten, Kundenzufriedenheit
- **Welche Chancen ergeben sich aus der Outcome-Messung in den Spitälern des Kantons Zürich?** Ist das umfassende Qualitätsmanagement für sie eine Chance, die aus der Outcome-Messung entsteht? Welche Outcome-Spitäler sind dabei und welche haben bereits ein umfassendes Qualitätsmanagement eingeführt?
- **Wo liegen die Grenzen des Konzepts?** Stösst die Outcome-Messung bei der Messung der medizinischen Ergebnisqualität an Grenzen (Heterogenität), oder hat man eine gute Lösung gefunden?

Anhang 2: Organigramm Stadtspital Triemli

Anhang 3: Organigramm Kantonsspital Winterthur