

The representation of anaesthesiology in the quality report

H. R. Kosiek¹ · U. Bartels² · H. Reinelt²

Darstellung der Anästhesiologie im Qualitätsbericht

- 1 Klinik für Anästhesiologie, AMEOS Klinikum Alfeld, (Chefarzt: Dr. B. Volger)
- 2 Abteilung Kardioanästhesiologie, Universitätsklinikum Ulm (Komm. Leiter: Priv.-Doz. Dr. H. Reinelt)

Interessenkonflikt:

Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

Schlüsselwörter

Anästhesie – Qualitätsbericht – Herzzentren – Mitarbeiterqualifikationen

Keywords

Anaesthesia – Quality Report – Cardiac Centres – Staff Qualification

Zusammenfassung

Hintergrund: Dient der strukturierte Qualitätsbericht nur zur rein wissenschaftlichen Vergleichbarkeit der Organisationseinheiten, oder kommt ihm darüber hinaus eine wachsende Rolle als Marketinginstrument durch die öffentliche Darstellung der eigenen Qualität zu, und wie kann dieses Instrument von der Anästhesie genutzt werden?

Methode: Bei 80 deutschen Herzzentren wurde die Darstellung der anästhesiologischen Organisationseinheiten im strukturierten Qualitätsbericht auf den Einsatz von Freitext, Bildern und die Abbildung der Mitarbeiterqualifikationen untersucht.

Ergebnisse: Es zeigte sich ein deutlicher Unterschied der eigenständigen Darstellung der Anästhesiologie zwischen reinen Herzzentren (17) und gemischten Kliniken (63) mit 47 % bzw. 93 %. Bei den aufgeführten anästhesiologischen Organisationseinheiten ist der Einsatz von Bildern und Freitext bei den reinen Herzzentren (87,5 % bzw. 75 %) höher als bei den gemischten Kliniken (42,3 % bzw. 45,7 %). Die Darstellung der Mitarbeiterqualifikationen variiert stark.

Schlussfolgerung: Alle anästhesiologischen Abteilungen sollten auf ihre eigenständige Darstellung unter Teil B des strukturierten Qualitätsberichtes Wert legen. Um spezialisierte Bereiche besser abbilden zu können, erscheinen eine spartenbezogene Anpassung der Qualitätsmerkmale in Teil B und verpflichtende Angaben zur Mitarbeiterqualifikation wünschenswert.

Summary

Background: Is the sole purpose of the structured quality reports the scientific comparison of organizational units, or is it increasingly acquiring the role of an instrument for publicly marketing the quality of one's own institution? If so, how can this marketing tool be exploited by anaesthesiologists?

Method: The quality reports for anaesthesiology units in 80 German cardiac centres were examined with respect to their use of free text, images and the presentation of staff qualifications.

Results: There was a significant difference in the independent presentation of anaesthesiology units between centres providing strictly cardiac care (17) and those providing general medical care (63), namely 47 % and 93 %, respectively of the clinics surveyed.

Among the listed anaesthesiology units the use of images and free text by cardiac care centres (87.5 % and 75 %, respectively) exceeded that of combined care clinics (42.3 % and 45.7 %, respectively). The presentation of staff qualifications varied greatly.

Conclusion: All anaesthesiology units should provide a separate presentation of their qualifications in part B of the quality reports. For a better representation of specialised subunits, the adaptation of quality features in part B to the individual specialisation, as well as mandatory details concerning staff qualifications would seem preferable.

Einleitung

Um mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit für Patienten und Krankenkassen zu schaffen, sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser – die sogenannten Plankrankenhäuser sowie Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben – gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V dazu verpflichtet, alle zwei Jahre rückwirkend für das vorangegangene Jahr einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen und diesen zu veröffentlichen. Diese gesetzliche Vorgabe trat erstmals 2005 in Kraft und galt rückwirkend für das Jahr 2004. Die Krankenhäuser stellen ihren Qualitätsbericht den Krankenkassen zur Verfügung, die diesen im Internet veröffentlichen [10].

Der strukturierte Qualitätsbericht gibt eine systematische Übersicht über die Leistungen eines Krankenhauses. Der Aufbau und die Pflichtangaben des strukturierten Qualitätsberichtes sind in Anlage 1 zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts festgelegt. Die Anforderungen gemäß Anlage 1 sind als Mindestanforderungen zu verstehen [2]. Darüber hinausgehende Freitextangaben sind möglich, wenn die vorgegebene Dateigröße nicht überschritten wird. Der Qualitätsbericht besteht aus vier Teilen: Teil A über die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses, Teil B über die Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen, Teil C über die Qualitätssicherung und Teil D über das Qualitätsmanagement. In Teil B des Qualitätsberichtes werden die einzelnen Organisationseinheiten dargestellt. Hauptabteilungen müssen dargestellt werden, die Darstellung nicht bettenführender Abteilungen ist möglich, aber nicht verpflichtend.

Die einzelnen Organisationseinheiten werden in 12 Unterpunkten B-[X].1-12 dargestellt. Das [X] steht für die fortlaufende Nummer der Organisationseinheiten. Diese Punkte enthalten Name und Anschrift (B-[X].1), die Versorgungsschwerpunkte (B-[X].2), Leistungs- und Serviceangebote (B-[X].3 und 4), Fallzahlen (B-[X].5),

Diagnosen nach ICD (B-[X].6) und Prozeduren nach OPS (B-[X].7), Angaben über ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-[X].8-10), apparative (B-[X].11) und personelle Ausstattung (B-[X].12) der einzelnen Abteilungen. Angaben über die ärztliche und pflegerische Fachexpertise sollen unter B-[X].12.1+2 gemacht werden [2]. Das Leistungsspektrum der Anästhesiologie lässt sich häufig erst durch die Betrachtung der Punkte B-[X].5 und 6 der operativen Abteilungen erkennen, da die Anästhesiologie nur wenige Patienten selber entlässt.

Ist der strukturierte Qualitätsbericht eine Erfassung von Daten und Fakten zur rein wissenschaftlichen Vergleichbarkeit der Organisationseinheiten oder dient er darüber hinaus als Information für alle interessierten Personen sowie als Entscheidungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung von Patienten insbesondere für Leistungserbringer? Oder kommt ihm darüber hinaus eine wachsende Rolle als Marketinginstrument durch die öffentliche Darstellung der eigenen Leistungen und deren Qualität zu? Wie weit können spezialisierte Abteilungen wie zum Beispiel die Kardioanästhesiologie in der aktuellen Form der strukturierten Qualitätsberichte ihre Leistungen und Qualifikationen angemessen darstellen?

Diese Arbeit zeigt die Darstellung der anästhesiologischen Organisationseinheiten an den deutschen herzchirurgischen Zentren in Teil B der strukturierten Qualitätsberichte für das Berichtsjahr 2008. Die anästhesiologischen Abteilungen der Herzzentren wurden für diese Betrachtung ausgewählt, da sich der Unterschied zwischen reinen Herzzentren und größeren Kliniken mit integrierter Herzchirurgie in der Mitarbeiterstruktur der anästhesiologischen Abteilungen deutlich widerspiegelt. Die Probleme in der Abbildung spezialisierter Anästhesieabteilungen auf der einen Seite sowie großer anästhesiologischer Abteilungen mit integrierten Spezialisten auf der anderen im Rahmen des vorgegebenen QM-Berichtes lassen sich am Beispiel der Kardioanästhesiologie gut darstellen.

Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Darstellung der ärztlichen und pflegerischen Fachexpertise unter B-[X].12. Die Bandbreite der darstellbaren Qualifikationen sind im Anhang 2 zur Anlage 1

zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V aufgeführt [1].

Methodik

Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) gibt es aktuell in Deutschland 81 herzchirurgische Zentren [5]. Ein Herzzentrum in privater Trägerschaft ist jetzt nicht mehr eigenständig und daher nicht verpflichtet, einen gesonderten Qualitätsbericht zu erstellen.

In 16 dieser Zentren ist die Herzchirurgie die einzige operative Fachdisziplin. Hier besteht ein enger Zusammenhang der Daten der anästhesiologischen Abteilungen mit der Herzchirurgie. Die weiteren 64 herzchirurgischen Zentren sind in Kliniken mit breiterem chirurgischen Spektrum integriert, so dass hier – mit einer Ausnahme – der kardioanästhesiologische Anteil an der Darstellung der anästhesiologischen Organisationseinheiten vor allem hinsichtlich der ärztlichen und pflegerischen Fachexpertise nicht separat beurteilt werden kann. Die einzige eigenständige Abteilung für Kardioanästhesiologie wird in der weiteren Auswertung den reinen Herzzentren zugezählt. Damit beträgt das Verhältnis zwischen reinen Herzzentren und in größere Kliniken integrierten Herzzentren in dieser Arbeit 17 zu 63.

Die strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2008 der Herzzentren wurden nach folgenden Fragestellungen untersucht: Ist der Qualitätsbericht direkt auf der Homepage der Klinik abrufbar, oder war der Qualitätsbericht 2008 nur über die Weiße Liste der Bertelsmann-Stiftung zu erreichen? Die Weiße Liste wurde von der Bertelsmann-Stiftung gemeinsam mit den Dachverbänden von Patienten- und Verbraucherorganisationen ins Leben gerufen, um ein Internetportal zu schaffen, das über das Leistungsangebot und die Qualität der Gesundheitsanbieter informiert [6].

Weiter wurde untersucht, ob im Teil B der Qualitätsberichte eine anästhesiologische Organisationseinheit aufgeführt wird, und wenn nicht, wo die Anästhesiologie Erwähnung findet. Bei den dargestellten anästhesiologischen Organisationseinheiten wurde die Form der Darstellung auf den Einsatz

von Freitext, Farbe und Bildern untersucht. Der Anteil der ärztlichen Mitarbeiter mit Facharztanerkennung wurde ebenso erfasst wie die Zusatzbezeichnungen sowie die Anzahl und die Qualifikationen der pflegerischen Mitarbeiter. Bei der pflegerischen Fachexpertise wurde zwischen Fachweiterbildungen und Zusatzqualifikationen unterschieden.

Ergebnisse

Bei 14 der 17 reinen Herzzentren war der strukturierte Qualitätsbericht 2008 auf der Homepage zu finden, bei drei Kliniken konnte der Qualitätsbericht über die Weiße Liste abgerufen werden. 52 der 63 weiteren Kliniken mit integriertem Herzchirurgischen Zentrum haben den Qualitätsbericht 2008 auf ihrer Homepage aufgeführt, bei 11 Kliniken konnte der Qualitätsbericht über die Weiße Liste gefunden werden. Das Angebot der Qualitätsberichte auf den Homepages variierte sehr stark. Teilweise waren Links zum Qualitätsbericht 2008 bereits auf der Startseite zu finden, teilweise wurde der Link unter Qualitätsmanagement, oder Verwaltung, oder erst mit Hilfe der Suche-Funktion gefunden.

Bei den 17 rein herzchirurgischen Zentren ist die Anästhesiologie bei 8 Zentren im Teil B des strukturierten Qualitätsberichtes als separate Organisationseinheit aufgeführt. Von den 63 Kliniken mit integriertem Herzzentrum wurde bei 59 Kliniken die Anästhesiologie als Organisationseinheit unter Teil B des Qualitätsberichtes aufgeführt. Bei 4 Kliniken wird die Anästhesiologie überhaupt nicht separat dargestellt.

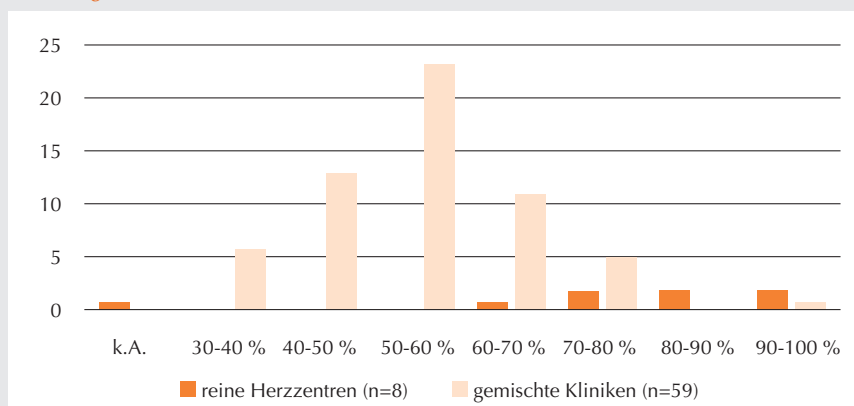
Über die gesetzlich geforderten Mindestangaben hinaus haben 6 der 8 separat dargestellten anästhesiologischen Organisationseinheiten in den reinen Herzzentren ihre Abteilung in Freitext oder ausführlichen Kommentaren beschrieben (Tab. 1). 7 von 8 haben in ihrem Abschnitt unter Teil B Bilder eingesetzt. 27 der 59 dargestellten anästhesiologischen Organisationseinheiten in den gemischten Kliniken haben die Möglichkeit zu Freitext genutzt, und 25 von 59 haben zur Beschreibung ihrer Abteilung Bilder eingesetzt. Einige Kliniken haben im Freitext ihre eigenen Qualitätsindikatoren wie typische post-operative Beschwerden, Patientenzufriedenheit oder Schmerzdokumentationen

Tabelle 1

Abbildung der anästhesiologischen Organisationseinheiten in Teil B der strukturierten Qualitätsberichte.

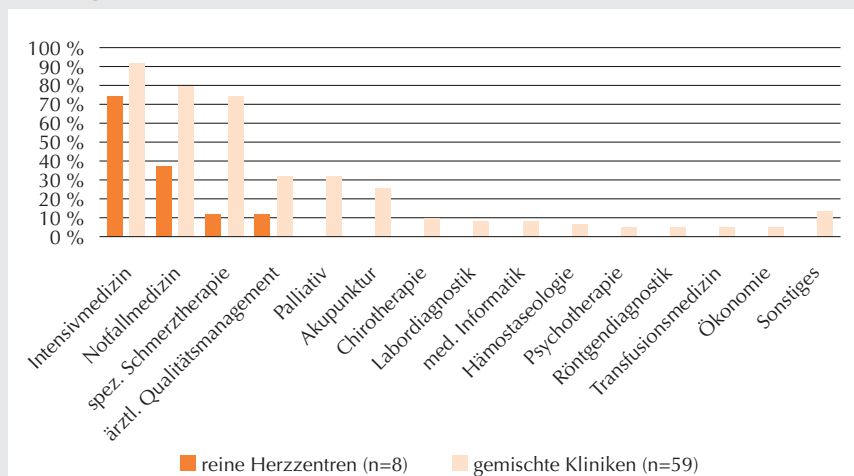
	reine Herzzentren	größere Kliniken
Anästhesie in Teil B separat aufgeführt	8 von 17 = 47,1 %	59 von 63 = 93,6 %
Freitext genutzt	6 von 8 = 75,0 %	27 von 59 = 45,7 %
Bilder genutzt	7 von 8 = 87,5 %	25 von 59 = 42,3 %

Abbildung 1



Facharztanteil der Kliniken.

Abbildung 2



Häufigkeit der dargestellten ärztlichen Zusatzbezeichnungen.

aufgeführt und die Vorteile und Vorzüge der Abteilung beschrieben. Die meisten Bilder zeigen den Chefarzt der jeweiligen Abteilung.

Der Anteil der ärztlichen Mitarbeiter mit Facharztanerkennung konnte bei 7 der 8 reinen Herzzentren dem Qualitätsbericht

entnommen werden. Der Facharztanteil lag hier durchschnittlich bei 82,4 % (63,3-100 %) (Abb. 1). Als Facharztbezeichnungen wurde bei 6 Abteilungen die Anästhesiologie und bei einer Abteilung zusätzlich der Facharzt für Herzchirurgie angegeben. Erwähnte Zusatzbezeichnungen sind in

5 Abteilungen Intensivmedizin, dreimal Notfallmedizin, jeweils einmal die Zusatzbezeichnungen spezielle Schmerztherapie und ärztliches Qualitätsmanagement. Die höchste Zahl an Zusatzbezeichnungen pro Abteilung sind 3 (Abb. 2). Eine Klinik hat unter B-[X].12 keine Angaben über die Qualifikation ihrer Mitarbeiter gemacht.

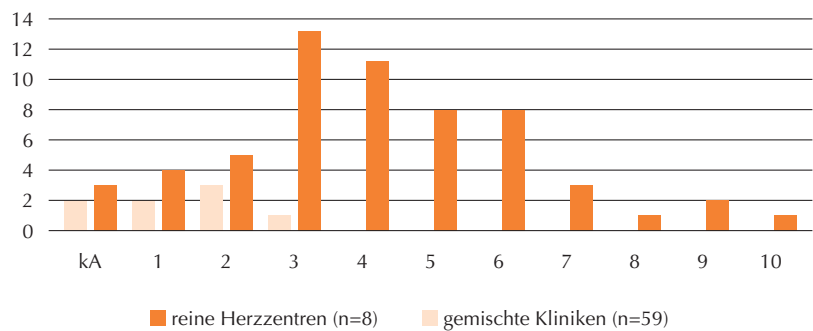
Das Pflegepersonal wurde in den anästhesiologischen Organisationseinheiten der reinen Herzzentren unter B-[X].12.2 mit durchschnittlich 40,9 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen angegeben. Hier besteht eine große Streubreite von 8-125,9 Pflegekräften je Abteilung. Bei einer Klinik ist vermerkt, dass kein eigenes Pflegepersonal vorgehalten wird, eine Klinik machte keine Angaben zu Fachweiterbildungen und zwei Kliniken keine Angaben zu pflegerischen Zusatzqualifikationen. Bei den angegebenen Qualifikationen schwankte die Anzahl der unterschiedlichen Fachweiterbildungen pro Abteilung zwischen 1 und 4 und die Zahl der Zusatzqualifikationen zwischen 1 und 5 (Abb. 4). Wie viele Mitarbeiter die jeweilige Qualifikation in der Organisationseinheit erworben haben, ist aus den Qualitätsberichten nicht zu entnehmen.

Der Anteil der Fachärzte unter den ärztlichen Mitarbeitern liegt in den anästhesiologischen Organisationseinheiten der gemischten Kliniken bei durchschnittlich 54,6 % (30,2-92,9 %) (Abb. 1). 19 Kliniken haben neben dem Facharzt für Anästhesiologie noch weitere fachärztliche Qualifikationen ihrer Mitarbeiter angegeben (Tab. 2).

Zwei Abteilungen haben mit 5 angegebenen Facharztqualifikationen die vielfältigste Struktur. Bei den aufgeführten Zusatzbezeichnungen schwankt die Anzahl zwischen 1 und 10 je Abteilung (Abb. 3). Die häufigste angegebene Zusatzbezeichnung ist mit 55 Nennungen die Intensivmedizin, gefolgt von Notfallmedizin mit 47, spezieller Schmerztherapie mit 44 und Palliativmedizin mit 19. 19 Abteilungen verfügen über die Zusatzbezeichnung ärztliches Qualitätsmanagement. Akupunktur wurde von 15 Kliniken aufgeführt, weitere Zusatzbezeichnungen sind seltener (Abb. 2).

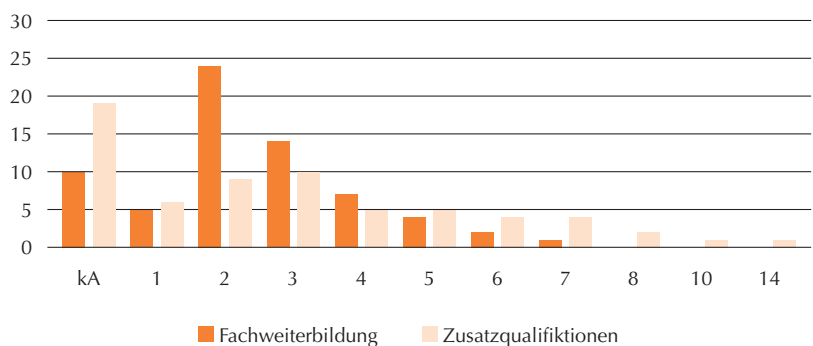
Eine anästhesiologische Abteilung der gemischten Kliniken hat keinerlei Angaben

Abbildung 3



Anzahl der ärztlichen Zusatzbezeichnungen je Klinik.

Abbildung 4



Anzahl der Fachweiterbildungen und Zusatzqualifikationen der Pflege je Klinik.

Tabelle 2

Facharztqualifikationen der anästhesiologischen Organisationseinheiten.

	reine Herzzentren	größere Kliniken
Facharztanteil	82,4 %	54,6 %
Facharzt Anästhesiologie	100 %	100 %
weitere Facharztqualifikationen	12,5 %	32,2 %
unterschiedliche FA-Qualifikationen je Abteilung	max. 3	max. 5

über das Pflegepersonal nach B-[X].12.2 gemacht, 8 Abteilungen haben keine Fachweiterbildungen angegeben, und bei 16 Abteilungen gibt es keine Aussagen über die Zusatzqualifikationen der Gesundheits- und Krankenpfleger. Die Anzahl der pflegerischen Mitarbeiter ist von 12 bis 488 Mitarbeitern sehr stark gestreut. Die Anzahl der Fachweiterbildungen je Abteilung reicht von 1 bis 6, und die Anzahl der angegebenen pflegerischen Zusatzqualifi-

kationen schwankt zwischen 1 und 14 in den einzelnen Abteilungen (Abb. 4).

Diskussion

Von den im Teil B aufgeführten anästhesiologischen Organisationseinheiten hat in den reinen Herzzentren der überwiegende Teil die Möglichkeit genutzt, die geforderten Mindestangaben mit Freitext (75 %) und Bildern (88 %) zu ergänzen.

Im Gegensatz hierzu liegt bei den Kliniken mit breiterem Spektrum der Anteil nur bei 46 % für freien Text und 43 % für Bilder. Wenn der Interessierte den Qualitätsbericht liest, die Fakten mit typischen Bildern, z.B. ein Bild des Chefarztes, und Darstellungen zu der entsprechenden Organisationseinheit verknüpfen kann, farbliche Akzente gut gezielt zum Einsatz kommen und Informationen in allgemein verständlicher Sprache erklärt werden [3], fällt es dem Leser leichter, Assoziationen herzustellen [9,11]. Der Bericht wird dadurch besser zu Kenntnis genommen, und die Inhalte sind einprägsamer [4,7].

Der gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsbericht für nach § 108 SGB V zugelassene Kliniken sollte für die jeweiligen Kliniken nicht nur eine lästige Pflicht sein, sondern auch als Gelegenheit genutzt werden, das Leistungsspektrum der Anbieter auf dem Markt zu präsentieren. Nach § 1 Abs. 3 der Regelungen des GBA zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser ist eines der Ziele des Qualitätsberichtes, Krankenhäusern die Möglichkeit zu bieten, Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen, Entscheidungshilfen für alle interessierten Personen anzubieten und den Zuweisern und Kostenträgern eine Orientierungshilfe bei der Einweisung zu geben [10]. Sowohl Patienten als auch die Kostenträger nutzen zunehmend das Internet als Informationsquelle und Entscheidungshilfe [8]. Als Beispiel sei die Weiße Liste der Bertelsmann-Stiftung aufgeführt. Wenn sich der Informationssuchende durch den dort aufgeführten Krankenhaus-Navigator ein Krankenhaus ausgesucht und aufgerufen hat, erscheint direkt unter der Anfahrtsbeschreibung und der Homepageadresse der Link zum Qualitätsbericht. In ihrer Beschreibung nennt die Weiße Liste die strukturierten Qualitätsberichte der Kliniken als Hauptdatenquelle [6]. Bei über 82 % der Kliniken wird der Qualitätsbericht direkt auf der eigenen Homepage angeboten. Das zeigt, dass viele Kliniken den Qualitätsbericht als Werbemittel bereits erkannt haben.

Zur Schaffung größtmöglicher Transparenz sollten alle vorhandenen Qualifikationen der einzelnen anästhesiologischen Organisationseinheiten im strukturierten Quali-

tätsbericht dargestellt werden. Dies ist aber nur möglich, wenn die anästhesiologischen Abteilungen als separate Organisationseinheiten unter Teil B der Berichte aufgeführt werden. Hier besteht ein deutlicher Unterschied zwischen den reinen Herzzentren und den Kliniken mit breiterem chirurgischem Spektrum. Die Kliniken sind nicht verpflichtet, nicht bettenführende Organisationseinheiten getrennt darzustellen. Mit nur 47% ist der Anteil der dargestellten Anästhesieabteilungen bei den reinen Herzzentren tatsächlich sehr gering. Hier wird die Möglichkeit zur Präsentation von Leistungen nicht genutzt. Sicherlich spielt die Verantwortlichkeit bei der Erstellung des Qualitätsberichtes eine Rolle: Werden die Angaben für Teil B der Berichte dezentral durch die einzelnen Abteilungen erfasst und zentral nur noch zusammengestellt oder erfolgt die Erstellung zentral ohne Einbindung der Kollegen in den Abteilungen. Vor allem bei einer zentralen Berichterstellung zum Beispiel durch eine Qualitätsmanagement-Abteilung besteht die Gefahr, dass die Berichtersteller die Qualifikationen der einzelnen Mitarbeiter nicht kennen. Daher ist eine regelmäßige Abfrage aller Qualifikationen durch den Arbeitgeber empfehlenswert.

Die Angaben über die fachlichen Qualifikationen der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter können ein erstklassiges Marketinginstrument sein. Kliniken ohne getrennte Darstellung der anästhesiologischen Organisationseinheit verzichten ganz auf diese Möglichkeit. Die Darstellung der Mitarbeiterqualifikationen ist gerade für die anästhesiologischen Organisationseinheiten wichtig, da die Leistungsabbildung durch OPS-Ziffern und Kompetenzdiagnosen für die Anästhesiologie schwieriger ist als für eine operative Fachdisziplin. Nur durch die Anästhesiologie entlassene Patienten (Verlegung von der Intensivstation nach extern oder verstorben) gehen in die eigene Leistungsbeschreibung ein, so dass sich bei der einzelnen Betrachtung der anästhesiologischen Abteilung meistens ein verzerrtes Leistungsspektrum ergibt. Daher sollten die operativen Organisationseinheiten in Teil B immer mit betrachtet werden, um einen besseren Überblick über das anästhesiologische Leistungsspektrum zu erhalten.

Qualifikationen und Zusatzbezeichnungen sind für den medizinischen Laien einfacher zu verstehen und zu interpretieren. Darüber hinaus ist die Anästhesiologie sicher besser anhand von fachspezifischen Qualitätsmerkmalen, die an den anästhesiologischen Kerndatensatz angelehnt sind, abgebildet. Bei den Kliniken, die die Anästhesiologie separat dargestellt haben, variieren die Angaben stark. Einige Kliniken führen bei der ärztlichen Qualifikation alle Weiterbildungen auf, die ihre Mitarbeiter erworben haben, und nutzen zusätzlich zu den Zusatzbezeichnungen den Punkt „Sonstiges“ der Auswahllisten für den Teil B-[X].12.1 aus. Sie geben alle vorhandenen Qualifikationen wie die europäischen Prüfungen zum DESA (Diploma of the European Society of Anaesthesiology) oder EDIC (European Society of Intensive Care Medicine), die Fachkunde LNA (Leitender Notarzt) oder das Transösophageale Echographie-Zertifikat (TEE) der (Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) an. Dies sind gute Möglichkeiten die Qualifikation der Mitarbeiter entsprechend dem Leistungsspektrum der Abteilung genauer abzubilden.

Die Auswertung des Punktes B-[X].12 hinsichtlich des Facharztanteiles und der Qualifikationen der Mitarbeiter zeigt aber auch, dass es anhand der Qualitätsberichte in der momentanen Fassung nicht möglich ist, hoch spezialisierte Abteilungen korrekt abzubilden bzw. einen Vergleich mit allgemeinen anästhesiologischen Abteilungen durchzuführen, da es für alle Organisationseinheiten nur ein fest vorgegebenes Schema gibt. Damit kann zum Beispiel bei anästhesiologischen Abteilungen mit breitem Spektrum auf den Anteil der im Bereich Kardiochirurgie tatsächlich eingesetzten Fachärzte nicht rückgeschlossen werden. Diese häufig höchst qualifizierten Mitarbeiter kommen in der jetzigen Form des QM-Berichtes nicht adäquat zur Geltung. Aktuell bietet der Freitext die beste Möglichkeit die Spezialisierung einer Abteilung darzustellen. Der Aspekt der Weiterbildung findet unter B-[X].12 keine Würdigung. Auszubildende Abteilungen haben zwangsläufig einen niedrigeren Facharztanteil. Hier sollte dringend eine Ergänzung bzw. Anpassung der

Qualitätsberichte durchgeführt werden, um in Punkt B[X].12 eine höhere Transparenz und Verständlichkeit der Qualifikationen zu erreichen und das Engagement in der Ausbildung zu würdigen. Neben nationalen Zusatzqualifikationen sollten im Zuge der europäischen Standardisierung internationale Qualifikationen aufgeführt werden. So fehlen bisher in allen Qualitätsberichten Angaben zur Qualifikation in der TEE nach den Vorgaben der EACTA (European Association of Cardiothoracic Anaesthesiologists).

Einzelne QM-Berichte weisen auffällige Diskrepanzen zu den sonstigen Angaben der Klinikhomepage auf. Bei mehreren anästhesiologischen Kliniken oder Abteilungen wird zum Beispiel auf der Internetpräsenz der Klinik mit Teilnahme am Rettungsdienst, Hubschrauberbesetzung und Stellung von Leitenden Notärzten geworben, die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin ist aber im Qualitätsbericht nicht aufgeführt. Es macht stutzig, wenn eine anästhesiologische Klinik einerseits die Führung und Leitung der operativen Intensivstation innehat, sich andererseits aber im Qualitätsbericht kein Mitarbeiter mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin findet. Des Weiteren werden Kliniken als Schmerzzentren beworben, im Qualitätsbericht ist aber die spezielle Schmerztherapie nicht aufgeführt.

Bei der starken Verknüpfung der anästhesiologischen Abteilungen bzw. der Anästhesisten mit der Notfallmedizin ist zu hinterfragen, ob es Abteilungen mit über 20 anästhesiologischen Mitarbeitern gibt, von denen keiner die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin besitzen soll.

Bei den Qualifikationen der Gesundheits- und Krankenpfleger der einzelnen Abteilungen reichen die Angaben zur Qualifikation von keiner Angabe bis zur detaillierten Auflistung von 14 Zusatzqualifikationen. Hier gilt es, ebenfalls kritisch zu hinterfragen, ob in anästhesiologischen Abteilungen mit mehr als 100 zugeordneten examinierten Pflegekräften keine Stationsleitung vorhanden ist oder kein Mitarbeiter über die Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie verfügt. Bei den Angaben zu den Zusatzqualifikationen stellen die Abteilungen ohne diesbezügliche Angaben

die größte Einzelgruppe, und es ist schwer vorstellbar, dass ein Fachkurs Intensivpflege und Anästhesie angeboten wird, ohne dass ausgebildete Praxisanleiter oder Mentoren vorhanden sind.

Diese Beispiele zeigen, dass in einigen Kliniken die ärztliche und pflegerische Fachexpertise unvollständig und unvorteilhaft dargestellt wird. Das mag zum einen an der unterschiedlichen Wahrnehmung und Wertung der Bedeutung der Qualitätsberichte, zum anderen daran liegen, dass Angaben zur Fachexpertise im Gegensatz zur reinen Mitarbeiterzahl nicht verpflichtend sind [2].

Verpflichtende Angaben zur Fachexpertise würden die Qualitätsberichte aufwerten und wissenschaftliche Vergleiche erleichtern.

Schlussfolgerungen

Um die Qualität der in den anästhesiologischen Abteilungen geleisteten Arbeit und die Qualifikationen der eingesetzten Mitarbeiter ihrem Stellenwert entsprechend abbilden zu können, sollten alle Abteilungen daran interessiert sein, aktiv an ihrer eigenständigen Darstellung unter Teil B des Qualitätsberichtes mitzuwirken und hierfür die Qualifikationen der Mitarbeiter regelmäßig abfragen.

Ein hoher Qualifikationsgrad der Mitarbeiter ist geeignet, bei Patienten und Zuweisern Vertrauen in eine Klinik zu schaffen. Hier überzeugt der umfassend ausgebildete und qualifizierte Mitarbeiter, der eine möglichst optimale ärztliche und pflegerische Betreuung zu gewährleisten verspricht.

Hier kann sich eine ansprechende und vollständige Wiedergabe der Mitarbeiterqualifikationen bezahlt machen.

Die Akzeptanz des Qualitätsberichts kann durch eine Befragung der Anwender und Adressaten (Patienten, Zuweiser, und neue Mitarbeiter) erfasst und für eine Weiterentwicklung genutzt werden.

Viele Kliniken haben die Chancen der strukturierten Qualitätsberichte erkannt. Bei anderen scheint es dringend notwendig, dass Ärzte und alle Verantwortlichen einen neuen Blick für diese Aufgabe

gewinnen. Die strukturierten Qualitätsberichte haben Entwicklungspotential.

Literatur

1. Anhang 2 zu Anlage 1 zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V gemäß Beschluss vom 19.03.2009.
2. Anlage 1 zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V gemäß Beschluss vom 19.03.2009.
3. Friedemann J, Schubert HJ, Schwappach D. On the comprehensibility of German hospital quality reports: systematic evaluation and need for action. *Gesundheitswesen* 2009;71(1):3-9.
4. Gilbert K, Schleuder J. Effects of color and complexity in still photographs on mental effort and memory. *Journalism Quarterly* 1990;67:749-756.
5. Homepage DGTHG vom 19.4. 2010 (www.dgthg.de).
6. Homepage Weiße Liste der Bertelsmann-Stiftung (www.weiße-liste.de).
7. Kroeber-Riel W. Bildkommunikation. Imagerystrategien für die Werbung. München: Verlag Franz Vahlen; 1996.
8. Leister J, Stausberg J. Why do patients select a hospital? A conjoint analysis in two German hospitals. *J Hosp Mark Public Relations* 2007;17(2):13-31.
9. Paivio A. *Imagery and Verbal Processes*. New York: Holt, Rinehart, and Winston; 1971.
10. Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V, Bundesanzeiger 2009:2890 (Beilage 124a).
11. Schierl T. Text und Bild in der Werbung. Bedingungen, Wirkungen und Anwendungen bei Anzeigen und Plakaten. Köln: von Halem; 2001.

Korrespondenzadresse

**Dr. med.
Heinrich Rudolf
Kosiek**



Klinik für Anästhesiologie
AMEOS Klinikum Alfeld
Landrat-Beushausen-Straße 26
31061 Alfeld, Deutschland

Tel.: +49 5181 7070
Fax: +49 5181 707205

E-Mail: rkos.anes@alfeld.ameos.de