

Qualität gibt es nicht umsonst

Das Notfallzentrum am Inselspital in Bern setzt sich seit fünf Jahren für Qualitätsmanagement ein. Ziele sind eine höchstmögliche Patientenzufriedenheit, eine hohe Motivation der Mitarbeitenden sowie eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Hausärzten.

Felix Nohl

Der Begriff «Qualität» ist förmlich zum Modewort verkommen. In jeder namhaften Firma gibt es sogenannte Qualitätsbeauftragte, die sich um die Qualitätsstandards kümmern. Es erstaunt also nicht, dass der Begriff vor einiger Zeit und zu Recht auch in der Medizin Einzug gehalten hat. Mehr noch, seit gut zehn Jahren ist im KVG (Art. 56 und 58) verankert, dass öffentliche Leistungserbringer¹ der Qualitätssicherung verpflichtet sind. Der Soziologe und Begründer der Qualitätsforschung im Gesundheitswesen, Avedis Donabedian (1919–2000), definierte Qualität in der Medizin wie folgt: «Die Qualität ist der Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist» [1].

¹ Die gewählte männliche Form gilt in gleichem Mass für beide Geschlechter.

Messen – Verbessern – Messen

Das Notfallzentrum des Inselspitals hat sich zum Thema Qualität in der Notfallversorgung erstmals im Rahmen des Qualitätsmanagement-Projektes «emerge» Ende 2000 engagiert. An diesem national angelegten Projekt wurden Daten zur Patientenzufriedenheit, Prozesseffizienz und zur Sicherheit der Notfallbehandlungen erhoben. Basierend auf den ausgewerteten Patientendaten wurden strukturelle und organisatorische

«Gemäss den Erfahrungen im Notfallzentrum unterteilen Patienten die Qualität der gesamten Notfallbehandlung in eine Erlebnis- und eine Behandlungsqualität.»

Verbesserungen beim Behandlungsprozess realisiert. So konnte im Notfallzentrum zum Beispiel ein Informationskonzept (Patient – Arzt und teamintern) implementiert, und im Herbst 2003 ein Fast Track (Behandlung von Bagatellfällen) in Betrieb genommen werden. Im Jahr 2004 wurde eine dritte, identische Messung im Rahmen des kantonalen Projektes QABE (Qualitätssicherung und -förderung in der Akutversorgung im Kanton Bern) durchgeführt.

Qualitätsmessungen in der Notfallversorgung sind wichtig, sollten aber in ein Qualitätsmanagement-Projekt (Messen – Verbessern – Messen) eingebettet sein, damit die Messungen nicht zur Alibiübung entarten und nur «Datenfriedhöfe» produziert



Felix Nohl

werden. Damit Qualitätsmanagement einen angemessenen Rahmen erhält, müssen motivierte Mitarbeiter der jeweiligen Institution und eine initiative Spitalleitung Hand in Hand zusammenarbeiten. Dabei sollte letztere eine gewisse Investitionsbereitschaft signalisieren, denn Qualität gibt es nicht umsonst.

Unterschiedliche Sichtweise

Welches sind die Bedürfnisse, respektive Ansprüche, welche die Patienten an eine Notfallbehandlung haben? Gemäss Claude Longchamp [2] erwarten die Bürger vom Gesundheitswesen allgemein eine hohe Qualität (nicht weiter definiert), eine ausreichende Quantität und tiefe Kosten. Dies scheint auf den ersten Blick unerreichbar und kommt einer Quadratur des Kreises gleich. Beim zweiten Hinsehen aber imponiert dieser Satz als hochgestecktes Ziel, auf welches man hinarbeiten sollte. Als solide Basis braucht es eine gute Arzt-Patient-Beziehung sowie ein hohes Mass an Eigenverantwortung und Gesundheitsbewusstsein von-

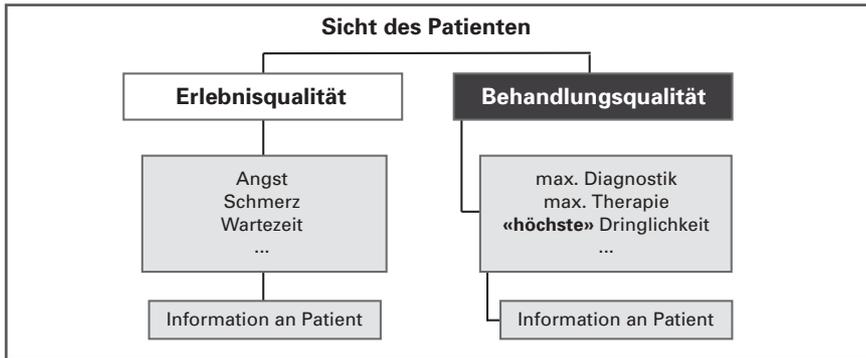


Abbildung 1: Qualität einer Notfallbehandlung aus der Sicht des Patienten

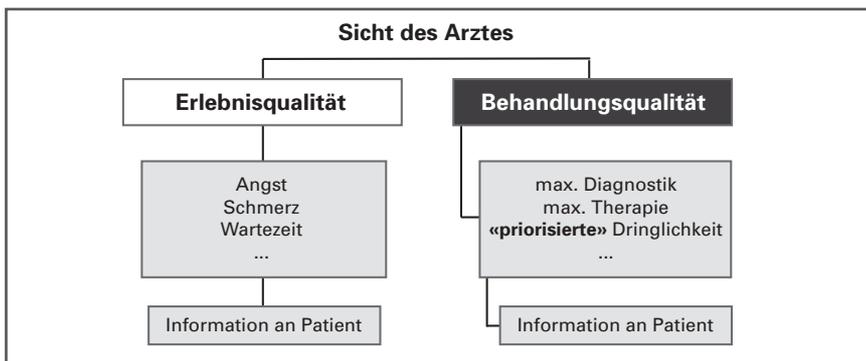


Abbildung 2: Qualität einer Notfallbehandlung aus der Sicht des Arztes

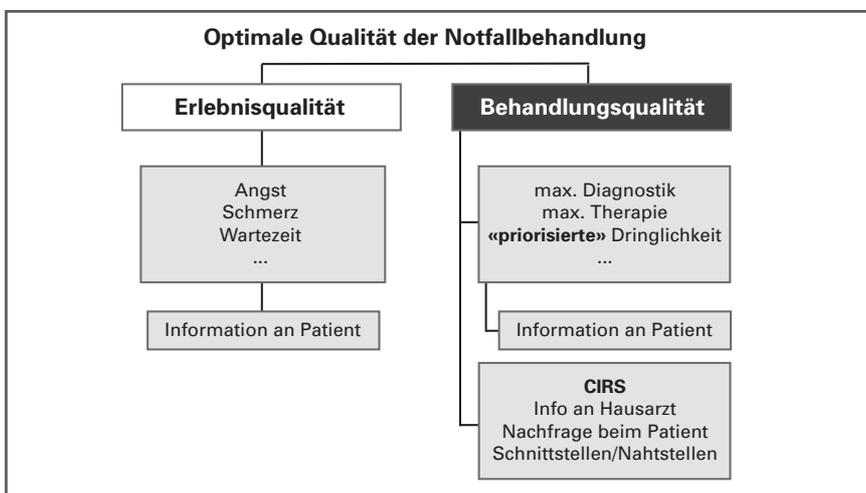


Abbildung 3: Angleichung der Sichtweisen von Patient und Arzt

seiten der Patienten. Gemäss den Erfahrungen im Notfallzentrum unterteilen Patienten die Qualität der gesamten Notfallbehandlung in eine Erlebnis- und eine Behandlungsqualität (siehe *Abbildung 1*).

In der Regel gewichten die Notfallpatienten beide Aspekte gleich stark. Bei der Erlebnisqualität stehen jedoch eher subjektive Aspekte der Be-

schwerden und das Erleben in der Notfallstation im Vordergrund, während die Behandlungsqualität an einer möglichst raschen und umfassenden Diagnostik gemessen wird. Informationen zur Erlebnisqualität müssen vom behandelnden Team häufig aktiv erfragt werden. Je nach verfügbarer Zeit besteht latent die Gefahr, diesen Aspekt zu vernachläss-

sigen. Bei der Behandlungsqualität möchte der Patient in der Regel die maximale Diagnostik möglichst rasch (höchste Dringlichkeit). Die Sicht des Arztes zur Qualität der Notfallbehandlung ist dabei grundsätzlich identisch (siehe *Abbildung 2*).

Der Unterschied liegt in der Gewichtung der Erlebnis- und Behandlungsqualität. Dass der Arzt die Behandlungsqualität höher gewichtet, hat zwei Gründe: Der Arzt ist häufig für mehrere Patienten gleichzeitig zuständig und muss anhand der verfügbaren diagnostischen Mittel patientenspezifische Prioritäten setzen (priorisierte Dringlichkeit). Ausserdem haftet der Behandlungsqualität das Mysterium der Behandlungsfehler an. Fehldiagnosen oder verpasste Diagnosen können juristische Konsequenzen nach sich

«Basierend auf den ausgewerteten Patientendaten wurden strukturelle und organisatorische Verbesserungen beim Behandlungsprozess realisiert.»

ziehen. Dass auf Notfallstationen vermeidbare Behandlungsfehler oder «Beinahe-Behandlungsfehler» im Vergleich zu Normalstationen häufiger auftreten, ist bekannt [3]. Ebenso nimmt in überfüllten Notfallstationen mit zunehmender Komplexität der Fälle unter stetig wachsendem Zeitdruck die Fehleranfälligkeit zu [4]. Da bei der Notfallbehandlung das Wohl des Patienten zuoberst steht, ist der Arzt natürlich zu Recht auf eine höchste Behandlungsqualität bedacht.

Dieser Anspruch auf «Vollständigkeit» der Behandlung – sowohl vom Arzt getragen (möchte Behandlungsfehler vermeiden) wie auch vom Patienten gewollt (möchte maximale und sofortige Behandlung) – stösst unweigerlich auf Grenzen bei den apparativen und personellen Ressourcen. Der Zeitdruck und die Patientendichte nehmen dadurch weiter

zu, die potenzielle Fehleranfälligkeit steigt – der Circulus vitiosus wird Tatsache.

Verbesserungspotenzial

Um die manchmal hoffnungslos überfüllten Notfallstationen zu entlasten, müssen Lösungen gefunden werden. Dabei besteht vor allem in folgenden drei Bereichen Verbesserungspotenzial:

- Kontakt zwischen Hausarzt und Notfallstation
- Kommunikation zwischen Arzt und Patient wie auch teamintern während der Notfallbehandlung
- Fehlermanagement.

Der zuweisende oder nachbetreuende Hausarzt sollte durchaus in den Behandlungsprozess einbezogen werden. Das können vereinbarte Nachkontrollen oder gegenseitiges Feedback zu Patientenbehandlungen oder zu nicht gestellten Diagnosen sein. Zwischen Hausarzt und Ärzten der Notfallstation soll eine konstruktive Kommunikationskultur entstehen, die den gegenseitigen Lernprozess fördert und nicht behindert [5].

Mit einer zielgerichteten und gut verständlichen Patienteninformation zur eigentlichen Notfallbehandlung und zu aktuellen Wartezeiten kann die Patientenzufriedenheit (Erlebnisqualität) massgeblich gesteigert werden. Von Bedeutung ist auch

«Zwischen Hausarzt und Ärzten der Notfallstation soll eine konstruktive Kommunikationskultur entstehen, die den gegenseitigen Lernprozess fördert und nicht behindert.»

das wiederholte Nachfragen nach vorhandenen Schmerzen oder nicht verbalisierten Ängsten während der Notfallbehandlung. Ebenso wichtig ist die Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams, in die auch die beteiligten Spezialisten einbezogen werden. So können aus einer

Vielzahl von Schnittstellen funktionierende Nahtstellen entstehen.

Die *Conditio sine qua non*

Das Fehlermanagement auf Notfallstationen ist erst rudimentär entwickelt. Nur wenige Notfallstationen der Schweiz verfügen über ein professionelles Critical Incident Reporting System (CIRS). Dabei könnten die Verbesserung der Fehlererfassung und die Vernetzung zwischen verschiedenen Notfallstationen die Fehlerhäufigkeit reduzie-

«Von Bedeutung ist auch das wiederholte Nachfragen nach vorhandenen Schmerzen oder nicht verbalisierten Ängsten während der Notfallbehandlung.»

ren wie auch den Schweregrad der Fehler senken [6]. Dies würde analog dem Critical Incident Monitoring (CIM) der schweizerischen Intensivstationen zur nachhaltigen Sicherung der Behandlungsqualität beitragen [7]. Bevor aber ein CIRS erfolgreich eingeführt und betrieben werden kann, müssen – als «*Conditio sine qua non*» – Fehler erst einmal angesprochen werden [8].

Für eine fruchtbare Informations- und Kommunikationskultur auf Notfallstationen bei allen Beteiligten (Patient, Hausarzt, Arzt Notfallstation, Pflege Notfallstation, Spezialist), braucht es ein konstantes Notfallteam (das heisst eigenes Personal, welches längerfristig auf der Notfallstation arbeitet). Die Bedeutung der Kommunikation muss bewusst gemacht werden und es bedarf regelmässiger Schulungen und Weiterbildungen. Feedback von Patienten oder von Hausärzten sind für eine qualitativ hoch stehende Notfallbehandlung unerlässlich und ein ebenso zentrales Element wie ein professionell organisiertes und betreutes CIRS (siehe *Abbildung 3*).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Informations- und Kommu-

nikationskultur, die Behandlung von Bagatellfällen in einem Fast Track und ein möglichst mit anderen Notfallstationen vernetztes Fehlermanagement-System die zentralen Eckpfeiler für eine qualitativ hoch stehende Notfallversorgung bilden. Diese zentralen Elemente müssen mit Qualitätsmessungen in regelmässigen Abständen überprüft und angepasst werden. Nur so wird «echtes» Qualitätsmanagement betrieben, welches Garant ist für höchstmögliche Patientenzufriedenheit, hohe Motivation der Mitarbeitenden und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Hausärzten. ■

Autor:

Dr. med. Felix Nohl

Leitender Arzt

Notfallzentrum Inselspital

3010 Bern

E-Mail: felix.nohl@insel.ch

Literatur:

1. Donabedian A. The quality of care in a health maintenance organization: A personal view. *Inquiry* 1983; 20: 218–22.
2. Longchamp C. Was erwarten BürgerInnen vom schweizerischen Gesundheitswesen? – Fünf Thesen. *Managed Care* 2005; 5: 28–29.
3. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000; 320: 774–777.
4. Fatovich DM. Recent developments: Emergency medicine. *BMJ* 2002; 324: 958–962.
5. Horn B. Einen Moment danach – kritisch-konstruktive Gedanken eines Auslaufmodells. *Primary Care* 2006; 6: 348–350.
6. Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ* 2000; 320: 781–785.
7. Bocion C, Sennhauser FH, Frey B. Critical Incident Monitoring in schweizerischen Intensivstationen – Verbreitung, Einstellung und Fakten, welche die Meldehäufigkeit beeinflussen. *Schweiz. Ärztezeitung* 2006; 87: 886–894.
8. Reinertsen JL. Let's talk about error. *BMJ* 2000; 320: 730.