

1 **Transparenz verbessert ...**

... die Behandlungsqualität

Ralf Kuhlen

Es ist schon spannend zu verfolgen, wie breitgefächert die Facetten der Diskussion über Transparenz in allen möglichen Lebensbereichen und somit natürlich auch im Gesundheitssystem sind. Auf der einen Seite will niemand sich dem Vorwurf der Intransparenz aussetzen: verständlich, verbirgt sich dahinter doch sehr schnell der Anklang an undurchsichtige, hinter verschlossenen Türen verhandelte Sachverhalte, die unserem heutigen Informationsbedürfnis und Informationsbegriff in keiner Weise mehr gerecht werden. Mangelnde Offenlegung hat in unserer kollektiven Wahrnehmung allzu häufig Anlass zur ernststen Sorge gegeben, sei es in der Politik, im Finanzwesen, in der Wissenschaft oder eben auch im Gesundheitssystem. Und häufig genug ist diese Sorge ja auch vollauf berechtigt, wie die kleineren und größeren Skandale aus allen Lebensbereichen zeigen – und wenn der größere Skandal dann passiert ist, folgt verlässlich der Ruf nach lückenloser und transparenter Aufarbeitung der Geschehnisse. Bestenfalls mit dem Ziel, hieraus Mecha-

nismen zu entwickeln, die einen erneuten Skandal unwahrscheinlicher machen. Intransparenz ist also ein durchweg negativ besetzter Begriff, der zumindest in der emotionalen Wahrnehmung auf ein potenzielles Gefährdungsmoment der Zusammenhänge im Verborgenen hinweist. Ganz offensichtlich sehen mehr und mehr Menschen Transparenz als ein geeignetes Mittel an, Vertrauen zu schaffen und Risiken hierdurch besser beherrschbar zu halten.

Dennoch: So wenig Intransparenz erstrebenswert klingt, gar bedrohlich wahrgenommen wird, so wenig will es gelingen, mit der einfachen Umkehr in vollkommene Offenlegung zu agieren. Hierfür kann es sehr gute Gründe geben, wenn beispielsweise Rechte betroffen sind, die gesetzlich höher einzuschätzen sind als der Ruf nach kompletter Transparenz. In den meisten Diskussionen kann allerdings die Grenze zwischen „Hier ist Geheimhaltung völlig angemessen“ und „Hier muss auf jeden Fall Transparenz her“ weniger objektiv gezogen

werden, sondern kann lediglich Gegenstand der Konsensfindung sein. Einer der wesentlichen Gründe für unterschiedliche Einschätzungen zum Wert der Transparenz ist die durchaus heterogene Beantwortung der Frage nach dem „Wozu“? Wozu dient Transparenz und was sind die möglichen Konsequenzen hieraus – und so ist es auch bei der Transparenz medizinischer Zahlen.

Ein starkes Argument pro Transparenz ist immer wieder, dass mit Offenlegung dem steigenden Informationsbedürfnis Rechnung getragen, möglicher Missbrauch von vornherein unwahrscheinlicher, Vertrauen aufgebaut wird und Entscheidungen zumindest auf nachvollziehbarer Basis getroffen werden. Grundkonsens dieser Haltung ist also, dass Kenntnis und transparente Information Grundlage besserer Entscheidungen sind. Und: Wer würde dem offen widersprechen wollen?

Kaum jemand – und so war es auch für dieses Buch schwierig bis unmöglich, jemanden zu finden, der den Beitrag gegen die transparente Darstellung von medizinischen Qualitätszahlen übernehmen wollte.

Und dennoch erhebt sich natürlich Widerspruch, denn die Kehrseite der Medaille ist ebenso präsent: Was ist, wenn die transparent dargestellten Parameter, Zahlen, Indikatoren nicht wirklich objektiv sind? Abhängig von allen möglichen, nicht oder nur schlecht zu beeinflussenden Bedingungen, die für sich genommen alle nichts heißen? Ist dann Transparenz immer noch sinnvoll, oder führt eben diese Transparenz zu einer falschen oder zumindest verzerrten Wahrnehmung mit dann auch falsch abgeleiteten Entscheidungen?

Am Beispiel der medizinischen Qualitätszahlen lässt sich bestens zeigen, welche Überlegungen für oder wider die transparente Darstellung sprechen und warum alle diese Argumente am Ende mit dem Verwendungszweck eben jener Transparenz zu tun haben.

Zum Einstieg in die Diskussion soll aber nicht unerwähnt bleiben, dass dieses Thema

die moderne Medizin seit Anfang an begleitet und keineswegs nur heute und hier kontroverse Diskussionen nach sich zieht. Ernest Codman, amerikanischer Chirurg in Harvard, schlug schon 1905 vor, die Ergebnisse der Patientenbehandlung systematisch zu erheben und sie der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, um sich der öffentlichen Diskussion über Erfolg und Misserfolg zu stellen. Er regte an, die langfristigen Behandlungsergebnisse nachzuverfolgen, wobei er in den Misserfolgen Gelegenheiten zur systematischen Verbesserung sah, war er doch überzeugt, dass insbesondere die medizinische Fehlbehandlung die Langzeitprognose verschlechterte. Diese sehr modern klingende Fehlerkultur bereicherte er um die ersten Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen ebenso wie um den Vorschlag, die Ergebnisse auf den einzelnen Arzt bezogen darzustellen. Auf seinen 1914 vorgelegten Plan zur fachlichen Bewertung der ärztlichen Versorgung reagierte sein Arbeitgeber mit dem Entzug der Mitarbeiterprivilegien und der akademischen Möglichkeiten – immerhin Harvard. Codman seinerseits setzte seine Idee unbeirrt in seinem eigenen Krankenhaus um und beschrieb von 1911 bis 1916 die Behandlung von 337 Patienten mit zumindest 123 Behandlungsfehlern in seinem privat verlegten Buch „A study of hospital efficiency: as demonstrated by the case report of the first five years of a private hospital“ (1918).

Nun ist die Akzeptanz der Überlegungen, die Codman damals anstellte, heutzutage eine gänzlich andere und niemand wird seine Anstellung oder akademische Karriere verlieren, wenn er fordert, Qualitätszahlen systematisch zu erheben und öffentlich darzustellen. Dennoch dauerte es eine gehörige Zeit bis auf breiter Basis Qualitätskennzahlen und deren öffentliche Darstellung zum Zwecke der Qualitätsverbesserung akzeptiert wurden. Die HELIOS Kliniken verfolgen den Ansatz schon seit 2001, 2008 wurde nach dieser Idee die Initiative Qualitätsmedizin (IQ^M) gegründet, die heute weit mehr als 300 Kliniken umfasst. Auch

Krankenkassen arbeiten mit dem Langzeitergebnis ihrer Patienten wie etwa beim QSR-Projekt der AOK.

Nichts von dieser Entwicklung war allerdings unstrittig – manches hoch kontrovers diskutiert und Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzung bis zum heutigen Tag – und das hat wesentlich mit dem Verwendungszweck der Transparenz zu tun. Niemand würde sich darüber beschweren, wenn Qualitätszahlen in internen Zirkeln definiert, diskutiert und auf ihr Verbesserungspotenzial hin untersucht würden. Im Gegenteil, es gibt vermutlich nicht eine Gruppierung im Gesundheitswesen, die diesen Ansatz nicht zumindest irgendwann einmal verfolgt hat.

Die Kontroverse entsteht bei der transparenten Darstellung nach innen und außen, was heute quasi nicht mehr voneinander trennbar ist. Eine allzu durchsichtige Triebfeder der Position gegen Transparenz wären „schlechte“ Zahlen, wenn diese denn wirklich Indikator schlechter Qualität wären. Dem läge ja zugrunde, dass es besser wäre, schlechte Ergebnisse nicht darzustellen, nur damit hieraus keine negativen Konsequenzen für die Leistungserbringer erwachsen, was in der heutigen Zeit mit Sicherheit von niemandem mehr akzeptiert würde. Das war womöglich einmal anders, als etwa die „Stiftung Warentest“ mit all den widrigen Begleitumständen gegründet wurde, die vor mehr als 50 Jahren damit verbunden waren, und die nachzulesen wirklich lohnt – heute sollte hier von keine Rede mehr sein.

Vielmehr geht es darum, dass die in Rede stehenden Indikatoren nicht wirklich aussagefähig die „Qualität der Behandlung“ widerspiegeln, weswegen sie nicht öffentlich dargestellt werden sollten. An sich schwer verstehbar, würde doch diese Kritik vor allem auf eine Verbesserung der Indikatoren abzielen und nicht auf eine Verhinderung ihrer Darstellung. Diese wäre nur dann logisch, wenn die Darstellung per se zu negativen Folgen für die Qualität führen würde.

Insofern muss die präzise Frage zum Nutzen der Transparenz eigentlich lauten, ob sie der Behandlungsqualität nutzt, oder dieser möglicherweise schadet. Auch wenn diese Frage im politischen und medialen Umfeld der Thematik nicht im Vordergrund stehen mag, halten wir sie für die eigentlich Wesentliche und beantworten sie auch direkt mit einem klaren Ja: Die Erhebung von Qualitätszahlen und ihre transparente Darstellung helfen, die Qualität zu verbessern.

Hilfreich für das Verständnis dieser klaren Antwort ist zunächst eine Begriffsbestimmung: Was ist eigentlich Qualität? Und wozu dient deren Messung?

Schon Ende der 90er-Jahre beschrieb etwa das „Institute of Medicine“ medizinische Qualität als das Ausmaß, in dem das erwünschte Behandlungsergebnis für Patienten erreicht wird. Also eigentlich nichts anderes als die Anwendung der allgemeinen Qualitätsdefinition auf die medizinische Behandlung: Qualität ist der Grad der Übereinstimmung zwischen dem „Ist“ und dem „Soll“. Solange die Begriffe im Generellen bleiben, bleibt auch die Diskussion im Generellen. Schwierig wird es erst dann, wenn anhand von klaren Definition oder gar Zahlen genau die Messbarkeit von Qualität und Sicherheit hergestellt werden soll, die nun mal Voraussetzung einer jeder Maßnahme zur Verbesserung ist. Dann ist medizinische Qualität schnell so komplex, dass sie – wenn überhaupt – nur mit enormem Aufwand gemessen und gesichert werden kann – und so wird aus einer an sich simplen Überlegung schnell ein irrwitziger Bürokratieaufwand. Wenn man sich die Resonanz anschaut, die der Pro-Con-Beitrag im deutschen Ärzteblatt im September 2014 nach sich zog, dann wird schnell klar, dass der Untertitel „Qualitätsmanagement ist für die Medizin ähnlich nützlich wie die Ornithologie für die Vögel“ einen Nerv traf, den die Bürokratiemaschine Qualitätsmanagement mit ihrem schier unstillbaren Hunger nach weiterer Dokumentation ziemlich blank gelobt hat (Costa 2014).

Einfacher scheint die Auswertung von Routinedaten. Die HELIOS Kliniken verfolgen diesen Ansatz seit mittlerweile 15 Jahren und haben wesentlich zur Entwicklung des Qualitätsmanagements mit solcherlei Routinedaten beigetragen. Im Jahr 2008 hat sich die Initiative Qualitätsmedizin IQ^M gegründet, wo heute ca. 350 Kliniken aller Versorgungsstufen Routinedaten nutzen, um daraus präzise definierte Qualitätsindikatoren als Grundlage ihres Qualitätsmanagements zu analysieren; die Schweiz und Österreich haben das System zur Grundlage ihrer gesetzlichen Qualitätssicherung gemacht, und so umfasst diese Methodik heute bereits mehr als 5 Mio. stationäre Behandlungsfälle. Ganz ähnliche Ansätze verfolgen auch andere Initiativen oder etwa auch Kostenträger, hier vor allem die AOK mit der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung mittels Routinedaten (QSR). In Anbetracht der öffentlichen Diskussion der letzten Monate dürfte klar sein, dass sich auch in unseren gesetzlichen Verfahren zur Qualitätssicherung derartige Ansätze wiederfinden werden.

Ganz wesentliche Kritik wird jetzt aber an der Reduktion einer komplexen Behandlung auf ein singuläres Ergebnis geäußert, wie etwa die Sterblichkeit: Sie ist nun mal nicht der einzige Qualitätsparameter – vielleicht nicht mal immer ein guter – und sagt möglicherweise wenig über Qualität, wenn sie nicht um die begleitenden Risiken korrigiert wird.

Diese vermeintlich „faire“ Vergleichbarkeit macht die öffentliche Diskussion über Sterblichkeit als Behandlungsergebnis schwierig, manchmal unmöglich, wobei immer wieder ähnliche Gründe angeführt werden.

Unsere Patienten sind älter und kränker – ist doch klar, dass unsere Zahlen anders sind!

Ein an sich plausibles Argument hinter dem ja die Frage steht, ob ein Behandlungsergebnis eher von der Erkrankungsschwere der Patienten

oder der Qualität der Behandlung per se abhängt – und die Antwort ist natürlich „von beidem“. Während die wissenschaftliche Diskussion beide Aspekte aber anerkennt, wird in der Öffentlichkeit wahlweise das eine oder das andere ausgeblendet – und schon ist der Dissens garantiert. Heute ist allerdings in der öffentlichen Diskussion akzeptiert, dass Indikatoren aus Routinedaten immer detaillierter die Schwere von Erkrankungen erfassen und deshalb gemessene Unterschiede eher die Behandlungsqualität reflektieren. Natürlich kann in Routinedaten nur das adjustiert werden, was auch als solches erfasst ist – doch da unterscheidet sich die Quelle „Routinedaten“ in nichts von anderen Datenquellen – „garbage in – garbage out“. Insofern ist eine Grundvoraussetzung der Nutzung von Routinedaten die richtige Kodierung der Diagnosen, Prozeduren und Begleitumstände. Manche Aspekte sind in den heutigen Routinedaten nicht vorhanden sind, wie etwa die Frage, ob ein medizinischer Sachverhalt oder ein Risiko schon bei der Aufnahme des Patienten vorhanden war oder sich erst im Laufe des Aufenthalts ergeben hat. Das ist natürlich wesentlich bei der Analyse, ob eine Komplikation eher Ausdruck der mitgebrachten Schwere der Erkrankung oder der Behandlung per se ist. Etwa im Bereich der Onkologie wäre es unabdingbar zu wissen, in welchem Stadium der Erkrankung der Patient zur Therapie kommt, was aber mit einer einfachen Abbildung der Tumorklassifikation bei Aufnahme in den kodierten Routinedaten realisierbar wäre. Technisch wäre das nicht mehr oder weniger anspruchsvoll wie die Abbildung in Erhebungsdatensätzen, hätte nur den Vorteil, dass man nicht alles doppelt und dreifach dokumentieren müsste. Es wäre mit Sicherheit vermessen zu behaupten, dass die Risikoadjustierung in unseren heutigen Indikatoren vollumfänglich ist – allerdings könnte sie immer perfekter werden, wenn ein Konsens bestünde, die bekannten Risiken auch in den Routinedaten bereits abzubilden.

Geringe Sterblichkeit ist doch nicht das einzige Zeichen von Qualität!

Selbstverständlich ist die Sterblichkeit nur eine Maßzahl, aber eben bei vielen Erkrankungen eine ausnehmend aussagekräftige, deswegen wird sie ja auch in wissenschaftlichen Studien zum härtesten Endpunkt, wenn Sterblichkeit ein relevantes Outcome der Erkrankung darstellt.

Wenn wir anhand der Indikatoren der HELIOS Gruppe zeigen können, dass sich die Sterblichkeit bei Erkrankungen wie Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Lungenentzündung oder Schlaganfall über die Jahre teilweise deutlich besser als der Bundesdurchschnitt derselben Kennzahlen entwickelt, dann dürfen wir das auch als Beleg eines funktionierenden Qualitätsmanagements betrachten (s. Abb. 1).

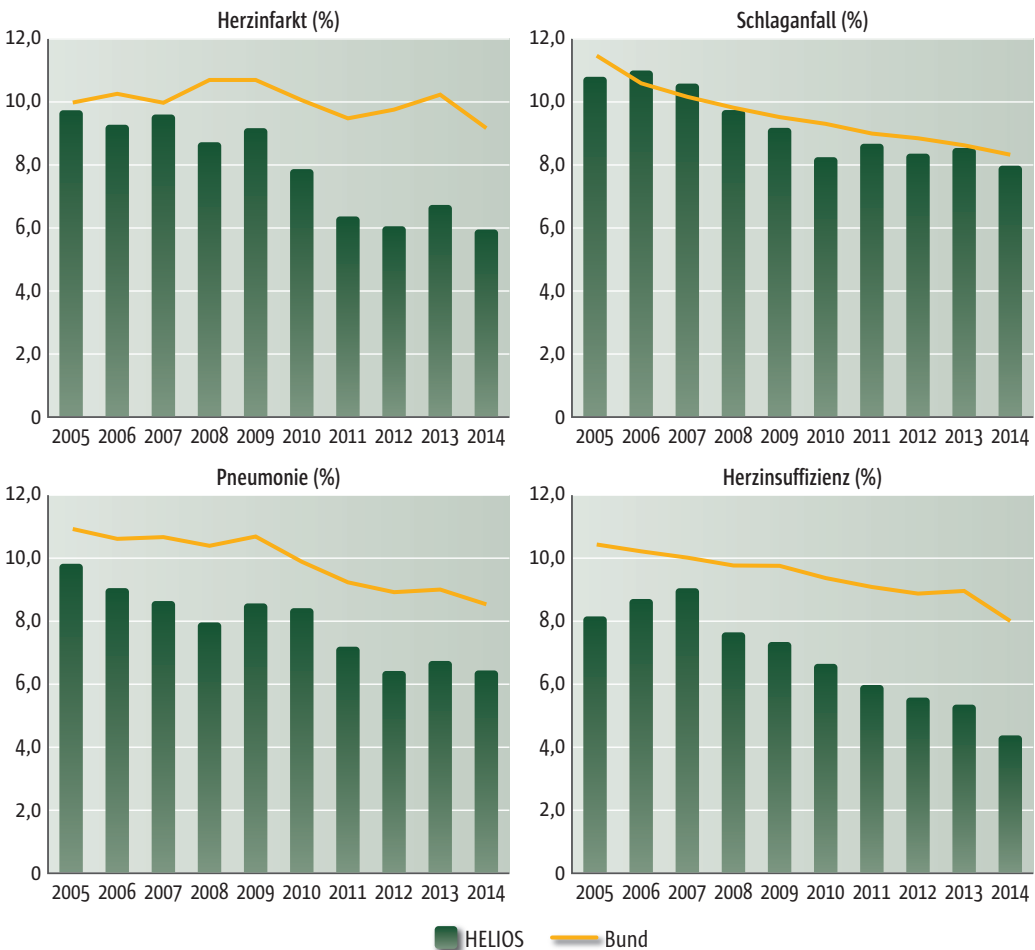


Abb. 1 Krankenhaussterblichkeit in den HELIOS Kliniken im Vergleich zum Bundesdurchschnitt. Die Werte wurden mit den methodisch gleichen Indikatordefinitionen für die HELIOS Daten als auch für den Bundesdurchschnitt ermittelt, um möglichen Diskussionen über methodische oder definitorische Unterschiede der genannten Sterblichkeit zu begegnen.

Natürlich ist es kein Beleg guter Qualität, wenn etwa bei Gallenoperationen kein Patient verstirbt und ebenso ist es nicht gleich ein Hinweis auf schlechte Qualität, wenn ein seltener Todesfall in der Folge einer Operation auftritt. Dennoch könnte es ein Hinweis auf mangelnde Patientensicherheit sein. So betrachten wir in unseren Indikatoren auch die Sterblichkeit im „low risk“-Bereich, wo sie allerdings eher als Sicherheitsindikator denn als Qualitätsindikator interpretiert werden sollte. Auch hier können wir zeigen, dass die konsequente Arbeit an diesen Indikatoren zu einer messbaren Verbesserung der Versorgung führt (s. Abb. 2).

Sterblichkeit darf als Ausdruck guter Qualität ebenso wie als Ausdruck mangelnder Sicherheit mit Fug und Recht als die Spitze eines Eisberges interpretiert werden: sichtbares Ereignis der darunter liegenden Strukturen und Prozesse. Ist die Sterblichkeit auffällig höher als im Durchschnitt, lohnt es auf jeden Fall sich mit darunter liegenden Problemen zu beschäftigen. So besteht der eigentliche Sinn unserer Indikatoren darin, einen Hinweis darauf zu erhalten, wo wir nachschauen sollten. Der Verwendungszweck der Qualitätsmessung ist also primär deren Verbesserung! Der Vergleich dient als Methode, nicht aber als primärer Zweck.

So vergleichen wir also alle Indikatoren mit dem Bundesdurchschnitt. Ist das Ergebnis unter Durchschnitt kann sich hieraus der Anlass zu einem „Peer Review“-Verfahren ergeben, was der eigentlich wesentliche Part unseres Qualitätsmanagements ist: Zwei oder drei Fachkollegen gehen die auffällige Klinik besuchen und überprüfen konkret die Behandlungsakten. Hierbei werden Angemessenheit der Diagnostik und Therapie ebenso geprüft, wie deren zeitgerechter Ablauf oder auch das Management eingetretener Komplikationen. Grundvoraussetzung seiner erfolgreichen Durchführung ist eine offene Fehlerkultur auf allen Seiten, die das kollegial konstruktive und auf Verbesserung abzielende Gespräch in den Vordergrund stellt. Schuldzuweisungen und Glaubensdis-

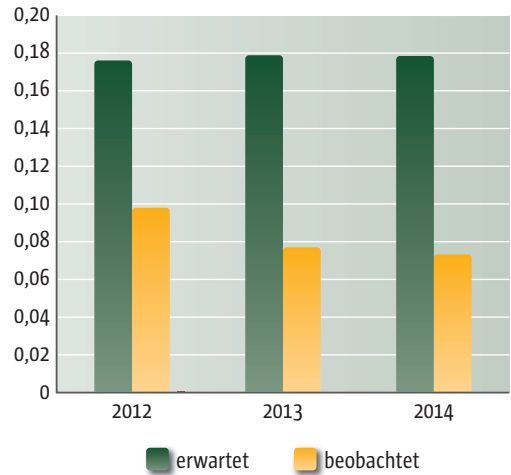


Abb. 2 Krankenhaussterblichkeit in den „low risk“-Indikatoren (in %). Der Erwartungswert ergibt sich aus dem Bundesdurchschnitt und ist dem bei HELIOS beobachteten Wert gegenübergestellt. Die zusammengefasste „low risk“-Sterblichkeit ergibt sich aus den HELIOS Indikatoren, die eine Sterblichkeit unter 1% aufweisen: Cholezystektomie bei Gallensteinen, Patienten mit Herniotomie ohne Darmoperation, Hysterektomie bei gutartigen Erkrankungen (Alter > 14 J.), Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose und chronischer Arthritis, Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose und chronischer Arthritis, Knie-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion, Exzision von Bandscheibengewebe (ohne Unfall, Tumor, kompl. WS-OP), Partielle Nephrektomie, Prostata-TUR, Radikale Prostatovesikulektomie. Wie bei allen Vergleichen finden für den HELIOS Datensatz dieselben Indikatordefinitionen Anwendung wie bei dem Bundesdatensatz des statistischen Bundesamtes.

kussionen haben dort ähnlich wenig Erfolg wie die umfassende Erklärung aller Probleme ohne diese lösen zu wollen. Am Ende wird das Review in einem Protokoll mit sehr konkreten Verbesserungsvorschlägen festgehalten, die der Klinik dazu dienen, ihre Strukturen und Abläufe, vor allem aber ihre Ergebnisse, zu verbessern.

Die Erfahrung im Umgang mit den Qualitätsindikatoren bei HELIOS als auch bei IQ^M zeigen auf einer mittlerweile sehr breiten Basis, dass die Verwendung von Qualitätsindikatoren zur Qualitätsverbesserung mittels „Peer Review“ nicht nur praktikabel und wirksam, sondern eindeutig positiv belegt ist. Ganz offensichtlich werden hiermit Kliniken sehr effektiv unterstützt, ihre Behandlungsqualität zu verbessern.

Zurück zur Frage nach Last oder Muss für Ärzte. Die Nachverfolgung der Behandlungsergebnisse, deren Bewertung an vergleichbaren Maßstäben und öffentliche Darstellung halte ich für ein Muss, genauso wie E. Codman das vor mehr als 100 Jahren schon gefordert hat. Eine Last mag es in so mancher Hinsicht dennoch sein, weil der Umgang mit den Ergebnissen nicht immer einfach ist. Vor dem Hintergrund der hiermit zu erreichenden Verbesse-

rungen ist allerdings heute ein sehr breiter Konsens zum Tragen dieser Last vorhanden. Eine Last, die deutlich schwerer wiegt, ist aber die zusätzliche Dokumentation von Qualitätszahlen. Es besteht Anlass zu der Hoffnung, dass das neu gegründete Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, IQTIG, diese Last auf ein minimales Maß zurückführen wird, indem so viele Informationen als irgendwie möglich aus den Routinedaten genutzt werden und Doppeldokumentation wegfällt.

Literatur

- Codman EA (1918) A study in hospital efficiency: as demonstrated by the case report of the first five years of a private hospital.
Costa S-D (2014) Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Nicht zum Nutzen der Patienten. Dtsch Arztebl 111(38): A-1556/B-1344/C-1276



Prof. Dr. med. Ralf Kuhlen

Seit 2010 in der Unternehmensgeschäftsführung der HELIOS Kliniken GmbH verantwortlich für das Ressort Medizin, einschließlich des gesamten Bereiches des Qualitätsmanagements.

... das Klinikmarketing

Natalie Erdmann

Unternehmenskommunikation und Marketing für Krankenhäuser unterscheiden sich im Großen und Ganzen nicht von den Anforderungen, die ein Unternehmen der Konsumgüterindustrie oder der Investitionsgüterbranche an die Fachleute dieses Bereiches stellt: Gemeinsam mit der Geschäftsführung definierte Ziele, dazu ein passender und in vernünftiger Kosten-Nutzen-Relation stehender Mix aus verschiedenen Maßnahmen von Pressearbeit, Werbemitteln und Veranstaltungen bis hin zu Internet und Social-Media-Aktivitäten, das Ganze verpackt in wohlklingende Sprache und schöne Bilder. Was muss – deutlich darüber hinaus – hinzukommen, um nachhaltig Vertrauen bei unseren Zielgruppen zu schaffen?

Marketing im Krankenhaus – lange vernachlässigt

Im Krankenhausmarkt führten strategische Kommunikation und zielgruppenspezifisches Marketing lange ein Schattendasein. Erst in den letzten Jahren, und HELIOS ist hier als Vorreiter durchaus selbstbewusst zu nennen, erkennen

Kliniken den Mehrwert, den eine gut aufgestellte Kommunikationsabteilung bieten kann. Und dies gilt eindeutig messbar auch in betriebswirtschaftlicher Hinsicht. Die Erhöhung der Bekanntheit einer Klinik, die Einflussnahme auf (potenzielle) Patienten und niedergelassene Ärzte zugunsten einer Behandlung in einem unserer Krankenhäuser sowie die Festigung der Marke HELIOS und ihrer Markenwerte sind maßgebliche Erfolgstreiber bei der Steigerung von Patientenzahlen. Dazu die Kommunikation „nach innen“, für rund 70.000 Mitarbeiter, und damit eine „Botenfunktion“ zur Vermittlung von Unternehmenswerten und -zielen als unverzichtbarer Bestandteil erfolgreicher Kommunikationsarbeit, bewährt beispielsweise im Verlauf der Integration der 41 Rhön-Kliniken. Nach innen und außen darüber zu sprechen, was wir bei HELIOS tun, und unsere Leistungen transparent und nachvollziehbar darzustellen, das sind essenzielle und vertrauensbildende Bausteine und der Anspruch, den wir als Unternehmen an uns selber stellen.

Der Konsument hat neue Erwartungen

Die Erwartungshaltung der „Konsumenten“ hat sich parallel zur Professionalisierung der Kommunikation im Gesundheitswesen rapide gewandelt. Diesen neuen Bedürfnissen haben wir Rechnung zu tragen. Die neuen Medien haben dazu beigetragen, dass Informationen schnell, weltweit und kostengünstig abrufbar sind. User, insbesondere die jungen „Digital Natives“, erwarten ganz selbstverständlich von Unternehmen und Institutionen, gläsern und damit gefühlt berechenbar(er) zu sein. Suspekt erscheint, wer sich der Transparenzoffensive entzieht. Unternehmen und deren Leistungen werden online verglichen und bewertet, empfohlen oder an den Pranger gestellt.

Barack Obama begann seinen ersten Amtstag 2009 mit dem Zitat der „Neuen Ära der Offenheit“. Die 2015 gegründete amerikanische Social-Media-Firma Buffer, mit deren Software Beiträge in sozialen Netzwerken vorausgeplant werden können, lebt das Offenheitsprinzip exzessiv – legt sie nicht nur alle Mitarbeitergehälter offen, sondern zeigt auch den Umsatz in Echtzeit; alle E-Mails dort sind öffentlich, die Sprache ungekünstelt, ohne PR-Sicherheitsnetz.

Auf der, gleichfalls amerikanischen, Online-Plattform www.patientslikeme.com tauschen sich Patienten umfassend über ihre Erfahrungen mit Krankheiten und Klinikaufenthalten aus. Ärztliche Schweigepflicht, Datenschutz? Erstaunlicherweise scheint beides keine größere Rolle zu spielen.

Ab 2016 meldet die Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie (FSA) in Deutschland, welche Pharmaunternehmen welchen Ärzten Zuwendungen haben zukommen lassen und in welcher Art. Im Audioguide der Berliner Reichstagskuppel erfährt der Hörer mehr über die Verbindung zwischen der Transparenz der Glaskonstruktion und der Transparenz des demokratischen Staatswesens in Deutschland. Von Watergate bis Wikileaks – es gilt das Diktum der

Transparenz – ein Wegdenken oder Wegsehen ist unmöglich.

„Das Internet hat seine Nutzer erzogen: Heute will man nicht mehr nur wissen, dass etwas passiert, man will wissen, warum und wie es passiert. Geheimnisse sind nur in Ausnahmen erlaubt, Transparenz ist die Regel – und wird längst eingefordert.“ Sascha Lobo, Blogger und Buchautor am 24.1.12 auf Spiegel Online

Wir stellen uns dem Wandel

Auch hier können wir durchaus stolz feststellen, dass wir bei HELIOS bereits sehr früh den Wunsch der „Kunden“ nach Transparenz, Berechenbarkeit und Glaubwürdigkeit erkannt haben und mit gutem Beispiel vorangegangen sind: qualitätsoffensiv veröffentlichen und vergleichen wir unsere medizinischen Qualitätszahlen. Mittlerweile haben wir bei der Initiative Qualitätsmedizin, deren Gründungsmitglied HELIOS ist, mehr als 350 Mitstreiter, die sich zur gleichen Offenheit verpflichtet haben, und die sich dem Qualitätswettbewerb stellen, darunter zahlreiche Uniklinika. Die Methodik zur Verbesserung der medizinischen Qualität basiert auf drei Grundsätzen: der Messung medizinischer Ergebnisqualität auf Basis von Routinedaten, der Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität mit Peer Review-Verfahren und der Transparenz der erreichten Qualitätsergebnisse durch deren Veröffentlichung.

Wir messen außerdem kontinuierlich in jeder unserer Kliniken anonym und extern ausgewertet die Zufriedenheit unserer Patienten. Einmal jährlich lassen wir unsere Zuweiser beurteilen, welche Klinik und womit zu einer förderlichen Zusammenarbeit beiträgt, und gleichfalls, wo wir uns noch weiter verbessern können. Im Bereich Hygiene sind wir an das INOK-System angebunden, in dem die Erfassung und vor allem Bewertung von infektionsrelevanten und meldepflichtigen Erregern zusammengeführt sind. Wir stellen für jede Klinik transpa-