

Das Konzept der Accountability: zwischen Management und Wissenschaft

M. Schrappe

14. Jahrestagung der Gesellschaft für
Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung
GQMG

Essen, 15.-16.03.2007

Prof. Dr. M. Schrappe

Verantwortung - Accountability

- Qualität
- Leitlinien
- Evidence based medicine
- Management und Führung
- Patientensicherheit
- Ergebnisorientierung
- Patientenorientierung

➔ Verantwortung

Prof. Dr. M. Schrappe

Gesellschaft

"What is good for General Motors, ...

➔ is good for the Country."

Wilson, Präsident von General Motors

Prof. Dr. M. Schrappe

"Iron Law of Responsibility"

Jede Institution verliert auf langfristige Sicht
diejenige Macht und denjenigen Einfluss,
den sie nicht verantwortungsvoll einsetzt.

Prof. Dr. M. Schrappe

Ergebnisse 5: Public Disclosure

Befragung: 831 Ärzte, 1207 Personen

	PHYSICIANS (N=831)	PUBLIC (N=1207)
	percent	
Physicians should be required to tell patients when errors are made in their care		
Yes	77	89
No	22	9
No response	1	3
Hospital reports of serious medical errors		
Should be confidential (used only to learn how to prevent future mistakes)	86	34
Should be released to the public	14	62
No response	0	4

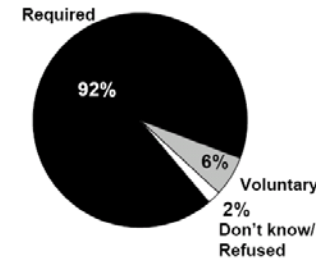
Blendon et al. NEJM 347, 2002, 1933

Prof. Dr. M. Schrappe

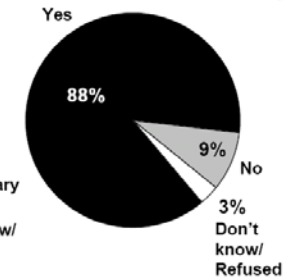
Chart 20

Views On Required Reporting Of Medical Errors

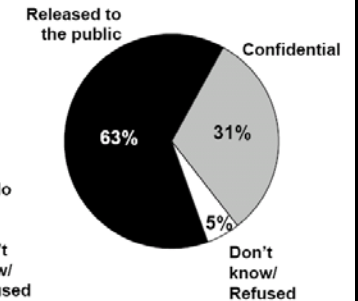
Percent who say reporting of serious medical errors should be...



Should physicians be required to tell patients if a preventable medical error resulting in serious harm is made in their OWN care?



Assuming that medical errors are reported, hospital reports of serious medical should be...



Source: Kaiser Family Foundation / Agency for Healthcare Research and Quality / Harvard School of Public Health National Survey on Consumers' Experiences with Patient Safety and Quality Information, November 2004 (Conducted July 7 – September 5, 2004).

RESEARCH INTO PRACTICE III

Research into practice III

Doctor performance and public accountability

David C Lanier, Martin Roland, Helen Burstin, J André Knottnerus

Public concern about the quality of health care has motivated governments, health-care funders, and clinicians to expand efforts to improve professional performance. In this paper, we illustrate such efforts from the perspective of three countries, the UK, the USA, and the Netherlands. The earliest strategies, which included continuing professional education, clinical audits, and peer review, were aimed at the individual doctor, and produced only modest effects. Other efforts, such as national implementation of practice guidelines, effective use of information technologies, and intensive involvement by doctors in continuous quality-improvement activities, are aimed more broadly at health-care systems. Much is yet unknown about whether these or other strategies—such as centralised supervision or regulation of quality improvement, or use of financial incentives—are effective. As demands for greater public accountability rise, continuing performance improvement efforts of each of our countries offer us opportunities to learn from one another.

Lanier et al. Lancet 362, 2003, 1404

No-Fault Compensation In New Zealand: Harmonizing Injury Compensation, Provider Accountability, And Patient Safety

Injury compensation systems meet patients' financial needs only and must be complemented by other forms of accountability.

by Marie Bismark and Ron Paterson

ABSTRACT: In 1974 New Zealand jettisoned a tort-based system for compensating medical injuries in favor of a government-funded compensation system. Although the system retained some residual fault elements, it essentially barred medical malpractice litigation. Reforms in 2005 expanded eligibility for compensation to all "treatment injuries," creating a true no-fault compensation system. Compared with a medical malpractice system, the New Zealand system offers more-timely compensation to a greater number of injured patients and more-effective processes for complaint resolution and provider accountability. The unfinished business lies in realizing its full potential for improving patient safety. [Health Affairs 25, no. 1 (2006): 278-283]

Accountability in Hospitals

"... hospitals can no longer sustain functional self-referential designs, where resources are duplicated, scale economies underexploited, clinical integration and clinical governance non-existent, **autonomy** (in using specialities resources) **prevailing over accountability** (on outcomes requiring integration among different specialities, on shared utilization of fixed resources) ..."

Lega F, DePietro C: Converging Patterns in Hospital Organization: Beyond the Professional Bureaucracy. Health Policy 74, 2005, 261-81

QM und Verantwortung

Nicht nur Problemlösungen und Projekte, sondern

- ➔ Verantwortung für Ergebnisse
- ➔ Veränderung entsprechend der Anforderungen
- ➔ In diesem Sinne: Strategie

Verantwortung von Unternehmen

Klassisch

- ➔ gegenüber den Eigentümern
- ➔ gegenüber den Gläubigern

Modern

- ➔ gegenüber den Kunden
- ➔ gegenüber den Arbeitnehmern
- ➔ gegenüber der Region
- ➔ gegenüber der Gesellschaft

Qualität: GKV Wettbewerbsstärkungs-Gesetz (WSG)

- ➔ Bonusregelungen §§63, 73b, 73c, 137f, 140a (§53)
- ➔ Pflicht: Angebot hausarztzentrierte Versorgung (§73b)
- ➔ Leistungen nach §116b Gegenstand der Krhs-Bedarfsplanung
- ➔ IGV: "bevölkerungsbezogene Flächendeckung" (§140a)
- ➔ Qualitätssicherung Gegenstand von GBA-Richtlinien (§92,1 S.2 Nr.13)
- ➔ Stärkere Betonung der sektorenübergreifenden QS in §137
- ➔ Dateiformat der Q-Berichte einheitlich (§137)
- ➔ GBA beauftragt "unabhängige Institution" für vergleichende QS,
- ➔ die insbesondere sektorenübergreifend tätig sein soll (§137a).
- ➔ Die "Institution" entwickelt Indikatoren (§137a) und
- ➔ veröffentlicht die Qualitätsdaten in "verständlicher Form" (§137a)
- ➔ Die QS in der Rehabilitation wird verstärkt (§137d)
- ➔ IQWiG: Kosten-Nutzen-Bewertung bei Arzneimitteln (§139a)
- ➔ Stärkung der Patientenverbände (u.a. §§91, 137a, 139a)

"The public is a ...

→ ... patient population"

Buchan H: Different Countries, Different Cultures.
Qual. Health Care 7, 1998, 62

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualitätswettbewerb: CSRS

New York State Cardiac Surgery Report System (CSRS, seit 1991):

- Risk-Adjusted Mortality Rate (RAMR)
- Volume Hospital und Volume Surgeons (3 y.)
- Daten von 1989 bis 2002

→ 33 Krankenhäuser, 168 Operateure, medianes Alter 53J

Krankenhäuser: RAMR niedrigstes Dezil im jew. Vorjahr: **1,59%**
RAMR höchstes Dezil im jew. Vorjahr: **2,78%**

Operateure: RAMR niedrigstes Dezil im jew. Vorjahr: **1,58%**
RAMR höchstes Dezil im jew. Vorjahr: **3,20%**

Marktanteile Krhs.: kein Einfluss

Jha, A.K., Epstein, A.M. Health Aff. 25, 2006, 844

Prof. Dr. M. Schrappe

Public Disclosure

- nicht anwendbar
- ∅ keine Studien
- +/- indiff. Ergebnis
- ↑ neg./pos. Effekt
- ↓ meth. hochwertige Studien
- * meth. hochwertige Studien

	Ergebnis-Q	Prozess-Q	Einstellung	Markt
Patienten	—	—	↓ ↑*	—
Niedergel. Ärzte	∅	∅	↓	∅
Krankenhäuser	↑*	↑*	↓	+/-
Kassen	∅	+/-	↑	∅
Gesundh.-system	∅	∅	∅	+/-

Prof. Dr. M. Schrappe

Bürokratie-Ansatz

- Regelgebundenheit der Amtsführung
- Amtskompetenz: Zuständigkeiten und Befugnisse leiten sich aus der Position ab
- Amtshierarchie mit umschriebener Befehlsgewalt (keine Willkür)
- Aktenmäßigkeit aller Vorgänge
- Unpersönlichkeit der Amtsführung
- Amtsführung durch Fachleute
- Einheitlichkeit der Leitung

Prof. Dr. M. Schrappe

Das Paradoxon der Bürokratie

Gleichzeitig

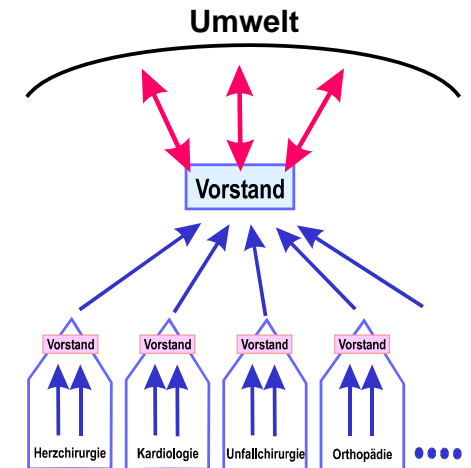
- ➔ Differenz und Autonomie der Ebenen
- ➔ Referenz auf Organisation als Ganzes

D. Baecker: Müllers Vermutung. Lettre Int. 43, 1998, 68-70

Prof. Dr. M. Schrappe

Der heroische Manager

- ➔ Macht Paradoxie unsichtbar
- ➔ "Der Glanz des Helden"
- ➔ behauptet sich selbst als Lösung
- ➔ Verdoppelt die Paradoxie
- ➔ fordert indirekt die Organisation zur Absicherung auf

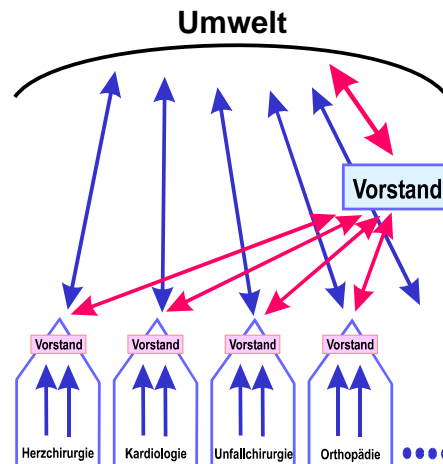


n. D. Baecker: Müllers Vermutung. Lettre Int. 43, 1998, 68-70

Prof. Dr. M. Schrappe

Der post-heroische Manager

- ➔ Vermittelt zwischen Markt und Ebenen
- ➔ Setzt die Ebenen der Organisation dem Markt aus
- ➔ verzichtet auf die "Rituale des Heldentums"
- ➔ Schafft Verantwortung auf allen Ebenen gegenüber der Umwelt
- ➔ Mitarbeiter- und Kundenorientierung



n. D. Baecker: Müllers Vermutung. Lettre Int. 43, 1998, 68-70

Prof. Dr. M. Schrappe

"Bad doctors get a free ride"

New York Times 3.3.2003

Zit. N. Leape, LL and Berwick DM: 5 Years After To Err Is Human JAMA 293, 2005, 2384

Prof. Dr. M. Schrappe

Das "System-Person Paradoxon"

- **"no fault policy"**: nicht das Individuum hat Schuld
 - Fehlerkette und **Systemfaktoren** im Vordergrund
- ➔ die Individuen erklären sich für "das Ganze" (System, Prozesskette) **verantwortlich.**

Management und Wissenschaft

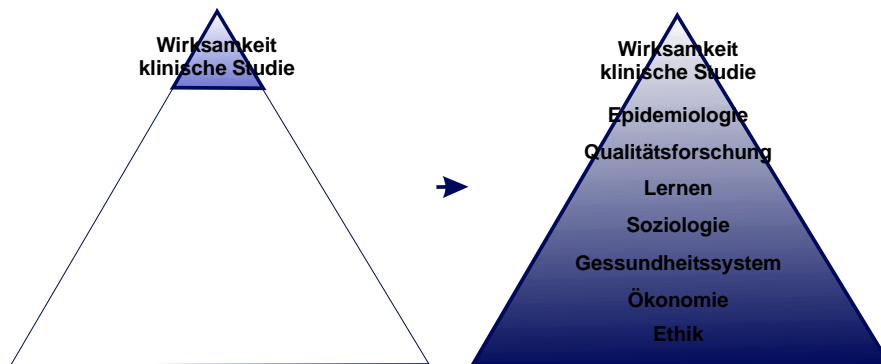
Position 1: ist Bestandteil der empirischen Betriebswirtschaftslehre

Position 2: sozialwissenschaftlicher Zugang ist möglich

- ➔ "So haben die Amerikaner Mintzberg, Kotter, McCaskey und andere die Frage untersucht, was Manager wirklich tun, und es verglichen mit dem, was sie nach den Ratschlägen der wissenschaftlichen Managementlehre tun sollten (...) Das Ergebnis ist einigermaßen erschütternd: sie tun fast nichts von dem, was sie angeblich tun sollten ..."

Hans Ulrich: Wandel, Erkenntnis und Management. In: Systemorientiertes Management, Das Werk von Hans Ulrich. Studienausgabe. Wien 2001, S.549f

Klinische und Versorgungsforschung



Konzept der Accountability

- ➔ Verantwortung ist der "Schlussstein" des QM
- ➔ Insbesondere die Öffentlichkeit fordert Verantwortung
- ➔ Verantwortung ist eine Herausforderung an die Führung: der "heroische Manager" wird zum Vermittler
- ➔ Das "System-Person" Paradoxon ist lösbar: Systemverantwortlichkeit des Individuums
- ➔ Die *public disclosure* Thematik bringt das Thema auf den Tisch
- ➔ Nur die wissenschaftliche Orientierung (zusammen mit Praxistauglichkeit) macht Verantwortlichkeit langfristig möglich

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Prof. Dr. M. Schrappe