

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Ernährungsmedizin - eine Übersicht

von

Günter Ollenschläger

Publiziert in:

Akt. Ernähr Med 21 **1996** 306-314

Zusammenfassung

Qualität, Qualitätssicherung / Qualitätsverbesserung, und Qualitätsmanagement werden zusehends zu beherrschenden Schlagworten im Gesundheitswesen. Dabei wird die Diskussion um Qualitätssicherung in Deutschland dadurch erschwert, daß unter den unterschiedlichsten Vorzeichen ordnungspolitischer, ökonomischer und fachbezogener oder partikularer Interessenpositionen geführt wird. Vor diesem Hintergrund wird - unter Berücksichtigung der besonderen Bedingungen der Ernährungsmedizin - eine Übersicht über den aktuellen Stand der Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen gegeben.

Schlüsselbegriffe

Qualitätssicherung - Kontinuierliche Qualitätsverbesserung - Umfassendes
Qualitätsmanagement - Klinische Handlungsleitlinien - Ernährungsmedizin

Key words

Quality Assurance - Continuous Quality Improvement - Total Quality Management - Clinical
Guidelines - Nutrition Medicine

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr.med. G.Ollenschläger
Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

Email: ollenschlaeger@azq.de

Internet: <http://www.ollenschlaeger.net>

1. Qualität und Qualitätssicherung in der Medizin

Der Begriff Qualität hat in den letzten Jahren in allen Lebensbereichen unserer Gesellschaft einen besonderen Stellenwert erhalten. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig. Als bestimmende Faktoren sind zu nennen (1) das zunehmende Bedürfnis der Öffentlichkeit nach Transparenz in den Dienstleistungssektoren; (2) die zu befürchtende Minderung der medizinischen Versorgungsqualität bei knapperen finanziellen Ressourcen; (3) das verstärkte Bewußtsein, daß Wirksamkeit und Zuverlässigkeit zahlreicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht ausreichend belegt sind; (4) der Wettbewerb im Gesundheitswesen zwischen Kostenträgern auf der einen und Leistungserbringern auf der anderen Seite; (5) kommerzielle Interessen Dritter.

Unter medizinischen Qualitätssicherungs- und Qualitätsverbesserungs-Maßnahmen im weiteren Sinne versteht man alle Strukturen und Prozesse, durch welche die Qualität der gesundheitlichen Versorgung positiv beeinflusst werden kann.

In den aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen wird "Qualität" von allen Beteiligten als vorrangiges Versorgungsziel genannt, allerdings unter den unterschiedlichsten Vorzeichen ordnungspolitischer, ökonomischer und fachbezogener oder partikularer Interessenpositionen.

Um eine einseitige Diskussion der Qualitätsfragen (z.B. ausschließlich unter der Zielsetzung einer Effizienzsteigerung und Kostendämpfung) zu vermeiden, bedarf es eines breiten gesellschaftlichen Konsenses über die Definition der Versorgungsqualität, über Ziele der medizinischen Qualitätssicherung und über die Angemessenheit der Methoden (38).

Allerdings wird diese Diskussion dadurch erschwert, daß es unterschiedliche Ansichten und Definitionen von Qualität gibt (s. Tabelle 1), die zum Teil nicht deckungsgleich sind.

Tab.1: Glossar zum Begriff der Qualität

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Qualität: "Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen" (DIN EN ISO 8402).
"Das Erreichte im Verhältnis zum Machbaren, bezogen auf die Menge des Gewünschten (van Eimeren)"
" Realisierte Beschaffenheit einer Einheit bezüglich der Qualitätsanforderung (Dtsch.Ges. für Qualität)"
"Der unter Anwendung des derzeitigen Wissens vom medizinischen Versorgungssystem erreichte Grad der Wahrscheinlichkeit, für den Patienten erwünschte Therapieresultate zu erzeugen und unerwünschte Behandlungsergebnisse zu vermeiden (US Joint Commission on the Accred. of Health Care Organisations)"• Strukturqualität wird bestimmt durch die Rahmenbedingungen im Einzelfall und durch die politischen und ökonomischen Faktoren, unter denen eine Tätigkeit stattfindet: fachliche Qualifikation (von Diätassistenten, Ökotrophologen, Ärzten, Pflegekräften, Köchen etc.) , Ausstattung der Arbeitsstätte, Arbeitsbedingungen und -abläufe, Zugangsmöglichkeiten für Patienten, Genauigkeit der Dokumentation). |
|--|

- **Prozeßqualität** betrifft die Qualität der Aktivitäten und Betreuungsmaßnahmen in der medizinischen Versorgung: Art und Weise der Diagnostik und Therapie (z.B. Ernährungsanamnese, Erfassung des Ernährungsstatus, Verordnung von Diätformen, Gesprächsführung, Rechtzeitigkeit, Angemessenheit usw.) Beeinflußt wird der Betreuungsprozeß durch die Persönlichkeit und Einstellung von Betreuern und Patient und der Wechselwirkung zwischen beiden, aber auch durch gesellschaftliche und ethische Gesichtspunkte).
- **Ergebnisqualität** betrifft die Veränderungen des Gesundheitszustandes, der Kenntnisse / Fertigkeiten und der Zufriedenheit / Lebensqualität eines Patienten als Ergebnis von bestimmaren Betreuungsmaßnahmen bzw. von Interventionen in die Betreuungsabläufe.
- **Qualitätsindikatoren:** meßbare Variablen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbilden („qualitätsbezogene Kennzahlen“): z.B. % Patienten, die keine Ernährungsbetreuung innerhalb der ersten 5 Tage des Klinikaufenthalts erhalten (40, 43 S. 107ff). Die Ausprägung eines Indikators (gemessen an einer definierten Ausprägung, dem Referenzbereich) beschreibt „gute“ oder „schlechte“ Qualität.
- **Umfassendes Qualitätsmanagement:** Zusammenfassung aller Maßnahmen innerhalb eines Betriebes, die darauf abzielen, die Qualität der produzierten Produkte oder der angebotenen Dienstleistung zu verbessern. QM besteht aus verschiedenen Teilaspekten wie z.B. der Qualitätsplanung, der Qualitätsbewertung, Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung, Qualitätsverbesserung etc.
- **Qualitätssicherung:** Interne QS umfaßt die innerhalb einer Institution selbst durchgeführten QS-Maßnahmen (mit und ohne externem Vergleich / externer Hilfestellung (Beispiel: Umfassendes Qualitätsmanagement einer Klinik). Externe QS sind QS-Maßnahmen die vergleichende Prüfungen mit anderen Institutionen ermöglichen (z.B. bundesweite Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Chirurgie, Herzchirurgie, Perinatalogie, (4)).
- **Leitlinien:** Nach einem definierten, transparent gemachten Verfahren konsentierete Empfehlungen zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Orientierungshilfen im Sinne von Handlungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder muß.
- **Richtlinien:** Von einer rechtlich legitimierten Institution konsentierete, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind.

Aus diesen Definitionen können für Institutionen im Gesundheitswesen zwei zentrale Qualitätsbegriffe abgeleitet werden (8):

(a) Der leistungsbezogene Qualitätsbegriff: Qualität ist die Summe bzw. das Niveau der vorhandenen Eigenschaften von Dienstleistungen bzw. Produkten. Die Messung der Qualität kann nach objektiven Kriterien vorgenommen werden, wenn solche festgelegt worden sind.

(B) Der Qualitätsbegriff aus der Sicht des Patienten: Die Qualität der Produkteigenschaften bzw. Dienstleistungen wird dabei durch die Wahrnehmung des Patienten bestimmt. Die Qualitätsmessung wird nach subjektiven Kriterien vorgenommen, da

jeder Patient für sich selbst ein individuelles Qualitätsniveau festlegt, d.h. ein bestimmtes Erwartungs- bzw. Anspruchsniveau hat.

Die Gesamtqualität einer Institution des Gesundheitswesens (z.B. Krankenhaus, Arztpraxis) ergibt sich aus den Teilqualitäten aller Einzelleistungen (siehe Tab. 2); sie kann heute noch nicht gemessen werden. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, die Gesamtqualität in Teilbereiche aufzugliedern. Auf diese Weise kann die Teilqualität verschiedener Bereiche und Prozesse ermittelt und zu früheren Perioden oder vergleichbaren Institutionen in Beziehung gesetzt werden.

Tab.2: Teilqualitäten in Institutionen des Gesundheitswesens (dargestellt am Beispiel Krankenhaus). Die Gesamtqualität einer Institution des Gesundheitswesens (z.B. Krankenhaus) ergibt sich aus den Qualitäten aller Einzelleistungen (verändert nach 8)

Medizinische, pflegerische, ernährungstherapeutische Behandlung

- Qualitativ adäquate, patientenorientierte, zeitlich abgestimmte und geplante Diagnostik, Therapie, Pflege, Beratung, Betreuung mit ausreichender Dokumentation
- Analyse von Dauer und Ergebnis der einzelnen Schritte
- fachliche Kompetenz der Ärzte, Pflegekräfte, Diätassistentinnen etc.
- Art und Umfang, Ablauf, Dauer bzw. Ergebnis der Behandlung und Betreuung
- Beteiligung des Patienten an medizinischen Entscheidungen

Hotelleistung eines Krankenhauses

- Ausstattung / Sauberkeit des Krankenhauses, der Patientenzimmer
- Freundlichkeit des Personals
- Essenszeiten, Anzahl der zu wählenden Menüs, Qualität der Mahlzeiten
- Weck- und Besuchszeiten

Image eines Krankenhauses

- Ruf in der Öffentlichkeit
- Bekanntheitsgrad der Ärzte, besondere medizinische Erfolge
- Spezialdiagnostiken und -therapien
- Qualität der pflegerischen Versorgung
- Geräteausstattung, Hotelleistung

Führung

- Führungsstruktur
- Qualifikation der Führungskräfte
- Kommunikation innerhalb der Führung
- Führungsverhalten
- Betriebsklima

Zusammenarbeit

- Kommunikation und Kooperation unter den Mitarbeitern
- Kommunikation und Kooperation mit Patienten, Angehörigen, Externen (Zuweisenden, Weiterbetreuenden)
- Qualität der Kommunikation (d.h. Art, Inhalt, Vollkommenheit und Rechtzeitigkeit der Information)
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen)

Ausführungsplanung

- Koordination des Informationsflusses von der Aufnahme bis zur Entlassung
- Ablauforganisation (Wartezeiten)

Zulieferung

- Definition und Überprüfung der Qualität extern bezogener Güter und Dienstleistungen z.B. (Arzneimittel, Laborleistungen)
- Sachgüterlogistik (Güter sollen in benötigter Menge und zur benötigten Zeit am richtigen Ort verfügbar sein)

2. Bisherige Formen der Qualitätssicherung in Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch eine Fülle lange verwendeter, qualitätssichernder Maßnahmen charakterisiert (6,7,38). Zu nennen sind unter anderem die Aus-, Weiter- und Fortbildungsordnungen und -Curricula von Ärzten, Diätassistenten, Ökotrophologen, Pflegeberufen; weiterhin Ausstattungsrichtlinien, Gerätekontrollen, externe Ringversuche (z.B. im klinisch chemischen Labor), Zweitmeinungssysteme (z.B. bei Chefarztvisiten, Operationsassistenzen, Röntgenbesprechungen, Fallbesprechungen, Obduktionen, Todesfallbesprechungen, Hygienekommissionen, Arzneimittelkommissionen, multiprofessionellen Konsilien). Qualitätssicherung der *ärztlichen* Berufsausübung ist Gegenstand unterschiedlicher rechtlicher Regelungen im ärztlichen Berufsrecht und im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (siehe Tab. 3).

Tab.3: Regelungen des SGB V mit besonderem Bezug zur Qualität und Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung (aus 23,38)

Paragrafen	Abs.	Inhalt
2: Leistungen	1	Qualität und Wirksamkeit haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen
12: Wirtschaftlichkeitsgebot	1	Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich sein
70: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit	1	Bedarfsgerechte, gleichmäßige, dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung gewährleisten
	1	Versorgung muß ausreichend, zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten
72: Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung	2	Ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche Versorgung gewährleisten, anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse berücksichtigen
81: Satzung (der kassenärztl. Vereinigungen)	3	Verbindlichkeit von Verträgen und Richtlinien
	4	Bestimmungen über Fortbildungspflicht
	5	Bestimmungen über Sanktionen
92: Richtlinien der Bundesausschüsse	1	Richtlinien über die Gewähr der Versorgung, Richtlinienkatalog
115 b: Ambulantes Operieren im einheitl. Krankenhaus	1	3seitig. Vertrag über Op-Katalog, gütung, Maßnahmen zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit
135: Qualitätssicherung der vertragsärztlichen Versorgung	1	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
	2	Qualifikationserfordernisse
	3	Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung
135a: Qualitätssicherung bei ambulanten Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen		
136: Qualitätsprüfung im Einzelfall	1,1	Stichprobenprüfung
	1,2	Kriterien zur Qualitätsbeurteilung
	2	Ambulante ärztliche Leistungen im Krankenhaus

Als Pflichtmitglied ist jeder Arzt der Aufsichtspflicht der für ihn zuständigen Landesärztekammer unterstellt. Instrumente der Landesärztekammern zur Steuerung der Strukturqualität sind die Berufsordnung mit der Verpflichtung jedes einzelnen Arztes zur Fortbildung und zur Berücksichtigung von QS-Maßnahmen, ferner das Weiterbildungsrecht und die Berufsgerichtsbarkeit. Die ärztliche Berufsordnung enthält eine Reihe von qualitätssichernden Vorgaben, so zum Beispiel die Dokumentationspflicht, Verhaltensregeln des Arztes, die Verpflichtung zum konsiliarischen Beistand (second opinion) und insbesondere die Verpflichtung des Arztes "die von der Ärztekammer durchgeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit durchzuführen". Diese berufsrechtliche Verpflichtung ist in allen Berufsordnungen der Bundesländer seit 1988 Teil des ärztlichen Berufsrechts. Qualitätssichernde Bestimmungen sind auch in Landeskrankenhausgesetzen enthalten. So enthält das Landeskrankenhausgesetz für Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 1987 in § 7 folgende Bestimmung: "Die Krankenhäuser gewährleisten eine interne QS. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, im Einvernehmen mit der Ärztekammer und den Krankenkassen externe qualitätssichernde Maßnahmen durchzuführen". Weitere gesetzliche Grundlagen mit Bezug zur Qualitätssicherung sind u.a. in der Approbationsordnung für Ärzte, im Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz (30,31), Arzneimittelgesetz, Medizinproduktegesetz, Eichgesetz, Strahlenschutzgesetz, in der Röntgenverordnung, der Medizingeräteverordnung sowie der Diätverordnung und der Lebensmittel-Kennzeichnungsverordnung vorgegeben.

Die Entwicklung qualitätssichernder Instrumente und die Evaluation von Programmen zur Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen wäre ohne die Arbeit von wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Fortbildungsakademien nicht denkbar (z.B. 2, 4, 6, 14, 25). In Deutschland koordinieren die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin sowie die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung die ärztlichen Aktivitäten auf dem Gebiet der Qualitätssicherung (2, 6, 20). Der Deutschen Gesellschaft für Ernährung kommt aufgrund ihres multiprofessionellen Hintergrundes und ihrer Nähe zu den für die Ernährung zuständigen Bundesministerien eine besondere Bedeutung für die Qualitätssicherung in der Ernährungsmedizin zu.

3. Gegenwärtige Sicht der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Neu ist bei der heutigen Sicht von Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, daß der Prozeß der Leistungserstellung, ebenso wie seine strukturellen Voraussetzungen und letztlich die Ergebnisse systematisch, patienten- und problemorientiert beurteilt werden (8). Zu diesem Zweck wurden Methoden und Techniken entwickelt, die eine Evaluierung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse im Hinblick auf die angestrebten Ziele ermöglichen (siehe hierzu 3,4,10a,15,16,18,40,43).

Vor diesem Hintergrund hat die deutsche Ärzteschaft 1996 die aus ihrer Sicht angemessenen Ziele und Voraussetzungen der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen in Form der folgenden 10 Thesen formuliert, siehe Tab. 4 (38).

Tab. 4. Ärztliche Thesen zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">(1) Medizinische Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung stehen im Dienste der Patientenversorgung.(2) Medizinische Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung dienen nicht primär der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit: Qualitätssicherungsmaßnahmen dienen nicht primär der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, sie können allerdings helfen, Unwirtschaftlichkeiten zu vermeiden.(3) Qualitätssicherungsprogramme müssen problemorientiert und koordiniert sein, die Qualität im ambulanten und im stationären Versorgungsbereich kann nicht unterschiedlich sein.(4) Die Angemessenheit von Qualitätssicherungsprogrammen muß konsequent evaluiert werden.(5) Transparenz, Kommunikation und Kooperation sind Voraussetzungen erfolgreicher Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung.(6) Umfassende interne Qualitätssicherung ist die Basis der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.(7) Externe Qualitätssicherung soll den Anstoß zur vorrangigen Entwicklung interner Qualitätssicherungsverfahren geben.(8) Qualitätssicherung hat nur dann eine Chance auf Verwirklichung, wenn sie von der Überzeugung und dem Bestreben des Einzelnen getragen wird, qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen, das eigene Tun einer kontinuierlichen Überprüfung und Verbesserung zu unterziehen und es mit anderen zu vergleichen.(9) Qualität hat ihren Preis.(10) Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung sind die Eckpfeiler einer Qualitätspolitik im Gesundheitswesen. |
|---|

4. Qualitätssicherung in der Ernährungsmedizin

Probleme der Qualitätssicherung sind im deutschsprachigen Schrifttum zur Ernährungsmedizin bereits zu Zeiten diskutiert worden, in denen die Bedeutung der Qualitätssicherung für das Gesundheitswesen nur vereinzelt erkannt wurde. So diskutierten R. Kluthe und Mitarbeiter bereits 1982 in der Monographie „Qualitätssicherung in der Gemeinschaftsverpflegung unter besonderer Berücksichtigung der klinischen Ernährung und Diätetik“ (26) **die für die Qualitätsbeurteilung und Qualitätssicherung in der ernährungsmedizinischen Versorgung bedeutenden Faktoren:**

a) die Qualität von Produkten bzw. Therapeutika (Nährstoffe und Nahrungsmittel), Therapeuten (Ärzte und Diätassistenten), Beratungs- und Betreuungskonzepten (Behandlungsleitlinien), Institutionen (Einrichtungen des Gesundheitswesens) :

Strukturqualität;

b) die Qualität der Verarbeitung und Zubereitung, der Indikationsstellung (Auswahl der Kostform), der Patientenberatung und -betreuung : **Prozeßqualität;**

c) die Veränderung des Ernährungsverhaltens, Ernährungszustandes, Gesundheitszustandes, Wohlbefindens der Patienten als Ergebnis der therapeutischen Maßnahmen:

Ergebnisqualität.

Ebenfalls findet man in der zitierten Monographie die für die Konzepte und Methoden der Qualitätssicherung, der Qualitätsverbesserung und des Qualitätsmanagements charakteristische Terminologie - siehe hierzu auch Glossar des Curriculums Qualitätssicherung der Bundesärztekammer (6) - im Kontext der klinischen Ernährung und Diätetik. Bezeichnungen wie Produkt- und Verfahrensvergleich, Prüfverfahren, Stellung des Verbrauchers, Deutsche Industrienorm, Qualifikation des Personals, Verlaufsdocumentation, Qualitätskontrolle, Qualitätsbewertung, Qualitätsüberwachung, Normen (DIN), Produktprofil, Qualitätsindikator, Kriterium, Kontrollkarte, Qualitätsplanung, Empfehlungen, Leitlinien, Verordnungen, Auswertung, multiprofessionelle Zusammenarbeit sind alles Schlagworte, die bereits Anfang der achtziger Jahre in der ernährungstechnologischen und ernährungsmedizinischen Diskussion verstanden wurden und nicht erst mit der Einführung des sogenannten Total Quality Managements im Gesundheitswesen (16,18) entdeckt wurden. Allerdings haben sich diese Methoden und Techniken bisher in Deutschland nicht flächendeckend in der ernährungsmedizinischen Routine durchsetzen können. Es erscheint deshalb angebracht, die derzeit verfügbaren Instrumente zur Sicherung der Qualität auf ihre Inhalte, Zielsetzungen und Grenzen hin zu untersuchen und zueinander - im Sinne eines

umfassenden Konzeptes der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in der Ernährungsmedizin in Beziehung zu setzen.

5. Strukturqualität in der Ernährungsmedizin

5.1. Fachliche Qualifikation

Ärztliche Qualifikation: Eine Tätigkeitsbeschreibung und ein Qualifizierungsprogramm für ernährungsmedizinisch tätige Ärzte wurde erstmalig 1983 von der Deutschen Akademie für Klinische Ernährung und Diätetik (DAKED) in Form des „Ernährungsbeauftragten Arztes“ vorgeschlagen (19). Da diese Qualifikation nur auf freiwilliger Basis erworben werden konnte und nur für den klinischen Bereich von Bedeutung war, entwickelte die ärztliche Selbstverwaltung ab 1992 die Voraussetzung für die breite Qualifizierung der Ärztinnen und Ärzte in Ernährungsmedizin: Innerhalb der Musterweiterbildungsordnung wurden ernährungsmedizinische Lernziele für die relevanten klinischen Weiterbildungsgänge vorgeschrieben (35). Es wurden weiterhin Strukturen für ernährungsmedizinische Fortbildungsmaßnahmen in allen Landesärztekammern nach einem einheitlichen Curriculum geschaffen (27, 39, 42). Weiterhin bemüht sich die vertragsärztliche Selbstverwaltung intensiv um bessere Voraussetzungen für die ambulante ernährungsmedizinische Versorgung (36). Die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin evaluierte wiederholt den Versorgungsstatus von Krankenhäusern mit ernährungsmedizinisch qualifizierten Ärzten (21).

Qualifikation von Ernährungsberatungsfachkräften: Im Gegensatz zum ärztlichen Beruf sind Berufsbild und Qualifikation von Ernährungsberatungsfachkräften bisher nicht einheitlich definiert. Dies gilt nur für den Beruf der *Diätassistentin*, dessen Ausbildungsordnung bundeseinheitlich geregelt ist. Darüber hinaus gibt es *Diplom-Ökotrophologen* mit Fachhochschul- oder Hochschulstudienzweigen von ganz unterschiedlicher Schwerpunktsetzung. Außerdem findet man - mangels eines Schutzes der Berufsbezeichnung - Ernährungsberatungsfachkräfte ohne staatlich anerkannte Berufsausbildung. Die ernährungstherapeutische Patientenbetreuung unter ärztlicher Anleitung ist den Diätassistenten vorbehalten. Regelungen für den Einsatz bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen existieren bisher im Bereich der Ersatzkassen. Hier dürfen nur Diplom-Ökotrophologinnen sowie Diätassistentinnen mit mehrjähriger Berufspraxis im Schulungs- und Beratungsbereich sowie *ernährungsmedizinische Beraterinnen* (DGE) tätig werden (47). Spezielle Vorgaben bezüglich der Qualifikation existieren weiterhin für

Arzthelferinnen bezüglich der diabetologischen Ernährungsberatung im vertragsärztlichen Bereich (29). Weiterhin gibt es Empfehlungen für die Qualifikation von *Krankenschwestern/Krankenpflegern*, die bei Ersatzkassen versicherte Patienten während ambulanter künstlicher Ernährung betreuen: < Die „qualifizierten und speziell ausgebildeten Fachkräfte“ müssen ausgebildete Krankenschwester/Krankenpfleger sein mit entsprechenden Vorerfahrungen im klinischen Bereich (z.B. in der Intensivmedizin). Ihre besonderen Kenntnisse und Erfahrungen müssen auf die Besonderheit der künstlichen Ernährung abgestellt sein und auch die Geräte- und Anwendungstechnik der eingesetzten Pumpen und Systeme umfassen> (32).

5.2. Qualität von Nahrungsmitteln, Kostformen, Ernährungstherapeutika

Grundlagen der Qualitätssicherung von Nahrungsmitteln und Kostformen sind die fachgerechte Herstellung und Zubereitung sowie die regelmäßige Kontrolle der vorgegebenen Zusammensetzung der verschiedenen Kostformen. Ziel der Qualitätskontrolle im Bereich der klinischen Ernährung ist nicht nur eine möglichst gleichbleibende Zusammensetzung der Tagesverpflegungen, sondern vielmehr die Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung mit allen notwendigen Nährstoffen über einen längeren Zeitraum (17). Grundlage der Zielvorgaben einer solchen Ernährung sind die Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) (12) sowie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) - früher Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung und Diätetik (DAKED) - (10,24). Neben der Möglichkeit, den Nährstoffgehalt mittels Nährstofftabellen rechnerisch zu ermitteln, erlaubt die chemische Analyse eine spezifischere Qualitätskontrolle (17). Qualitätskontrolle von parenteralen Nährlösungen erfolgt auf der Grundlage des Arzneimittelgesetzes und des Europäischen Arzneibuchs.

Die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin und die Akademie für Ernährungsmedizin Hannover evaluierten wiederholt die Berücksichtigung der Ernährungsempfehlungen im stationären Bereich (22,41). Berichte über das Ernährungsverhalten und den Ernährungszustand unterschiedlicher gesunder und kranker Populationen werden regelmäßig in der Ernährungsberichten der Deutschen Gesellschaft für Ernährung veröffentlicht (11).

5.3. Qualität ernährungsmedizinischer Beratungs-/ Betreuungskonzepte

Neben der fachlichen Qualifikation, der Qualität von Nährstoffen, Kostformen und Ernährungstherapeutika ist die Qualität der Beratungs- und Betreuungskonzepte der dritte wesentliche Bereich der ernährungsmedizinischen Strukturqualität. Grundlage jeder qualifizierten Patientenbetreuung ist die Berücksichtigung wissenschaftlich fundierter Diagnostik-, Therapie-, Beratungs-, Trainings- und Betreuungskonzepte. Dabei finden - zusätzlich zu den Lehrmeinungen einzelner Experten (z.B. in Form von Lehrbüchern, Zeitschriftenaufsätzen etc.) sogenannte „Handlungsleitlinien“ (englisch: Clinical Guidelines oder Practice Guidelines) Verbreitung (1,15,33,37,40,44).

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Üblicherweise werden folgende 4 Charakteristika genannt, die Leitlinien von üblichen Lehrmeinungen (z.B. Autorenaufsätze in Lehrbüchern und Zeitschriften) unterscheiden:

- (1) Leitlinien stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (gegebenenfalls unter Berücksichtigung von Patienten) zu bestimmten medizinischen Vorgehensweisen dar.
- (2) Leitlinien beschreiben wissenschaftlich begründete und (oder) durch ärztliche Erfahrung belegte Vorgehensweisen
- (3) Leitlinien sind praxisorientierte Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muß.
- (4) Leitlinien geben den Stand des Wissens zu einem definierten Zeitpunkt wieder. Sie müssen regelmäßig auf ihre Gültigkeit hin überprüft und gegebenenfalls fortgeschrieben werden.

Allgemein wird erwartet, daß die Berücksichtigung von Leitlinien dazu beiträgt,

- zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener medizinischer Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Wünsche der Patienten zu motivieren,
- unnötige medizinische Betreuungsmaßnahmen und Betreuungskosten zu vermeiden,
- unerwünschte Qualitätsschwankungen im Bereich der Patientenversorgung zu vermeiden,

Tab.5: Qualitätskriterien des Qualitätsrasters Adipositas der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (46)

A. Mindestanforderungen

- Ist ein **Erklärungsmodell** der Adipositas genannt ?
- Sind die **Wirkmechanismen** dieser Adipositasbehandlung beschrieben ?
- Werden **Kosten** genannt ?
- Ist die **Wirkungsweise belegt** ?
- Ist der **Anbieter** mit vollständiger Adresse **angegeben** ?
- Werden Gewichtsabnahmen garantiert oder eine **Garantie suggeriert** ?
- Gibt es **Teilnehmerinformationen** in schriftlicher Form über Wirkungsmechanismus, Dauer, Kosten, Teilnahmebedingungen, Adresse des Anbieters ?
- **Bietet die Maßnahme Zusatzpräparate oder -produkte an** ? Ist ihr Kauf Pflicht ? Basiert der Wirkungsmechanismus der Maßnahme im wesentlichen darauf ?
- Gibt es **Langzeituntersuchungen über die Teilnehmererfolge** ?

B. Zusatzbedingungen

- Wie schätzen Sie die **Kosten-Nutzen-Relation** ein ?
- In **welcher Form** findet die Maßnahme statt (Einzelbetreuung, Gruppenbetreuung, Fernbetreuung) ?
- Wird die Maßnahme von einem **kompetenten Fachmann** durchgeführt ? Wenn ja, welche Ausbildung bzw. Erfahrungen stecken dahinter ? Wird der Fachmann langfristig betreut oder kontrolliert ? Wie sieht diese Betreuung aus ?
- **Was verspricht das Programm** über eine Gewichtsabnahme hinaus ? Wem wird was versprochen ?
- **Wo wird die Maßnahme durchgeführt** ? Wird das soziale Umfeld einbezogen ?
- Wird auf mögliche **Negativfolgen von Diäten hingewiesen** ? Wird der Abnehmwunsch der Teilnehmerin hinterfragt ? Wird jedes Teilnehnergewicht akzeptiert ? **Wie wird das Zielgewicht festgelegt** ?
- Liefert das Programm der Teilnehmerin **Hintergrundinformation zur Adipositas** ?
- Wo liegt die **Motivationsebene des Programms** (Angst, reine Willenssache, Lust / Spaß / Lebensfreude, sonstige - zum Beispiel finanzielle - Anreize) ?
- Gibt es eine von der eigentlichen Maßnahme losgelöste **Nachsorge** ? Fördert die Maßnahme Selbsthilfegruppen ? Gibt es Hilfen für Rückfälle ? Wie sehen die aus ?
- In welchen Zeitabständen fanden die **Wirksamkeitskontrollen** statt ?

C. Spezifische Kriterien

- **Ernährung** (Fachbetreuung, Diätvorschriften, Industrienernährung, Essensgründe, Nahrungsmengen)
- **Psychologie** (Therapieform, Fachbetreuung, Therapeut-Klient, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie)
- **Medizin** (Chirurgie, Medikamente, Akupunktur)
- **Unterstützende Elemente** (Begleitmaßnahmen, Integrierung)

- medizinische Laien über allgemein übliche bzw. notwendige ärztliche Betreuungsmaßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen zu informieren,
- das Risiko von Rechtsstreitigkeiten über die Angemessenheit medizinischer Betreuungsmaßnahmen zu vermindern,
- die Einbeziehung der Patienten in ärztliche Entscheidungsprozesse zu fördern,
- die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu sichern bzw. zu verbessern (37).

Die Erarbeitung grundsätzlicher Leitlinien wird primär als Aufgabe der wissenschaftlichen Fachgesellschaften angesehen (2,14). Dabei sind die international konsentierten Qualitätskriterien für ärztliche Leitlinien (37) zu berücksichtigen. Ein erstes Beispiel aus dem Bereich der Ernährungswissenschaften / Ernährungsmedizin in Deutschland sind die vor einigen Jahren erschienenen Beratungsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (13). Solche Rahmenleitlinien können an die spezielle Arbeitsweise besonderer Berufsgruppen adaptiert werden; so wurden die Beratungsstandards in Teilen von der ärztlichen Selbstverwaltung übernommen (5). Rahmenleitlinien dienen weiterhin als Grundlage oder Anregung für die Entwicklung von überregionalen, regionalen oder lokalen Leitlinien (z.B. Leitlinien eines überregionalen Krankenhausträgers, eines Krankenhauses (z.B. (28) Universitätskliniken Köln), eines vertragsärztlichen Qualitätszirkels (3,45) etc.). Die Erfahrungen der Anwender von nationalen oder adaptierten Leitlinien sollten bei der Fortschreibung von Leitlinien berücksichtigt werden.

Die Qualität und Praktikabilität von Leitlinien kann in Form von „Kriterienrastern“ beschrieben werden, wie sie bereits für die Beurteilung von Maßnahmen gegen Übergewicht - siehe Tabelle 5 - (9) und - als Vorschlag für Leitlinien an sich (38) vorliegen.

5.4. Qualität von Institutionen der ernährungsmedizinischen Versorgung

Die Güte der ernährungsmedizinischen Versorgung hängt nicht zuletzt von der Qualität der Institutionen ab, in denen Kostformen erstellt und verabreicht, bzw. Patienten mit ernährungsmedizinischen Problemen untersucht, beraten, geschult, behandelt und / oder betreut werden. Die Fülle der qualitätsbestimmenden Strukturen und Faktoren ist kennzeichnend für die Komplexität von Institutionen des Gesundheitswesens (siehe Tab. 6).

Tab.6: Strukturen und Faktoren, die die Qualität von Institutionen der ernährungsmedizinischen Versorgung beeinflussen (verändert nach Pinter in (6) S. 205 ff

- **Hauspolitik und Führung** (Patientenorientierung, Kundenorientierung, Qualitätsorientierung, Arbeitsklima)
- **Personal** (Personalausstattung, Qualifikation, Persönlichkeit / Motivationslage, Ausschluß von Interessenkollisionen, angemessene Vollmachten)
- **Räumlichkeiten** (Angemessenheit, Brauchbarkeit, Erreichbarkeit)
- **Technische Ausrüstung** (Angemessenheit, Brauchbarkeit, Benutzerfreundlichkeit, Sicherheit, gute Reinigungsmöglichkeit)
- **Hygiene** (Hygieneprogramm, Sozialräumlichkeiten, Toiletten, Umkleieräumlichkeiten, Vorgaben und Kontrolle des Hygieneverhaltens)
- **Ausgangsmaterialien** (Herkunft, Zusammensetzung, Mikrobiologischer Zustand, Kontrollen, Verfallsdatum, Kennzeichnung, Dokumentation)
- **Herstellungsvorgänge** (Sauberkeit, klare Beschriftung, Maßnahmen zur Vermeidung von Verwechslungen und Verunreinigungen)
- **Herstellungsverfahren / schriftliche Anweisungen** (wissenschaftlich belegte, erfahrungsbegründete Prozeduren; Qualitätskontrollen; Lagerung; Benennung verantwortlicher Personen; Dokumentation)
- **Betreuungsverfahren / schriftliche Anweisungen** (wissenschaftlich belegte, erfahrungsbegründete problem- und patientenorientierte Prozeduren für die Patientenbetreuung; Benennung verantwortlicher Personen; Dokumentation; Evaluation)
- **Existenz eines Konzeptes der umfassenden Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung sowie der entsprechenden Instrumente** (z.B. Hygiene, Diät-Kommission, Fortbildungsprogramme, Hausinterne Leitlinien, Geeignete Dokumentation-, Informations-, Monitoring-Systeme, Problemlösungs- und Kommunikationsinstrumente: Qualitätszirkel, Beschwerdesysteme für Patienten und Mitarbeiter, Qualitätsverbesserungspolitik)

Es erscheint wünschenswert, daß wissenschaftliche Gesellschaften, Berufsverbände, Krankenhausträger und Kostenträger eine Übereinkunft über die führenden strukturellen Qualitätskriterien für „Gute ernährungsmedizinische Praxis“ treffen. Programme zur Evaluation der Strukturqualität ernährungsmedizinischer Einrichtungen wurden bisher von der Akademie für Ernährungsmedizin Hannover und der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin vorgeschlagen (22,41)

6. Ergebnisqualität - Resultate aus Strukturqualität, Prozeßqualität und Qualitätsmanagement

Die Qualität eines Versorgungsergebnisses resultiert aus der Qualität der Versorgungsstrukturen und der Versorgungsprozesse unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs eines Patienten und seiner Bedürfnisse. Während Methoden und Instrumente zur Planung, Steuerung, Bewertung und Evaluation der Strukturqualität im deutschen Gesundheitswesen seit Jahrzehnten entwickelt und zunehmend differenziert wurden, sind solche zur Sicherung und Verbesserung der Prozeß- und Ergebnisqualität nur unzureichend vorhanden.

Allerdings unterscheidet sich die Situation in der Ernährungsmedizin deutlich von der in anderen medizinischen Versorgungsbereichen. So findet man zu wenig qualifiziertes ärztliches Fachpersonal. Auch die Ausstattung mit Diätassistentinnen ist oft unzureichend, insbesondere weil diese für die Patientenbetreuung qualifizierte Berufsgruppe zu häufig im Küchendienst eingesetzt wird. Auf der anderen Seite wird bei der ernährungsmedizinischen Betreuung stationärer Patienten von Leitlinien mehr Gebrauch gemacht, als dies in anderen Bereichen der Fall ist. Dies gilt zum Beispiel auch für die Beteiligung des Pflegepersonals an der Ernährungsbetreuung (44a).

Tab.7: Unterschiede zwischen „Qualitätssicherung“ und „Kontinuierlicher Qualitätsverbesserung“ (nach 43)

<i>Qualitätssicherung</i>	<i>Kontinuierliche Qualitätsverbesserung</i>
Primär Dokumentation von Qualitätsindikatoren	Primär Optimierung von Versorgungsprozessen
Vorrangig retrospektiv	Prospektiv und kontinuierlich
Unzureichende Qualität wird bestraft	Unzureichende Qu. läßt suboptimalen Prozeß vermuten
Ein Individuum ist für Ergebnis verantwortlich	Individuum ist nur eine Variable, die Prozeß beeinflußt
Zielt auf die Erfassung von Fehlern im System	Zielt auf die Optimierung des Systems
Setzt optimal geplanten Prozeß voraus	Setzt voraus, daß alle Prozesse zu optimieren sind
Basiert primär auf festen Regeln	Basiert auf problemorientierten Vereinbarungen
Betont Dokumentation und Datenauswertung	Betont aus Daten abgeleitete Veränderungen
Zielt auf Übereinstimmung mit vorgegebenen Standards	Zielt primär auf Patientenbedarf und -bedürfnis
Wird primär von QS-Spezialisten verantwortet	Wird von allen Mitarbeitern verantwortet
Beruhet auf Kontrolle	Beruhet auf präventiver Problemidentifizierung
Der QS-Spezialist kennt Fehler und Fehlerlösung	Die Mitarbeiter wissen am besten, wie die Qualität zu verbessern ist.

Tab.8: Konzept des umfassenden Qualitätsmanagements (QM) in Institutionen des Gesundheitswesens in Anlehnung an Elemente der DIN EN ISO 9001 (verändert nach 43a)

Nr.	Element	Anwendung in einer Institution des Gesundheitswesens (z.B. Krankenhaus, Praxis)
1.	Verantwortung der Unternehmensleitung	Verpflichtung der Krankenhausleitung (des Praxisinhabers) zum QM. Organisationsstruktur mit Verantwortung festlegen, gegenseitige Beziehungen regeln, Mittel/Personal bereitstellen, Qualitätspolitik definieren
2.	QM-System	Festschreiben in einem QM-Handbuch, wie das QM-System aufgebaut ist (Verfahrensregeln, Arbeitsanweisungen, Prüfanweisungen)
3.	Vertragsprüfung	Sicherstellung der Voraussetzungen zur Erfüllung des Versorgungsauftrages
4.	Designlenkung	Anpassung des Versorgungsangebots an neue Anforderungen und Weiterentwicklungen, z.B. Einführung neuer Therapiemethoden
5.	Lenkung der Dokumente	Definition der Relevanz von Daten. Regelung für die Verteilung/Steuerung von Daten/ Dokumenten unter Berücksichtigung von Datenschutz/ Schweigepflicht
6.	Beschaffung	Beschaffung von Gegenständen und Dienstleistungen (z.B. Medikamente, Geräte, Materialwirtschaft)
7.	Vom Auftraggeber beigestellte Produkte	Festgelegtes Verfahren, wie Gegenstände der Patienten zu behandeln sind (z.B. medizinische Hilfsmittel)
8.	Identifikation und Rückverfolgbarkeit von erbrachten Leistungen	Umfassende Leistungsdokumentation für jeden einzelnen Patienten (z.B. Patientenakte)
9.	Prozeßlenkung	Anwendung von Standards (Leitlinien, Handlungspfade) bei der direkten Leistungserbringung am Patienten (Prozeß)
10.	Untersuchungen	Eingangs-, Zwischen- und Endprüfungen bei extern und intern erbrachten Leistungen als Hilfsmittel zur Prozeßlenkung (z.B. Überprüfung der Funktionsfähigkeit medizinischer Geräte, externer Befunde, OP-Monitoring)
11.	Prüfmittel	Regelmäßige Überwachung (z.B. Eichung) der eingesetzten Prüfmittel, um die Richtigkeit von Prüfergebnissen zu garantieren
12.	Prüfstatus	Sicherstellung der Meldung von Prüfergebnissen, so daß ein nachfolgender Arbeitsschritt erst nach Überprüfung des vorgehenden erfolgen kann und die Freigabe für die ausführende Person des Nachfolgeschritts eindeutig erkennbar ist (z.B. Bereitstellung der für die Anschlußuntersuchung /Therapie notwendigen Befunde)
13.	Verfahren bei fehlerhaften Ergebnissen	Festlegung von Verfahren bei Komplikationen (z.B. Dokumentation, Beurteilung, Benachrichtigung entsprechender Stellen)
14.	Korrekturmaßnahmen	Verfahren zur Fehlerkennung, Fehlerabstellung, Vermeidung von Wiederholungsfehlern, Behandlung von Beschwerden
15.	Handhabung, Lagerung, A Verpackung, Versand von Arbeitsmaterial	Umgang mit z.B. Nahrungsmitteln, Laborproben, Röntgenbildern, Arzneimitteln
15.	Allgemeiner Service B am Patienten	Umgang mit dem Patienten: Ansprechpartner, soziale Betreuung, Information, Essen
16.	Qualitätsaufzeichnungen	Festlegung, welche Aufzeichnungen (z.B. Patientenakte) dem Nachweis, daß die Qualitätsforderungen erfüllt wird, dienen, wie sie abgelegt werden, wo sie jederzeit zugänglich sind und wann sie erstellt und ausgewertet werden
17.	Interne Qualitätsaudits	Kontinuierliche Überprüfung der Anwendung des QM. Sicherstellung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
18.	Schulung	Ermittlung des Schulungsbedarfs, Realisierung und Überwachung der Schulungsergebnisse
19.	Kundendienst	Informationsfluß zwischen Krankenhaus, Kunden wie dem einweisenden Arzt, nachbehandelnden Arzt, Pflegeheim, Sozialdienst, Rehabilitation etc.
20.	Statistische Methoden	Welche statistischen Methoden werden an welchen Stellen zu welchem Zweck eingesetzt ?

Jedoch gilt auch für die Ernährungsmedizin in Klinik und Praxis, daß ganzheitliche Konzepte der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung (Tab. 7) unter Nutzung der Methoden des umfassenden Qualitätsmanagements (43), siehe (Tab. 8), nur selten Anwendung finden.

7. Zusammenfassung und Ausblick

1982 formulierte Reinhold Kluthe im Vorwort zur seiner Monographie „Qualitätssicherung in der Gemeinschaftsverpflegung: *„Die Bemühungen um Qualitätssicherung in der klinischen Ernährung und Diätetik fallen in eine Zeit, in der sehr von Kostendämpfung im Gesundheitswesen die Rede sein muß. Forderung nach mehr Qualität muß dieser Devise nicht unbedingt widersprechen. Man darf sogar annehmen, daß die Maßnahmen, die als notwendig anzusehen sind, der Kostenersparnis dienen. Ernährungstherapie (hat) vom Ansatz und der Durchführung her streng wissenschaftlichen Kriterien (zu folgen)“* (Kluthe). Welche Relevanz der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einmal zukommen würde, war vor 14 Jahren nur wenigen Vordenkern bewußt. Kluthe's Feststellungen sind nach 14 Jahren unverändert gültig, sie sind aktueller denn je. Nachdem Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung mittlerweile von allen im Gesundheitswesen tätigen Professionen als wichtiges Arbeitsfeld akzeptiert wird, ist zu erwarten, daß die entsprechenden Instrumente und Techniken auch in der Ernährungsmedizin weitere Verbreitung finden.

Ziel der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung sollte es sein, daß sich in den Institutionen des Gesundheitswesens der Qualitätsgedanke im Laufe der Zeit - initiiert, unterstützt und forciert durch die Führungsebene - bei allen Mitarbeitern durchsetzt (8). Sie alle sollten eine den aktuellen Erkenntnissen der Medizin und den Patientenanforderungen entsprechende Qualität der Dienstleistungen und Produkte bei möglichst niedrigen Kosten anstreben. Dazu sind unter anderem spezielle Kenntnisse, Fertigkeiten und Instrumente zur Entwicklung und Nutzung eines Qualitätssicherungsprogrammes (siehe Tabelle 9), permanente Fortbildung und die Zusammenarbeit aller Mitarbeiter erforderlich. In diesem Sinne bedeutet Qualitätsmanagement in einer Institution des Gesundheitswesens, daß sich möglichst alle Mitarbeiter so verhalten, wie es eine hohe qualitative Patientenversorgung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsprinzips und der vorhanden Ressourcen erfordert. Qualitätsmanagement sollte zu konsequenter, kontinuierlicher Qualitätssicherung führen, zu einer Denkhaltung und Einstellung, die eines ständig steigende Qualität ermöglicht.

Tab.9: Die 10 Schritte eines Qualitätssicherungsprogrammes (verändert nach 8)

1. Problemauswahl bzw. Schwerpunktsetzung unter Beachtung von Kosten-Nutzen-Überlegungen
2. Ermittlung von Qualitätskriterien
3. Aufstellen von Standards für Strukturen und Prozesse (Handlungsleitlinien)
4. Systematische Einführung von Arbeitsabläufen anhand von Handlungsleitlinien und Dokumentation der erzielten Qualitätsausprägung
5. Analyse der Ergebnisse des Soll-Ist-Vergleiches
6. Erarbeitung von Vorschlägen (gegebenenfalls von Alternativen) und deren Bewertung
7. Setzen von konkreten Maßnahmen, um Qualitätsmängel zu beheben
8. Überwachung des Erfolges der Maßnahmen
9. Kontinuierliche Qualitätsverbesserung
10. Qualitätsbericht

8. Literatur

1. *American Dietetic Association*: Identifying patients at risk: ADA's definitions for nutrition screening and nutrition assessment. Council on Practice (COP) Quality Management Committee. J. Am. Diet. Assoc. 94 (1994) 838-839
2. *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - "AWMF"*: Prävention, Standards und zukünftige Entwicklungen in den medizinischen Spezialgebieten, - Leitlinien in Diagnostik und Therapie. Z ärztl Fortbild 89(1995) 859-874
3. *Bahrs, O., F.M. Gerlach, J. Szecsenyi*: Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag (1995)
4. *Baur-Felsenstein, M.*: Externe Qualitätssicherung. Arzt und Krankenhaus 5/95(1995) 152-157
5. *Bundesärztekammer*: Gesund Essen - Leitlinien für die ärztliche Ernährungsberatung und Ernährungstherapie. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung Band 8. Köln: Bundesärztekammer (1995)
6. *Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften*: Curriculum Qualitätssicherung. Band 1 Ärztliches Qualitätsmanagement. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung Band 10. Köln: Bundesärztekammer (1996)
7. *Bundesministerium für Gesundheit*: Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland: Bestandsaufnahme; Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit / Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen. Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos-Verlag (1994)
8. *Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz*: Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (1994)
9. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*: Qualitätsraster Adipositas. Eine Anleitung zur Beurteilung von Maßnahmen gegen Übergewicht. Köln: BZgA (1993)
10. *Canzler, H., H.Kasper, R.Kluth, R.Petzoldt, H.Quirin, H.Rottka, G. Schlierf, G.Wolfram G.*: Rationalisierungsschema 1990 der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung und Diätetik für die Ernährung und Diätetik in Klinik und Praxis. Akt Ern.-Med. 15 (1990) 97-102
- 10a. *Conrad, H.J., E.Freyenhagen, B.Maisch, M.Rothmund, H.Schäfer*: Total Quality Management im Klinikum der Philipps-Universität Marburg. Das Krankenhaus 6/1996 (1996) 289-298
11. *Deutsche Gesellschaft für Ernährung*: Ernährungsberichte (1969-1992). Frankfurt/Main: DGE (1969-1992)
12. *Deutsche Gesellschaft für Ernährung*: Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr. 5. Überarbeitung 1991. Frankfurt/Main: Umschau Verlag (1991)
13. *Deutsche Gesellschaft für Ernährung*: Beratungsstandards. Frankfurt/Main: DGE (1995)
14. *Deutsche Krebsgesellschaft*: Qualitätssicherung in der Onkologie. Bd.1. Grundlagen und Definition, Bd. 3. Diagnostische Standards. München: W. Zuckschwerdt Verlag (1995)
15. *Flanel, D.F., M.M.Fairchild*: Continuous quality improvement in inpatients clinical nutrition services. J Am Diet Assoc 95(1995) 65-76

16. *Gaucher, E.J., R.J.Coffey*: Total quality in health care. From theory to practice. San Francisco: Jossey-Bass Publishers (1993)
17. *Gebhardt, A., R.Kluthe*: Chemische Qualitätssicherung der Krankenhauskost unter der besonderen Berücksichtigung von Mineralstoffen und Spurenelementen. Akt. Ernähr.-Med. 18 (1993) 296-304
18. *Graham, N.O.*: Quality in health care. Theory, application, and evolution. Gaithersburg MD: Aspen Publishers (1995)
19. *Hammann, V.* Das Aufgabengebiet des ernährungsbeauftragten Arztes. Akt Ernähr.-Med 16 (1991) 316-317
20. *Hauser, R., G.Ollenschläger*: Arbeitsgemeinschaft und Zentralstelle - Netzwerk für Qualitätssicherung in der Medizin. Dtsch. Ärztebl. 93 (1996) A1646-1648
21. *Hermann, T., R.Kluthe*: Über den Einsatz von Diätassistenten, ernährungsbeauftragten Ärzten, Ernährungswissenschaftlern und Öcotrophologen in Krankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland. Akt. Ernähr.-Med. 20 (1995) 109-114
22. *Hermann, T., A.Gebhardt, R.Kluthe*: Ernährung und Diätetik in deutschen Krankenhäusern. Ernährungs-Umschau 43 (1996) 202-207
23. *Kassenärztliche Bundesvereinigung*: Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 135 Abs. 3 SGB V. Dtsch. Ärztebl. 90 (1993) C1045-1048
24. *Kasper, H., M.Wild, I.Husemeyer, H.Rottka, R.Kluthe, H.Quirin, G.Schlierf, J.Schrezenmeir, G.Wolfram*: Rationalisierungsschema 1994 der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Akt. Ernähr.-Med.19 (1994) 1-6
25. *Kersting, T.*: Qualitätssicherung in der Anästhesie. Materialien und Berichte der Robert Bosch Stiftung 42. Stuttgart: Bleicher Verlag (1995)
26. *Kluthe, R., A.v. Klein-Wisenberg*: Qualitätssicherung in der Gemeinschaftsverpflegung unter besonderer Berücksichtigung der klinischen Ernährung und Diätetik. Supplement zu „Aktuelle Ernährungsmedizin“. Stuttgart: Georg Thieme Verlag (1983)
27. *Kluthe,R.,J.Schrezenmeir*: Ernährungsmedizin in Klinik und Praxis. Bemühungen der Akademie für Ernährungsmedizin zu Situationsverbesserung. Akt Ernähr.-Med 17 (1992) 91-99
28. *Kotthoff, G., B.Haydous*: Ernährungs- und Diättherapie. Indikation, Ernährungsprinzip, Nährstoffrelation. Köln: Deutscher Ärzteverlag (1992)
29. *Kronsbein, P., V.Jörgens, I.Mühlhauser, V.Scholz, A.Venhaus, M.Berger*: Evaluation of a structured treatment and teaching programme in non-insulin dependent diabetes. Lancet II (1988) 1407-1411
30. *Krusen, F.*: Was muß der Arzt vom Lebensmittelrecht wissen ? Akt: Ernähr. Med. 15 (1990) 132
31. *Lebensmittelrecht*. Loseblatt-Textsammlung. Zipfel W., G. Zipfel (Redaktion). München: C.H.Becksche Verlagsbuchhandlung (Stand 1.8.1994)
32. *Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen*. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten Krankenkassen (VdAK) zur ambulanten Betreuung enteraler und parenteraler Patienten. Essen, undatiert.
33. *Meier,R., U.Keller, C.Pichard für die Schweizer Arbeitsgemeinschaft für Enterale und Parenterale Ernährung*: Praktische Empfehlungen zur Anwendung der künstlichen Ernährung zu Hause (Heimernährung) Schweiz Med Wochenschr 125 (1995) 171-176
34. *Ollenschläger, G.*: Ärztliche Gesundheitsberatung - Möglichkeiten der Qualitätssicherung. Prävention 16: (1993) 100-102
35. *Ollenschläger, G.*: Die ärztliche Betreuung ernährungsabhängiger Krankheiten und krankheitsbedingter Ernährungsstörungen: Defizite und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Akt. Ernähr.-Med .19 (1994) 233-236
36. *Ollenschläger, G.*: Diät- und Ernährungsberatung in der ärztlichen Praxis - Kooperation zwischen Arzt und Diätassistentin. Ernährungs-Umschau 41 (1994) S87-S89
37. *Ollenschläger, G., C.Thomeczek*: Ärztliche Leitlinien - Definitionen, Ziele, Implementierung. Z ärztl Fortbildg 90 (1996) 347-353
38. *Ollenschläger,G.,C.Thomeczek*: Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung - Bestandsaufnahme der ärztlichen Selbstverwaltung zur Qualitätssicherung in der Medizin 1955-1995. Gesundh.Wes 58 (1996) in Druck
39. *Ollenschläger,G., H.Böhles, R.Kluthe, P.Schauder, U.Schwantes,H. Seitz, G.Wolfram*: Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer - Ein Beitrag zur Sicherung und Verbesserung der ernährungsmedizinischen Versorgung in Deutschland. Akt Ernähr-Med in Druck
40. *Queen, P.M., M.Caldwell, L.Balogun*: Clinical indicators for oncology, cardiovascular, and surgical patients: report of the ADA Council on Practice Quality Assurance Committee. J Am Diet Assoc 93 (1993) 338-344
41. *Schauder, P., R.Woike, G.Schäfer, H.Eckel*: Niedersachsenstudie Krankenhauskost: Ernährungsphysiologische Qualität der Standardkost. Hannover: Niedersächsische Akademie für Ernährungsmedizin (1994)

42. *Schauder, P.*: Ernährungsmedizinische Fortbildung in Deutschland - zwei Jahre nach Veröffentlichung des Lehrcurriculums „Ernährungsmedizin“. Z. ärztl. Fortbildg. 89 (1995) 386-391
43. *Schiller, M.R., K.Miller-Kovach, M.A.Miller (Hrsg)*: Total Quality Management for Hospital Nutrition Services. Gaithersburg Md, Aspen Publishers (1994)
- 43a. *Schmidt K.J.*: Zertifizierte Qualität - Die Einführung eines Qualitäts-Management-Systems nach der ISO 9001. F&w führen und wirtschaften im Krankenhaus. 13 (1996) 1/96
44. *Shoaf, L.R., K.O.Bishirjian*: Standards of practice for gerontological nutritionists: a mandate for action. The American Dietetic Association. J Am Diet Assoc 95 (1995) 1433-1438
- 44a. *von Stösser, A.*: Pflegestandards. Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards. 3. Auflage Berlin: Springer-Verlag (1994)
45. *Szecsényi, J., M.Gerlach*: Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin. Nationale und internationale Perspektiven. Stuttgart: Hippokrates Verlag (1995)
46. *Töppich, J., J.Kruse, R.Mann-Luoma*: Der „Qualitätsraster Adipositas“ der BZgA - Als Beiträge zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Prävention 16 (1/1993) 18-20
47. *Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK)*: Gemeinsame Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände. Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach § 20 Abs. 3 SGB V vom 14.1.1994. Siegburg (1994)
