

**Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement aus Sicht der ärztlichen
Selbstverwaltungskörperschaften**

G. Ollenschläger

Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin, Köln

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Günter Ollenschläger

Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung

(gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung)

Aachener-Str. 233-237, D-50931 Köln

1. Einführung - Aktueller Stellenwert von Qualität im Gesundheitswesen

Der Begriff Qualität hat in den letzten Jahren in allen Lebensbereichen unserer Gesellschaft einen besonderen Stellenwert erhalten. Dabei werden auch im Gesundheitswesen Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement immer mehr zu beherrschenden Themen. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig. Als bestimmende Faktoren sind zu nennen:

- das zunehmende Bedürfnis der Öffentlichkeit nach Transparenz in den Dienstleistungssektoren;
- die zu befürchtende Minderung der medizinischen Versorgungsqualität bei knapperen finanziellen Ressourcen;
- das verstärkte Bewußtsein, daß Wirksamkeit und Zuverlässigkeit zahlreicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht ausreichend belegt sind;
- der Wettbewerb im Gesundheitswesen zwischen Kostenträgern auf der einen und Leistungserbringern auf der anderen Seite;
- kommerzielle Interessen Dritter.

In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen um den Stellenwert der Qualitätssicherung wurde wiederholt die Behauptung aufgestellt, daß die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich erheblich im Rückstand sei (AGLMB 1995, Selbmann 1995). Im Gegensatz hierzu wird von anderer Seite hervorgehoben, daß "aus vielen Eindrücken unter Berücksichtigung des internationalen Vergleichs und aus einer Reihe von Kenndaten geschlossen werden (kann), daß die medizinische Versorgung in Deutschlandin vielerlei Hinsicht vorbildhaft ist. Das kommt auch in Umfragen über die Zufriedenheit der Versicherten und Patienten mit den Versorgungsverhältnissen zum Ausdruck"(Arnold 1995). Mehrfach wurde angemerkt, daß das deutsche Gesundheitssystem - gemessen an der Situation in den meisten vergleichbaren Ländern - über ein ausgesprochen umfassendes Regelwerk zur Steuerung der Strukturqualität verfüge (Grol 1996, Selbmann 1982). Weißauer wies 1995 gar darauf hin, daß in Deutschland auf dem Gebiet der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung die Überreglementierung und Bürokratisierung bereits offensichtlich seien.

In der Vielzahl der Vorschriften für die Qualitätssicherung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 1996) spiegeln sich die unterschiedlichen Zuständigkeiten, Pluralität und föderale Strukturen des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems wider. Dabei dominieren traditionell Maßnahmen zur Sicherung der Strukturqualität. Dieses Ungleichgewicht ist unschwer durch die Charakteristika des deutschen Gesundheitswesens zu erklären (s. Abb. 1):

Abb. 1: Charakteristika der Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen

- **Existenz eines umfassenden Regelwerks für die Strukturqualität**
 - Maßnahmen zur Sicherung der Strukturqualität / ärztlichen Qualifikation meist bundeseinheitlich geregelt, durch ärztl. Selbstverwaltung organisiert
- **Instrumentarien zur Sicherung der Prozeß- / Ergebnisqualität für viele Bereiche noch nicht routinereif oder nicht in Routineversorgung integriert**
- **Konzepte einer "Kontinuierlichen Qualitätssicherung und -verbesserung" (KQSV) nur in Einzelfällen vorhanden**
- **Instrumente des Umfassenden Qualitätsmanagements nicht überall bekannt**

Darüber hinaus wird häufig die Tatsache ignoriert, daß die medizinische Qualitätssicherung eine moderne Bezeichnung für ärztliche Maßnahmen darstellt, die zum obligatorischen Bestandteil ärztlichen Handelns gehören (siehe Abb. 2).

Abb. 2: Qualitätssicherungsmaßnahmen im weiteren Sinne

"Alle Maßnahmen, durch welche die Qualität der gesundheitlichen Versorgung positiv beeinflusst werden kann",

z.B.:

- **Weiterbildung, Fortbildung, Fachkundenachweise, Qualifikationen**
- **Zweitmeinungssysteme (z.B. bei Chefarztvisiten, Operationsassistenten)**
- **Röntgenbesprechungen, Fallbesprechungen**
- **Obduktionen, Todesfallbesprechungen**
- **Hygienekommissionen, Arzneimittelkommissionen**
- **Ausstattungsrichtlinien, regelmäßige Gerätekontrollen**
- **externe Ringversuche (z.B. im klinisch chemischen Labor)**
- **Ärztliche Handlungsleitlinien und Richtlinien**

Qualität ist ein Merkmal des alltäglichen Versorgungsgeschehens in Klinik und Praxis. Ärztinnen und Ärzte waren seit jeher, vor allem aus ihrer Verpflichtung gegenüber den sich ihnen anvertrauenden Patientinnen und Patienten heraus, gehalten, auf die Qualität ihrer Leistung zu achten, diese Qualität zu garantieren und weiterzuentwickeln. Dementsprechend sind Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung zentrale Anliegen der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften, der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und der ärztlichen Berufsverbände.

2. Aktuelle Defizite und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Qualitätspolitik im Gesundheitswesen

2.1. *Patientenorientierte Qualitätssicherung*

Das Hauptziel aller Bestrebungen zur Qualitätssicherung ist die Optimierung der Patientenversorgung. Die Maßnahmen müssen sich daher sowohl am medizinischen Nutzen als auch an den individuellen Bedürfnissen der Patienten orientieren. Allerdings werden die subjektiven Ansichten der Patienten über die Versorgungsqualität bisher in vielen Bereichen des deutschen Gesundheitssystems nicht ausreichend bzw. nicht systematisch berücksichtigt. Patienten erwarten von der Behandlung eine Verbesserung der Lebensqualität und der Lebenserwartung, außerdem eine möglichst geringe Belastung und Gefährdung durch die Behandlung und in der Regel eine optimale Versorgung nach den geltenden 'Standards'. Zur Verbesserung der Ergebnisqualität trägt somit nicht nur die Sicherung der Struktur- und Prozeßqualität bei, sondern auch die individuelle Bewertung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen durch den Patienten. Dies kann unter Umständen bedeuten, daß sich die Patientenbedürfnisse nicht mit den rein fachlich begründeten Betreuungsmaßnahmen decken. Die Leistungserbringer haben zu akzeptieren, daß die optimale Behandlungsqualität vom Patienten durchaus anders definiert wird als von den professionellen Betreuern. Patientenorientierung der Betreuungsqualität könnte die Compliance fördern, wobei die Mitbestimmung des therapeutischen Ziels zunehmende Eigenverantwortung des Laien erforderlich macht. Alle im Gesundheitswesen Tätigen sollten sich zukünftig systematischer mit den Wünschen, Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten auseinandersetzen.

Grundlage ist das individuelle Gespräch. Patientenorientierte Kommunikationstechniken sind in der Aus-, Weiter- und Fortbildung verstärkt zu trainieren. In Institutionen des Gesundheitswesens sollten formalisierte Verfahren zur Erfassung von Wünschen und Bewertungen der Patienten etabliert werden. Die systematische Auswertung und Kommentierung der Patientenangaben liefert Ansätze zur Verbesserung der Betreuungsqualität.

2.2. *Sachgerechte Verbraucherinformation und Transparenz im Gesundheitswesen*

Für den Patienten ist es schwierig, sich ein differenziertes Bild über die Qualität der Gesundheitsversorgung zu machen. Selbst die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätssicherungsprogrammen können nur selten eine Einschätzung vermitteln, ob die Qualität einer bestimmten Versorgungsleistung dem individuellen Bedarf entspricht. Daß Transparenz nicht mit sachgerechter Verbraucherinformation gleichzusetzen ist, zeigen die Beispiele der in deutschen Magazinen publizierten Übersichten über die Qualität von Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen oder die in den USA früher veröffentlichten und jetzt eingestellten Mortalitätsstatistiken nach Bypass-Operationen (Angell 1996). Hier sind umfangreiches Wissen um die Qualität der Analyse, erheblicher spezieller Sachverstand über die strukturellen Verhältnisse der bewerteten Institutionen und fachliches Wissen Voraussetzung für Interpretation und relative Bewertung.

Verbesserte Verbraucherinformation und Transparenz des medizinischen Versorgungssystems sind wichtige Faktoren für patientenorientierte Verbesserung der medizinischen Qualität. Voraussetzung ist die Zugänglichkeit von Daten zur Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität. Derartige Informationen müssen nicht zuletzt auch dem Patienten in verständlicher Form übermittelt werden, beispielsweise über Hausärzte, Selbsthilfegruppen und Verbraucherzentralen. Die Evaluation der Ergebnisqualität kann nur teilweise von den Versorgungseinrichtungen selbst geleistet werden, da das Ergebnis für den Patienten häufig erst dann genau erkennbar wird, wenn er in seine Aktivitäten des täglichen Lebens zurückgekehrt ist. Die Ergebnisqualität könnte durch gezielte Nacherhebung oder sinnvolle Auswertungen aus den Datenbanken der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen vervollständigt werden. Dabei sind die unterschiedlichen Qualitätsdimensionen, der Datenschutz und die Belange der Leistungserbringer zu

berücksichtigen. Allerdings sind Bemühungen um Transparenz und Ergebnisqualität mit den Auflagen des Datenschutzes häufig nicht vereinbar (s. Abb. 3).

Abb. 3: Aktuelle Defizite und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Qualitätspolitik im Gesundheitswesen - Problembereich Patientenorientierte Qualitätssicherung

A. Patientenorientierte Qualitätssicherung

- Berücksichtigung des medizinischen Nutzens und der Patientenbedürfnisse
- Bewertung der Versorgungsqualität durch den Patienten
- Durchführung von Langzeit-Verlaufsbeobachtungen zur Ergebnisqualität

B. Sachgerechte Verbraucherinformation und Transparenz

- Allgemeine Zugänglichkeit von Daten zur Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität
- Laiengerechte Interpretation der Ergebnisse von QS-Maßnahmen
- Einrichtung von Patienteninformationssystemen zur QS
- Anpassung der Datenschutzregelungen an die Bedürfnisse des QS
- Langzeit-Verlaufsbeobachtungen zur Ergebnisqualität

Zur Transparenz gehört auch die korrekte Interpretation veröffentlichter Qualitätsergebnisse, z.B. Komplikationsraten. Solche Auswertungen geben für die Öffentlichkeit nur dann einen Sinn, wenn hinreichende Informationen über die strukturellen Voraussetzungen mitveröffentlicht werden (z.B. Einzugsgebiet des Krankenhauses, Schweregrad der Fälle, altersstandardisierte durchschnittliche Komplikationsraten bei vergleichbarem Schweregrad usw.).

2.3. *Qualitätssicherung im stationären Bereich*

Forderungen nach Qualitätssicherungsmaßnahmen im stationären Bereich sind von den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und den ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften seit den 70er Jahren erhoben worden. Jedoch erst ein Jahrzehnt später wurden externe Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung auf Initiative einiger Landesärztekammern hin - zunächst auf der Grundlage mehrseitiger Verträge der Selbstverwaltung auf Landesebene - eingeführt. 1989 wurde die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung auch gesetzlich bundesweit im SGB V verankert. § 137 SGB V verpflichtet "die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sowie die

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 111 besteht, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen, und zwar unter Berücksichtigung der Behandlung der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen ermöglicht werden. Das Nähere wird für Krankenhäuser in den Verträgen nach § 112 (zweiseitige Verträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land) und für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in den Verträgen nach § 111 unter Beteiligung der Ärztekammern - soweit die Verträge Qualitätssicherungsmaßnahmen im Pflegebereich betreffen auch unter Beteiligung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe - geregelt. § 113 SGB V erlaubt die umfassende Überprüfung von Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung durch externe Prüfer, die von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenkassen einvernehmlich mit dem Krankenhausträger bestellt werden. Für die nach Fallpauschalen abzurechnende Eingriffe werden nach der Novelle der Bundespflegesatzverordnung von 1994 qualitätssichernde Maßnahmen gefordert, die Bestandteil der Honorierungsvereinbarungen sind. Nach einer 1994 ohne Beteiligung der ärztlichen Selbstverwaltung oder anderer Berufsgruppen entwickelten "Rahmenempfehlung gemäß § 137 in Verbindung mit § 112 SGB V zur Sicherung der Qualität der Krankenhausleistungen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten" wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Qualitätskontrolle der Krankenhausleistungen anhand von Stichproben bei 63 verschiedenen Versorgungsleistungen empfohlen. Dies soll dazu dienen, die Indikationsstellung für die Leistungserbringung (einschließlich der Auswahl alternativer Behandlungsformen), die Angemessenheit der Leistung, die Ergebnisqualität und die Erfüllung der personellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen zu sichern (Fack-Asmuth 1995). Mithilfe des Stichprobenverfahrens kann außerdem kontrolliert werden, ob die der Kalkulation der Fallpauschalen zugrundeliegenden Leistungen erbracht werden.

Der Schwerpunkt der Qualitätspolitik liegt derzeit im stationären Bereich auf der Etablierung des o.a. externen Qualitätssicherungssystems. Zu diesem Zweck wird von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein umfassendes Dokumentationssystem entwickelt, dessen

Praktikabilität, Kosten und Wirksamkeit lebhaft und kontrovers diskutiert werden. Jahrelange nordamerikanische Erfahrungen mit vergleichbaren Programmen lassen an der Brauchbarkeit des Konzeptes zweifeln (Schwartz 1996). Es besteht die Gefahr, für die "erwartete Qualität" der speziellen Leistung entsprechendes Leistungs- und Dokumentationsverhalten herauszufordern. Die Mängel des geplanten Programms liegen nicht nur in der Begrenzung auf wenig definierte Leistungen im operativen Gebiet, deren langfristige Ergebnisqualitäten nicht zur Sprache kommen. Alle nichtoperativen und nichtärztlichen Leistungen sollen nach dem bekannten Planungsstand nicht erfaßt werden. Auch die Gefahr eines in die Leere gehenden Übermaßes an Dokumentation ist nicht ausgeschlossen.

Effizienz und Effektivität des aufwendigen Programmes sollten vor einer breiten Einführung wissenschaftlich evaluiert werden. Der überstürzten Einführung eines kostenintensiven, in seiner Wirksamkeit nicht bewiesenen Kontrollsystems ist entgegenzutreten. Vielmehr bietet es sich an, Verfahren, deren Wirksamkeit eindeutig belegt ist (zum Beispiel Perinatalerhebungen, Neonatalerhebungen, Qualitätssicherung in der Chirurgie, bezüglich der Akzeptanz zu evaluieren, zu verbessern und allgemein zu etablieren. Insbesondere ist darauf zu dringen, daß sich die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung nicht auf Dokumentation und Statistik beschränken (Eichhorn 1993). Im Sinne der Qualitätssicherung werden Erfassungen des Leistungsgeschehens erst wirksam, wenn aus ihnen Strategien zur Verhaltensbeeinflussung der Leistungserbringer bzw. zur Änderung von Strukturen abgeleitet werden. Die laufenden Verfahren externer Qualitätssicherung können zwar Defizite der Qualität aufzeigen und den Anstoß zu entsprechenden Verfahren interner Qualitätssicherung geben, Voraussetzung für wirksame Qualitätsverbesserung in allen Bereichen der Krankenhäuser, nicht nur in den medizinischen, ist aber eher ein umfassendes Qualitätsmanagementprogramm.

2.4. Qualitätssicherung und Kontinuierliche Qualitätsverbesserung in der ambulanten Versorgung

Im Gegensatz zum stationären Bereich besteht in der ambulanten Versorgung weitgehender Konsens über die Weiterentwicklung der Qualitätssicherungskonzepte. Dagegen wird der Anteil der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte, der sich systematisch um Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung kümmert, zum Teil skeptisch beurteilt. Grundlagen der zukünftigen Qualitätspolitik für die ambulante Versorgung sind deshalb

- (1) Motivation der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme an wirksamen Qualitätssicherungsprogrammen,
- (2) Weiterentwicklung von Programmen zur Verbesserung der Prozeß- und Ergebnisqualität,
- (3) Evaluation und Modifikation eingeführter Qualitätssicherungsprogramme.

Vorrangig sollen wissenschaftlich begründete und praktisch anwendbare Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung weiter entwickelt und ausgebaut werden, die Arbeitsabläufe in der alltäglichen Praxis beeinflussen können. Es handelt sich vor allem um

- Instrumente für die Sicherung und Verbesserung von Prozeß- und Ergebnisqualität, wie zum Beispiel Ärztliche Handlungsleitlinien, Qualitätsindikatoren, Qualitätskriterien, Qualitätszirkel und problemorientiertes Qualitätsmanagement in ambulanten Einrichtungen. Etablierte und geplante Maßnahmen müssen auf Wirksamkeit hin untersucht und gegebenenfalls modifiziert oder verlassen werden. Insbesondere müssen die Effekte der Instrumente zur Sicherung der Strukturqualität analysiert werden.
- Die neuen Möglichkeiten der kontinuierlichen, systematischen Dokumentation und Bewertung der Praxistätigkeit auf der Grundlage der Praxis-EDV gilt es, umfassend zu nutzen.
- Zur Verbesserung der Strukturqualität ist die ärztliche Fortbildung besser auf Praxiserfordernisse auszurichten. Elektronische Informationssysteme müssen zu diesem Zweck systematisch ausgebaut werden.
- Die Arbeit in Qualitätszirkeln ist weiter zu fördern. Die methodische und organisatorische Unterstützung ist weiter zu entwickeln. Dabei sollten die Abläufe stärker systematisiert und ihre Effekte konsequent evaluiert werden. Mindestanforderungen an die Qualitätszirkelarbeit, wie bereits formuliert (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1993), sollten nachweisbar eingehalten werden.
- Die Einschätzung der Ergebnisqualität durch die Patienten sollte zukünftig stärker in die Arbeit der Qualitätszirkel integriert werden. Zu diesem Zweck empfiehlt es sich, Instrumente zur Patientenbefragung für den ambulanten Bereich zu entwickeln.
- Alle die genannten Einzelfaktoren zur Qualitätsverbesserung sollten zu einem umfassenden Konzept des Qualitätsmanagements in der ambulanten Versorgung zusammengefaßt werden. Es sollten zukünftig Anreize geschaffen werden, um zur Teilnahme an einem solchen System zu motivieren. Insbesondere muß durch intensive Information und durch Training der Nutzen für die Berufsqualität vermittelt werden, der aus der Berücksichtigung des Qualitätsmanagements in der Berufspraxis resultiert.

- Der zusätzliche Aufwand für die Teilnahme an umfassendem, kontinuierlichem Qualitätsmanagement muß im Honorierungssystem der ambulanten Versorgung berücksichtigt werden.

2.5. Bereichsübergreifende Qualitätssicherung

Die traditionell ausgeprägte Trennung zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung ist eines der bedeutendsten Probleme für die umfassende Sicherung der Versorgungsqualität. Nachdem diese herkömmlichen Grenzen nun in Bewegung geraten sind, können zukünftig die Instrumente der medizinische Qualitätssicherung besser koordiniert und an den Problemen und Bedürfnissen der Patienten und Leistungserbringer orientiert werden. So müssen zum Beispiel bereichsübergreifend gleiche Tatbestände nach gleichen Methoden und Kriterien bewertet werden.

Für einzelne Indikationsbereiche sollten bereichsübergreifende Strukturen unterstützend tätig werden. So haben sich z.B. in der Betreuung onkologischer und rheumatologischer Patienten Leit- bzw. Koordinationstellen bewährt, die Versorgungsprozesse koordinieren, Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungsqualität auswerten und hieraus Vorgaben für Fortbildung und Training entwickeln.

3. Umfassendes Qualitätsmanagement

Grundlage für Qualitätssicherung ist die individuelle Verantwortung jedes einzelnen im Gesundheitswesen Tätigen für die Qualität einer erbrachten Leistung. Allerdings erweisen sich die Bemühungen um Qualität in komplexen Systemen wie den Institutionen des Gesundheitswesens dann häufig als relativ wirkungsarm, wenn sie als Einzelmaßnahmen in einzelnen Abteilungen oder Diensten oder gar als Einzelaktivitäten von Individuen verstanden werden (Kaltenbach 1993). Voraussetzung für effektive Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung ist vielmehr die systematische Hinwendung zu einem problemorientierten Qualitätsmanagement.

Der Begriff des Qualitätsmanagements ist gegenwärtig nicht einheitlich definiert. Er reicht von einem Minimalkonzept, wonach von Qualitätsmanagement bereits dann gesprochen wird, wenn der Kreis "Qualitätsplanung, Qualitätsanwendung,

Qualitätsergebnisüberwachung und revidierte Planung von Qualitätsmaßnahmen" in Teilen einer Institution (z.B. Krankenhaus) geschlossen ist, bis hin zu der Vorstellung, daß allein die ursprünglich für industrielle Zwecke entwickelte ISO-Normreihe 9004, Teil 2 - d.h. ein das ganze Unternehmen umfassendes ("totales") Qualitätsmanagementkonzept für Dienstleistungsbereiche inklusive eines Zertifizierungsverfahrens - darunter zu verstehen sei (Schwartz 1996).

Während das erste Konzept leicht verständlich ist, weil jede Art von Routine-Qualitätssicherung ohne Ergebniskontrolle und ohne daraus Konsequenzen zu ziehen, letztlich ins Leere läuft, gibt es hinsichtlich des industriellen Ansatzes inklusive Zertifizierung begründete Vorbehalte. Sie beginnen bereits bei der Terminologie, wenn als oberster Grundsatz aufgestellt wird, daß "die Erfordernisse des Kunden" verstanden und erfüllt werden müssen. Diese allzu vorbehaltlose Übertragung des Kundenbegriffs auf den Patienten ist dessen persönlicher Situation unangemessen (Angell 1996). Das Recht auf eine qualitätsgesicherte Versorgung hat ein Patient nicht als Dienstleistungskunde, sondern vor allem aus humanen und ethischen Gründen (Jorke 1996, Schwartz 1996). Die möglicherweise sinnvolle Übertragung von Qualitätssicherungsmethoden aus industriell-produktiven Bereichen in die Gesundheitsversorgung sollte nicht mit einer unvorsichtigen Übernahme von Begriffen kombiniert sein, da frei wählbare materielle Produkte oder gewerbliche Dienstleistungen nicht mit der meist wenig freiwilligen medizinischen Versorgung gleichgesetzt werden können. Die häufige Verbindung der Begriffe Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitspolitischen Diskussion läßt vergessen, daß der Patient Anlaß und Ziel für die Qualitätssicherung ist und nicht das Vermeiden einer Ressourcenverknappung (Angell 1996, Schwartz 1996).

Abb. 4: Aktuelle Defizite und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Qualitätspolitik im Gesundheitswesen - Problembereich Umfassendes Qualitätsmanagement

Probleme:

- **Die allzu vorbehaltlose Übertragung des Kundenbegriffs auf den Patienten ist dessen persönlicher Situation unangemessen. Das Recht auf eine qualitätsgesicherte Versorgung hat ein Patient nicht als Dienstleistungskunde, sondern vor allem aus humanen und ethischen Gründen.**
- **Die möglicherweise sinnvolle Übertragung von QS-Methoden aus industriellproduktiven Bereichen in die Gesundheitsversorgung sollte nicht mit einer unvorsichtigen Übernahme von Begriffen kombiniert sein, da frei wählbare materielle Produkte oder gewerbliche Dienstleistungen nicht mit der meist wenig freiwilligen medizinischen Versorgung gleichgesetzt werden können.**
- **Die häufige Verbindung der Begriffe Qualität und Wirtschaftlichkeit läßt vergessen, daß der Patient Anlaß und Ziel für die Qualitätssicherung ist und nicht das Vermeiden einer Ressourcenverknappung.**

Vorteile:

- **Systematische Hinwendung zu problemorientiertem Qualitätsmanagement ist Voraussetzung für effektive Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung**
- **Interprofessionelle Zusammenarbeit ist Kernelement des umfassenden Qualitätsmanagements**
- **Verhaltensweisen und Methoden, die obligatorische Bestandteile von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung sind, werden unter neuen Gesichtspunkten diskutiert und in ihrer Bedeutung bewußt gemacht**

Das Kernelement des umfassenden Qualitätsmanagements ist jedoch die Zusammenarbeit (Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit 1994, Cranowsky 1996). Dabei hat die notwendige Implementierung bzw. Weiterentwicklung von Teamarbeit in medizinischen Institutionen über Abteilungen, Professionen und insbesondere deren etablierte Entscheidungsstrukturen hinweg, große psychologische Barrieren zu überwinden. Eigenverantwortung und delegierte Entscheidungsbefugnisse werden nicht überall als zwingende Voraussetzung für qualitative Leistungserbringung gesehen.

Ein ersichtlicher Nutzen der Diskussion um das TQM-Konzept ist die Tatsache, daß hierdurch Verhaltensweisen und Methoden, die obligatorische Bestandteile von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung sind, unter neuen Gesichtspunkten diskutiert und in ihrer Bedeutung bewußt gemacht werden. So liegt ein Vorteil des TQM-Ansatzes darin, alle Bereiche im Krankenhaus bezüglich der Prozeß- und Systemoptimierung aufzugreifen.

Abb. 5: Ziele von Qualitätsmanagement-Konzepten aus ärztlicher Sicht

- **Kontinuierliche und systematische, fach-, berufs- und bereichsüber-greifende Beobachtung, Beurteilung und - wenn erforderlich - Veränderung der diagnostischen, therapeutischen und betreuenden Strukturen und Prozesse ebenso wie der organisatorischen und administrativen Abläufe in Institutionen des Gesundheitswesens**
- **Beurteilung der Ergebnisqualität unter Berücksichtigung des objektiven Nutzens und der subjektiven Bedürfnisse der Patienten**
- **Verpflichtung sämtlicher Ebenen einer Institution auf konsentierete Qualitätsgrundsätze, sowie ständige Überprüfung und Verbesserung des festgelegten System des Qualitätsmanagements auf der Grundlage der Evaluation**

Erst darüber können Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung im Krankenhaus als eine gemeinsame Aufgabe verstanden und verwirklicht werden. Kooperatives Zusammenwirken der verschiedenen Professionen eines Krankenhauses

begünstigt die sinnvolle Zusammenstellung der Qualitätssicherungsthemen, die auch bei TQM nach einer Prioritätenliste angegangen werden müssen. Davon unabhängig wird jede Profession zudem ein eigenes Konzept qualitativer Leistungen erstellen und sich bemühen müssen, dieses mit den Themen der anderen Professionen in Einklang zu bringen.

Die Ziele des Umfassenden Qualitätsmanagements aus ärztlicher Sicht sind in Abb. 5 zusammengestellt.

Die Ärztekammern und andere Veranstalter ärztlicher Bildungsmaßnahmen werden künftig den ärztlichen Mitarbeitern und Leitungspersonen Beratungs-, Fortbildungs- und Trainingsmaßnahmen zu Zielen, Methoden, Techniken und Resultaten des Qualitätsmanagements anbieten. Grundlage ist das von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und AWMF entwickelte Curriculum "Qualitätssicherung - Ärztliches Qualitätsmanagement" (1996). Mit Hilfe dieser Bildungsmaßnahmen sollen Spezialisten für Qualitätssicherung entstehen, die sich als Führungspersonen vor dem Hintergrund ihrer praktischen ärztlichen Erfahrung problemorientiert für Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen einsetzen können.

4. Zertifizierung von Krankenhäusern

Im Januar 1996 haben Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Spitzenverbände der Krankenkassen darauf hingewiesen, daß sie die Zertifizierung von Krankenhäusern nach den DIN/ISO-Normen 9000-9004 für nicht sachgerecht halten. Begründet wurde diese Einschätzung damit, daß die DIN/ISO-Normen keine Beurteilung der medizinischen und pflegerischen Qualität der Patientenversorgung im Krankenhaus zuließen und daß die Patienten durch ein Zertifikat nach DIN/ISO-Normen zur der irrigen Annahme verleitet würden, daß die Qualität der Krankenhausversorgung in jeglicher Hinsicht optimal sei. Ein auf dieser Basis verliehenes Zertifikat bestätige aber nur das Vorhandensein eines Apparates zur Dokumentation organisatorischer und technischer Verfahrensabläufe. In der Praxis hieße dies, daß die Existenz von Vorgaben geprüft werde, nicht aber deren Einhaltung. Von der Zertifizierung würden weder die Ergebnisqualität der Behandlung gesichert bzw transparent gemacht noch Anreize zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung gesetzt. Weiterhin würden auch die Notwendigkeit und Angemessenheit der medizinischen Leistung nicht erfaßt. Anstelle der teuren und bezüglich des Nutzens zweifelhaften Zertifizierung nach

den DIN/ISO-Normen wurde in Aussicht gestellt, mit allen Beteiligten Verfahren zur Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung zu entwickeln, die den speziellen Erfordernissen des Krankenhausbereiches und vor allem den Bedürfnissen der Patienten gerecht werden. Ziel müsse es sein, die Qualität der medizinischen Leistung zu sichern, Anreize zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung zu setzen und die Transparenz des Versorgungsgeschehens zu erhöhen (siehe hierzu auch Marburger Qualitätsbericht 1995).

5. Ausblick: Von der Qualitätssicherung zur Kontinuierlichen Qualitätsverbesserung

Qualität ist ein stets aktuelles Thema - nicht nur in der Medizin. Die Forderungen nach Qualitätsnachweisen, nach Qualitätssicherung sind ein gesamtgesellschaftliches Phänomen, das nicht nur die Medizin betrifft, aber auch nicht vor ihr haltmacht. Sie sollten nicht primär als eine Unterstellung bisherigen schlechten Handelns aufgefaßt werden. Ärztinnen und Ärzte sind seit jeher verpflichtet auf Qualität zu achten, und die Ärzteschaft hat Beachtliches auf dem Gebiet der Qualitätssicherung geleistet. Es reicht allerdings nicht aus, auf die bisherigen Leistungen zu verweisen. Qualitätssicherung muß als ständige Herausforderung begriffen werden. Ziel ist die Gewährleistung gleichbleibend hoher Qualität und kontinuierliche sowie systematisch betriebene Qualitätsverbesserung einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung. Die Grundprinzipien hierfür lauten: Freiwilligkeit, Selbstkontrolle, Methodik, Verbesserung von Information, Kommunikation und Kooperation, Entwicklung eines positiven Umgangs mit Fehlern in einem selbst lernenden System (siehe auch Abb. 6).

Abb. 6: 10 Thesen der Ärzteschaft zur medizinischen Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung (Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung 1996)

1. Medizinische Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung stehen im Dienste der Patientenversorgung.
2. Medizinische Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung dienen nicht primär der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit.
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.

Effektive Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung setzen voraus, daß die hierfür notwendigen Maßnahmen systematisch, berufs- und institutionsübergreifend im Sinne eines problemorientierten Qualitätsmanagements durchgeführt werden. Dies bietet die Möglichkeit, Probleme in Klinik und Praxis zu lösen, alltägliche Arbeitsabläufe zu optimieren und letztlich die Zufriedenheit der Patienten, aber auch die eigene Arbeitszufriedenheit zu steigern. Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung werden aus diesem Grund nicht als Bürde, sondern als Teil des ärztlichen Selbstverständnisses verstanden (Schäfer 1996).

6. Literatur

1. Angell M, Kassirer JP (1996) Quality and the Medical Marketplace - Following Elephants. Editorial. NEJM 335: 883-885
2. Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und -beamten der Länder - "AGLMB" (1995) Gewährleistung und systematische Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen, Beratungsunterlagen für die 68. Gesundheitsministerkonferenz, Potsdam November 1995
3. Arnold M (1995) Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende. 2. Auflage. Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag
4. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (1996) Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in der Medizin - Grundlagen einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung. Gemeinsame Bestandsaufnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Aktivitäten der Spitzenorganisationen der ärztlichen Selbstverwaltung auf dem Gebiet der Qualitätssicherung in der Medizin 1955-1995. München, W. Zuckschwerdt Verlag
5. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (1996) Curriculum Qualitätssicherung. Band 1: Ärztliches Qualitätsmanagement. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung. Band 10. Köln
6. Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (1994) Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus. Wien
7. Cranowsky R, Hurter H (1996) Leitfaden zum Qualitätsmanagement im schweizerischen Krankenhaus. Aarau: Veska-Ausbildungszentrum Eigenverlag (ISBN 3-9521025-0-4)
8. Eichhorn S (1993) Qualitätssicherung im Krankenhaus als ärztliche Aufgabe. In: Projektträgerschaft „Forschung im Dienste der Gesundheit“ (Hrsg) Förderung der medizinischen Qualitätssicherung durch den Bundesminister für Gesundheit. Bonn: Eigenverlag, S. 35-53
9. Fack-Asmuth WG (1995) Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten. Stand des Verfahrens und aktueller Handlungsbedarf für die Krankenhäuser. Das Krankenhaus 10/1995: 470-480
10. Felsenstein M (1996) Externe Qualitätssicherung.. In Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (1996) Curriculum Qualitätssicherung. Band 1: Ärztliches Qualitätsmanagement. 1. (Werk-)Auflage. Köln: Eigenverlag, S. 175-181
11. Grol R (1996) Quality improvement: an international commodity ? Quality in Health Care 5:1-2
12. Jorke D (1996) Ethische Entscheidungen im ärztlichen Handeln. Med Klinik 91: 238-242
13. Kaltenbach T (1993) Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Management. 2. Auflage, Melsungen: Bibliomed
14. Kassenärztliche Bundesvereinigung (1993) Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 135 Abs. 3 SGB V. Dtsch Ärztebl 90 (Heft 21) C1045-1048
15. Marburg, Vorstand des Klinikums (1996) Qualitätsbericht 1995. Jahresbericht der Konferenz für Qualitätsmanagement und Ergebnissicherung 1995 und Bericht zum Qualitätsmanagement (Marburger Modell für Umfassendes Qualitätsmanagement - UQM - im Krankenhaus). Marburg: Eigenverlag der Medizinischen Fakultät
16. Schäfer OP, Herholz H (1996) Qualitätssicherung - eine Herausforderung für Ärzte. Dtsch Ärztebl 93: A238-240

17. Schwartz FW, Jakobi U, Klein-Lange M (1996) Qualitätssicherung in einem stärker wettbewerblich orientierten Gesundheitswesen. Expertise im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Hannover, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, unveröffentlichtes Manuskript
18. Selbmann HK, Überla KK (1982) Quality assessment of medical care. Materialien und Berichte der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart: Bleicher Verlag
19. Selbmann HK (1995) Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen in der Medizin. Materialien und Berichte der Robert Bosch Stiftung 30. Stuttgart: Bleicher Verlag
20. Weißbauer W (1995) Rechtliche Konsequenzen der Qualitätssicherung. Langenbecks Arch Chir Suppl II (Kongreßbericht 1995) 815-819

Weiterführende Literatur:

- A. Berwick DM, Enthoven A, Bunker JP (1992) Quality management in the NHS: the doctor's role. Br Med J 304: 235-239
- B. Blumenthal D (1996) Quality of Health Care, Part 1: Quality of Care - What is it ? NEJM 335:891-894
- C. Gaucher EJ, Coffey RJ (1993) Total quality in health care. From theory to practice. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- D. Graham NO (1995) Quality in health care. Theory, application, and evolution. Gaithersburg MD: Aspen Publishers
- E. Leuzinger A, Luterbacher Th (1994) Mitarbeiterführung im Krankenhaus. 2. Auflg. Bern, Verlag Hans Huber
- F. Mayer E, Walter B (1996) Management und Controlling im Krankenhaus. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag
- G. McLaughlin CP, Kaluzny AD (1994) Continuous Quality Improvement in Health Care. Theory, Implementation, and Applications. Gaithersburg Md: Aspen
- H. Röhrig P (1996) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Z Allg Med 72: 371-374
- I. Scheibe E (1996) Qualitätsmanagement in der Medizin. Landsberg: ecomed
- K. Schiller MR, Miller-Kovach K, Miller MA (1994) Total Quality Management for Hospital Nutrition Services. Gaithersburg Md: Aspen
- L. Simpson J, Smith R (1995) Management for Doctors. London: BMJ Publishing Group
- M. Spörkel H, Birner U, Frommelt B, John TP (1995) Total Quality Management
- N. Taylor D (1996) Quality and professionalism in health care: a review of current initiatives in the NHS. Br Med J 312: 626-629
- O. Viethen G, Maier I (1996) Qualität rechnet sich - Erfahrungen zum Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Stuttgart: Thieme Verlag