

## Qualitätssicherung - wem nützt das?

### Qualität: Ein Schlagwort - auch - im Gesundheitswesen?

Schlagworte wie „Qualität“, „Qualitätssicherung“, „Qualitätsmanagement“ sind zusehends zu beherrschenden Themen - auch im Gesundheitswesen - geworden.

Die Gründe für die Entwicklung, die im Ausland teilweise schon viel weiter gediehen ist, sind vielfältig. Als bestimmende Faktoren sind zu nennen:

- das zunehmende Bedürfnis der Öffentlichkeit nach Transparenz in den Dienstleistungssektoren;
- die immer knapper werdenden finanziellen Mittel, die für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt werden;
- die Hoffnung, durch Maßnahmen der Qualitätssicherung Rationalisierungsreserven zu entwickeln;
- das verstärkte Bewußtsein, daß Wirksamkeit und Zuverlässigkeit zahlreicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht ausreichend belegt sind;
- der sich verstärkende Wettbewerb im Gesundheitsmarkt;
- kommerzielle und lobbyistische Ziele sogenannter interessierter Kreise.

### Wem nützt die Diskussion um Qualität in der Medizin?

Dadurch, daß der Begriff **Qualität** in den letzten Jahrzehnten in allen Lebensbereichen unserer Gesellschaft einen besonderen Stellenwert erhalten hat, nützt Qualitätssicherung auch und gerade den Menschen, die ihr Geld damit verdienen, anderen Menschen beizubringen,

- warum,
  - mit welchem Ziel
  - und wie
- die Qualität von Produkten und Dienstleistungen gesichert oder verbessert werden soll.

Da in weiten Kreisen ein Wissens- und Erfahrungsdefizit auf diesem Gebiet besteht, sprießen die professionellen Unternehmen, die hier beraten, nahezu wie Pilze aus dem Boden.

Ob der Nutzen (ich meine den Nutzen für den Kunden) solcher Beratungen, immer die - zum Teil sehr hohen - Kosten rechtfertigt, kann von dieser Stelle aus nicht beantwortet werden.

Allerdings sollte man dies sehr kritisch hinterfragen.

Es stimmt skeptisch, wenn zum Beispiel für eine ein- bis zweimonatige Beratung einer einzelnen Fachabteilung in einem mittleren Krankenhaus eine sechsstellige Summe verlangt wird, ohne daß das Beratungsangebot eine mittel- oder gar langfristige Evaluation des Beratungseffektes vorsieht. Auch gibt es mittlerweile genügend Beispiele, daß Institutionen des Gesundheitswesens aus eigener Kraft Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung erfolgreich einführen, das heißt

- ohne umfassende Hilfe externer professioneller Berater,
- mit hauseigener Kompetenz,
- unter Berücksichtigung von Erfahrungen vergleichbarer Vorbilder.

Und gerade in diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll und notwendig zu sein, daß sich mehr und mehr Ärztinnen und Ärzte methodisch auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements qualifizieren.

Unsere Generation hat während des Studiums oder der Weiterbildung nichts gehört, geschweige denn gelernt, über

- Qualitätsbewertung,
- Fehleranalysen und Fehlervermeidung,
- Auditierung und Zertifizierung,
- lernende Organisationen und Organisationsentwicklung,
- Qualitätszirkelarbeit und Kommunikationstechniken,
- Prioritätensetzung und Zeitmanagement,
- Leitlinien und Qualitätsindikatoren,
- Qualitätsdarlegung und Verantwortlichkeit gegenüber dem Konsumenten,
- Outcome und Patientenzufriedenheit,

alles relevante Instrumente, Techniken, Maßnahmen und Ziele des Qualitätsmanagements.

Der ärztliche Berufsstand hat hier viel nachzuholen - sowohl im Vergleich zu

unseren Kollegen in den skandinavischen und angelsächsischen Ländern, aber auch im Vergleich zu Krankenhausmanagern, oder zu Pflegekräften in Deutschland.

Er hat zum Teil weit später begriffen als andere Berufsgruppen, welche Vorteile für den eigenen Berufsalltag sich aus der systematischen Berücksichtigung von Qualitätssicherungsprogrammen ergeben und welche Gestaltungsmöglichkeit sich im ärztlichen Berufsumfeld eröffnen, wenn Qualitätssicherung praktiziert wird vor dem Hintergrund der ärztlichen Berufserfahrungen in Kombination mit methodischer Kompetenz in den Techniken des Qualitätsmanagements.

Die vielerorts - unter anderem auch hier bei der Sächsischen Landesärztekammer - realisierte Fachausbildung nach dem **Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“** - leistet hier wertvolle Dienste,

- um Wissensdefizite auszugleichen,
- um Erfahrungen auszutauschen
- und um Ablehnung gegenüber Qualitätssicherung abzubauen und Akzeptanz zu steigern.

Allerdings müssen an dieser Stellung auch die Akzeptanzprobleme angesprochen werden, die in der Ärzteschaft im In- und Ausland häufig gegenüber Qualitätssicherung zu beobachten sind: In der internationalen Literatur finden sich immer wieder Hinweise darauf, daß von allen betroffenen Berufsgruppen es oft die Ärzteschaft ist, von denen die größten Bedenken und die hartnäckigste Ablehnung gegenüber der Einführung neuer Qualitätssicherungsmaßnahmen ausgeht.

Dies ist zum Teil auf den Kontext zurückzuführen, in dem viele Qualitätssicherungsmaßnahmen entwickelt und eingeführt wurden:

- vorgeschlagen infolge von Finanzierungsproblemen,
- entwickelt von Theoretikern ohne ausreichende Einbeziehung der betroffenen Praktiker,
- bürokratisch überfrachtet,

- von oben herab verordnet,
  - mit dem Ziel der externen Kontrolle. Solche - meist berechtigten - Akzeptanzprobleme versperren leider häufig den Blick darauf, daß gute und praktikable Qualitätssicherungsmaßnahmen unserer Berufsgruppe - ebenso wie allen anderen Heil- und Gesundheitsberufen - bei der täglichen Arbeit nützen können.
  - Konsequente Selbstkontrolle auf der Grundlage systematischer Dokumentation der Arbeitsabläufe und Arbeitsergebnisse,
  - Diskussion der eigenen Arbeit im Kreise der Kollegen,
  - Verbesserung von Informationsgewinnung, Kommunikation und Kooperation,
  - Entwicklung eines positiven Umgangs mit Fehlern
- sind nur einige Beispiele für Techniken des Qualitätsmanagements, die allesamt dazu beitragen,
- die tägliche Arbeitsroutine zu optimieren,
  - dadurch die Qualität der eigenen Arbeit zu verbessern,
  - und infolgedessen die Zufriedenheit der Patienten, aber auch und letztlich die eigene Arbeitszufriedenheit zu steigern.

Es ist bedauerlich, daß in der allgemeinen Perzeption nicht diese positiven Aspekte der Qualitätssicherung überwiegen.

Viel eher wird - heute genauso wie vor 4000 Jahren - Qualitätssicherung im Gesundheitswesen häufig einseitig mit Sanktion, Kontrolle und Mißtrauen gegenüber der ärztlichen Kunst assoziiert.

Ein kurzer **Exkurs in die Medizingeschichte** mag dies erläutern:

So heißt es in der ältesten uns bekannten Rechtsquelle medizinischen Inhalts, dem Codex Hammurabi, entstanden um 1700 vor unserer Zeitrechnung:

„Hat der Arzt einen Abszeß am Auge mit einem stumpfen Messer eröffnet, den Patienten getötet oder sein Augenlicht zerstört, so soll seine Hand abgeschnitten werden.“

Und als Begründung für die Einführung der ärztlichen Prüfung legte der Groß-

vater des Stauferkaisers Friedrich II., König Roger von Sizilien 1140 in der ältesten, uns bekannten europäischen Ausbildungsordnung für Ärzte fest:

„Jeder, der die Heilkunst ausüben will, soll sich unseren Sachverständigen vorstellen, um sich dem Urteil einer Prüfung zu unterwerfen. Hierdurch ist Vorsorge dafür getroffen, daß nicht in unserem Lande die Untertanen durch die Unerfahrenheit der Ärzte gefährdet würden.“

857 Jahre später, 1997 führen Gross und Löffler in ihrem Grundsatzwerk „Prinzipien der Medizin“ folgendermaßen in das Kapitel Qualitätssicherung ein:

„Eine der neuesten - ich betone „neuesten“ - Entwicklungen ist der Ruf nach Qualitätssicherung. Neuerdings genügen „bestes Wissen und Gewissen“ nicht mehr. Kontrollen sind gefragt.“

Nur drei Beispiele zur Sicherung der medizinischen Versorgungsqualität mit Hilfe von Sanktion oder Kontrolle. Man hat den Eindruck, die Zeit stehe still.

Dabei sind die Ausführungen von 1997 mindestens verwunderlich. Ignorieren sie doch die jahrzehntelangen, international publizierten, positiven Erfahrungen mit Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen.

Es gibt genügend historische Belege dafür, daß Qualitätssicherung keine „neue Entwicklung“ ist:

- 1518 wurde das Royal College of Physicians - aufgrund einer Petition der Londoner Ärzte - gegründet, und zwar ausdrücklich mit dem Ziel, durch Fortbildung Qualität der ärztlichen Berufsausübung zu sichern.

- Hingewiesen werden muß auf die Einführung der regelmäßigen Protokollierung von Sektionen um 1740 durch Gerhard van Swieten, den Leibarzt von Kaiserin Maria Theresia.

- Von zentraler Bedeutung waren die zeitgleichen Bemühungen um Qualitätsverbesserung auf der Grundlage systematischer Datenerhebung durch Philipp Semmelweis (publiziert 1861) und Florence Nightingale (publiziert 1863).

Bemerkenswert ist dabei die ganz unterschiedliche Reaktion der englischen und

der kontinentalen Fachwelt auf die Publikationen von Semmelweis und Nightingale: Ersterer wurde wegen Kollegenschelte entlassen und starb verbittert und in geistiger Umnachtung.

Nightingales Arbeiten wurden in England konsequent weitergeführt. Bereits 1908 entwickelte Emory Groves nach Analyse der Behandlungsergebnisse von 50 Krankenhäusern Vorschläge für die systematische Qualitätssicherung:

- die Entwicklung einer Standard-Klassifikation für Krankheiten und Operationen, um Behandlungsverläufe und -ergebnisse vergleichen zu können,
- die Einführung eines Nachsorgesystems für bestimmte Krankheiten, zum Beispiel für Malignom-Patienten.

Seitdem wurden vor allem in England und den Vereinigten Staaten systematisch Programme zur Strukturierung, Standardisierung und Überprüfung der persönlichen Qualifikationen und der Arbeitsabläufe im Gesundheitswesen realisiert.

Auf unserem Kontinent konzentrierten sich die Maßnahmen zur Qualitätssicherung über Jahrzehnte vorzugsweise auf die Optimierung und Diversifizierung der ärztlichen Qualifikation.

Praktikable Instrumente zur Sicherung der Prozeß- und Ergebnisqualität sind in Deutschland erst für ausgewählte Bereiche routinemäßig eingeführt (zum Beispiel in der Geburtsheilkunde, der Laboratoriumsmedizin, der Radiologie, und in Ansätzen in den operativen Fächern). Für viele Versorgungsbereiche befinden sie sich erst in der Entwicklungs- oder Erprobungsphase.

Hingegen werden wir derzeit mit einer Fülle von Maßnahmen konfrontiert, die angeblich zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung beitragen sollen. Schaut man sich das Instrumentarium vieler sogenannter „Qualitätssicherungsmaßnahmen“ genauer an, erscheint der Nutzen für die Qualitätssicherung im ärztlichen Sinne eher zweifelhaft: Sie zielen oftmals weniger auf die Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung, sondern - häufig verbunden mit großem bürokratischen Aufwand -

- entweder Steuerung und Begrenzung von Leistungsausgaben,
- auf die Kontrolle der Leistungsabläufe im Krankenhaus,
- oder - bei einzelnen Leitlinien auf die Monopolisierung bestimmter Versorgungsmaßnahmen zugunsten bestimmter Arztgruppen.

Auf die Frage - **Qualitätssicherung - wem nützt das** - müßte man hier antworten:

Diese Maßnahmen nützen:

- kurzfristig einzelnen Funktionären von Ärztenverbänden, Kostenträgern und Krankenhausträgern,
- mittelfristig richten sie vermutlich mehr Schaden an, als daß sie nutzen, weil sie vom Wesentlichen der Qualitätssicherung ablenken: sie helfen dem praktizierenden Arzt nicht, seine Arbeitsabläufe zu reflektieren und zu optimieren.

Und hier scheint die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen gefordert zu sein. Sie muß dem Nutzer von Qualitätssicherungsmaßnahmen die Vor- und Nachteile transparent machen, wie dies zum Beispiel bei dem Leitlinien-Clearingverfahren von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung - in Kooperation mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den GKV-Spitzenverbänden vorgesehen ist.

Damit die modernen Instrumente des Qualitätsmanagements dem Arzt und dem Patienten nützen können, muß die Selbstverwaltung Qualitätssicherungsmaßnahmen bezüglich deren wissenschaftlichen Begründung und hinsichtlich ihrer Praktikabilität bewerten.

Und dies gilt

- für Leitlinien ebenso wie für Qualitätsindikatoren,
  - für Tracermethoden wie für Zertifizierungen,
  - für Qualitätszirkel wie für Disease-Management-Programme,
- um nur einige Methoden zu nennen.

Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten müssen davor geschützt werden, daß Qualitätssicherungsmaßnahmen von sachfremden Kriterien bestimmt werden - sei es von ökonomischen Zie-

len, von machtpolitischen Interessen oder Berufslobbyismus.

Und dies leitet zum letzten Abschnitt über: **Wem nützt Qualitätssicherung?** war die Fragestellung.

Genannt wurden explizit oder implizit:

- die Mitglieder der Heil- und Gesundheitsberufe und ihr Bemühen um optimale Patientenversorgung und befriedigende Berufsausübung
- die Krankenkassen und
- die Krankenhausträger und ihr Interesse an wirtschaftlicher und guter Patientenversorgung und ökonomischem Profit
- die Berufsverbände und ihr Streben nach Mitgliederzuwachs und Mitglieder-Lobbyismus
- kommerzielle Unternehmen - Berater, Verlage usw. - und ihr Interesse an einem erfolgreichen Geschäft - ich bin nicht auf die Pharma- und Medizinalindustrie eingegangen, die aus Marketinggründen mit hohem finanziellen Aufwand in das Geschäft der Leitlinien-Erstellung und des Disease-Managements einsteigt.
- politischen Parteien, die zum Teil ihre Vorstellungen über Systemveränderungen mit angeblichen Qualitätsmängeln begründen
- die ärztliche Selbstverwaltung, die an der Wahrung von Berufsinteressen, und an der Darlegung der Versorgungsqualität gegenüber der Gesellschaft interessiert ist.

Wer wurde bisher noch nicht - oder nur am Rande erwähnt?

„Medizinische Qualitätssicherung stehen im Dienste der Patientenversorgung“ - hat der Deutsche Ärztetag 1998 festgeschrieben.

Allerdings hat man in der Rolle des Beobachters häufig den Eindruck, daß der, dem die ganzen Bemühungen um Qualität letztlich zugute kommen sollen, der Patient, bei den Diskussionen um Qualität und Qualitätssicherung am seltensten zu Wort kommt.

Dies ist deswegen erstaunlich, weil der inflationäre Gebrauch des Begriffs „Qualität“ und damit die ganzen Diskussionen um Qualitätssicherung - letzt-

lich auf die veränderte Einstellung der Bevölkerung gegenüber Produkten und Dienstleistungen zurückgeht.

Insbesondere besteht in den letzten Jahrzehnten in allen Industrienationen ein zunehmendes Bedürfnis der Öffentlichkeit nach Transparenz in den Dienstleistungssektoren - und diese Einstellung hat vor dem Gesundheitswesen nicht halt gemacht. So werden ärztliche Aussagen und ärztliches Handeln überall häufiger hinterfragt, als dies noch vor wenigen Jahren der Fall war.

Man sollte sich deshalb verstärkt mit der Frage beschäftigen:

**„Wie stellt sich der Patient oder der Bürger die Qualität der Gesundheitsversorgung vor?“**, um Qualitätssicherung so zu gestalten, daß sie auch mit den Ideen unserer Patienten über gute Versorgungsqualität übereinstimmen.

Antworten auf diese Frage wurden im Frühjahr 1998 im Rahmen eines internationalen Symposiums zum Thema „Health Care - through the Patients' Eyes“ (Gesundheitsversorgung aus der Sicht des Patienten) formuliert, an dem Experten aus 29 Ländern teilnahmen.

Unabhängig von der Herkunft, der Art des Gesundheitssystems oder der wirtschaftlichen Situation des Herkunflandes stimmten alle Teilnehmer dahingehend überein, daß es folgende Faktoren sind, die für den medizinischen Laien vorrangig die Qualität der Gesundheitsversorgung ausmachen:

- die sorgfältig durchgeführte ärztliche Untersuchung, Behandlung und Beratung unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft und ärztlichen Kunst,
- das Eingehen des Arztes auf Bedürfnisse, Fragen und Wünsche des Patienten
- ein ausreichendes Zeitangebot für den Arzt-Patienten-Kontakt
- die verständliche und umfassende Information des Patienten über die individuellen Gesundheitsprobleme und über die Behandlungs- und Selbsthilfemöglichkeiten
- die verständliche und klare Erklärung

von Diagnostik, Therapie, Prognose und Risiken

- emotionale Unterstützung, Mitgefühl, Berücksichtigung der Menschenwürde und Privatsphäre

Außerdem stimmten die Experten dahingehend überein, daß sich die Vorstellungen medizinischer Laien bezüglich der prioritären Ziele von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung deutlich von der professionellen Sicht unterscheiden. Während die Leistungserbringer sich vorwiegend auf die Optimierung der fachlich medizinischen Qualität konzentrieren wollen, sehen Patienten Qualitätsdefizite insbesondere in den Bereichen

- Informationsübermittlung und Beratung,
- Beteiligung an der Entscheidung über den Behandlungsverlauf,
- Zeitmanagement des Arztes,
- emotionale Unterstützung.

Studien aus Hamburg, Hessen, Kalifornien und Kanada lassen vermuten, daß jeder dritte bis vierte Patient die Arzt-Patienten-Kommunikation für problematisch und für verbesserungsfähig hält. Und zwar unabhängig davon, ob die ärztliche Betreuung in deutschen oder kanadischen Krankenhäusern, ob in deutschen Arztpraxen oder in kanadischen Ambulatorien stattfand.

Von den zahlreichen Ideen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, die im Rahmen des Symposiums aus Sicht des Patienten präsentiert wurden, sind folgende bedenkenswert - und zum Teil auch durchaus provokant:

Vorgeschlagen wurde zum Beispiel:

- Verbessertes Kommunikationstraining für Ärzte und Gesundheitserziehung der Bevölkerung von Kindergartenalter an
- Aufeinander abgestimmte Leitlinien für Laien und Ärzte
- Clearingverfahren für ärztliche Leitlinien
- Clearingverfahren für Patienteninformationssysteme
- Obligatorischer Zugang der Patienten zu Zweitmeinungen
- Patientenbrief in Ergänzung zum Arzt-

brief bei Entlassung oder Überweisung

- Medizinische Daten sind Eigentum des Patienten
- Patientenadvokaten im Sinne der skandinavischen Ombudsleute
- Patientencharta
- Einrichtung von Patientenvertretungen und deren Beteiligung an der Definition von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Systematische Erfassung der Ergebnisqualität aus der Sicht des Patienten.

Insgesamt wurde gefordert, daß Leistungserbringer und Laien gemeinsam, partnerschaftlich über Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen entscheiden sollten, damit Qualitätssicherung den Betroffenen - den Patienten - noch besser nütze und damit die Dienstleistungsorganisation Gesundheitswesen in der bisher bekannten Form überhaupt überleben könnte.

Es wurde betont, daß sich im nächsten Jahrzehnt die Berücksichtigung des Konsumentenwillen als Nagelprobe für das Überleben von Dienstleistungsorganisationen erweisen werde - und das Gesundheitssystem sei davon nicht ausgeschlossen.

## Schlußfolgerungen

Die Forderungen nach Qualitätsnachweisen, nach Qualitätssicherung sind ein gesamtgesellschaftliches Phänomen, das nicht nur die Medizin betrifft, aber auch nicht vor ihr haltmacht.

Der Wunsch unserer Patienten nach Qualitätsdarlegung sollte 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.

Literatur beim Verfasser

Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung  
Prof. Dr. med. Günter Ollenschläger  
Aachener Straße 233-237  
50931 Köln  
e-mail:azq@dgn.de