

STANDORTE

## Qualitätssicherung in der Medizin – wem nützt das?

Günter Ollenschläger<sup>1</sup>

Gesundheitspolitische Fragen werden derzeit häufig in den Medien thematisiert. Dabei fokussiert sich die öffentliche Diskussion zunehmend auf die Qualitätssicherung in der Medizin: Wir werden vermehrt mit den Forderungen konfrontiert, dass etwa

- Qualitätsdefizite in der ärztlichen Versorgung abzubauen seien, man
- Qualitätskontrollen in der Medizin verstärken müsse oder – wie bereits erwähnt –
- das ärztliche Honorarsystem qualitätsorientiert zu gestalten sei.

### REALITÄT – EIN SCHLAGWORT AUCH IM GESUNDHEITSWESEN?

Schlagwörter, wie „Qualität“, „Qualitätssicherung“, „Qualitätsmanagement in der Medizin“, sind somit zu einem beherrschenden Thema in unserer Gesellschaft geworden.

Die Gründe für diese 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 (Stichwort: Konsumentenbewegung),
- die zunehmende Zurückhaltung der Politik, alles in der Medizin Machbare auf Kosten der Allgemeinheit zu finanzieren (Stichwort: Budgetierung),
- die Hoffnung der Kostenträger, durch Maßnahmen der Qualitätssicherung Geld einsparen zu können (Stichwort: Rationalisierungsreserven),
- das verstärkte Bewusstsein, dass Wirksamkeit und Zuverlässigkeit

zahlreicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht ausreichend belegt sind (Stichwort: evidenzbasierte Medizin),

- aber auch: der sich verstärkende Wettbewerb im Gesundheitsmarkt (sowohl zwischen Leistungserbringern als auch zwischen Kostenträgern),
- und nicht zuletzt: kommerzielle und lobbyistische Ziele interessierter Kreise.

### WEM NÜTZT DIE DISKUSSION UM QUALITÄTSSICHERUNG IN DER MEDIZIN?

Zunächst einmal den Unternehmen und Institutionen, die Krankenhäuser, Arztpraxen, Krankenkassen, Verbände bei der Auswahl und Einführung von Methoden und Instrumenten der Qualitätsförderung beraten. Dieser Markt ist zur Zeit überaus lukrativ: zum einen wegen der neuen gesetzlichen Vorschriften zum Qualitätsmanagement im vertragsärztlichen Bereich, zum anderen wegen des offensichtlichen Wissens- und Erfahrungsdefizits in weiten Bereichen des Gesundheitswesens. Dementsprechend bieten derzeit viele kommerzielle Neugründungen ihre guten Dienste auf diesem Sektor an. Auch Universitätsinstitute haben diesen Markt entdeckt und treten in den Wettbewerb ein – zum Beispiel bei der Erarbeitung von Leitlinien.

Ob der Nutzen immer die – zum Teil sehr hohen – Kosten rechtfertigt, soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden, ist aber kritisch zu hinterfragen. Es stimmt skeptisch, wenn zum Beispiel für eine ein- bis zwei-

monatige Beratung einer einzelnen Fachabteilung in einem mittleren Krankenhaus eine sechsstelligen Summe verlangt wird, ohne dass das Beratungsangebot eine mittel- oder gar langfristige Evaluation des Beratungseffekts vorsieht.

### QUALITÄTSMANAGEMENT AUS EIGENER KRAFT REALISIEREN!

Auch gibt es mittlerweile genügend Beispiele, dass Kliniken und Praxen aus eigener Kraft Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung erfolgreich einführen können.

Aus eigener Kraft bedeutet:

- nur mit punktueller und ohne lang dauernde Hilfe externer professioneller Berater
- und mit hauseigener Kompetenz.

### ÄRZTLICHE KOMPETENZ IN QUALITÄTSFÖRDERUNG STEIGERN

Gerade in diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll und notwendig, dass sich mehr und mehr Mitarbeiter in Institutionen des Gesundheitswesens auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements methodische Kompetenz verschaffen. Dies gilt insbesondere auch für die Ärzteschaft.

Die derzeit praktizierende Ärztegeneration 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,

<sup>1</sup> Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Köln.

Nach einem Vortrag im Rahmen eines Symposiums anlässlich des 60. Geburtstags von Professor Dr. med. Johannes Köbberling, Wuppertal.

- Outcome und Patientenzufriedenheit,
- klinische Epidemiologie und evidenzbasierte Medizin.

Es gilt zu hinterfragen, ob diese Lehrinhalte heutzutage an der Mehrzahl der deutschen Hochschulen Medizinstudenten angemessen vermittelt werden.

Der ärztliche Berufsstand hat hier viel nachzuholen – sowohl im Vergleich zu Kollegen in den skandinavischen und angelsächsischen Ländern als auch im Vergleich zu Krankenhausmanagern oder zu Pflegekräften in Deutschland. Er hat zum Teil weit später als andere Berufsgruppen begriffen, welche Vorteile sich für den ärztlichen Berufsalltag aus der systematischen Berücksichtigung von Qualitätssicherungsprogrammen ergeben.

#### DAS AKZEPTANZPROBLEM GEGENÜBER QUALITÄTSSICHERUNG

In diesem Zusammenhang sind die Akzeptanzprobleme anzusprechen, 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 gerade die Ärzteschaft ist, von der die größten Bedenken und die hartnäckigste Ablehnung gegenüber der Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen ausgeht.

Dies ist zum Teil auf den Kontext zurückzuführen, in dem viele Qualitäts-sicherungsmaßnahmen entwickelt und eingeführt wurden und werden:

- 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 den Leistungserbringern 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 ärztlichen Perzeption des Themas Qualitätssicherung nicht diese positiven Aspekte überwiegen. Hier gilt es, viel Informations-, Überzeugungs- und Motivationsarbeit zu leisten, um die einseitige Assoziation zwischen Qualitätssicherung auf der einen und Kontrolle bzw. Sanktion auf der anderen Seite abzubauen.

#### PRAKTIKABLE INSTRUMENTE UND METHODEN NUTZEN

Im westlichen Kontinentaleuropa konzentrierten sich die Maßnahmen zur Qualitätssicherung über Jahrzehnte vorzugsweise auf die Optimierung und Diversifizierung der ärztlichen Qualifikation. Praktikable Instrumente (die Betonung liegt auf dem Wort „praktikabel“) zur Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität sind in Deutschland erst für ausgewählte Bereiche flächendeckend eingeführt, zum Beispiel in der Geburtshilfswissenschaft, der Laboratoriumsmedizin, der Radiologie und in Ansätzen in den operativen Fächern. Für viele Versorgungsbereiche befinden sie sich erst in der Entwicklungs- oder Erprobungsphase.

Hingegen wurden die Leistungserbringer in den vergangenen Jahren mit einer Fülle von Maßnahmen konfrontiert, die angeblich zur Qualitätsförderung beitragen sollten. Schaut man sich diese Angebote genauer an, so fehlen häufig die Belege für positive Effekte auf die Qualität der Patientenversorgung. Vielmehr zielen sie oftmals

- ausschließlich auf ökonomische Steuerung des Versorgungsgeschehens oder

- auf die Monopolisierung spezieller Versorgungsmaßnahmen zugunsten bestimmter Arztgruppen.

Auf die Frage: „Qualitätssicherung – wem nützt das?“, müsste man hier antworten: Diese Maßnahmen nützen

- kurzfristig den ökonomischen Vorstellungen von Kostenträgern und lobbyistischen Interessen von Ärztenverbänden,
- mittelfristig richten sie vermutlich mehr Schaden an, als dass sie nutzen, weil sie vom Wesentlichen der Qualitätssicherung ablenken: Sie helfen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen eben nicht, Arbeitsabläufe zu reflektieren und zu optimieren.

#### MEHR TRANSPARENZ IN DIE QUALITÄTSDISKUSSION

Hier scheint mehr Transparenz notwendig zu sein. Wir brauchen Systeme, mit deren Hilfe die potentiellen Nutzer von Qualitätssicherungsprogrammen sich über deren Wissenschaftlichkeit und Praktikabilität informieren können. 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. Hier gilt es, Krankenhausträger, Leistungserbringer, Patientinnen und Patienten davor zu schützen, dass Qualitäts-sicherungsmaßnahmen von sachfremden Kriterien bestimmt werden – sei es von ökonomischen Zielen, von machtpolitischen Interessen oder Berufslobbyismus.

#### QUALITÄTSSICHERUNG MUSS DEM PATIENTEN NÜTZEN!

Dies leitet zum letzten Abschnitt dieser Ausführungen über: Wem sollte Qualitätssicherung, wenn richtig praktiziert, nützen? Erwähnt wurden explizit oder implizit:

1. die Mitglieder der Heil- und Gesundheitsberufe und ihr Bemühen um optimale Patientenversorgung und befriedigende Berufsausübung,
2. die Krankenkassen und
3. die Krankenhausträger und ihr Interesse an guter und wirtschaftlicher Patientenversorgung,

## STANDORTE

4. die Berufsverbände der Leistungserbringer und ihr Streben nach Mitgliederzuwachs und Mitgliederlobbyismus,
5. kommerzielle Unternehmen – Berater, Verlage usw. – und ihr Interesse an einem erfolgreichen Geschäft (nicht eingegangen wurde auf die Pharma- und Medizinalindustrie, die aus Marketinggründen mit hohem finanziellen Aufwand in das Geschäft der Leitlinienerstellung und des Disease Managements einsteigt),
6. die ärztliche Selbstverwaltung, die an der Wahrung von Berufsinteressen interessiert ist.

Ganz entscheidend ist aber die folgende Feststellung: Medizinische Qualitätssicherung steht im Dienste der Patientenversorgung. Dies ist eine zentrale Aussage sowohl der Gesundheitspolitiker in Bund und Ländern als auch der deutschen Ärzteschaft. Allerdings hat man in der Rolle des Beobachters häufig den Eindruck, dass der Patient als derjenige, dem die Bemühungen um Qualität letztlich zugute kommen sollen, bei den Diskussionen um Qualität und Qualitätssicherung verhältnismäßig selten zu Wort kommt.

Dies ist insbesondere deswegen erstaunlich, als der inflationäre Gebrauch des Begriffs „Qualität“ – und damit die ganzen Diskussionen um Qualitätssicherung – letztlich auf die veränderte Einstellung der Bevölkerung gegenüber Produkten und Dienstleistungen zurückgeht.

Es empfiehlt sich deshalb, stärker auf die Vorstellungen einzugehen, die der Patient oder der Bürger mit Qualität der Gesundheitsversorgung verbindet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich bei der Qualitätsdiskussionen die Prioritäten von Laien und Leistungserbringern deutlich unterscheiden. Während sich die Fachleute 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 seitens der Leistungserbringer.

Studien aus Deutschland, den USA und Kanada belegen übereinstimmend,

dass jeder dritte bis vierte Patient die Arzt-Patienten-Kommunikation für problematisch und für verbesserungsfähig hält.

Was muss getan werden, um Qualitätssicherung aus Patientensicht zu realisieren? Antworten auf diese Fragen gibt eine Fülle wissenschaftlicher Untersuchungen der letzten zwei bis drei Jahre. Von Expertenseite werden unter anderem folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

- verbessertes Kommunikations- und Zeitmanagementtraining für Leistungserbringer,
- aufeinander abgestimmte Leitlinien für Laien und Ärzte,
- seriöse und unabhängige Patienteninformationssysteme,
- Patientenbrief in Ergänzung zum Arztbrief bei Entlassung oder Überweisung,
- systematische Erhebung der Ergebnisqualität und Zufriedenheit aus der Sicht des Patienten.

Es muss betont werden, dass sich im nächsten Jahrzehnt die Berücksichtigung des Konsumentenwillens als Nagelprobe für das Überleben von Dienstleistungsorganisationen erweisen wird, – und das Gesundheitssystem ist davon nicht ausgeschlossen.

Damit ergeben sich folgende Schlussfolgerung für die Praxis: Die Forderungen nach Qualitätsnachweisen, nach Qualitätssicherung sind ein gesamtgesellschaftliches Phänomen, das nicht nur die Medizin betrifft, aber auch nicht vor ihr Halt macht. Der verstärkte Wunsch der Öffentlichkeit nach Qualitätsdarlegung sollte deshalb nicht primär als eine Unterstellung bisherigen schlechten Handelns der Leistungserbringer im Gesundheitswesen aufgefasst werden.

Aus ärztlicher Sicht bietet Qualitätssicherung – mit der richtigen Methodik durchgeführt – die Möglichkeit,

- Probleme in Klinik und Praxis zu vermeiden und zu lösen,
- die alltäglichen Arbeitsabläufe in Klinik und Praxis zu optimieren und
- letztlich die Zufriedenheit der Patienten,
- aber auch die eigene Arbeits- und Lebensqualität zu steigern.

## LITERATUR

1. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Curriculum Qualitätssicherung – Ärztliches Qualitätsmanagement. Köln: Bundesärztekammer, 1996.
2. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Gemeinsame Stellungnahme zum Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, 1998. <http://www.azq.de/Homepage/Stellungnahmen/stellungnahme.html>
3. Cohen G, Forbes J, Garraway M. Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys. *Br Med J* 1996;313:841–4.
4. Delbanco T, Berwick DM, Boufford JL, et al. Healthcare in a land called People Power: Nothing about me without me. (in preparation).
5. Demenighetti G, Grilli R, Liberati A. Promoting consumers' demand for evidence-based medicine. *Int J Techn Assess Health Care* 1998;14:97–105.
6. Ferguson T. Health oOnline and the empowered medical consumer. *J Qual Improv* 1997;23:251–7.
7. Imanaka Y. Professionalism and consumerism: can they grow together? *Int J Qual Health Care* 1997;9:395–7.
8. Muir Gray JA. Evidence-based healthcare. How to make health policy and management decision. New York–Edinburgh: Livingstone, 1997.
9. Ollenschläger G, Thomeczek C. Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung – Bestandsaufnahme der ärztlichen Selbstverwaltung zur Qualitätssicherung in der Medizin 1955–1995. *Gesundh-Wes* 1996;58:360–71.
10. Ollenschläger G. Collaboration between patients and health professionals expectations, limitations, realities: comparative attitudes in the European and American health care systems. Salzburg Seminars 1998: Healthcare through the patient's eyes. <http://www.ollenschlaeger.net/salsem.html>
11. Ollenschläger G. Qualitätssicherung – wem nützt das? *Arztblatt Sachsen* 1999;9:418–21.
12. Robinson S, Brodie M. Understanding the quality challenge for health consumers: the Kaiser/AHCPR Survey. *J Qual Improv* 1997;23:239–44.
13. Schulte T, Hildebrandt H. DAK-Patientenbefragung zur Qualität Hamburger Krankenhäuser: Zum Studiendesign, zu einigen Ergebnissen und weiteren Auswertungsmöglichkeiten. In: Rupprecht TM, Hrsg. Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen. St. Augustin: Asgard, 1998:121–37.
14. Stronks K, Strijbis AM, Wendte JF, et al. Who should decide? Qualitative analysis of panel data from public, patients, healthcare professionals, and insurers on priorities in health care. *Br Med J* 1997;315:92–6.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Günter Ollenschläger,  
Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung,  
Aachener Straße 233–237,  
D-50931 Köln,

Telefon (+49/221) 4004-0,  
Fax -590,  
E-Mail: [azq@dgn.de](mailto:azq@dgn.de)