

4.3 Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

► Zusammenfassung

Seit Beginn der 1990er Jahre gewinnen Bemühungen um Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen an Bedeutung. Verschiedene neue Qualitätsanforderungen sind sozialrechtlich verankert worden. Gleichzeitig haben Ärzteschaft, Krankenhäuser und Krankenkassen eigene Qualitätssicherungsinitiativen gestartet.

Ärztinnen und Ärzte sind für die Qualität ihrer Leistungen persönlich verantwortlich. Die Aufsicht über die Berufsausübung der Ärzte liegt bei den Landesärztekammern. Der gesetzliche Auftrag und Rahmen hierfür werden in den Kammer- und Heilberufsgesetzen der Bundesländer gelegt. Die Bundesärztekammer als Zusammenschluss der Landesärztekammern auf überregionaler Ebene hat inzwischen verschiedene Curricula zur strukturierten Fort- und Weiterbildung im Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement herausgegeben. Mehr als 2.500 Ärztinnen und Ärzte haben die von den Landesärztekammern angebotenen Kurse zum Qualitätsmanagement absolviert und, wo dies möglich ist, auch die Zusatzbezeichnung "Ärztliches Qualitätsmanagement" erworben. Krankenhäuser ebenso wie Arztpraxen sind nach dem Fünften Sozialgesetzbuch zur Qualitätssicherung und zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet. Alle zugelassenen Krankenhäuser müssen sich an externen Vergleichen bestimmter Leistungen und Ergebnisse beteiligen. Im Jahr 2004 hatten schätzungsweise rund 60 Prozent der deutschen Kliniken ein eigenes Qualitätsmanagement etabliert oder führten es ein. Zudem gewinnen verschiedene, zum Teil international erprobte Zertifizierungsverfahren an Beliebtheit. Solche Verfahren beruhen häufig auf einer strukturierten Selbst- und Fremdbewertung der betreffenden Institution.

Auch Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen haben gemäß Sozialgesetzbuch Sorge für die Qualitätssicherung zu tragen. Pflegeheime müssen Stichprobenprüfungen vor Ort ermöglichen. Bei den zwischen 1997 und 2002 vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen geprüften 60% der Altenpflegeheime mussten bei jedem Fünften der überprüften Heime aufgrund von Qualitätsmängeln Wiederholungsprüfungen angesetzt werden. Eine wachsende Rolle spielen systematisch entwickelte Leitlinien, die den gegenwärtigen Wissensstand wiedergeben und bei Behandlungsentscheidungen Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten eine Orientierungshilfe bieten. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften hat inzwischen mehr als 850 Leitlinien herausgegeben.

Seit 2005 sind die deutschen Krankenhäuser in zweijährlichem Turnus zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten verpflichtet, die unter anderem Daten über ihr Leistungsspektrum, die Qualifikation des Personals, die Zahl der behandelten Patienten, Art und Anzahl der operativen Eingriffe sowie ihr Qualitätsmanagement enthalten. Die Berichte sind im Internet verfügbar und sollen Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenkassen über Qualitätsmerkmale der Kliniken informieren.

Zuverlässige Zahlen über die Häufigkeit von Behandlungsfehlern in Krankenhäusern liegen in Deutschland nicht vor. Allerdings gibt es in einer wachsenden Zahl von Kliniken interne freiwillige Meldesysteme, mit denen fehlerträchtige Situationen im Versorgungsalltag identifiziert und dadurch Behandlungsfehler im Vorfeld ihrer Entstehung vermieden werden können.

In den vergangenen Jahren hat sich in Politik und Öffentlichkeit der Eindruck durchgesetzt, dass den erheblichen Aufwendungen für das Gesundheitssystem insgesamt nicht die Leistung und Qualität gegenüberstehen, die erreichbar wären. Deshalb sind insbesondere in der Sozialgesetzgebung verschiedene Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer im Gesundheitswesen verankert worden.

Die Bemühungen um Qualitätssicherung sind dabei immer weniger nur auf einzelne Komponenten wie Ausbildungsstandards oder Geräteanforderungen gerichtet, sondern beziehen sich auf alle unmittelbar und mittelbar qualitätsrelevanten und -bestimmenden Faktoren. Neben den genannten strukturellen Voraussetzungen (Strukturqualität) geraten verstärkt auch die Qualität der Ablauforganisation und der Behandlungsprozesse (Prozessqualität) sowie die Güte der tatsächlich erzielten Ergebnisse (Ergebnisqualität) in den Blick [32, 33]. Erst durch das strukturierte Zusammenwirken aller Ansätze und Maßnahmen werden die Voraussetzungen für weitere Qualitätsverbesserungen geschaffen.

Qualitätsmanagement bemüht sich kontinuierlich und systematisch um eine stetige Qualitätsverbesserung aller drei relevanten Qualitätsbereiche. Grundprinzip des Qualitätsmanagements ist ein fortlaufend wiederkehrender Prozess. Dabei wird zunächst die Ausgangssituation analysiert und eine Verbesserungsstrategie entworfen ("Plan"), diese wird daraufhin umgesetzt ("Do") und schließlich nach angemessener Zeit hinterfragt ("Check") und weiterentwickelt ("Act"). Dieser so genannte PDCA-Zyklus soll gewährleisten, dass ein lernendes System entsteht.

Definition

Die Qualität der medizinischen Versorgung kann nicht als Ganzes gemessen werden. Daher werden in der Regel einzelne Qualitätsaspekte untersucht und ihre Ergebnisse gemeinsam beurteilt. Insbesondere unterscheidet man dabei zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Mit Strukturqualität ist die Beschaffenheit struktureller Bedingungen gemeint. Eine hohe Strukturqualität bedeutet, dass die richtigen Voraussetzungen vorhanden sind, um etwas regelgerecht und gut zu tun. Typische Maßnahmen zur Sicherung der Strukturqualität in der medizinischen Versorgung sind beispielsweise Ausbildungs- und Qualifikationsstandards sowie Mindestanforderungen an Krankenhäuser, Arzneimittel und Behandlungsmethoden. Solche Anforderungen können sich auf die Einrichtung und Organisation von Praxen und Kliniken, auf die apparative Ausstattung, die Weiterbildung der Mitarbeiter oder die Dokumentations- und Finanzierungssysteme beziehen. Die Prozessqualität bezieht sich auf das Funktionieren von Abläufen. Eine hohe Prozessqualität bedeutet, dass das Richtige rechtzeitig und gut getan wird. Im Gesundheitswesen geht es insbesondere um die Qualität von Behandlungs- und Pflegeprozessen. Eine hohe Prozessqualität setzt voraus, dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft und den Erfahrungen der ärztlichen Berufspraxis entsprechen. Typische Instrumente zur Sicherung der Prozessqualität sind fachliche Leitlinien. Von einer hohen Ergebnisqualität wird gesprochen, wenn ein erreichbares Behandlungsziel auch tatsächlich erreicht wird. Die Ergebnisqualität ist damit der wichtigste Beurteilungsmaßstab für eine medizinische Leistung. Sie bezieht sich auf den Gesundheitszustand, die Lebensqualität, das Befinden und Verhalten sowie die berufliche und soziale Reintegration nach Abschluss einer Therapie. Die medizinische Ergebnisqualität bemisst sich unter anderem an der Vermeidung von Behandlungsfehlern, Komplikationen, Wiederholungseingriffen, Schmerzen und vorzeitigen Todesfällen. Auch die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Interaktionen mit der Ärztin oder dem Arzt und dem medizinischen Personal sowie die Kosteneffektivität einer Therapie sind Aspekte der Ergebnisqualität.

Literatur

- 32 Donabedian A (1966) *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Memorial Fund Quarterly 44 (3): 166 to 206
- 33 Donabedian A (1986) *Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring*. Quality Review Bulletin 12 (3): 99 to 108