

4.3.3 Beispiele des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsversorgung

Qualitätsmanagement hat stetige Qualitätsverbesserung zum Ziel. Nach einer einfachen und gängigen Definition ist Qualitätsmanagement ein systematischer Weg sicherzustellen, dass Aktivitäten so stattfinden, wie sie geplant wurden [34]. Es geht darum, Qualitätsprobleme von Anfang an durch eine entsprechende Haltung der Beteiligten sowie geeignete Methoden zu vermeiden. Dies setzt eine Analyse sämtlicher Faktoren voraus, die sich auf die Qualität auswirken können.

Qualitätsmanagement braucht klar definierte Ziele. Diese Ziele sind für ein Krankenhaus anders zu formulieren als für eine Arztpraxis oder eine Krankengymnastische Einrichtung. Ob die jeweiligen Ziele tatsächlich erreicht werden, lässt sich durch den Nachweis konkreter qualitätssichernder Maßnahmen (beispielsweise Existenz und Einhalten eines Hygieneplans) oder durch das Messen von Qualitätsindikatoren belegen.

Qualitätsmanagement geht über die Sicherung der Qualität einzelner Prozesse hinaus und betrifft die Abläufe und Ergebnisse einer ganzen Organisationseinheit. Dadurch soll die Zufriedenheit aller Beteiligten verbessert werden. Im Vordergrund stehen hierbei die Patientinnen und Patienten, allerdings kommt auch der Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen eine hohe Bedeutung zu. Während Maßnahmen der Qualitätssicherung ein bestimmtes Qualitätsniveau festigen sollen, zielt Qualitätsmanagement vorausschauend auf eine stetige Qualitätsverbesserung.

Krankenhäuser unterliegen einem gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsvergleich. Abgesehen von frühen Bemühungen um Transparenz in der Krankenbehandlung, die beispielsweise in der Münchener Perinatalstudie von 1975 oder der Chirurgischen Qualitätssicherung von 1977 zum Tragen kamen, stehen Fragen der Qualitätstransparenz, des Qualitätswettbewerbs sowie die Managementperspektive erst seit den 1990er Jahren im Fokus der Qualitätsdiskussionen.

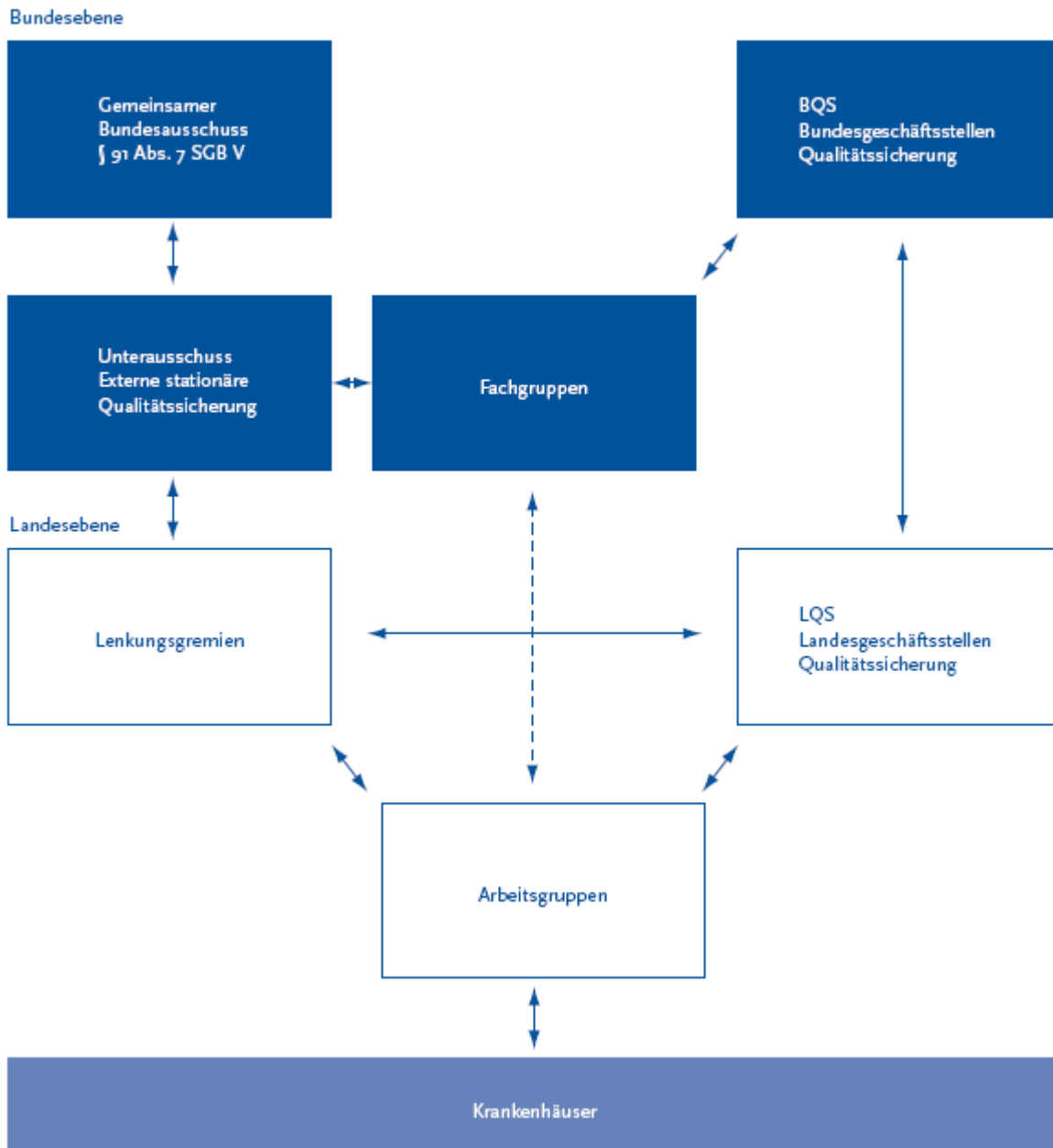
Von besonderer Bedeutung für die Sicherung der Qualität der stationären Versorgung war die Einführung der so genannten "Externen" Qualitätssicherung mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989. Seither sind die gemäß Fünften Teil des Sozialgesetzbuchs (§ 108 SGB V) zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen, die den Vergleich der Einrichtungen hinsichtlich bestimmter Kenngrößen ermöglichen und insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern (§ 135a SGB V). Dabei sollen die Qualität der Behandlung, die Versorgungsabläufe und die Behandlungsergebnisse dargestellt werden.

Als zentrales Beratungs- und Beschlussgremium für den Externen Qualitätsvergleich wurde im Jahr 2000 von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zusammen mit der Bundesärztekammer und dem Deutschen Pflegerat das Bundeskuratorium Qualitätssicherung geschaffen. Dieses beauftragte die damals neu gegründete Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), ab Anfang 2001 die inhaltliche Weiterentwicklung und organisatorische Umsetzung der Externen Qualitätssicherung zu leiten.

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung trat der Gemeinsame Bundesausschuss am 1. Januar 2004 an die Stelle des Bundeskuratoriums Qualitätssicherung. Damit liegt gemäß § 137 SGB V die Beschlusskompetenz für Maßnahmen der Qualitätssicherung für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Umsetzung vor Ort obliegt Lenkungsgruppen, Geschäftsstellen und Arbeitsgruppen auf Landesebene (siehe Abbildung 4.3.1).

Abbildung 4.3.1

Abbildung 4.3.1: Externe vergleichende Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 SGB V – Verfahrensebenen, beteiligte Gremien und Institutionen ab 2004



Für die bundesweite externe vergleichende Qualitätssicherung mussten die Krankenhäuser im Verfahrensjahr 2004 Daten zu einer Reihe von Leistungsbereichen erheben, die dann zentral ausgewertet wurden. Dazu zählten: Herzschrittmacher- Erstimplantationen; Aggregatwechsel bei Herzschrittmachern; gynäkologische Operationen; Leistungen der Geburtshilfe; Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen; Hüft-Endoprothesen- Wechsel; Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantationen; Knie-Totalendoprothesen-Wechsel; operative Eingriffe an der Brust; Herzkatheteruntersuchungen und -eingriffe (Koronarangiographie, PTCA); herzchirurgische Eingriffe; Herztransplantationen. Für die einzelnen Leistungsbereiche sind Qualitätsindikatoren wie Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität (darunter Komplikationen wie Infektionen oder Sterblichkeit) dokumentiert. Der Ergebnisbericht der

BQS ist über das Internet (www.bqs-online.de) öffentlich zugänglich, über die Ergebnisse der einzelnen Krankenhäuser verfügen nur die Krankenhäuser selbst.

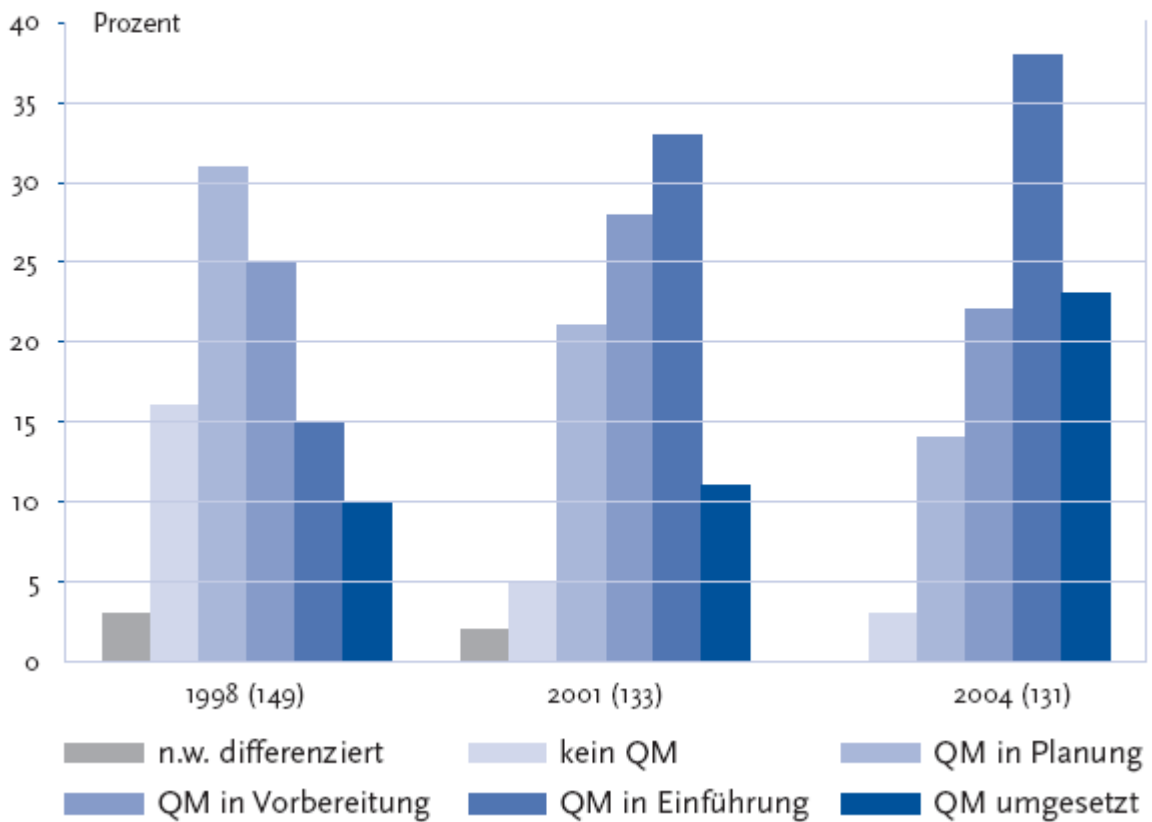
Darüber hinaus wurden auf Landesebene weitere Leistungsbereiche der Kliniken auf freiwilliger Basis einbezogen, beispielsweise Daten zur Anästhesiologie und Neonatologie, zu Kataraktoperationen, Prostataentfernungen oder zur Schlaganfallbehandlung.

Diese externen Qualitätsvergleiche dienen nicht nur dem Messen der Qualität, sondern auch dem Identifizieren von Verbesserungspotenzialen in den Krankenhäusern. So werden auffällige Abweichungen im Rahmen eines "Strukturierten Dialogs" zwischen Experten der Landesarbeitsgruppen für Qualitätssicherung und den betreffenden Kliniken diskutiert. Die Krankenhäuser sind gehalten, die Ergebnisse der Externen Vergleiche in ihr internes Qualitätsmanagement einzubringen.

Die Zahl der Kliniken mit eigenem Qualitätsmanagement steigt. Zwischen 1998 und 2004 hat sich der Anteil der Krankenhäuser, die ein internes Qualitätsmanagement einführen oder bereits umgesetzt haben, deutlich erhöht (siehe Abbildung 4.3.2). Im Jahr 2004 waren dies bereits 61% aller Krankenhäuser. 78% der Krankenhäuser führen regelmäßig Qualitätsverbesserungsprojekte durch, 71% haben hauptamtliche Qualitätsmanager und 27% ein Risikomanagement. Die überwiegende Mehrheit führt Patientenbefragungen durch. [35]

Abbildung 4.3.2 [35]

Abbildung 4.3.2: Entwicklung des Qualitätsmanagements (QM) in deutschen Akut-Krankenhäusern. Quelle: Blumenstock



Seit 2002 sind Krankenhäuser nach § 135a SGB V verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Eine zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen einschließlich des Bundesverbands der privaten Krankenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung von Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat geschlossene Vereinbarung zielt darauf ab, eine umfassende, auf ethische und humanitäre Werte hin orientierte Qualitätskultur in der stationären Versorgung zu etablieren. Dabei sollen einzelne Qualitätsmanagementelemente wie Patientenorientierung, Verantwortung und Führung, Wirtschaftlichkeit, Prozessorientierung, Mitarbeiterbeteiligung, Zielorientierung und Flexibilität sowie die Einleitung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses miteinander verknüpft werden (siehe auch Kapitel 4.3.4).

Die Qualität einer Reihe von Leistungen wird durch Leit- und Richtlinien der Bundesärztekammer gesichert.

Regelungen zur Qualitätssicherung sind auch in folgenden Vorschriften und Gesetzen enthalten: den gesetzlichen Rahmenvorschriften für die Herstellung, Zulassung und Überwachung von Arzneimitteln und Medizinprodukten; der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen; dem Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und dem Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens. Die Bundesärztekammer wird darin verpflichtet, die Qualitätssicherung in den genannten Bereichen durch Richtlinien zu konkretisieren. Zu den Richt- und Leitlinien der Bundesärztekammer gehören die Richtlinien zur Organtransplantation gemäß § 16 Abs. 1 Nr. 6 Transplantationsgesetz, zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen, zur Qualitätssicherung in der Immunhämatologie und in der Mikrobiologie und die Leitlinien zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik, zur Qualitätssicherung in der Computertomographie, zur Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen im Rahmen der Zervixkarzinomdiagnostik und zur Qualitätssicherung der Magnet-Resonanz-Tomographie.

Gesetze und Berufsordnungen sichern die Qualität in der ambulanten Versorgung. Neben den Anforderungen des Berufsrechts, das ambulant und stationär tätige Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen betrifft, definiert das System der gesetzlichen Krankenversicherung auch sozialrechtlich relevante Anforderungen. So unterliegen mehr als 30 Prozent aller Leistungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung einem so genannten Erlaubnisvorbehalt, das heißt, an den Leistungserbringer (beispielsweise den Arzt oder die Ärztin) werden weitergehende Qualitätsanforderungen gestellt. Zu diesen Anforderungen gehören kontinuierliche Fortbildungen und Rezertifizierungen oder auch die Erbringung einer jährlichen Mindestmenge an Leistungen. Bei bestimmten Leistungen wie der Kernspintomographie werden zudem Stichprobenprüfungen durchgeführt.

Inzwischen gibt es eine umfangreiche Reihe von bundesweiten Qualitätssicherungsvereinbarungen und Richtlinien, welche die Güte bestimmter ambulanter Versorgungsleistungen gewährleisten sollen (siehe Tabelle 4.3.1).

Tabelle 4.3.1

Tabelle 4.3.1: Beispiele bundesweiter Qualitätssicherungsvereinbarungen und Richtlinien in der gesetzlichen ambulanten Versorgung

Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	Herzschrittmacherkontrolle
	Arthroskopie
	Blutreinigungsverfahren
	Kardiologie
	Kernspintomographie
	Koloskopie
	Laboratoriumsuntersuchungen
	Langzeit-EKG
	Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
	Strahlendiagnostik und -therapie einschl. Mammographie
	Ultraschalldiagnostik
	Zytologische Untersuchungen
Qualitätsbeurteilungsrichtlinien nach § 92 SGB V	Qualitätsbeurteilungsrichtlinien Radiologie
	Qualitätsbeurteilungsrichtlinien Kernspintomographie
In Vorbereitung	Richtlinien zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Für die Umsetzung dieser Qualitätsmaßnahmen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig. Mit In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) im Jahr 2004 wurden sie verpflichtet, über ihre Arbeit jährliche Berichte zu veröffentlichen, und zudem aufgefordert, weitergehende Maßnahmen der Qualitätsförderung zu ergreifen.

Arztpraxen und psychotherapeutische Praxen sollen ein Qualitätsmanagement einführen. Wie die Krankenhäuser sind auch die Arztpraxen seit 2004 nach § 135 a SGB V gehalten, ein eigenes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Der gemeinsame Bundesausschuss hat im Herbst 2005 Richtlinien dazu erlassen, die die Grundelemente und Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements definieren und eine fünfjährige Aufbauphase vorsehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden den Aufbau unterstützend und bewertend begleiten. Eine besondere Zertifizierung der Praxen ist dabei nicht vorgesehen.

Qualitätszirkel dienen dem Lernen unter Kollegen. Qualitätszirkel, also formal organisierte Gruppen von Angehörigen einer Berufsgruppe, sollen die kontinuierliche und kritische Reflexion über die eigene Leistungsfähigkeit und die der Kollegen in einem strukturierten Prozess fördern und damit die Qualität der Patientenversorgung erhöhen [36]. Qualitätszirkel fußen auf dem Peer-Reviewing (Begutachtung durch Kollegen) und dem so genannten problemorientierten Lernen.

Im Jahr 1993 hatte die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstmals Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung verabschiedet. Darin wurde auch die Einführung methodisch standardisierter Qualitätszirkel als neuer, dem Prinzip der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung verpflichteter Ansatz angestrebt [37 bis 39]. Grundidee der Qualitätszirkel ist die Schaffung einer praxisnahen Lernkultur ohne Teilnahmepflicht und Sanktionen [40]. Bereits wenige Jahre nach ihrer Einführung zeigte sich, dass die im Ausland bereits erfolgreich eingesetzte Methode auch unter niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland großen Anklang findet. In vielen Fällen können Qualitätszirkel die Versorgungsqualität heben und gleichzeitig die Kosten senken [41].

Rentenversicherer und Krankenkassen prüfen die Qualität von Reha-Kliniken. Sowohl die Rehabilitationsträger als auch die zugelassenen Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sind nach dem Fünften, Neunten und Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V, SGB IX und SGB XI) zur Qualitätssicherung verpflichtet. Für die stationäre Rehabilitation gibt es derzeit zwei parallel laufende Verfahren: Das eine wurde 1994 von den gesetzlichen Rentenversicherern (GRV) für die stationäre Rehabilitation Erwachsener in Rehabilitationskliniken aufgelegt [42]. Alle 27 Rentenversicherungsträger sind dabei beteiligt. Koordiniert wird das Programm vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und der Landesversicherungsanstalt Westfalen. Das Programm bezieht jene Rehabilitationskliniken mit ein, die hauptsächlich von GRV-Kostenträgern belegt werden. Zudem ist eine Ausweitung auf den ambulanten Reha-Bereich und die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen geplant.

Das zweite Verfahren starteten die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als so genanntes QS-Reha-Verfahren vorrangig für jene Rehabilitationseinrichtungen, die im Verantwortungsbereich der GKV liegen. Während das Programm der gesetzlichen Rentenversicherer vor allem Strukturqualität erfasst, ist das GKV-Verfahren stärker ergebnisorientiert und bezieht die Patientenzufriedenheit ein. Die gesetzlichen Krankenkassen erstellten erstmals 2004 den Qualitätsbericht Rehabilitation [43]. Eine Vereinheitlichung beider Verfahren ist unterdessen beschlossen worden.

Ergänzend zu diesen Verfahren begutachten die Kostenträger per Zufallsstichprobe alle eineinhalb bis zwei (GRV) beziehungsweise alle drei Jahre (GKV) die Prozessqualität der Reha-Kliniken. Dies erfolgt anhand von 20 Entlassungsberichten pro Klinik, die den GRV-Trägern für alle Patienten zugehen beziehungsweise, im GKV-Bereich, eigens für die Begutachtung erstellt werden. Die GRV-Berichte wurden zwecks Vergleichbarkeit inzwischen standardisiert, die Prüfung erfolgt durch Fachkollegen anhand einer von Fachexperten zusammengestellten Checkliste [42].

Bei Prüfungen in Pflegeheimen fallen häufig Qualitätsmängel auf. Die Anbieter von Pflegeleistungen unterliegen den Qualitätsanforderungen des Sozialgesetzbuches (SGB XI), dem Heimgesetz sowie den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung. Von Bedeutung war zudem die Einführung einer bundeseinheitlichen Altenpflegeausbildung im Jahre 2003 durch das Altenpflegegesetz.

Vor Ort erfolgen Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), die Heimaufsichtsbehörden sowie einzelne Pflegekassen. Zwischen 1997 und 2002 prüfte allein der MDK rund 60 Prozent aller stationären Altenpflegeheime, bei 20 Prozent der überprüften Einrichtungen wurden aufgrund von Qualitätsmängeln Wiederholungsprüfungen angesetzt [44]. Die Heimaufsichtsbehörde hat in jedem Heim grundsätzlich einmal pro Jahr eine Prüfung vorzunehmen.

In Zukunft werden verstärkt übergreifende, kooperative Qualitätsmanagementsysteme notwendig sein, welche an den Schnittstellen zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung einerseits, zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Diensten und Leistungsanbietern andererseits ansetzen.

Literatur

- 34 Crosby P (1979) *Quality is Free*. McGraw-Hill Trade, New York
- 35 Blumenstock G, Streuf R, Selbmann H (2005) *Die Entwicklung des Qualitätsmanagements in deutschen Krankenhäusern zwischen 1998 und 2004*. **Gesundh ökon Qual manag 10 (3): 170 bis 177**
- 36 Grol R (1994) *Quality improvement by peer review in primary care: a practical guide*. *Quality in Health Care* 3: 147 to 152
- 37 Bahrs O GF, Szecsenyi J, Andres E (Hrsg) (2001) *Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für Arzt in Praxis und Klinik. 4. Auflage Köln*
- 38 Ferber L von, Alberti L, Krappweis J (1991) *Peer review groups concerned with the quality assessment of pharmacotherapy in primary health care*. In: Kochen M (Hrsg) *Rational Pharmacotherapy in General Practice* Berlin, S. 303 bis 311
- 39 North of England Study of Standards and Performance in General Practice Final Report. Volume III. *The effects of setting and implementing clinical standards*. **Health Care Research Unit**. (Hrsg), Newcastle upon Tyne
- 40 Ruprecht T (1993) *Helfen nützt mehr als Strafen*. (KV-Blatt Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin 12: 581 bis 583
- 41 Ferber L von, Bausch J, Schubert I et al. (1997) *Pharmakotherapie zirkel für Hausärzte - Fortbildung in Pharmakotherapie*. *Z ärztl Fortbild Qual sich* 91: 767 bis 772
- 42 Kawski S, Koch U (2004) *Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. Entwicklungstendenzen und Perspektiven*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 47 (2): 111 bis 117
- 43 Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Hrsg) (2005) *Qualitätsbericht Rehabilitation 2004 - Eine Dokumentation der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen* www.qs-reha.de
- 44 Nübling R, Schrempp C, Kress G et al. (2004) *Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Altenpflege*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 47 (2): 133 bis 140

Tabelle mit den Werten aus de Abbildung 4.3.2 [35]

Abbildung 4.3.2: Entwicklung des Qualitätsmanagements (QM) in deutschen Akut-Krankenhäusern.
Quelle: Blumenstock

Status	1998 (149)	2001 (133)	2004 (131)
nicht weiter differenziert	3	2	0
kein QM	16	5	3
QM in Planung	31	21	14
QM in Vorbereitung	25	28	22
QM in Einführung	15	33	38
QM umgesetzt	10	11	23