



# Verunsicherung total

Die Parallelwelt des  
Qualitätsmanagements

*Olaf Iseringhausen*

Die Sicherung von Qualität ist – neben dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit – zum gewichtigsten Credo im Gesundheitswesen geworden. Die Erwartungen an qualitätsverbessernde Verfahren sind hoch. Doch profitieren Patienten, Leistungserbringer, Kostenträger und der Staat überhaupt davon?

Die Anzahl von Verfahren, die die Qualität in der ambulanten und stationären Versorgung steigern sollen, ist inzwischen unübersichtlich groß. Kaum jemand kann überblicken, wer was unter Qualität versteht, mit welchem Ziel Qualität gemessen werden soll und wie sie verbessert werden kann. Die Entwicklung qualitätsverbessernder Verfahren im Gesundheitswesen ist zu einer von Experten verwalteten Branche geworden.

Auch wenn die ursprünglich in der Industrie entwickelten Qualitätssicherungskonzepte zur Vermeidung von Produktionsfehlern sowie zur Verbesserung von Produkten und Dienstleistungen im Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken sind: Vielfach kann man den Eindruck gewinnen, dass die Verpflichtung, Qualität zu dokumentieren, zu messen und zu verbessern, vor allem bürokratischen

Fantasien folgt, ohne dass ein Patientennutzen erkennbar würde.

Dabei lautete das ursprüngliche Ziel, PatientInnen vor unnötigen, fehlerhaften oder schlecht erbrachten Leistungen zu schützen.

## Wer Qualität bewertet

Historisch betrachtet lag die Bewertung einer Krankenbehandlung in der Definitionsmacht der ärztlichen Profession. ÄrztInnen beurteilten – gemessen an den medizinisch-professionellen Standeskriterien – die Güte einer medizinischen Intervention als „gut“ oder „schlecht“.

In den 1960er Jahren begannen jedoch Staat, Wissenschaft und Wirtschaft zunehmend Einfluss auf die Bestimmung von Qualitätsmaßstäben im Gesundheitswesen zu nehmen. Ausgangspunkt dafür war eine inflationäre Ausweitung medizinischer Leistungen bei gleichzeitiger Kostensteigerung.

1972 kam der britische Arzt und Epidemiologe Archibald Leman Cochrane in einer Forschungsarbeit zu dem Schluss, dass sich die Ausweitung von Kapazitäten und angebotenen Leistungen im Gesundheitswesen nicht primär durch den tatsächlichen Bedarf medizinischer Leistungen erklären lässt, sondern in der eigendynamischen Angebotsentwicklung des Gesundheitssystems zu suchen ist. Umso dringlicher wurde deshalb die Entwicklung wissenschaftlicher Verfahren zur Messung von Behandlungsergebnissen, was



Bild: Andre Rösler

zunächst in den USA und in Großbritannien erfolgte.

Auf die sogenannte Phase der professionellen Dominanz folgte so in den USA eine Zeit des „federal involvements“. Der Staat begann sich einzumischen, indem er versuchte, anhand epidemiologischer Studien die Wirkungen medizinischer Interventionen auf ihren Wert und ihren Bedarf hin zu beurteilen. Dem Staat kam damit eine neue Rolle in der Gestaltung und Regulierung des Gesundheitssystems zu.

### Manager bestimmen über Qualität

Die Phase dieser staatlichen Einflussnahme wurde schließlich durch eine Fo-

kussierung auf „managerial control and market mechanism“ abgelöst. Als Reaktion auf weiterhin steigende Kosten setzte der Staat zunehmend auf die Privatisierung öffentlicher Einrichtungen, auf eine erhöhte betriebswirtschaftliche Kontrolle und damit auf Regulierungsmechanismen des Marktes. Diese sollten mit Anreizen für PatientInnen und Anbieter dafür sorgen, die Ausgabensteigerung zu reduzieren.

Seit einiger Zeit gewinnen nicht nur in den USA Managementgesellschaften, insbesondere Rating- oder Zertifizierungsagenturen, Einfluss auf die Definition und Bewertung von guten oder schlechten Behandlungsleistungen im Gesundheitswesen. Parallel zu der Entwicklung in den USA lässt sich dies auch in Deutschland beobachten. Der Staat überlässt dabei die Definition von Qualitätsanforderungen den Krankenkassen und Leistungserbringern und überträgt ihnen zugleich die Aufgabe, die Einhaltung dieser Qualitätsanforderungen im System selbst zu kontrollieren.

Krankenkassen und Leistungserbringer verpflichten ihrerseits wiederum Dritte zur Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung nach bestimmten Qualitätsstandards. Es sind institutionell eigenständige, zum Beispiel vom Deutschen Akkreditierungsrat und der Trägergemeinschaft für Akkreditierung zugelassene Organisationen, Verbände, Aktiengesellschaften oder Stiftungen: BQS, KTQ®, EFQM, AGENS, DEGAM und viele andere mehr.

Solche Stellen übernehmen mit zum Teil sehr unterschiedlich gewichteten Verfahren die Überprüfung von Qualität im Gesundheitswesen und bieten

auch Methoden zur Qualitätsförderung an. Dabei wird gegenwärtig vor allem geprüft, ob verschiedene Verfahren – wie Qualitätsberichterstattung, Zertifizierung, internes Qualitätsmanagement et cetera – eingeführt sind oder nicht. Inhaltliche Kriterien werden kaum in den Blick genommen. Das heißt, es wird zum Beispiel geprüft, ob es in einer Einrichtung ein QM-Handbuch gibt, nicht aber, wie die Qualität der Behandlung ausfällt.

### Unterschiedliche Erwartungen

Bezüglich der Notwendigkeit qualitätsverbessernder Verfahren herrscht in der deutschen Diskussion noch weitgehend Übereinstimmung. Zu der Frage, an welchen Zielen Qualität gemessen und bewertet werden sollte, liegen die Einstellungen aber schon weit auseinander.

So geht es dem Staat sowie den gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherern zunächst darum, ihren BürgerInnen bzw. Versicherten grundsätzlich ein bestimmtes Qualitätsniveau zu gewährleisten. Dabei stehen Ansprüche auf eine gerechte Versorgung, die Vermeidung von überflüssigen und fehlerhaften Behandlungen sowie eine Kostenreduktion im Vordergrund.

BürgerInnen, Versicherte und PatientInnen erwarten ihrerseits ein durchgängig hohes Qualitätsniveau der gesundheitlichen Versorgung. Sie erheben aus einer sich zunehmend entwickelnden Verbraucherrolle den Anspruch, Informationen über gute und weniger gute Behandlungsverfahren sowie zur Qualität von Leistungserbringern zu erhalten.

Die Leistungserbringer wiederum versprechen sich von qualitätsverbessernden



Immer offen!

www.station24.de

Station24.

PRAXIS WISSEN PFLEGE

Ein Service von  
DIE SCHWESTER  
DER PFLEGER

Das Online-Portal  
für die Pflege!

Verfahren Orientierungshilfen, wie Qualität am besten erbracht werden kann.

### Qualität als relative Größe

Die Bewertung von Dienstleistungen hat mit sozialen Werten zu tun, die sich von Situation zu Situation, von Gruppe zu Gruppe, von Region zu Region oder von Generation zu Generation sehr unterscheiden können. So verstanden lässt sich der Qualitätsbegriff nicht im Sinne einer eindeutig interpretierbaren Kennziffer oder einer objektiven Zustandsbeschreibung definieren, sondern muss als eine relative Größe aufgefasst werden, die je nach Bewertungsmaßstab oder besser je nach Interessengruppe jeweils andere Ausprägungen annehmen kann.

Die Schwierigkeiten, Qualität rational wissenschaftlich zu definieren, haben die Entwicklung qualitätsverbessernder Verfahren jedoch nicht behindert. Mittlerweile gibt es kaum noch Organisationen der Krankenbehandlung, die nicht schon einmal mit einem Verfahren oder einem Programm zur Qualitätsverbesserung konfrontiert worden wären.

### Wer kontrolliert die Qualitätssicherer?

Gleichzeitig mehren sich in der deutschsprachigen Literatur begründete Zweifel daran, ob sich die Hoffnung auf eine bessere Qualität der Versorgung erfüllen wird, die mit der gesetzlichen Verpflichtung zur Qualitätsverbesserung verknüpft war. Bezweifelt wird beispielsweise, ob die Dokumentation von Leistungen zwangsläufig zur Verbesserung der Behandlung führt oder ob die Existenz eines QM-Handbuchs eine bessere Diagnostik und Therapie zur Folge hat.

Man befasst sich nun verstärkt mit der Qualität der Verfahren selbst. „Wer kontrolliert eigentlich die mentale Qualität der Qualitätssicherer?“, fragte denn auch das *Deutsche Ärzteblatt* vom 9. August 2011 in einem Kommentar zur Auswertung von stationären Qualitätssicherungsdaten. Damit verbunden ist die Frage, welchen Nutzen qualitätssichernde Maßnahmen für BürgerInnen, Versicherte und PatientInnen haben und wie sinnvoll und nutzbringend sie etwa für Krankenhäuser sind, sodass Versorgungsleistungen tatsächlich verbessert werden.

Konzepte und Verfahren der Qualitätsverbesserung haben inzwischen ei-

nen derartigen Komplexitätsgrad erreicht, dass sie ihrerseits zu Unsicherheit und Intransparenz im System beitragen. Das aktuelle Klagegeld der Praxis betrifft das gleichzeitige Nebeneinander von Leitlinien, Berichterstattung, Zertifizierung, „Best Practice Ranking“ usw.

Dieses Nebeneinander macht es nicht nur den PatientInnen nahezu unmöglich, noch nachzuvollziehen, welche Art von Qualität erhoben, an welchen Kriterien sie gemessen und mit welchem Ziel sie gefördert werden soll. Auch aus der Perspektive derjenigen, welche die Qualität erbringen sollen, insbesondere der im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen, ist angesichts der Vielfalt der qualitätsfördernden Ansätze deren Sinnhaftigkeit immer weniger ersichtlich. Untersuchungen zu diesem Thema gelangen zu drastischen Aussagen: Verunsicherung total, zu viele Konzepte, Verfahren und kaum Transparenz.

Zertifizierungen sind zum reinen Werbemittel geworden: Ob das Gütesiegel „Geprüfte Qualität nach DIN ISO“ einer Klinik gleichzeitig bedeutet, dass Komplikationsraten verringert oder Wiederanweisungsraten gesenkt werden konnten, ist wissenschaftlich nämlich nicht belegt. Zudem sind Qualitäts- und Leistungsberichte von Krankenhäusern oft nur noch Stoff für Experten, das heißt so komplex, dass sie kaum jemand versteht.

Der Präsident der Bundesärztekammer Frank Ulrich Montgomery äußert sich ebenfalls kritisch und fordert: „Statt Programm-Medizin: mehr Vertrauen in die ärztliche Urteilskraft“. Hinter seinen Worten verbirgt sich auch die Furcht vor einer schleichenden Entprofessionalisierung des ärztlichen Berufes.

### Die Probleme mit Noten

Kritik an Qualitätssicherungskonzepten wird aber auch von anderen Professionen geübt, wie die Diskussion um die sogenannten Pflegenoten zeigt. Diese sollen die Qualität von Altenpflegeeinrichtungen vergleichbar machen.

Die Dokumentation, so die Kritik von VertreterInnen aus der Pflege, wird dabei höher gewichtet als eine gute Versorgung. Sarkastisch auf den Punkt gebracht bedeutet das, dass eine gut dokumentierte Vergabe der falschen Medikamente besser bewertet wird als die schlecht dokumentierte Vergabe der richtigen Medikamente.

### Disease Management Programme

Ähnlich kritisch werden Chroniker-Programme (Disease Management Programme, DMP) betrachtet. Diese wurden zuerst in den 1980er Jahren in den USA von Pharmaunternehmen in Zusammenarbeit mit Managed Care-Organisationen entwickelt, mit dem Ziel, für Pharma-Produkte den Marktzugang zu erleichtern. Zuletzt vermerkte der Pharmazeut und Gesundheitsexperte Gerd Glaeske, dass sich Patientennutzen und Effizienz von DMP nicht zweifelsfrei belegen lassen.

Untersuchungen aus dem englischsprachigen Raum bestätigen seine Aussage vor allem im Hinblick auf die Leistungserbringer: Demnach gibt es kaum Belege dafür, dass bei DMP die Versprechen einer verbesserten operativen und finanziellen Performance erfüllt werden sowie dass sich Qualität und Wettbewerbsfähigkeit insgesamt verbessern. Qualitätsmanagement wird aus dieser Forschungsperspektive als Maßnahme verstanden, das Überleben von Organisationen sicherzustellen.

### Kennziffern entscheidend

Auch der englische Ökonom Michael Power bezweifelt, dass die Versorgungsqualität durch qualitätsfördernde Verfahren real besser wird. Im Zusammenhang mit der Überprüfung, Messung und Förderung von Qualität im Bereich des Gesundheitswesens nimmt er an, dass der Fokus eher auf Kennziffern des Qualitätsmanagements liegt als auf dem tatsächlichen bzw. substanziellen Operieren der Einrichtungen und der darin handelnden Akteure. Kennziffern beziehen sich häufig auf die Geräte-Ausstattung, die Anzahl von Patienten, die Zahl abgehaltener Teamsitzungen, fallbezogener Konferenzen et cetera.

Das bedeutet, dass sich Formen der Überprüfung und Förderung von Qualität – entweder seitens des Staates oder seitens privater Einkäufer von Gesundheitsdienstleistungen – lediglich auf eine „Kontrolle der Kontrolle“ verlassen. Im Rahmen der Überprüfung werden nur noch die vom Managementsystem dargestellten „Symbole der Compliance“ kontrolliert, das heißt, ob zum Beispiel eine Zufriedenheitsbefragung durchgeführt worden ist, ob eine Klinik über

ein Leitbild verfügt oder ob Qualitätsberichte vorliegen.

Die Idee und Hoffnung, die dieser Form der Kontrolle und Qualitätssicherung zugrunde liegen, sind somit kaum an das reale Handlungsgeschehen gekoppelt. Es ist zu befürchten, dass sich dieser Prozess zu einem teuren und wirkungslosen Ritual verselbstständigt, ohne dass sich Diagnostik, Therapie und Pflege verbessern.

### Legitimation von Leistungen

Mit der Etablierung von Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen geriet ein vormals unbewegliches und vorwiegend durch die medizinische Profession kontrolliertes Feld essenziell in Bewegung. Es fand zunächst eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen von PatientInnen statt; die Angemessenheit sowie der Nutzen von Versorgungsleistungen sollte auf eine wissenschaftlich fundierte Basis gestellt werden. Darüber hinaus entwickelte sich eine interdisziplinäre Forschung, die unter Berücksichtigung internationaler Innovationen auf Qualitätsverbesserung abzielt.

Dennoch erscheinen viele Errungenschaften auf dem Gebiet der Qualitätsforschung und -entwicklung fraglich. Die Vermutung liegt nahe, dass mit der Einführung qualitätsverbessernder Verfahren in erster Linie eine Legitimation von Leistungen verfolgt wird und diese Legitimation nicht wesentlich zur Veränderung des real stattfindenden Behandlungsgeschehens beiträgt.

Zudem ist zu vermuten, dass die Ursachen der unterstellten Diskrepanz zwischen den Ansprüchen des Qualitätsmanagements und der realen Versorgungswirklichkeit nicht in der unzureichenden Umsetzung der Verbesserungsverfahren gesucht werden müssen. Vielmehr ist dafür die irrige Vorstellung verantwortlich, dass in Qualitätsmanagement Programmen Qualität im Sinne aller Interessengruppen – also der PatientInnen, der Leistungserbringer, der Kostenträger und des Staates – gleichermaßen berücksichtigt werden kann.

### Patientennutzen als Maßstab

Die Einführung qualitätsverbessernder Verfahren war also gut gemeint, der

Nachweis, dass sie die Versorgungsqualität auch realiter steigern, steht aber noch aus.

Im Augenblick profitieren von qualitätsverbessernden Verfahren in erster Linie Beratungs- und Zertifizierungsgesellschaften. Sinnvoll wäre es deshalb, die Qualitätsmanagement Programme konsequent am Nutzen aus PatientInnen-sicht weiterzuentwickeln. ■

### Wie fängt für Sie ein guter Morgen an?

„Mit einer guten Idee und denen, die ich schon morgens dafür begeistern kann.“

### Dr. Olaf Iseringhausen



geb. 1969, ist Projektmanager im Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe (ZIG-OWL).  
 iseringhausen@zig-owl.de



NEU

Holger Pfaff, Edmund A.M. Neugebauer, Gerd Glaeske, Matthias Schrappe (Hrsg.)

### Lehrbuch Versorgungsforschung

Systematik – Methodik – Anwendung

Der unverzichtbare Wegweiser zur Optimierung der Gesundheitsversorgung

- **Umfassend:** Systematischer Überblick über Methoden und Möglichkeiten der Versorgungsforschung
- **Kompetent:** Namhaftes interdisziplinäres Autorenteam
- **Anwendungsbezogen:** Beispiele für die Umsetzung in ausgewählten klinischen Fachgebieten

Mit Geleitworten von Peter C. Scriba, Bernhard Badura und Heiner Raspe

2011. 462 Seiten, 19 Abb., 19 Tab., geb.  
 € 79,- (D) / € 81,30 (A) • ISBN 978-3-7945-2797-7



NEU

Christian Günster, Joachim Klose, Norbert Schmacke (Hrsg.)

### Versorgungs-Report 2012

Schwerpunkt: Gesundheit im Alter

Bezahlbare Gesundheitsversorgung: die Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen

- **Schwerpunktthema „Gesundheit im Alter“:** Von hoher Brisanz für die Gesundheitsversorgung
- **Statistikteil:** Nützliche und exklusive Daten in sektorübergreifender Perspektive
- **Diskussionsblock:** Aktuelle Beiträge außerhalb des Schwerpunktthemas
- **Internetportal:** Umfangreiche Materialien auf [www.versorgungs-report-online.de](http://www.versorgungs-report-online.de) zum Herunterladen

2012. Ca. 480 Seiten, ca. 65 Abb., ca. 80 Tab., kart., mit Online-Zugang  
 Ca. € 44,95 (D) / € 46,30 (A) • ISBN 978-3-7945-2850-9



NEU

Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem (Hrsg.)

### Krankenhaus-Report 2012

Schwerpunkt: Regionalität

Aktuell, fundiert, umfassend: das Standardwerk für den Krankenhausbereich

- **Schwerpunktthema „Regionalität“:** Besonders aktuell und von hoher Bedeutung für die stationäre Versorgung
- **Krankenhausstatistik:** Verlässliche Grund-, Kosten- und Diagnosedaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamts
- **Krankenhauspolitische Chronik:** Erläutert alle wichtigen politischen Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft (Aug. 2010 – Juli 2011)

2012. Ca. 512 Seiten, ca. 80 Abb., ca. 55 Tab., kart., mit Online-Zugang  
 Ca. € 54,95 (D) / € 56,50 (A) • ISBN 978-3-7945-2849-3