

## **„Weiterentwicklung der Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“**

### **Eine Vision für das Jahr 2011**

Die 72. Gesundheitsministerkonferenz hat 1999 „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ verabschiedet, die im Konsens mit den wesentlichen Beteiligten im Gesundheitswesen entwickelt wurde. Mit der Qualitätsstrategie wurden für einen Zeithorizont von ca. 5 Jahren die Erwartungen der Gesundheitsministerkonferenz und der Beteiligten in Form von Qualitätszielen formuliert. Sowohl in der praktizierenden Medizin und Pflege und in der Wissenschaft als auch in der Politik und Administration erlangte dieser Beschluss der GMK in vielen Bereichen normsetzenden Charakter für die Qualitätsentwicklung. Überraschend viele der 1999 formulierten zukunftsgerichteten Einzelziele konnten zwischenzeitlich zum Teil oder weitgehend realisiert werden.

Die GMK hat deshalb den Auftrag zu einer Fortschreibung erteilt. Diese wurde in einer Arbeitsgruppe der Länder Bremen (federführend), Berlin, Hamburg und Rheinland-Pfalz (zeitweise) unter Beteiligung des BMGs, des gemeinsamen Bundesausschusses sowie des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt und mit Vertreterinnen und Vertretern der wesentlichen Beteiligten des Gesundheitswesens<sup>1</sup> abgestimmt.

Die neu formulierten Ziele verstehen sich als ein Leitbild für eine zukünftige Qualitätsstrategie bis zum Jahre 2011. Das Leitbild basiert zwar auf einer Bewertung des Ist-Standes, formuliert aber eine Vision, ohne dabei die Zwischenschritte und Imponderabilien zu berücksichtigen. Es gibt damit die Richtung und die Erwartungen der beteiligten Institutionen und Personen für die Weiterentwicklung einer Qualitätsstrategie wieder.

Selbstverständlich ist eine solche Zielsetzung nicht losgelöst von den gegebenen oder sich entwickelnden Rahmenbedingungen zu betrachten. Ein so verändertes qualitätsorientiertes Gesundheitswesen wird von gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen ebenso bestimmt, wie von humanitären und solidarischen Prinzipien im Kontext der öffentlichen Verpflichtung zur Daseinsvorsorge.

Auf diesen Hintergrund war es allen Beteiligten einvernehmlich möglich, ein Leitbild für ein qualitätsgesteuertes Gesundheitswesen zu entwickeln.

---

<sup>1</sup> Herr Dr. J. Bruns  
Herr Dr. S. Etgeton  
Herr Dr. B. Gibis  
Herr Dr. R. Hess  
Frau Dr. H. Kastenholz  
Frau Dr. H. Kirchner  
Frau Dr. R. Klackow-Franck  
Frau L. Müller  
Frau Dr. B. Pietsch  
Frau Dr. D. Schierhorn  
Herr Prof. Dr. H-K. Selbmann  
Frau Dr. B. Sens  
Herr Dr. M. Walger  
Herr Dr. P. von Wichert

VdAK-AEV Bundesverband  
Verbraucherzentrale Bundesverband  
Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Gemeinsamer Bundesausschuss  
Bundesministerium für Gesundheit  
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen  
Bundesärztekammer  
Deutscher Pflegerat  
Gemeinsamer Bundesausschuss  
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände / Bundesapothekerkammer  
Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen  
Ärztekammer Niedersachsen  
Deutsche Krankenhausgesellschaft  
Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften

## **I: Übergeordnete Ziele für eine Qualitätsorientierung im deutschen Gesundheitswesen**

1. Qualität wird zum Leit- und Steuerungskriterium des deutschen Gesundheitswesens.
2. Die Beurteilung der Leistungen in der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege erfolgt anhand der Qualität der Ergebnisse.
3. Die Ergebnisqualität wird in vielen Bereichen über die Allokation von Ressourcen und die Finanzierung von Leistungen entscheiden.
4. Ziel des Gesundheitssystems ist dabei der patientenrelevante Nutzen (objektive und subjektive Gesundheit) und dessen Optimierung. Das Gesundheitswesen hat sich ausschließlich daran zu orientieren. Qualitätsorientierung wird insbesondere durch Qualitätsmanagement der bestimmende Faktor der Gesundheitsversorgung.

*Eine so verstandene Qualitätsorientierung bestimmt in der Zukunft das Gesundheitswesen. Sie ist als Weiterentwicklung der traditionellen Organisations-Modelle und Qualitäts-Konzepte zu verstehen. Qualitätsorientierung und Qualitätsmanagement werden Taktgeber für das Gesundheitswesen.*

5. Qualitätsmanagement wird den kontinuierlichen Verbesserungsprozess des deutschen Gesundheitswesens bestimmen.

*Die kontinuierliche Verbesserung des Gesundheitswesens, also die Notwendigkeit zur Umsteuerung und Nachadjustierung der Ziele ist die Konsequenz aus einem solchen Qualitätsmanagementansatz, der ebenso wie bei dem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement auf dem Paradigma des PDCA-Zyklus basiert. Der Veränderungsbedarf des Gesundheitswesens wird insofern vorrangig aus den Erkenntnissen des neuen Qualitätsmanagementansatzes abgeleitet und basiert auf einer strukturierten Erfassung des „Ist-Zustandes“ (sektorenübergreifende Datenerfassung bzw. Datenauswertung).*

## **II: Gestaltung eines neuen Qualitätsmanagementansatzes im deutschen Gesundheitswesen**

6. Qualitätsmanagement wird sektoren- und berufsgruppenübergreifend organisiert. Das Qualitätsmanagement orientiert sich am Krankheitsverlauf.

*Der künftige Qualitätsmanagementansatz kann nicht auf bestimmten Segmenten des Gesundheitswesens oder Professionen basieren, sondern muss sektoren- und berufsgruppenübergreifend gestaltet werden. Die Beurteilung der medizinischen Leistung erfolgt „longitudinal“ entsprechend dem Krankheitsverlauf der Patienten und berücksichtigt patientenbezogen auch langfristige gesundheitliche Entwicklungen in Form von Spätergebnissen. Dabei sind in jeder Phase des Prozesses die Sichtweisen der Patientinnen und Patienten ein-*

*zubeziehen und ihre Interessen zu berücksichtigen. Deren informationelles Selbstbestimmungsrecht wird beachtet.*

7. Die berufsgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist über alle Bereiche des Gesundheitswesens hinweg deutlich verbessert.

*Die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ist in allen Sektoren ( u.a. auch im ambulanten Bereich) und besonders sektorenübergreifend durchgehend vom Gedanken der partnerschaftlichen Ausrichtung am Patientenwohl bestimmt. Die Abstimmung untereinander und das Zusammenspiel sind im Sinne einer qualitätsorientierten Steuerung zu optimieren.*

*Dabei ist nicht auszuschließen, dass in diese neue Kultur der Kooperation zwischenzeitlich sich verändernde oder neue Berufsbilder zu integrieren sind.*

8. Qualitätsmanagement ist in der ambulanten Versorgung ebenso wie in den Sektoren des Gesundheitswesens flächendeckend eingeführt.

*Ein Nachholbedarf in der Entwicklung von und im Selbstverständnis für Qualitätsmanagement im ambulanten ärztlichen Bereich ist erkannt und führt ebenso wie in den anderen Sektoren zu einer flächendeckenden Nutzung von Qualitätsmanagement.*

9. Für die verschiedenen Versorgungsbereiche werden komplementäre QM-Systeme entwickelt.

*Die systematische Einführung von an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtetem internem Qualitätsmanagement ist zukünftig in allen Einrichtungen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege, notwendig.*

### **III: Einstellungen und Instrumente**

10. Die Lern- und Veränderungsbereitschaft der Akteure des Gesundheitswesens ist Voraussetzung für ein erfolgreiches QM.

*Qualitätsmanagementansätze werden nur dann die an sie gestellten Erwartungen erfüllen, wenn alle Beteiligten die Bereitschaft zum eigenen Lernen, zur Offenheit gegenüber den eigenen und institutionellen Stärken und Schwächen und zur Veränderungsbereitschaft besitzen.*

11. Die berufsbegleitende Fortbildung wird von der dauerhaften Kompetenzerhaltung und -steigerung abgelöst.

*Damit verbunden ist die Bereitschaft, die persönliche Kompetenz kontinuierlich weiterzuentwickeln (CPD – continuous professional development) anstatt nur Wissen anzuhäufen (CME - continuous medical education).*

12. Es sind sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren entwickelt und erfasst. Benchmarking-Systeme sind eingeführt.

*Sektorenübergreifende Qualität und Qualitätsverbesserungen sind mit Qualitätsindikatoren messbar zu machen, Qualität beruht auf der Vergleichbarkeit von Qualitäten. Die Kultur zum offenen Vergleich und die Orientierung des Handels am Besseren – das klassische Benchmarking - ist weiter zu entwickeln. Die statistisch-methodischen Grundlagen der Qualitätsmessung und Qualitätsvergleiche sind im Kontext der einrichtungsübergreifenden (extern vergleichenden) Qualitätssicherungs-Verfahren schon weit fortgeschritten und können dort entnommen werden. Weiter zu entwickeln sind Strategien, wie Qualitätsverbesserungen nachweislich erreicht werden können.*

13. Benchmarking erfolgt freiwillig in themenbezogenen, persönlichen Verbänden oder verbindlich organisationsbezogen und einrichtungsübergreifend. Beim Vergleich von Einrichtungen erfolgt eine Risikoadjustierung.

14. Eine Fehlerkultur ist eingeführt.

*Institutionell hat diese offene Qualitätsdarlegung hierarchieübergreifend zu wirken. Darüber hinaus muss die Bereitschaft der Organisation aus Fehlern zu lernen ebenfalls selbstverständlicher Bestandteil der Qualitätskultur sein (z.B. durch Einführung von Fehlerpräventionssystemen /Risk-Management oder durch die Renaissance des Obduktionswesens).*

15. Qualitätsindikatoren bilden klinische Ergebnisse, den objektiven und subjektiven Patientennutzen und die Prozessqualität ab und setzen sie ins Verhältnis zu dem Ressourcenverbrauch.

*Benchmarking basiert auf Indikatoren. Objektive und subjektive gesundheitliche Ergebnisse für den Patienten sind von verschiedenen Einflussfaktoren abhängig, die bei der Indikatoren-Definition zu berücksichtigen sind. Darüber hinaus bilden Indikatoren nicht nur medizinische und pflegerische Leistungen ab, sondern sollen im Sinne der Ergebnisorientierung auch organisatorische, interpersonelle (kommunikative) sowie ökonomische Aspekte berücksichtigen.*

16. Es ist eine „Qualitätsindikatoren-Bibliothek“ eingerichtet.<sup>2</sup>

*Qualitäts-Indikatoren müssen nicht immer neu entwickelt werden. Es soll eine „Bibliothek des Erprobten“ eingerichtet werden, in die evidenzbasierte und validierte Indikatoren eingestellt werden. Diese sollen in einer zentralen Organisation gesammelt und systematisch evaluiert werden.*

17. Es sind sektorenübergreifende Behandlungspfade entwickelt.

*Durch Indikatoren wird u.a. auch die Orientierung an Behandlungspfaden bewertbar, die es entsprechend sektorenübergreifend und ergebnisorientiert neu bzw. weiter zu entwickeln und zu implementieren gilt.*

---

<sup>2</sup> Vergleiche: National Quality Measures Clearinghouse, <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/> (Letzter Zugriff: 16. Januar 2006)

18. Evidenzbasierte medizinische Leitlinien und Pflegestandards berücksichtigen die Anforderungen eines übergreifenden QM-Systems.

*Behandlungspfade basieren neben organisatorischen, administrativen und koordinierenden Angaben insbesondere auf evidenzbasierten medizinischen Leitlinien und Pflegestandards. Die bisher schon bestehenden Verfahren zur Entwicklung und Bewertung von Leitlinien sollen beibehalten und – unter besonderer Berücksichtigung sektorenübergreifender Aspekte - weiterentwickelt werden.*

19. Der Nutzen und die Wirksamkeit von gesundheitlichen Leistungen ist durch empirische Nachweise (Evidenz) zu belegen. Leistungen, die nicht wirksam sind, werden nicht erbracht.

#### **IV: Transparenz**

20. Transparenz unterstützt den Patienten in seiner Souveränität, seiner Sicherheit und fördert den Wettbewerb im Gesundheitswesen.

*Ein auf Qualitätsvergleichen beruhendes Gesundheitssystem trägt dazu bei, die Patientenversorgung zu optimieren, beinhaltet aber auch den Anspruch, geeignete Informationen für die Entscheidungsfindung der Patienten zur Verfügung zu stellen. Transparenz nach innen eröffnet den Wunsch nach Transparenz nach außen und unterstützt die Patientenkompetenz und die Patientensicherheit. Dies ist anzuerkennen, da Qualität in einem solidarischen Gesundheitswesen das wesentliche, ethisch zulässige wettbewerbliche Kriterium für die Entscheidung der Patienten ist, welchen Leistungserbringer er aufsuchen wird.*

21. Die Qualität der Gesundheitsversorgung wird ergebnis- und patientenorientiert dargestellt.

*Die patientengerechte, ergebnisorientierte Darstellung der Qualität über verständliche Indikatoren fördert von daher die Patientenorientierung des Gesundheitswesens ebenso wie es das Vertrauen den Patienten bzw. der Patientin zum ausgewählten Leistungserbringer unterstützt.*

#### **V: Datenmanagement**

22. Steuerung im Gesundheitswesen wird auf der Basis von Informationen erfolgen, die die (Ergebnis-) Qualität darstellen.

*Wenn das Gesundheitswesen sich an der (Ergebnis-) Qualität messen lassen soll, bedarf es sowohl für die entsprechende ergebnisorientierte Leistungsvergütung, für die Steuerung des Gesundheitswesens durch entsprechende Statistiken als auch für Investitionsentscheidungen etc. Informationen (Daten, Fakten), die die erreichten Qualitäten widerspiegeln. Insofern sind die erhobenen Daten aus dem Gesundheitswesen auf diese Anforderung hin zu überprüfen und ggf. neu zu bestimmen.*

23. Alle Daten sind so zu strukturieren, dass sie für das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung nutzbar sind.

*Informationserhebungen zu Zwecken einrichtungsübergreifender Qualitätsvergleiche sind bekanntermaßen sehr ressourcenintensiv. Von daher sollen neue Datenerhebungen für Qualitätsmanagement oder Qualitätssicherung nicht gefordert werden, solange nutzbare Daten vorhanden sind. Bis zu einer Reorganisation des Datenmanagements sollten routinemäßig erhobene Daten vorrangig als Grundlage für die Qualitätsmessung herangezogen werden. Ein Mehr an Daten entspricht nicht dem Wunsch nach Reduzierung der administrativen Tätigkeiten in der gesundheitlichen Versorgung.*

24. Die dem Datenmanagement zugrunde liegenden Strukturen werden einheitlich und zentral koordiniert.

*Die Entwicklung eines solchen reorganisierten Datensystems entsteht nicht aus sich heraus, sondern bedarf einer einheitlichen und zentralen Koordination.*

## **VI: Forschung**

25. Qualitätsforschung braucht ein wissenschaftliches Fundament.

*Die Forschungslandschaft in Deutschland (und schon seit geraumer Zeit international) nimmt sich zunehmend der Themen Qualität und Qualitätsmanagement an. Beispiele sind universitäre HTA- Einheiten, Leitlinienproduzenten oder die sich zunehmend etablierende Versorgungsforschung. Ein das Gesundheitswesen steuerndes Qualitätsmanagement bedarf einer solchen wissenschaftlichen Grundlage. Forschungsvorhaben zu Themen der Qualitätsorientierung und –verbesserung sind daher vordringlich zu fordern und zu fördern.*

26. Qualitätsmanagementsysteme werden evaluiert.

*Ein umfassendes Qualitätsmanagement als Steuerungsgröße des Gesundheitswesens erfordert eine kontinuierliche Evaluation und Überprüfung. So zeigt die Vielfältigkeit der Zertifizierungssysteme im heutigen Gesundheitsmarkt, dass eine fundierte Bewertung geboten erscheint, um nicht falsche Systementscheidungen mit gravierenden finanziellen und demotivierenden Folgen zu treffen (Qualitätsmanagement des Qualitätsmanagements).*

27. Die Methoden, Konzepte und Instrumente des QM benötigen eine wissenschaftliche Grundlage.

*Der Anspruch, ein sektoren- und berufsübergreifendes Qualitätsmanagementsystem zu etablieren macht es notwendig, bei der Entwicklung von Methoden, Konzepten und Instrumenten ein einheitliches Konzept und damit Verlässlichkeit zu garantieren. Dies bedarf ebenfalls eines wissenschaftlichen Fundaments.*

28. Das Qualitätsverständnis der Gesundheitsprofessionen (z.B. von Ärzten, Pflegekräften) und der Bevölkerung wird genauer untersucht.

*Die geforderte Ergebnisorientierung des medizinischen Leistungsgeschehens kann sich nicht allein am ärztlich/ pflegerischen Selbstverständnis von „guter“ und „schlechter“ Qualität orientieren, sondern muss vorrangig die Patientensperspektive berücksichtigen. Das subjektive Gesundheitsgefühl des jeweiligen Patienten mag entscheidender für die persönliche und damit letztendlich handlungsleitende Bewertung des Ergebnisses sein als objektiv nachweisbare medizinische und pflegerische Erfolge. Hier eröffnet sich für die Einschätzung von Gesundheitsleistungen ein wichtiges Forschungsfeld in Bezug auf das Verständnis und die Bewertung von Qualität einerseits bei den Gesundheitsprofessionen und andererseits in der Bevölkerung bzw. in krankheitsspezifischen Patientenkollektiven.*