

4 Qualität in den Dimensionen Medizin, Service und Wirtschaftlichkeit

Hans-Peter Busch

Sätze, die sowohl bei **Patienten, Leistungsanbietern**, aber auch bei **Gesundheitspolitikern** Wohlbefinden auslösen, sind:

- **Der Patient hat ein Recht auf hohe Qualität der Leistungen.** (Im Mittelpunkt steht die Gesundheit des Patienten)
- **Steuerungsparameter im Gesundheitssystem soll Qualität, nicht nur Quantität der Leistungen sein.** (Qualität vor Quantität)
- **Gute (bessere) Qualität muss sich lohnen.** (Höhere Erlöse für höhere Qualität)

Gleiches gilt auch für die Forderung von Versicherten und Gesundheitspolitikern:

- **Versicherungsbeiträge, Eigenleistungen und Steuerlasten dürfen nicht steigen.** (Die Belastungsgrenze ist erreicht.)

Seit vielen Jahren wird die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems geprägt durch Forderungen nach höherer Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dabei stellt eine von allen anerkannte wichtige Rahmenbedingung die zunehmend alternde Gesellschaft mit steigender Lebenserwartung und entsprechender Multimorbidität, aber auch deutlich höheren Ansprüchen an die Lebensqualität dar. Treiber für diese Forderungen nach einer Qualitätssteigerung sind Versicherte und stellvertretend Krankenkassen und Gesundheitspolitiker. Konsens ist, dass die gewünschte Qualitätssteigerung möglichst „kostenneutral“ erfolgen soll, d.h. Mehrkosten sollen nach Möglichkeit den Wirtschaftlichkeitsreserven im System entnommen werden.

Als Antwort weisen Leistungsanbieter auf die bereits bestehende hohe medizinische Qualität hin, räumen aber Möglichkeiten einer Qualitätssteigerung bei entsprechender Finanzierung ein. Aus Sicht der Leistungsanbieter kann durch höhere Erlöse eine Qualitätsoffensive bei Einhaltung bestehender Prozesse, Strukturen und Besitzstände erreicht werden. Aber ohne zusätzliche Erlöse und/oder bei einer Forderung nach deutlichen Strukturänderungen, d.h. Änderungen

von Besitzständen, wird die Qualitätsdiskussion häufig mit dem Satz beginnen: „Ja, aber...“ und dann wird durch Maximalforderungen der Komplexitätsgrad so weit erhöht, dass eine Umsetzung unmöglich erscheint. „Und erst, wenn alle diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann mit der Umsetzung begonnen werden.“

Parallel bringen Patienten, Kostenträger und Gesundheitspolitiker zum Nachweis vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven in vielen Fällen berechtigt Beispiele von unnötigen oder unwirtschaftlichen Leistungen, d.h. von Verschwendung im Gesundheitssystem. Nach kurzer intensiver emotionaler Diskussion mit Austausch bekannter Argumente geht dann alles wieder so weiter wie bisher – ein bekannter und wiederkehrender Zyklus.

Warum sind die Bestrebungen nach einer qualitätsorientierten Prozessoptimierung häufig so erfolglos? Für eine nicht zielführende Diskussion sind neben der Forderung nach zusätzlichen finanziellen Mitteln bereits zum Startpunkt der Veränderungen und der Forderung nach einer Garantie bestehender Strukturen (Besitzstände) eine fehlende gemeinsame Definition der gewünschten Qualität und deren Erfolgsparameter (Terminologie) und eine fehlende transparente Strategie vom kurzfristig „Machbaren“ zum langfristig (soweit möglich) „Wünschbaren“ Ursachen für das Scheitern. Eine Strategie des kurzfristig Machbaren stellt immer einen Kompromiss der „berechtigten“ Wünsche dar. Sie muss weitgehend die aktuellen Strukturen und Besitzstände akzeptieren und das Ergebnis darf keine „sichtbaren“ Verlierer im Gesundheitssystem hinterlassen – sonst wird in der Diskussion über Argumente zum Wohl des Patienten, der Ethik und des Datenschutzes eine Weiterentwicklung unmöglich gemacht. Die Kunst besteht darin, Komplexitätsgrade zu Beginn nicht zu erhöhen, sondern zu reduzieren, auch um den Preis, zu hohe Erwartungen zu enttäuschen und (zunächst) mit machbaren, aber noch nicht optimalen Teilprozessen zu beginnen. Die Gesamtrichtung muss nur stimmen.

Terminologie

Ohne konsentrierte Terminologie enden alle Bemühungen in einer babylonischen Sprachverwirrung, aus der keine klaren reproduzierbaren Ergebnisse zu erwarten sind. Jeder legt sich die Begriffe und Parameter so aus, wie es ihm gefällt (bzw. nutzt).

Dies kann eine zielführende Diskussion und Strategie unmöglich machen. Der häufig gebrauchte Begriff „Qualität“ ist ein Beispiel für diesen weitgehend „definitionsfreien“ Raum. Wer ist schon generell gegen eine höhere Qualität im wei-

testen Sinn? Eine fehlende klare Definition kann aber auch bewusst zum Ziel haben, eindeutige Festlegungen zu umgehen.

Die Gesamtqualität von Behandlungsprozessen lässt sich in Prozessqualität, Strukturqualität und Ergebnisqualität gliedern. Diese Dimensionen müssen aus dem Blickwinkel der Servicequalität, der Wirtschaftlichkeit und der kurzfristigen oder langfristigen medizinischen Ergebnisqualität betrachtet werden. Der Parameter Lebensqualität geht dabei noch weit über die rein medizinische Qualität hinaus. Trotz gelungener Knie-Endoprothese kann die Lebensqualität eines multimorbiden Patienten völlig unzureichend sein. Weiterhin muss der diskutierte Prozess mit seinem Anfang und Ende klar festgelegt werden.

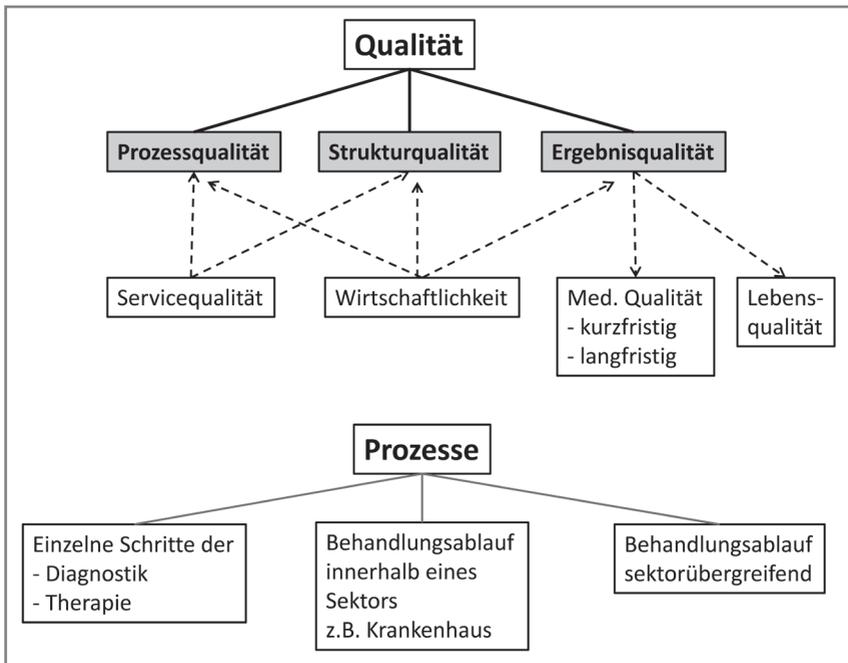


Abb. 27 Definition der Qualität und Prozesse

In zeitlicher Reihenfolge kann die Behandlungsqualität in Indikationsqualität, Durchführungsqualität und kurzfristige und langfristige Ergebnisqualität gegliedert werden.

Indikationsqualität

Die medizinische Qualität einer Behandlung beginnt mit der Indikationsqualität. Zum Beispiel ergibt sich die Indikation für eine Knie-Endoprothese (nach Ausschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten) aus dem berechtigten Bestreben nach Schmerzfreiheit und Wiederherstellung der (uneingeschränkten?) Bewegungsmöglichkeiten. Ziel der Behandlung ist die langfristige Steigerung der Lebensqualität des Patienten. Neben objektiven Parametern für die Indikation sind wichtige Komponenten auch der subjektive Leidensdruck und die Ansprüche des Patienten an die Lebensqualität. Dabei sind die Erwartungen des Patienten sehr unterschiedlich. Anspruch auch im höheren Alter kann neben der Schmerzfreiheit die Bewegungsfreiheit im häuslichen Rahmen, auch die Beschwerdefreiheit (wie früher) bei langdauernden Hochgebirgswanderungen sein.

Die Indikationsqualität bezieht sich sowohl auf die Notwendigkeit der Krankenhauseinweisung, aber auch auf die Durchführung einzelner interner diagnostischer und therapeutischer Schritte (interne Prozessqualität) während des Krankenhausaufenthalts.

Durchführungsqualität

Die Durchführungsqualität kann in medizinische Qualität, Servicequalität und Wirtschaftlichkeit gegliedert werden.