

2 Wozu Qualitätsmanagement in der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung?

Julia Bellabarba und Christine Kuch

2.1 Qualitätsmanagement: Zielsetzung und Strategien

Qualitätsmanagement wird in der aktuellen Gesundheitslandschaft aus unterschiedlichen Gründen angewendet – und entsprechend fällt auch der erzielte Nutzen unterschiedlich aus. Wird QM ausschließlich betrieben, um der gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen, sollte man die gestellten Mindestanforderungen möglichst zeitökonomisch erfüllen und erzielt so den Nutzen, genau dies zu tun. Wird QM betrieben, um ein Zertifikat zu erhalten, so wird der langfristige Nutzen vor allem darin bestehen, das Zertifikat zu haben – zumindest zeigen Studien (Malorny 1996), dass Zertifizierungen zwar zum Teil einen über das Zertifikat hinaus gehenden Effekt bringen (z. B. Prozessverbesserungen), dieser Effekt nach einiger Zeit aber wieder verpufft. Wird QM als strategische Entwicklungsoption genutzt, dann zielt die Qualitätsarbeit auf etwas, was man „Lernende Organisation“ nennt. Dies bezeichnet, kurz gesagt, eine Praxis, die nicht mehr nur noch auf unbillige Neuerungen reagieren kann, sondern eine Praxis, die in der Lage ist, künftige Entwicklungen selbst zu gestalten.

Systematisches umfassendes Qualitätsmanagement bezeichnet die durchgängige, fortwährende und alle Bereiche einer Organisation erfassende aufzeichnende, sichtende, organisierende und kontrollierende Tätigkeit, die dazu dient, die bestehende Qualität in der Einrichtung zu sichern und kontinuierlich zu verbessern. Kurz gesagt bedeutet dies, dass nicht die QM machen, die

bisher schlechte Qualität geliefert haben, sondern die, die dauerhaft hervorragende Qualität liefern möchten.

Kontinuierliches QM ist in diesem Sinne kein Instrument, sondern eher eine Philosophie, die in der Anwendung einer Reihe von Instrumenten ganz pragmatisch umgesetzt wird. Für die Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements in der ambulanten Patientenversorgung sprechen „harte“, rationale Argumente ebenso wie „weiche“ Argumente, die eher im Bereich der persönlichen Haltung und in der Verpflichtung zu einem bestimmten Menschenbild verankert sind. Eines der Lieblingsvorurteile im Gesundheitswesen beinhaltet, dass QM aus einer bürokratischen und mechanistischen Einstellung hervorgeht. Die Entscheidung, die eigene Praxis auf der Grundlage einer systematischen Auseinandersetzung über Qualität zu führen, hat jedoch vor allem damit zu tun, dass man die Praxis strategisch konsequent auf den maximal zu erzielenden Nutzen aus Sicht von Patienten, Praxisteam und Praxisinhabern ausrichtet.

Damit ist schon eine der zentralen Strategien umfassenden QMs benannt: Die Ausrichtung der Organisation auf die maximale Zielerreichung, auf maximale *Effektivität*: „Die *richtigen Dinge* tun“. Dazu gehört beispielsweise die Definition dessen, was gute Qualität bei XY bedeutet: Was soll dabei herauskommen? Eng verknüpft damit ist die *Patienten- und Kundenorientierung*, denn die Zielsetzung wird immer in Abstimmung mit den Erwartungen der Patienten und anderen Kunden definiert (s. Kap. I.1).

Daneben steht die Strategie der *Effizienzorientierung*, die *Minimierung* des benötigten Aufwands: „Die Dinge *richtig tun*.“ Soll heißen: keine Umwege, keine unnötigen Doppeluntersuchungen, keine unklaren Verantwortlichkeiten usw.

Die *Prozessorientierung* als weitere wichtige Strategie bedeutet, dass man im QM vor allem in Prozessen, in Abläufen denkt und Prozesse verändert, da auf diese Weise die erzielten Ergebnisse am besten beeinflusst werden können. Das umfasst auch, dass bei Veränderungen alle am Prozess Beteiligten gemeinsam überlegen, wie der Prozess besser gestaltet werden könnte. Man geht davon aus, dass die, die im Prozess tätig sind, auch am besten wissen, was verändert werden sollte.

Damit im Zusammenhang steht die *Mitarbeiterorientierung*, in der zum Ausdruck gebracht wird, dass Mitarbeiter genau diejenigen sind, die im Prozess tätig sind und mögliche Verbesserungspotenziale kennen, möglicherweise in höherem Ausmaß als ihre Vorgesetzten. Zudem werden im QM Mitarbeiter nicht als Kostenfaktor sondern als Ressource definiert.

Die Strategie der *kontinuierlichen Verbesserung* bedeutet dabei, dass man nicht einmal etwas verbessert und die Welt damit in Ordnung ist. Vielmehr geht man davon aus, dass Anforderungen sich ändern und nur lernende Organisationen, die sich kontinuierlich weiterentwickeln, langfristig bestehen werden.

In diesem Zusammenhang von Bedeutung ist die Strategie der *Datenbasis*. Im QM wird weniger gefühlt als gemessen. Die Veränderungsarbeit fußt auf einer empirischen Basis: Wie groß ist der entstandene Schaden tatsächlich?

Als wie lange wird die Wartezeit denn von den Patienten empfunden? Wie häufig wird eine Anforderung nicht vollständig ausgefüllt?

Diese zentralen Strategien des Qualitätsmanagements werden bei allen Aktivitäten möglichst umfassend berücksichtigt. Beispielsweise werden Prozesse nicht ohne die Beteiligten verändert, aber auch nicht, ohne dass die Empfänger der Prozessergebnisse (die Kunden des Prozesses) nach ihren Erwartungen in Bezug auf diese Ergebnisse konkret befragt werden. Konkrete Methoden und Vorgehensweisen hierzu sind in diesem Buch zu finden.

Schließlich ist der *Rückhalt durch die Führung* für die QM-Arbeit unerlässlich, weil hier nicht nur einfach Prozesse beschrieben, sondern Entscheidungen darüber getroffen werden, wer für was verantwortlich ist und wer nicht, wer für was welche Ressourcen bekommt usw. Zudem müssen gemeinsame Absprachen in der Folge auch umgesetzt werden. Das erfordert Führungskompetenz.

Die letzte zu nennende Strategie des *langfristigen Denkens* bedeutet, dass man nicht auf kurzfristige Gewinne zielt, sondern eine nachhaltige, langfristige Perspektive bevorzugt. Diese Haltung verdeutlicht das nachstehende Zitat.

„... aber tatsächlich sollte man die Strategie von Kai-zen (= jap. Veränderung zum Besseren, kontinuierlicher Verbesserungsprozess) fast mit religiösem Eifer betreiben und nicht gleich an die damit zu erzielenden Erträge denken. Kai-zen beruht auf der Annahme, dass Menschen nach Qualität und Wert streben: ein Management sollte überzeugt sein, dass sich solch ein Streben auch bezahlt macht.“ (Imai 1999)

2.2 Qualitätsmanagement: Was bringt es

In einer 2008 veröffentlichten Studie der Stiftung Gesundheit zu QM in der ärztlichen Praxis (Follow-up-Studie von 2007) wurde bestätigt, dass die große Mehrzahl der Ärzte, die QM in ihrer Praxis eingeführt haben, positive Effekte verzeichnen. 1260 Praxisinhaber (einschließlich Zahnärzte und psychologische Psychotherapeuten) gaben über ihre Einstellung, Kenntnisstand und Erfahrungen mit QM Auskunft. Die Hälfte der Befragten gab an, dass QM ihre eigene Arbeitszufriedenheit, die Behandlungsqualität und Heilungserfolge, sowie die Wirtschaftlichkeit der Praxis verbessere. Darüber hinaus beschrieben ca. drei Viertel der Befragten eine positive Wirkung auf die Mitarbeitermotivation und eine straffere Arbeitsorganisation als Auswirkung der QM-Maßnahmen. Immerhin ein Drittel der Stichprobe hielt QM für ein teures und überflüssiges Instrument zur Reglementierung der ärztlichen Freiheit. Die Hälfte derer, die sich noch nicht mit QM befasst hatte (n = 146) hielt QM für Geldschneiderei, vereinzelt wurde zum Boykott der Richtlinie aufgerufen. Die Autoren in der Diskussion:

„Die Studie zeigt, zumal im Kontrast zum Vorjahr mehrere Elemente einer Konsolidierung der QM-Landschaft im ambulanten Sektor: nach bisweilen äußerst aufge-

regten Diskussionen um QM, dessen Eignung für den Medizinbetrieb und insbesondere die Pflicht dazu, scheint eine Normalisierung einzutreten: Die Erwartungen, was QM bringen werde, fokussieren sich stärker auf das, was es ist: ein Organisations-Instrument.“ (Stiftung Gesundheit 2008, S. 2)

Die Einführung von QM bei den niedergelassenen Ärzten und Psychologen ist nur zögerlich, nach vielen Diskussionen in Gang gekommen. So wurden zwar schon Mitte der 90er-Jahre vom Bundesministerium für Gesundheit Fördermittel für Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung vergeben (Häussler et al. 1997), aber im Gegensatz zum später erfolgenden Förderprojekt des BMG im stationären Bereich, zog das Projekt keine breite Bewegung nach sich. Erst die gesetzliche Anordnung führte zu einer, zumeist nun erzwungenen Beschäftigung mit QM. Eine QM-kritische oder -feindliche Haltung beruht auf unterschiedlichen Motiven:

- Bei der Vermarktung von Qualitätsmanagement durch privatwirtschaftliche Organisationen wurde gezielt Desinformation verbreitet und Verunsicherung gefördert – so wurde z. B. fälschlicherweise verbreitet, man müsse die Praxis zertifizieren lassen.
- Durch die formalrechtliche Verpflichtung wurde QM als Zwang und nicht als Chance wahrgenommen.
- Die Erfahrungen niedergelassener Ärzte/Psychologen mit QM im Krankenhaus sind oft negativ. Dass sich diese Erfahrungen aber auch deutlich wandeln können, zeigt beispielsweise ein Bericht eines niedergelassenen Arztes sehr deutlich (Lederer et al. 2005).
- In der Ausbildung von Medizinern und Psychologen werden keine Managementkompetenzen vermittelt.
- Es besteht der Vorbehalt im Gesundheits- und Sozialwesen, QM sei für die Industrie geeignet, also bei der Produktion materieller Güter, aber nicht für Berufsgruppen „die mit kranken Menschen arbeiten“.
- In der Sozialisierung der Mediziner in Deutschland ist eine Grundannahme tradiert worden: Eine Bewertung der ärztlichen Heilkunst steht nur dem Arzt selbst zu. QM ist dabei missgedeutet worden, als Versuch von nicht-ärztlicher Seite, die medizinisch-therapeutische Entscheidungsfreiheit zu reglementieren.

Wozu also Qualitätsmanagement in der ambulanten somatischen und psychotherapeutischen Versorgung? Welche Argumente sprechen dafür?

- **Reduzierung von Komplexität:** Wachsende wissenschaftlich-medizinischen Komplexität, Komplexität der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Kooperation und der neuen Vertragsformen (MVZ, Integrierte Versorgung, große Gemeinschaftspraxen/Praxisgemeinschaften) lassen sich durch QM besser organisieren.
- **Wirtschaftliche Gründe:** QM bietet Vorteile in Hinblick auf den Wettbewerb auf dem „Gesundheitsmarkt“ und es besteht bereits jetzt ein Vergü-

tungsvorteil in einigen Bereichen, wenn der Praxisinhaber QM vorweisen kann.

- Rechtssicherheit und Richtlinienkonformität
- **Strukturelle Sicherheit:** Verlässliche, klare und nachvollziehbare Strukturen helfen der Praxisleitung, den Mitarbeiterinnen und den Patienten, Sicherheit zu gewinnen und Stress zu reduzieren (auch beim Praxisinhaber).
- **Ressourceneinsparung:** Mit Kosten, Material und mit der Energie des gesamten Teams wird in vielen Praxen verschwenderisch umgegangen. QM etabliert eine Systematik, um, im Vokabular von Kai-zen ausgedrückt, bei jeder Aufgabe die drei „Mus“ zu berücksichtigen und Muda (Verschwendung), Muri (Überlastung) und Mura (Unregelmäßigkeit) zu vermeiden.
- **Teamentwicklung durch umfassende Kundenorientierung:** Ein Kernsatz des kontinuierlichen Verbesserungsmanagements besagt „*Der Nächste im Prozess ist der Kunde*“. Das Praxisteam verpflichtet sich, so zu arbeiten, dass der Nachfolgende im Prozess optimal weiterarbeiten kann. Das setzt eine hohe Bereitschaft zu Kommunikation voraus und funktioniert, wenn sich alle Bereiche regelmäßig auf eine Metaebene begeben und sich fragen: Was machen wir und wie machen wir das, was wir machen müssen so, dass sich Sinnhaftigkeit, Sicherheit und Spaß an der Arbeit einstellen? Diese Prozessorientierung im Team führt zu hoher Motivation und Arbeitszufriedenheit.
- **Patientenorientierung:** Der Patient hat, gerade aufgrund seiner Einschränkungen, ein besonderes Recht auf eine Organisation seiner Behandlung, die einem Höchstmaß an Sicherheit verpflichtet ist. Darüber hinaus wünschen Patienten in deutlich zunehmende Maße verständliche, umfassende Informationen und eine wertschätzende Kommunikation. Sämtliche QM-Aktivitäten orientieren sich letztendlich an der Patientenversorgung. Den Aspekten Sicherheit und Kommunikation kommt ein besonderer Stellenwert zu. Das kommt nicht zuletzt den Mitarbeitern und dem Arzt selbst zugute: Fehler zu vermeiden, bedeutet Stress und Kosten zu vermeiden. Zufriedene Patienten sind für alle an der Behandlung Beteiligten ein Grund für hohe Arbeitszufriedenheit.

Aufgabe 3 für anwendungsfreudige Leser

Klären Sie bitte für sich bzw. mit Ihren Kollegen die Frage: Welche Argumente sprechen denn in unserer Praxis, in unserem Verbund für QM?

Literatur

Amon U (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – Patientenbindung, Praxisorganisation, Fehlervermeidung. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 2004

- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.): Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2003
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Baden-Baden: Nomos 1999
- Deutsche Gesellschaft für Qualität: Ganzheitliches Management in der Arztpraxis. DGQ-Band 32-01. Berlin, Wien, Zürich: Beuth 2001
- Diel F, Gibis B: Qualitätsmanagement – Mehrwert für die Arztpraxis. Deutsches Ärzteblatt 2004; 101 (10): A-1240-A-1243
- Gerlach FM: Qualitätsförderung in Praxis und Klinik – Eine Chance für die Medizin. Stuttgart: Thieme 2001
- Häussler B, Kuch C: Warum und wozu braucht man ein Qualitätsmanagement in der Arztpraxis? In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Baden-Baden: Nomos 1999
- Kamiske GF, Brauer JP: Qualitätsmanagement von A bis Z: Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. 5. Aufl. München: Hanser 2006
- Knob D, Ibel H: Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. München: Hanser 2005
- Lederer N, Rieker W, Kuch C: Das klappt jetzt alles besser – Erste Erfahrungen mit dem praxisinternen Qualitätsmanagement. Berliner Ärzte 2005; 2: 22-24
- Malorny C: TQM umsetzen. Der Weg zur Business Excellence. Stuttgart: Schäffer-Poeschel 1996
- Nüllen H, Noppene T: Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Entwicklung und Einführung eines QMS. 3. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2006
- Sens B, Fischer B, Bastek A, Eckardt J, Kaczmarek D, Paschen U, Pietsch B, Rath S, Ruprecht T, Thomeczek C: Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. 3. Aufl. 2007. Online frei zugänglich unter <http://www.egms.de/en/journals/mibe/2007-3/mibe000053.shtml>

Links

- www.stiftung-gesundheit.de/PDF/studien/Studie_QM_2008.pdf
- Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements (3. überarbeitete Auflage, 2007) online frei zugänglich unter: www.egms.de/en/journals/mibe/2007-3/mibe000053.shtml