

21.03.01

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

**Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die
Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit
Band II
Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege**

Die Bundesministerin für Gesundheit
Ulla Schmidt, MdB

Berlin, den 20. März 2001

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Kurt Beck

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich gemäß § 142 Absatz 2 SGB V die

Bände I*) und II des Gutachtens 2000/2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“
des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Das Gutachten wird gleichzeitig dem Präsidenten des Bundestages zugeleitet.

Ein dritter Band des Gutachtens 2000/2001 wird im Frühsommer dieses Jahres folgen. Erst dieser dritte Teil des Gutachtens befasst sich im engeren Sinne mit dem gesetzlich fixierten Auftrag, insbesondere mit Fragen der Über-, Unter- und Fehlversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird nach Vorlage des vollständigen Gutachtens in angemessener Frist Stellung nehmen.

Ulla Schmidt

*) Band I siehe Drucksache 266/01

**Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte
Aktion im Gesundheitswesen****Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit****Band II****Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege****Inhaltsverzeichnis**

	Seite
1. Optimierung personeller Ressourcen	17
1.1 Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten	17
1.1.1 Ärztliche Ausbildung	17
1.1.1.1 Einführung	17
1.1.1.2 Ärztliche Basiskompetenzen	19
1.1.1.3 Ausgewählte Ansätze zur Verbesserung der ärztlichen Ausbildung ...	20
1.1.1.3.1 Psychosoziale und kommunikative Fähigkeiten	20
1.1.1.3.2 Leitlinien	23
1.1.1.3.3 Allgemeinmedizinische Studieninhalte und Ausbildung im ambulanten Setting	23
1.1.1.3.4 Sozialmedizin/Bevölkerungsmedizin/Public Health	24
1.1.1.3.5 Klinische Epidemiologie	25
1.1.1.3.6 Ethik der Medizin	25
1.1.1.4 Didaktik, Auswahl der Studierenden und Evaluation	26
1.1.2 Ärztliche Weiterbildung	27
1.1.2.1 Ausgangslage	27
1.1.2.2 Defizite in der ärztlichen Weiterbildung	28
1.1.2.2.1 Weiterbildungsinhalte	28
1.1.2.2.2 Weiterbildungseinrichtungen	28
1.1.2.2.3 Patientensicherheit, Supervision und Arbeitszeit	29
1.1.2.2.4 Überprüfung und Förderung von Weiterbildungseinrichtungen	29
1.1.2.3 Ausgewählte Ansätze zur Verbesserung der ärztlichen Weiterbildung ..	30

1.1.2.3.1	Weiterbildung in der ambulanten Versorgung	30
1.1.2.3.2	Supervision und Systematisierung der Weiterbildung	30
1.1.3	Ärztliche Fortbildung	31
1.1.3.1	Ausgangslage und Defizite in der ärztlichen Fortbildung	31
1.1.3.2	Ansätze zur Verbesserung der ärztlichen Fortbildung	31
1.1.3.2.1	Methoden und Medien	31
1.1.3.2.2	Fortbildungsnachweise und Zertifizierung in Deutschland	32
1.1.3.2.3	Akkreditierung, Zertifizierung und Rezertifizierung im Ausland	32
1.2	Personelle Ressourcen und Aus-, Weiter- und Fortbildung in pflegerischen Berufen	33
1.2.1	Personelle Ressourcen der Pflege	33
1.2.1.1	Personalbestand in Pflege- und Sozialberufen	34
1.2.1.2	Einkommen	36
1.2.1.3	Soziodemographische Merkmale der Beschäftigten	36
1.2.2	Beschäftigungsfelder und -entwicklung	38
1.2.2.1	Stationäre Versorgung	38
1.2.2.2	Stationäre Altenpflegeeinrichtungen	40
1.2.2.3	Ambulante Pflege	40
1.2.2.4	Beschäftigungs- und Arbeitsmarktentwicklung	41
1.2.3	Aus-, Fort- und Weiterbildung	43
1.2.3.1	Zentrale Probleme der Qualifizierung der Pflegeberufe	43
1.2.3.2	Berufsausbildung	44
1.2.3.2.1	Berufsausbildung in der Krankenpflege	45
1.2.3.2.2	Berufsausbildung in der Altenpflege	45
1.2.3.3	Weiterbildung in pflegerischen Berufen	46
1.2.3.4	Hochschulausbildung	46
1.3	Optimierung personeller Ressourcen: Fazit und Empfehlungen	47
1.4	Literatur zu Kapitel 1	52
2.	Konzepte und Management von Qualität	57
2.1	Grundlagen, Ziele und Konzepte von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement	57
2.1.1	Definitionen von Qualität und Implikationen für die Qualitätsförderung	57
2.1.2	Reichweite qualitätswirksamer Maßnahmen	58
2.1.3	Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement	58
2.1.4	Evaluative Bewertung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement	59
2.1.5	Gütekriterien von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement	59
2.2	Methoden der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements	60

2.2.1	Qualitätszyklus als Organisationsprinzip von Qualitätssicherungsverfahren	60
2.2.2	Methoden, die den gesamten Qualitätsverbesserungszyklus umfassen ..	60
2.2.3	Beschreibung, Analyse und Beurteilung der Versorgungsqualität	62
2.2.4	Feedback und Peer-Review	64
2.2.5	Identifizierung, Verbreitung und Umsetzung von Lösungsansätzen ...	64
2.2.6	Darstellung der Qualität: Zertifizierungen	65
2.3	Möglichkeiten und Grenzen der evidenzbasierten Medizin (EbM) – Grauzonen der ärztlichen Entscheidung	66
2.3.1	Einleitung	66
2.3.2	Grundlagen der ärztlichen Entscheidungsbildung	66
2.3.3	Ziele und Methoden der evidenzbasierten Medizin	70
2.3.4	Missverständnisse gegenüber Möglichkeiten und Grenzen der EbM ..	71
2.3.5	Grauzonen ärztlichen Handelns	76
2.3.6	Umsetzbarkeit und Umsetzung von evidenzbasierter Medizin	81
2.3.6.1	Umsetzung von evidenzbasierter Medizin	81
2.3.6.2	Herausforderungen	83
2.4	Evidenzbasierte Leitlinien	84
2.4.1	Einleitung	84
2.4.2	Ziele von evidenzbasierten Leitlinien	85
2.4.3	Einsatzbereiche und Themenschwerpunkte von Leitlinien	86
2.4.4	Effektivität von evidenzbasierten Leitlinien	89
2.4.5	Prioritätensetzung bei der Entwicklung von Leitlinien	89
2.4.6	Methodik der Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien	92
2.4.7	Verbreitung und Implementation von Leitlinien	95
2.4.8	Evaluation von Leitlinien	96
2.4.9	Qualität und Qualitätsförderung von Leitlinien	98
2.5	Fazit und Empfehlungen	104
2.6	Literatur zu Kapitel 2	110
3.	Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Versorgung	117
3.1	Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären spezialärztlichen Versorgung	117
3.1.1	Bedeutung und Grundbedingungen von Qualitätssicherung in der spezialärztlichen Versorgung	117

3.1.1.1	Qualitätsrelevante Besonderheiten	117
3.1.1.2	Besonderheiten des spezialärztlichen Behandlungssettings	118
3.1.2	Rechtlicher und organisatorischer Rahmen	119
3.1.2.1	Qualitätssicherung als traditionelle ärztliche Verpflichtung	119
3.1.2.2	Gesetzliche Grundlagen des SGB V vor dem GKV-Reformgesetz 2000	120
3.1.2.3	Fallpauschalen und Sonderentgelte	120
3.1.2.4	Regelungen des GKV-Reformgesetzes 2000	121
3.1.2.5	Das ärztliche Berufsrecht	121
3.1.2.6	Weitere gesetzliche Grundlagen	121
3.1.2.7	Finanzierung von QS/QM	121
3.1.3	Qualitätsprobleme in der spezialärztlichen Versorgung	123
3.1.3.1	Internationale Situation	124
3.1.3.2	Situation in Deutschland	125
3.1.4	Bestandsaufnahme und Bewertung bestehender Qualitätssicherungs- maßnahmen	127
3.1.4.1	Aktueller Stand	127
3.1.4.2	Einsparmöglichkeiten durch Qualitätssicherung	129
3.1.4.3	Probleme und Defizite qualitätssichernder Maßnahmen	129
3.1.4.4	Qualitätswettbewerb durch Transparenz: Zertifizierung und Leistungsberichte	132
3.1.4.5	Spezialärztliche Routine als Qualitätsindikator	134
3.2	Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der ärztlichen Primärversorgung	135
3.2.1	Bedeutung und Grundbedingungen	135
3.2.2	Wege der Qualitätsförderung	137
3.2.3	Wege der Qualitätsentwicklung	139
3.3	Der Umgang des Arztes mit dem Patienten als Qualitätsmerkmal der medizinischen Versorgung	141
3.3.1	Einführung	141
3.3.2	Iatrogene Chronifizierung	143
3.3.3	Somatisierung und Krankheitsfixierung	144
3.3.4	Labelling	144
3.4	Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Pflege	145
3.4.1	Qualitätssicherung in der Pflege als gesetzliche Verpflichtung	145
3.4.2	Perspektiven und Reichweite von Qualitätssicherung	146
3.4.3	Ausgewählte Qualitätsmängel in der Pflege	147
3.4.4	Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Pflege	149

3.4.4.1	Internes Qualitätsmanagement	149
3.4.4.2	Externe Qualitätssicherung	152
3.5	Sektoren-, institutionen- und professionenübergreifendes Qualitätsmanagement	154
3.5.1	Übergreifendes Qualitätsmanagement	154
3.5.2	Institutionenübergreifendes Qualitätsmanagement	155
3.5.3	Professionenübergreifendes Qualitätsmanagement	156
3.6	Ergebnisse von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement als Nutzerinformation und als Beitrag zur Förderung einer Qualitätskultur	156
3.7	Fazit und Empfehlungen	157
3.8	Literatur zu Kapitel 3	164
4.	Zur Fortentwicklung der fallpauschalierenden Leistungsvergütung im Krankenhaus	171
4.1	Die aktuelle Situation	171
4.2	Fallpauschalen: Effizienzpotenziale und Fehlanreize	171
4.2.1	Fallpauschalen unter dem Aspekt einer leistungsgerechten Vergütung	171
4.2.2	Mögliche Fehlanreize von Fallpauschalen: ein cursorischer Überblick	173
4.2.3	Fallpauschalen und räumliche Sicherstellung	176
4.3	Die Entscheidung für das australische Klassifikationssystem	176
4.3.1	Die Entscheidung für AR-DRGs im Lichte relevanter Beurteilungskriterien	176
4.3.2	Zur Anpassung des AR-DRG-Systems an deutsche Verhältnisse	178
4.3.3	Kosten der Einführung des AR-DRG-Systems in Deutschland	179
4.4	Zur Zukunft der Entgelte für Behandlungsfallgruppen	180
4.4.1	Steuerungswirkungen von Einheitspreisen unter herrschenden Rahmenbedingungen	180
4.4.2	Der Gestaltungsspielraum bei Bewertungsrelationen, Punktwerten sowie Zu- und Abschlägen für die Selbstverwaltung	183
4.4.3	Fallpauschalen und Beitragssatzstabilität: das Problem der dynamischen Kostenbegrenzung	186
4.5	Fazit und Empfehlungen	188
4.6	Literatur zu Kapitel 4	192

Verzeichnis der Tabellen im Text

Tabelle 1:	Beispiele für Lehrbereiche von ärztlichen Kompetenzen und mögliche assoziierte Disziplinen	21
Tabelle 2:	Bereiche der Vermittlung ethischer Fragestellungen in der Medizin	26
Tabelle 3:	Modellrechnungen zur Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Personen in Deutschland	34
Tabelle 4:	Beschäftigte in Pflege- und Sozialberufen nach Berufsgruppen ..	35
Tabelle 5:	Verhältnis von Vollerwerbs- und Teilzeiterwerbstätigen in Pflege- und Sozialberufen	35
Tabelle 6:	Einkommenssituation in den Pflegeberufen	36
Tabelle 7:	Geschlechterverteilung in Pflege- und Sozialberufen	37
Tabelle 8:	Altersstruktur in Pflege- und Sozialberufen	37
Tabelle 9:	Schulbildung in Pflege- und Sozialberufen	38
Tabelle 10:	Fachkräfte und Hilfspersonal in der stationären Krankenpflege und Entbindungspflege (Voll- und Teilzeit 1997)	39
Tabelle 11:	Mitarbeiter im Pflegedienst von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Voll- und Teilzeiterwerbstätige 1997) nach Berufskategorien	40
Tabelle 12:	Qualifikationsstruktur von Pflegekräften bei ambulanten Diensten und in stationären Einrichtungen der Altenpflege 1999	41
Tabelle 13:	Dichte von Ärzten und Pflegebeschäftigten in Deutschland und anderen ausgewählten Ländern	42
Tabelle 14:	Pflegespezifische Qualifikationsebenen und Qualifikationsinhalte	43
Tabelle 15:	Schüler in Sozial- und Gesundheitsdienstberufen nach Schulart 1998/99	44
Tabelle 16:	Entwicklung der Zahl der Schüler in Pflege- und Sozialberufen 1997/98 und 1998/99	45
Tabelle 17:	Konzeptioneller Schwerpunkt von Qualitätssicherungsmethoden in verschiedenen Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus	61
Tabelle 18:	Hierarchie der wissenschaftlichen Evidenz (Evidenzklassen) ...	74
Tabelle 19:	Komponenten medizinischer Ausbildung in EbM („Kompetenzraster“)	82
Tabelle 20:	Prioritäten bei der Aufbereitung von klinischen Problemen mit den Methoden der EbM	83
Tabelle 21:	Herausgeber von Leitlinien und anderen Texten mit normierendem oder empfehlendem Charakter	86
Tabelle 22:	Ergebnisse einer systematischen Aufarbeitung von 91 Studien zur Anwendung von Leitlinien (1976 bis 1992)	89
Tabelle 23:	Beispiele für Priorisierungskriterien unterschiedlicher Institutionen	91
Tabelle 24:	Klassifikation unterschiedlicher Leitlinien-Typen	93
Tabelle 25:	Berücksichtigte Wirkungsparameter bei der Evaluation von Leitlinien	97
Tabelle 26:	Qualitätssicherung der Entwicklung, Dissemination und Implementation von Leitlinien durch die ÄZQ und die AWMF ..	101

Tabelle 27:	Das Dreistufen-Konzept der Leitlinienentwicklung der AWMF . .	102
Tabelle 28:	Ziele und Aufgaben des Leitlinien-Clearingverfahrens bei der ÄZQ	103
Tabelle 29:	Einführungs- und Betriebskosten eines Qualitätsmanagementsystems	122
Tabelle 30:	Angemessenheit medizinischer Prozeduren	124
Tabelle 31:	Qualitätsprobleme nach Fachgebieten in den USA	125
Tabelle 32:	Hinweise auf relevante Anteile nicht-indizierter Leistungen und Qualitätsprobleme in der spezialärztlichen Versorgung in Deutschland	126
Tabelle 33:	Beispiele für potenzielle Mängel in der Versorgungsqualität in Deutschland	127
Tabelle 34:	Übertragbarkeit von Studienergebnissen in die primär- und spezialärztliche Versorgung	137
Tabelle 35:	In der Diskussion befindliche Tatbestände für Zu- und Abschlagsregeln	185

Verzeichnis der Abbildungen im Text

Abbildung 1:	Komponenten der evidenzbasierten klinischen Entscheidungsfindung	67
Abbildung 2:	Bereiche der Gesundheitsforschung	73
Abbildung 3:	Domänen-Modell der Übertragbarkeit von Studienresultaten auf Patientenpopulationen bzw. Individuen	77
Abbildung 4:	Nutzenerwartungen an Leitlinien	85
Abbildung 5:	Thematische Orientierung der von den deutschen medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften entwickelten Leitlinien	87
Abbildung 6:	Stellung symptom- und diagnoseorientierter Leitlinien im ärztlichen Behandlungsprozess	88
Abbildung 7:	Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung einer evidenzbasierten Leitlinie am Beispiel der Diabetes-Leitlinien der DDG	94
Abbildung 8:	Das integrative Modell der Leitlinienentwicklung	100
Abbildung 9:	Mögliche Beziehungen zwischen Indikation und Durchführung eines Verfahrens	123
Abbildung 10:	Ansatzebenen qualitätssichernder Maßnahmen in der Pflege	147

Verzeichnis zum Anhang

Anhang 1: Auftrag zu einem Sondergutachten	193
Anhang 2: Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2000)	194
Anhang 3: Überleitung von Teilen des Sondergutachtens in den gesetzlichen Auftrag	195
Anhang 4: Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	196

Abkürzungsverzeichnis

AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AQS	Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Medizin
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
AP-DRGs	All Patient Diagnosis Related Groups
APR-DRGs	All Patient Refined Diagnosis Related Groups
AR-DRGs	Australian Refined Diagnosis Related Groups
ARR	Absolute Risikoreduktion
AMEE	Association for Medical Education in Europe
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung
ÄAppO	Approbationsordnung für Ärzte
BAT	Bundesangestelltentarif
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
BpflV	Bundespfllegesatzverordnung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CI	Confidence Interval
CINDI	Country-wide Integrated Non-communicable Disease Initiatives
CONQUEST	Computerized Needs-oriented Quality Measurement Evaluation System
CQD	Continuous Quality of Care Development
CQI	Continuous Quality Improvement
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e. V.
DALE	Disability-adjusted Life Expectancy
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflege
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIQ	Dokumentations- und Informationssystem Qualitätssicherung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
DMFT	Decayed, Missing, Filled Teeth
DMFS	Decayed, Missing, Filled Surfaces
DRG	Diagnosis Related Groups
EACCME	European Accreditation Council for Continuing Medical Education
Ebm	Evidenzbasierte Medizin

EFQM	European Foundation for Quality Management
EG	Europäische Gemeinschaft
EGV	EG-Vertrag
EQA	European Quality Award
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GG	Grundgesetz
GHM	Groupes Homogènes de Malades
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz der Länder
GRG 2000	GKV-Reformgesetz 2000
HBFG	Hochschulbauförderungsgesetz
HCFA	Health Care Financing Administration (USA)
HDL	High Density Lipoprotein
HFA	Health for All
HNO	Hals-Nasen-Ohren
HTA	Health Technology Assessment
IAP-DRGs	International All Patient Diagnosis Related Groups
ICD	International Classification of Diseases
ICNP	International Classification of Nursing Practice
ICPC	International Classification of Primary Care
IOM	Institute of Medicine
ISI	Fraunhofer-Institut für Systemtechnik und Innovationsforschung
J1	Erste Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen
JG	Jahresgutachten
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHK	Koronare Herzkrankheiten
KID	Krebsinformationsdienst
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LDF	Leistungsbezogene Diagnose-Fallgruppen
LDL	Low Density Lipoprotein
LL	Leitlinie(n)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Minimum Data Set

MONICA	MONItoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Disease
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NbM	Narrativ based medicine
NHS	National Health Service
NI	Nosokomialen Infektionen
NIDEP	Nosokomiale Infektionen in Deutschland – Erfassung und Prävention
NNT	Number Needed to Treat
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OR	Odds Ratio
PKV	Private Krankenversicherung
PTCA	Percutane Transluminare Angioplastie
PYLL	verlorene Lebensjahre (Potenzial Years of Life Lost)
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
RAI	Resident Assessment Instrument
RCT	Randomized controlled trial
R-DRGs	Refined Diagnosis Related Groups
RRR	Relative Risikoreduktion
SB	Sachstandsbericht
SEKIS	Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle
SeuchRNeuG	Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften
SG	Sondergutachten
SGB	Sozialgesetzbuch
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
STIKO	Ständige Impfkommission
TQM	Total Quality Management
U1, U5, U10	Erste, fünfte und zehnte Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach § 26 SGB V
UEMS	Union Européenne des Sociétés Médicales
UK	United Kingdom
UQM	Umfassendes Qualitätsmanagement
USPSTF	US Preventive Services Task Force
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
WiDo	Wissenschaftliches Institut der AOK

Vorwort

1. Im Mai 1999 erteilte die Bundesministerin für Gesundheit dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen den Auftrag, ein Sondergutachten zur Verbesserung der Leistungssteuerung im Gesundheitswesen zu erstellen. Dabei sollten insbesondere Qualitätssicherung und neue Vergütungsformen, die Rolle von Gesundheitszielen, Prävention, Versichertenkompetenz und die primärärztliche Versorgung berücksichtigt werden. Im Februar 2000 hat die Bundesministerin für Gesundheit den Rat als Folge der im Januar 2000 in Kraft getretenen neu gefassten Aufgaben (§ 142 SGB V) von dem Wortlaut und der Frist ihres Auftrages vom Mai 1999 entbunden. Zugleich stellte sie dem Rat frei, in das nunmehr nach § 142 SGB V zu erstellende Regelgutachten über Bereiche der Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung, die bereits im Rahmen ihres ersten Auftrages im Rat erarbeiteten Gutachtenteile zu übernehmen.

2. Der Rat hat in das gesetzlich vorgesehene Gutachten Überlegungen aus dem ersten gesetzlichen Auftrag zu Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation sowie zur Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege integriert. Diese Teile erscheinen, einer 1996 und 1997 begonnenen Tradition folgend, hiermit in zwei Einzelbänden. Der Rat wird einen dritten Band im Frühjahr 2001 vorlegen. Alle drei Bände stellen aufeinander bezogene Teile des vom Gesetzgeber verlangten Gutachtens mit dem gemeinsamen Haupttitel „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ dar.

3. Im ersten Band mit dem Untertitel „Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation“ nimmt der Rat im ersten Kapitel zur Notwendigkeit einer stärkeren Zielorientierung im deutschen Gesundheitswesen Stellung. Er plädiert in dem Kapitel Zielbildung für einen politischen und öffentlichen Diskurs über explizite Gesundheitsziele auch in Deutschland, der über die seit 25 Jahren dominierende Kostendämpfungsdebatte hinausgeht (vgl. auch SG 1997). Er sieht darin auch wichtige Voraussetzungen für eine Erfolgsbewertung von Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Die Schaffung eines gesundheitsbezogenen Zielbewusstseins kann auch das Handeln von Verbänden und Akteuren der Mikroebene stärker auf gemeinsame Wert- und Aktionshorizonte verpflichten.

Es wird ferner auf die Verknüpfung mit einer verbesserten Gesundheitsberichterstattung und auf ihren Beitrag zu einer insgesamt stärkeren Transparenz im Gesundheitswesen und einer Versachlichung gesundheitspolitischer Kontroversen eingegangen.

Der Rat bewertet in diesem Kapitel auch Daten zum Gesundheitsstatus und zu den Gesundheitsausgaben Deutschlands im internationalen Vergleich. Ähnlich wie im jüngsten, öffentlich umstrittenen „World Health Report 2000“ der Weltgesundheitsorganisation nimmt Deutschland nach der Analyse des Rates hinsichtlich Lebenserwartung und verlorenen Lebensjahren trotz deutlicher Verbesserungen in den zurückliegenden Jahren unter den Industrieländern nur eine Mittelstellung ein. Die Position Deutschlands wird ferner durch das im internationalen Vergleich hohe Ausgabeniveau im deutschen Gesundheitswesen beeinträchtigt. Darin sieht der Rat einen Hinweis auf erhebliche strukturelle Schwächen des derzeitigen Mitteleinsatzes in Deutschland und plädiert für die Notwendigkeit weiterer Qualitätsverbesserungen von Versorgung und Prävention.

Bei der Diskussion objektiver und subjektiver Gesundheitsindikatoren sowie der Bildung und Umsetzung von Gesundheitszielen widmet der Rat der Einbeziehung von Betroffenen und den Präferenzen der Bevölkerung bei der Erstellung von Gesundheitszielen besondere Aufmerksamkeit. Ebenso werden Funktionen gesundheitspolitischer Ziele im Kontext europäischer Erfahrungen dargestellt.

Zur Analyse der, der medizinischen Versorgung im engeren Sinne zurechenbaren (bzw. nicht zurechenbaren) Wirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung weist der Rat zum Abschluss von Kapitel 1 nicht nur auf die endogenen Determinanten des Systems, sondern auch auf die Bedeutung exogener Einflussgrößen aus anderen Politikfeldern hin.

4. Kapitel 2 beschäftigt sich mit der Optimierung des Gesundheitssystems durch Gesundheitsförderung und Prävention. Der Rat plädiert nachdrücklich für mehr Prävention als lohnende und notwendige Zukunftsinvestition. Er macht neben den Beispielen von

Mundgesundheit und Impfschutz bei Kindern erneut deutlich, dass auch und gerade bei älteren Menschen hohe, kurzfristig zu mobilisierende, aber bislang vernachlässigte präventive Potenziale vorhanden sind.

Der Rat weist anhand einer bereits in Kapitel 1 ausgeführten Analyse der exo- und endogenen Einflüsse auf die Gesundheit darauf hin, dass die medizinische Versorgung im engeren Sinne lediglich 10 bis 40 %, gemessen an Indikatoren wie verlorenen Lebensjahren, dazu beiträgt und plädiert daher für eine Neuausrichtung hin auf eine intersektorale präventive Gesundheitspolitik, die über das Gesundheitswesen hinaus die Bildungs-, Vermögens- und Einkommenspolitik sowie die Felder Arbeit, Verkehr und Umwelt umfasst.

Angesichts des novellierten § 20 SGB V zur Wiedereinführung von Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung und den daran geknüpften hohen Erwartungen befasst sich der Rat mit Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – auch mit Blick auf die gesetzlich vorgesehenen Interventionen der Krankenkassen zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen.

In einem weiteren Abschnitt erörtert der Rat Ansätze, Qualitätsmängel und Hindernisse für mehr und verbesserte Prävention in der Versorgung von Kranken, speziell in der primärärztlichen Versorgung. Der Rat misst der primärärztlichen Prävention eine große Bedeutung für eine angemessene Weiterentwicklung der präventiven Versorgung bei, konstatiert aber gleichzeitig erhebliche Lücken in der praxisbezogenen Förderung und versorgungsrelevanten Forschung sowie in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung.

5. Erstmals hat der Rat den Nutzern des Systems ein eigenes, umfangreiches Kapitel gewidmet. Darunter versteht der Rat die Bürger, Versicherten und Patienten, die in unterschiedlichen Rollen dem Gesundheitssystem gegenüberstehen und durch ihr Wissen, ihre Einstellung und ihr Nutzerverhalten wesentliche, aber bislang vernachlässigte Einflussgrößen bei der Steuerung des Systems und seiner Ergebnisse darstellen.

Ein wesentliches Entwicklungsziel sieht der Rat in der verbesserten Kompetenz der Nutzer durch mehr Information und Transparenz. Der notwendige Umfang und die Qualität der Informationen sowie die angemessenen Zugangswege werden derzeit kontrovers diskutiert und müssen verstärkt zum Thema gemacht werden.

Der Rat plädiert für eine verbesserte Partizipation der Betroffenen durch mehr Informations-, Anhörungs- und Mitberatungsrechte in Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens. Er regt an, Möglichkeiten der direkten Mitentscheidung zu prüfen.

6. Band II trägt den Titel „Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege“. Der Rat hält im ersten Kapitel die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte und Pflegeberufe für ein wesentliches Element einer Qualitätskultur im Gesundheitswesen. Er plädiert hier insbesondere für eine Rezertifizierung der Fachärzte in Deutschland nach internationalem Vorbild.

7. Das zweite Kapitel (Band II) gibt eine Übersicht über Konzepte, Methoden und Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements. Der Rat betrachtet Verfahren des Qualitätsmanagements als „sekundäre Technologie“, die wie primäre Technologien der Diagnostik und Therapie vor und während ihres Einsatzes einer Überprüfung ihrer erwünschten und unerwünschten Wirkungen sowie ihrer Kosten unterzogen werden müssen (Evaluation). In diesem Kontext thematisiert er die Möglichkeiten und die Grenzen der evidenzbasierten Medizin in den „Grauzonen“ ärztlicher Entscheidungen.

Ausführlich befasst er sich mit der Entwicklung, dem Einsatz, der Qualität und der Evaluation von evidenzbasierten Leitlinien. Diese haben im Gesundheitswesen, national wie international, eine zunehmende Bedeutung gewonnen. Der Rat sieht darin ein wichtiges Entwicklungs- und Steuerungspotenzial von evidenzbasierter Medizin, das aber stark von der Qualität der Leitlinien abhängt.

8. Im dritten Kapitel (Band II) nimmt der Rat Stellung zu Fragen des Qualitätsmanagements in der primär- und spezialärztlichen Versorgung in Deutschland. Hierbei betont der Rat die Notwendigkeit einer dem Versorgungsumfeld angepassten, gezielten, nutzer- und problemorientierten Auswahl und Anwendung qualitätsorientierter Maßnahmen. Er betont

ferner die Notwendigkeit einer professionen-, institutionen- und sektorenübergreifenden Entwicklung von Qualitätsmanagement.

Der Rat widmet sich auch ausführlich den oftmals vernachlässigten, aber qualitätsrelevanten Aspekten der Patient-Arzt-Beziehung.

Einen breiten Raum nehmen ferner Fragen des Qualitätsmanagements in der Pflege ein, die vor dem Hintergrund öffentlich diskutierter Qualitätsdefizite eine besondere Bedeutung gewonnen haben.

Angesichts der in Band I Kapitel 3 vom Rat angemahnten Stärkung der Nutzerkompetenz durch mehr Information und mehr Transparenz richtet er die Forderung an die Politik, Ergebnisse der externen Qualitätssicherung öffentlich zu machen (z. B. durch obligatorische Leistungsberichte). Er schlägt ferner eine Verknüpfung mit der derzeit in Vorbereitung befindlichen Gesetzgebung zur Verbesserung der Datentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Er sieht darin wichtige Anreize für eine Umorientierung der öffentlichen Debatte zu mehr Qualität und für einen qualitätsorientierten Wettbewerb im Gesundheitswesen.

9. Das Abschlusskapitel des zweiten Bandes bilden Fragen zur Neuordnung der Krankenhausvergütung durch eine bundesweit einheitliche, fallpauschalierende und diagnosebezogene Vergütungsregelung (DRGs). Der Rat diskutiert die Potenziale der neuen Vergütungsform für eine effizientere Versorgung, weist aber gleichzeitig auf mögliche Fehlanreize hin, insbesondere auf die durch verstärkten Kostendruck verursachte Gefahr von Qualitätsminderungen. Er plädiert daher nachdrücklich für den zeitgleichen Aufbau einer verbindlichen, nach außen transparenten und für die Nutzer verständlichen Qualitätskultur in den deutschen Krankenhäusern.

Der Rat weist darauf hin, dass nach ausländischen Erfahrungen aufgrund des zu erwartenden Rückgangs der Krankenhausverweildauern mit deutlichen Mehrbelastungen der ambulanten und stationären, ärztlichen und pflegerischen Nachsorgestrukturen (nach SGB V wie auch nach SGB-IX und XI) zu rechnen ist. Diese Strukturen müssen schnittstellengenau, qualitätsbewusst und synchron weiterentwickelt werden, um Nachteile für Patienten zu vermeiden. Diese Aspekte werden in Deutschland noch kaum beachtet.

Der Rat diskutiert ferner Grundsatz- und Detailprobleme der im Sommer 2000 getroffenen Entscheidung der Vertragspartner für das australische Klassifikationssystem und stellt anreiztheoretische Überlegungen zu den Steuerungswirkungen der neuen Entgeltform und ihrer vertraglichen Umsetzung an.

10. Bei der Erstellung der beiden ersten Bände des Gutachtens hat der Rat eine große Zahl an Gesprächen geführt und wertvolle Anregungen bekommen. Er konnte sich jederzeit auf die fachkundige Information im Bundesministerium für Gesundheit stützen. Im Einzelnen dankt er Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Reinhard Busse, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, Klinikum der Universität Marburg, Frau Dr. med. Annette Güntert und Frau Martina Busch, Bundesärztekammer, Frau Dr. med. Elke Jakubowski, M.S.P., Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen, Herrn Dr. med. Thomas Lichte, Landesärztekammer Niedersachsen, Herrn Prof. Dr. med. Thomas Löscher, Klinikum Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München, Herrn Prof. Dr. med. Günter Ollenschläger, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Herrn Prof. Dr. med. Hagen Sandholzer, Universitätsklinikum Leipzig, Frau Dr. med. dent. Angelika Schreiber, M.S.P., Berlin, Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Alf Trojan, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg, Herrn Dr. med. Christian Festersen, Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands - Hausärzteverband e.V.

Für die Bearbeitung wichtiger Teile und für die Endredaktion des Gutachtens konnte sich der Rat, wie schon in der Vergangenheit, in erheblichem Umfang auf die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Zu ihnen gehören Frau Dipl.-Volksw. Antje Freytag, Herr Dr. med. Antonius Helou, M.S.P., Frau Dr. med. Ulrike Heyer, M.P.H., Frau Dr. P.H. Dipl.-Psych. Friederike Hoepner-Stamos, Frau Dr. rer. pol. Dipl.-Volksw. Karin Hummel, Frau Sabine List, Ärztin, Frau Annette Riesberg, Ärztin, und als Leiter der Geschäftsstelle Herr Dr. oec. Dipl.-Volksw. Lothar Seyfarth. Für ihr außerordentliches Engagement, das das Ausmaß des sonst üblichen weit überstieg, gebührt ihnen allen besonderer Dank.

Der Rat dankt auch den Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Institutionen einiger Ratsmitglieder, insbesondere Herrn Dipl.-Soz. Martin Beyer, Medizinische Hochschule Hannover, Frau Dr. rer. biol. hum. Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover, Priv.-Doz. Dr. med. Ferdinand Gerlach, M.S.P., Medizinische Hochschule Hannover, Herrn Dr. rer. med. Dr. phil. Thomas Gerlinger, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Herrn Dipl.-Volksw. Markus Lungen, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Herrn Dr. med. Matthias Perleth, M.S.P., Medizinische Hochschule Hannover, Herrn Marcus Redaelli, Arzt, Universität Köln, Herrn Dipl.-Volksw. Stefan Resch, Universität Mannheim, Frau Dr. med. Beate Rossa, Medizinische Hochschule Hannover, Frau Dr. phil. Ulla Walter, Medizinische Hochschule Hannover, Herrn Dipl.-Pflegepäd. Maik Winter, Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel, Herrn Dr. phil. Matthias Wismar, Medizinische Hochschule Hannover, sowie Frau Claudia Nitsch, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Der Rat dankt Frau Renate Schneid, die mit großer Sorgfalt und Geduld die technische Herstellung der Gutachtenbände bewältigte. Schließlich dankt der Rat Frau Ingrid Aengenheyster und Frau Sabine VanDen Berge für die Unterstützung der Arbeit des Rates und der Geschäftsstelle.

Wenn in dem Gutachten bei der Bezeichnung von Personengruppen, Gesundheitsberufen und anderen Kollektiven die männliche Form verwendet wird, so sind damit selbstverständlich Frauen und Männer gemeint. Die Verwendung der kürzeren männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt der Rat die Verantwortung.

Bonn, im Dezember 2000

Gisela C. Fischer

Adelheid Kuhlmei

Karl W. Lauterbach

Rolf Rosenbrock

Friedrich Wilhelm Schwartz

Peter C. Scriba

Eberhard Wille

1. Optimierung personeller Ressourcen

1. Die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen hat einen bedeutenden Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung. Deshalb misst der Rat der qualitativen Entwicklung der personellen Ressourcen einen hohen Stellenwert bei.

Diese kontinuierliche professionelle Entwicklung zu fördern ist Aufgabe aller Gesundheitsberufe, ihrer Vereinigungen und der sie beschäftigenden Institutionen. Insbesondere sind auch in nicht-akademischen Gesundheitsberufen Möglichkeiten der berufsinternen Weiter- und Fortbildung zu fördern und verstärkt Perspektiven zu eröffnen. Die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen hat einen maßgeblichen Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung (s. z. B. Hartz, E. et al. 1989). Deshalb misst der Rat der qualitativen Entwicklung der personellen Ressourcen eine hohe Bedeutung bei.

Es ist zu erwarten, dass sich die Gesundheitsversorgung spürbar verändern wird, z. B. durch revolutionierende Innovationen, kürzer werdende Verfallszeiten des Wissens, veränderte Kontexte, sich wandelnde Versorgungsstrukturen und nicht zuletzt durch die veränderte Rolle des Patienten sowie neue partizipative Entscheidungsformen. Damit ergeben sich neue Anforderungsprofile für die Gesundheitsberufe.

2. Berufe in Medizin und Pflege werden ihre Entscheidungen in wesentlich weiteren Bezugsrahmen, wie sie sich aus neuen ethischen, wirtschaftlichen und patientenbezogenen Bewertungsmustern ergeben, zu treffen und zu rechtfertigen haben. Neue Versorgungsformen wie die „integrierte Versorgung“ verlangen von den Leistungserbringern, dass sie sich an Gestaltungsaufgaben beteiligen, die über medizinische Einzelsachverhalte hinausgehen, z. B. hinsichtlich regionaler gesundheitlicher, wirtschaftlicher und struktureller Ressourcen sowie integrativer Qualitätsmanagementprogramme.

3. Tendenziell muss es nach Auffassung des Rates darum gehen, die Professionalisierungswege in Medizin und Pflege zu flexibilisieren, auf grundlegende Kompetenzen und berufsbegleitende Kontinuität hin auszurichten. Dies erlaubt es Ärzten und Pflegekräften, veränderten Anforderungen eigenständig gerecht zu werden.

Neben die Aneignung aktuellen Wissens und entsprechender Fähigkeiten muss somit ein fortgesetzter Professionalisierungsprozess treten, der bereits in der Ausbildung eingeleitet und angelegt wird. Daraus folgt, dass eine standardisierte berufsbegleitende Sicherung der jeweils aktuell erforderlichen Qualifikation zugunsten der Wissensvermittlung relativ an Bedeutung gewinnen wird.

Diese kontinuierliche professionelle Entwicklung zu fördern, ist Aufgabe aller Gesundheitsberufe, ihrer Vereinigungen und der sie beschäftigenden Institutionen. Insbe-

sondere sind auch in nicht-akademischen Gesundheitsberufen Möglichkeiten der berufsinternen Weiter- und Fortbildung zu fördern und verstärkt Perspektiven zu eröffnen.

1.1 Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten

1.1.1 Ärztliche Ausbildung

1.1.1.1 Einführung

4. Bildungsfragen gelten als zentraler Einflussfaktor für die Zukunft unserer Gesellschaft. Für die Medizin stellt sich die Frage der Ausbildung angehender Ärztinnen und Ärzte mit besonderer Dringlichkeit. Hier sind neue Inhalte und Wege erforderlich. Dies geht aus den seit Jahren anstehenden, gut begründeten Reformansätzen des Medizinstudiums und seiner im Vergleich mit dem europäischen Ausland vergleichsweise hohen Theorielastigkeit hervor. Die Medizin greift wie kaum eine Wissenschaft in elementarer und unmittelbarer Weise in das Leben und Erleben vieler Personen ein. Ihre gesellschaftliche Akzeptanz, die Übereinstimmung zwischen ihrer Leistungsfähigkeit und den gesellschaftlichen Erwartungen sind ebenso zentrale Fragen wie der wissenschaftliche Fortschritt selbst.

Der Rat begrüßt die Reformschritte der Novelle der Approbationsordnung für Ärzte (AO), die vom Kabinett gebilligt ist (Drucksache des Bundesrates 1040/97, 19. Dezember 1997) und dem Bundesrat seither zur Abstimmung vorliegt. In dieser Neufassung der Approbationsordnung werden einige Empfehlungen berücksichtigt, die der Rat wiederholt in früheren Jahren ausgesprochen hatte (vgl. insbes. SG 1994, Ziffer 303ff.; SG 1989, Ziffer 361ff.). So ist u. a. die Einführung von fächerübergreifendem, gegenstandsbezogenem Unterricht in „Querschnittsbereichen“ wie Prävention und Gesundheitsförderung, Geriatrie, Ethik der Medizin, Pharmakotherapie, Rehabilitation oder Gesundheitsökonomie geplant. Auch eine Aufwertung der psychosozialen Fächer und des Unterrichts in der allgemeinärztlichen Praxis ist vorgesehen. Der Rat befürwortet eine möglichst rasche Verabschiedung und Umsetzung der Reform.

Während sich frühere Fassungen der Novelle der ärztlichen Approbationsordnung im Wesentlichen auf das vom Murrhardter Kreis entwickelte „Arztbild der Zukunft“ (Robert-Bosch-Stiftung 1989) stützten, kann der dort dargestellte „bio-psycho-soziale“ Ansatz allein heute nicht mehr voll befriedigen. Inzwischen haben sich neue Dringlichkeiten, Denkansätze und Gestaltungsspielräume im Gesundheitswesen eröffnet, die danach verlangen, das Arztbild der Zukunft neu zu überdenken. Deren Ausgestaltung wird durch die dem Bundesrat derzeit vorlie-

gende Neufassung der ärztlichen Approbationsordnung weitgehend ermöglicht. Die mit dieser Fassung eröffneten Spielräume ermöglichen es den Fakultäten, das Studium sowohl in inhaltlicher und struktureller, als auch in didaktischer Hinsicht entsprechend den vom Rat erhobenen Forderungen auszugestalten.

5. Die Medizin als Ganzes ist stärker als im Jahrzehnt zuvor auf den Prüfstand der gesellschaftlichen Bewertung geraten. Dazu hat vor allem das Missverhältnis zwischen medizinischen Möglichkeiten und begrenzten Ressourcen beigetragen. Hinzu kommen die zunehmende Bedeutung der Partizipation von Bürgern, Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen und ein kritisches Umdenken innerhalb der Medizin selbst, das auf die Durchsetzung neu formulierter Qualitätsansprüche für medizinische Interventionen drängt. Ebenso haben sich die technologischen Möglichkeiten zur Informationsübermittlung innerhalb der Medizin stark weiterentwickelt. Von Experten werden durchgreifende Innovationen für die Behandlung wesentlicher chronischer Krankheiten vorausgesagt.

Die Veränderungen im Krankheitsspektrum und die Zunahme alter und behinderter Patienten führen zu sehr komplexen Gesundheitsproblemen und Betreuungsaufgaben. Hier sind im Typ neue präventive und therapeutische Zugänge erforderlich, die oft nur durch neue multiprofessionelle Zugänge zu lösen sind.

Gesellschaften mit höherem Anteil von Migranten erfordern Ärzte, die fähig sind, Werte, Alltagspraktiken und Erfahrungen von Patienten verschiedener Herkunftsländer im Rahmen der ärztlichen Betreuung adäquat zu berücksichtigen.

Das Studium in seiner derzeitigen Form trägt einen wichtigen Anteil an der Karriereplanung seiner Absolventen. Neben dem Aufbau und der Struktur des Curriculums, z. B. hinsichtlich des Anteils der Allgemeinmedizin an der Lehre, ist das Vorhandensein eigenständiger und leistungsfähiger Abteilungen für Allgemeinmedizin ein wichtiger Prädiktor für die spätere Berufswahl von Absolventen. Weitere Einflussfaktoren sind das persönliche Profil der Studierenden (z. B. soziale Verantwortung, Erfahrungen mit Allgemeinmedizin, ländliche Herkunft und das Auswahlverfahren zum Medizinstudium) (Urbina, C. et al. 1994).

Es ist heute nicht mehr davon auszugehen, dass Absolventen des Medizinstudiums ausschließlich als Ärzte in Praxis und Klinik tätig werden. Darüber hinaus bieten sich weitere Tätigkeitsfelder, die medizinischen Sachverstand erfordern und in Zukunft vermutlich an Bedeutung gewinnen werden. Verständnis und Kenntnis der komplexen strukturellen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Zusammenhänge im Gesundheitswesen spielen dabei eine entscheidende Rolle.

Das Medizinstudium sollte dem – zumindest insoweit Rechnung tragen, als angehende Ärzte befähigt werden, einen Zugang zu gesundheitsökonomischen, gesundheitspolitischen und vom ärztlichen Denken getragenen Ent-

scheidungen und deren Auswirkungen zu finden. Hierzu gehört z. B. eine Betrachtung unterschiedlicher Orientierungs- und Gestaltungsmöglichkeiten eines Gesundheitswesens im internationalen und historischen Vergleich. Wesentliche Lerneffekte können auch von Erfahrungen bei Praktika in verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, auch in lokalen Versorgungsnetzen oder gesundheitsbezogenen Modellvorhaben ausgehen.

Einen weiteren ergänzungsbedürftigen Bereich stellt die Telematik in der Medizin dar. Ungeachtet der besonders raschen Entwicklung in diesem Bereich sollte das Studium zumindest auch hier wegbereitend für eine spätere vertiefende Aneignung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, z. B. im Rahmen der Weiterbildung oder anderer Qualifizierungen wirken.

In dieser Situation ist ärztliches Handeln in einem Umfeld neuer technologischer und qualitätsorientierter Möglichkeiten sowie neuer oder deutlich hervortretender Rechtfertigungsräume zu sehen. Damit wird das bisher favorisierte Bild und Ausbildungsziel eines biomedizinisch und klinisch ausgebildeten Anwenders wissenschaftlicher Erkenntnisse erweitert in Richtung auf einen in patientenzentrierten, qualitätsorientierten und ökonomischen Kontexten abwägenden Vermittler und Anwender optimierter Interventionswege. Hinzu kommen Aufgaben aus dem Managementbereich, denen sich der Arzt heute weder in der Klinik noch in der Praxis entziehen kann. Die ökonomischen Rahmenbedingungen erfordern z. B. einen erheblichen Gestaltungsaufwand bezüglich Zielsetzung, Arbeitsschwerpunkten und Ausstattung der Krankenhäuser. Gleichermaßen stellen integrierte Versorgungsformen den Arzt vor dispositive Aufgaben, die planerische Weitsicht, ökonomisches Management und Kooperationsfähigkeit besonders auch mit Verhandlungspartnern außerhalb der Medizin voraussetzen.

Aus diesen Anforderungen erwächst ein neues Kompetenzprofil für den Arzt, das bereits in der Ausbildung vermittelt, zumindest aber angelegt werden sollte. Auch in internationalen Diskussionen um die „kontinuierliche professionelle Entwicklung“ wird die Förderung der oben genannten erweiterten Kompetenzen bereits im Medizinstudium gefordert (Peck, C. et al. 2000).

6. Zur Vermittlung oder Förderung dieser Kompetenzen kann bereits auf eine Vielfalt an Erfahrungen mit der Umsetzung von Reformansätzen an deutschen und internationalen Medizinfakultäten zurückgegriffen werden. Jenseits der klassischen Reformstudiengänge wie in McMaster, Maastricht oder Witten/Herdecke haben viele Medizinfakultäten weltweit ihr Curriculum grundlegend umstrukturiert, z. B. Harvard oder Cambridge. Dabei waren didaktische Veränderungen, z. B. interaktive Lernstile oder Praktika, zumeist auch verbunden mit einer verstärkten primärmedizinischen Ausrichtung der Studieninhalte und der Ausbildungsorte (Übersicht bei Schnabel, K. 1999). Auch an deutschen Fakultäten sind in den letzten Jahren vielfältige Reformen – zumeist innerhalb bestehender Studienstrukturen im Rahmen von Wahl- oder auch Pflichtveranstaltungen – eingeführt worden (GMA 2000).

Der Rat begrüßt es in diesem Zusammenhang, dass das Bundesministerium für Gesundheit Anfang 1999 mit der Verankerung einer seit langem geforderten Modellversuchsklausel in die Approbationsordnung die Möglichkeit geschaffen hat, dass nun grundlegende Reformen der Studienstruktur und der Prüfungen vor dem 2. Staatsexamen realisiert und aufeinander abgestimmt werden können (Bundesministerin für Gesundheit 1999, § 36a „Modellstudiengang“). Die Reformstudiengänge an der Humboldt Universität in Berlin und an der Universität Witten/Herdecke sind die Ersten, die ihr Curriculum an dieser gesetzlichen Grundlage ausgerichtet haben und sich einer externen Evaluation unterziehen.

7. Um Zeit für die Vermittlung von Kompetenzen zu schaffen, die es angehenden Ärzten künftig besser als bisher ermöglicht, den oben genannten Anforderungen der Gesundheitsversorgung und der kontinuierlichen professionellen Entwicklung gerecht zu werden, ist es für Regel- und Modellstudiengänge gleichermaßen unerlässlich, dass der Lernzielkatalog um eine Vielzahl an Inhalten entlastet wird, die der Weiterbildung zuzurechnen sind und die nur dort adäquat vermittelt werden können.

1.1.1.2 Ärztliche Basiskompetenzen

8. Die Novelle der ärztlichen Approbationsordnung bietet die Chance, allen zukünftigen Ärzten Qualifikationen zu vermitteln, die sich als allgemeine ärztliche Kompetenzen beschreiben lassen. Sie setzen medizinisches Wissen und Können voraus, erschöpfen sich jedoch nicht darin.

9. Der Schlüssel zum Verständnis des Konzeptes der ärztlichen Kompetenzen liegt darin, dass mit ihnen assoziierte Fähigkeiten komplementär zu den im konventionellen Curriculum erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten stehen, aber gleichwohl wesentliche Schritte zur Professionalisierung und ärztlichen Sozialisation darstellen. Die berufliche Vorbereitung des Arztes in Aus- und Weiterbildung bedarf neben der reinen Vermittlung von Wissen und Können einer ergänzenden Lehre über die Anwendung medizinischer Möglichkeiten. Es geht darum, dem Arzt als gesonderte ärztliche Leistung jenen kritischen Entscheidungsprozess nahe zu bringen und transparent zu machen: Er sollte den wissenschaftlich qualifizierten Anforderungen ebenso standhalten wie den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und nicht zuletzt dem patientenbezogenen Gesundheitsproblem. Damit wird der ärztliche Entscheidungsprozess als gesonderte Leistung anerkannt und zur überprüfaren ärztlichen Qualifikation.

Zur Definition der ärztlichen Kompetenz bezieht sich die internationale Literatur bisher meist auf Teilkomponenten wie *essential knowledge, fundamental skills oder personal qualities, values and attitudes* (z. B. Association of American Medical Colleges 1984). Die deutschen Entsprechungen dieser Begriffe wurden bisher meist in einen Zusammenhang mit dem „Ausbildungsziel Arzt“ gebracht oder global unter den Schlagwörtern „Fähigkeiten“

und „Fertigkeiten“ subsumiert. Der Murrhardter Kreis spricht auch von „spezifisch ärztlicher Kompetenz“ (Robert-Bosch-Stiftung 1989).

Bereits 1984 stellte eine Arbeitsgruppe der Association of American Colleges in ihrem Abschlussbericht „*Physicians for the Twenty-first Century*“ fest, dass „alle Ärzte, gleich welcher Fachrichtung, ein gemeinsames Fundament an Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten, Werten und Haltungen“ bedürfen (Association of American Medical Colleges 1984; Muller, S. 1989).

In der *Edinburgh Declaration*, einer Resolution der World Federation for Medical Education, wird unter anderem die Aufwertung der Lehre gegenüber der wissenschaftlichen Arbeit in den medizinischen Fakultäten empfohlen; die Curricula sollten dahin gehend modifiziert werden, die Vermittlung von Faktenwissen zu ergänzen und in die Vermittlung sozialer Werte sowie umfassender Basisfähigkeiten zu ärztlich-professionellem Handeln zu integrieren (World Federation for Medical Education 1988).

Anforderungen an den „zukünftigen Arzt“ sind in Deutschland in früheren Jahren vom Murrhardter Kreis (Robert-Bosch-Stiftung 1989) und vom Wissenschaftsrat (Wissenschaftsrat 1992) unter bemerkenswertem Echo in der Hochschulöffentlichkeit formuliert worden, wobei der Begriff der ärztlichen Kompetenz zwar nur implizit adressiert wurde, gleichwohl aber wichtige Elemente eines umfassenden, interdisziplinären Konzeptes enthalten sind. Der Murrhardter Kreis identifiziert zunehmend sich differenzierende Tätigkeitsfelder für Ärzte, dem die heutige überwiegend individualmedizinisch ausgerichtete Ausbildung gegenüber steht. Erwartungen an künftige Absolventen entstehen aber in zunehmendem Maße aus anderen Bereichen, wie dem öffentlichen Gesundheitsdienst oder betriebsärztlichen Diensten, und aus Anforderungen hinsichtlich der Verantwortung von Ärzten für die Qualität, Effektivität und Wirtschaftlichkeit ihrer Tätigkeit (Robert-Bosch-Stiftung 1989).

In den erwähnten Berichten wurden eine Reihe von grundlegenden Kompetenzen beschrieben, in denen es regelmäßig um eine Dreiteilung der ärztlichen Kompetenzen geht: Wissen, Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten sowie Haltungen bzw. Einstellungen. Diese Bereiche bilden das Gerüst, in dem sich die Differenzierung und Operationalisierung einzelner Kompetenzen bewegt. Zweifelsohne werden im derzeitigen Curriculum Elemente dieser Kompetenzbereiche vermittelt, wobei Umfang und Qualität Gegenstand verschiedener Kontroversen waren und sind. Im Zentrum der Überlegungen steht dabei nicht ein Arzt, der seine Legitimation durch das bloße Bestehen des Staatsexamens erwirbt, sondern ein Arzt, der grundlegende Kompetenzen als graduelle Ausformung der Arztpersönlichkeit entwickelt und erlebt.

10. Ärztliche Basiskompetenzen lassen sich durch folgende umsetzungsbezogene Komplementärbereiche charakterisieren:

- Entscheidungskompetenz: Bei vielen Entscheidungen des ärztlichen Berufsalltags ist eine Zusammen-

führung und Auseinandersetzung mit unterschiedlichen, z. B. medizinischen, ökonomischen, sozialen, psychologischen Realitäten und wegweisenden Zielkategorien notwendig. Dazu gehört, dass der Studierende lernt, Interventionen über die unmittelbaren Wirkungen im Sinne wahrscheinlicher Verläufe sinnvoll zu definieren. Darüber hinaus geht es um professionelle Management- und Steuerungsaufgaben im jeweiligen beruflichen und bevölkerungsbezogenen Umfeld. Der Arzt benötigt hierfür ein angemessenes „Dispositionsvermögen“ gegenüber den unter den jeweiligen Rahmenbedingungen vorgehaltenen medizinischen Möglichkeiten (Fischer, G. C. 1995).

- Handlungskompetenz: Sie umfasst die handlungs- und verhaltensbezogenen Fähigkeiten zur erfolgreichen Entfaltung des Wissens und Könnens. Sie stellt dem Arzt Mittel bereit, z. B. zum Umgang mit dem Kranken, wie klinische und kommunikative Qualitäten, aber auch zum Handeln in den Strukturen des Gesundheitswesens.
- Persönliche ärztliche Kompetenz: Der angehende Arzt bedarf der systematischen Unterstützung seiner moralisch-ethischen und arztrechtlichen Urteilsfähigkeit, seiner Bereitschaft zur kritischen Reflexion sowie seines individuellen ärztlichen Wirk- und Leistungsprofils. Auch Teamfähigkeit und die Fähigkeit, eine tragfähige Beziehung zu Patienten aufzubauen, auf ihre Präferenzen einzugehen, sie von einem Therapiekonzept zu überzeugen und sie zu Verhaltensänderungen zu motivieren, bedürfen einer gezielten Schulung.

11. Absolventen bemängeln eine mangelnde Praxiserfahrung und eine fehlende Schulung in fächerübergreifendem Denken. Kommunikative und kooperative Fähigkeiten und Grundlagenwissen werden zu wenig berücksichtigt (Council on Long Range Planning and Development 1996). Diese Kritik wird von Assistenten und Fachärzten zum Teil noch deutlicher formuliert. Ein Viertel dieser Gruppe fühlt sich „sehr schlecht“ auf den Beruf vorbereitet. Wie dringlich es ist, bereits im Studium an der Bildung der Arztpersönlichkeit zu arbeiten, geht aus einer 1993 von der Universität Konstanz durchgeführten Studie hervor, wonach angehende Mediziner im Gegensatz zu Studierenden aller akademischen Fächer im Studium eine Reduzierung ihrer Kritikfähigkeit, die unter dem Ausgangsniveau bei Studienbeginn gesehen wird, beklagen. Auch intellektuelle Fähigkeiten erfahren hierbei nur eine schlechte und ebenfalls im Laufe des Studiums teilweise abnehmende Förderung (Perleth, M. 1998). Schließlich stellen angehende Mediziner einen Mangel an Persönlichkeitsbildung und Sinn stiftenden Bezügen zum fachlichen Wissensgut fest (Meister, J. J. u. Schindler, G. 1994).

Der Student braucht Kenntnisse und Fähigkeiten, das „Wie“ in der Medizin zu beherrschen, d. h.: Wie sehen die naturgesetzmäßigen Zusammenhänge aus? Wie führe ich medizinische Maßnahmen richtig durch? Wie gelange ich zu Effektivität? Der Student sucht aber auch nach dem „Warum“ und „Wozu“ im Lehrstoff. Fragen, wie sie die

Medizin auch unter gesellschaftlichen und politischen Aspekten heute beschäftigen, gehören durchaus ins Studium (Fischer, G. C. 1995).

Derzeit lässt sich allerdings nicht von einer Konzeptualisierung der Ausbildung zu einem mit grundlegenden Kompetenzen ausgestatteten Arzt sprechen. Das Curriculum ist so angeordnet, dass die Lehr- und Lerninhalte nur wenig zeitlich oder inhaltlich miteinander vernetzt sind, beispielsweise im Sinne einer Lernspirale oder integrativer Fächerkombinationen.

12. Grundlegende Kompetenzen lassen sich neben dem klassischen Fächerkanon einer Reihe von Bereichen zuordnen, die national und international als defizitär angesehen werden. Dabei werden sowohl fächerübergreifende als auch fachspezifische Gebiete benannt (Tabelle 1, Seite 21).

Trotz ihrer Unterschiedlichkeit gibt es zwischen diesen Bereichen Gemeinsamkeiten. Sowohl die Lehrbereiche als auch teilweise die zugeordneten medizinischen Disziplinen werden von Experten und Arbeitsgruppen gleichermaßen als essenziell für die zeitgemäße Arztausbildung, aber in den derzeitigen Curricula als unterrepräsentiert bewertet. Wegweisend sind hier die Diskussion um das Ausbildungsziel und die damit verbundene Modifikation des Medizinstudiums sowie die veränderten gesellschaftlichen Erwartungen an Ärzte.

1.1.1.3 Ausgewählte Ansätze zur Verbesserung der ärztlichen Ausbildung

1.1.1.3.1 Psychosoziale und kommunikative Fähigkeiten

13. Das Gespräch mit Patienten als Diagnose- und Therapiemaßnahme wird seit längerer Zeit als zentraler Bestandteil einer „Theorie der Humanmedizin“ (Uexküll, T. von u. Wesiack, W. 1988) diskutiert. Für die Ausbildung sind auch aktuelle, darauf aufbauende erkenntnistheoretische Modelle relevant, wonach die wahrgenommene Wirklichkeit als das Ergebnis von Bedeutungszusammenhängen erst „konstruiert“ wird (z. B. Uexküll, Th. von u. Wesiack, W. 1998; Knorr-Cetina, K. 1991).

In der Ausbildung für die ärztliche Gesprächsführung wurden wiederholt Ausbildungsmängel identifiziert. Zu diesen Mängeln gehört die Fähigkeit, die wirkliche Natur der Beschwerden zu erkennen und die Aussagen des Patienten „auf den Punkt zu bringen“. Psychologische, soziale und ökologische Aspekte, deren Bedeutung in Anbetracht des veränderten Morbiditätsspektrums (mehr chronische Krankheiten, mehr ältere Patienten) noch weiter zunimmt, werden vernachlässigt und wichtige verbale und non verbale Hinweise werden nicht erkannt und gedeutet. Schließlich werden Verhaltensfehler gegenüber den Patienten, wie der Versuch, eine zu starke Kontrolle über diese auszuüben, angeführt. Der Schluss, zu dem Maguire et al. kommen, ist ebenso aktuell wie ihre Mängelliste: dass die herkömmlichen Methoden der klinischen Ausbildung offensichtlich nicht ausreichen, die Studierenden adäquat in ihren Anamnese Fähigkeiten zu schulen (Maguire, G. P. u. Rutter, D. R. 1976).

Tabelle 1

Beispiele für Lehrbereiche von ärztlichen Kompetenzen und mögliche assoziierte Disziplinen^{a)}

Kompetenz	Beispiel für Lehrbereich	Mögliche assoziierte medizinische Disziplinen ^{a)}
Entscheidungskompetenz	EbM, Lernen nach dem Muster der Leitlinienentwicklung, gesellschaftliche und wirtschaftliche Zusammenhänge im Gesundheitswesen,	Klinische Fächer, Epidemiologie, Gesundheitsökonomie, Sozialmedizin, Medizinsoziologie
Handlungskompetenz	traditionelle medizinische Fertigkeiten, psychosoziale und kommunikative Fähigkeiten, Informationsgewinnung und Informationsverarbeitung, Management im Gesundheitswesen, Telematik in der Medizin	Klinische Fächer, Allgemeinmedizin, Medizinpsychologie, Public Health, Bevölkerungsmedizin, Gesundheitsmanagement, Medizininformatik,
Persönliche ärztliche Kompetenz	Lernfähigkeit, Teamfähigkeit, kommunikative und psychosoziale Fähigkeiten, Ausprägung ärztlicher Wertbilder, Ausprägung persönlicher ärztlicher Kompetenzschwerpunkte	Ethik der Medizin, Medizinpsychologie, Allgemeinmedizin.

a) Selbstverständlich können diese Kompetenzen auch in anderen Disziplinen vermittelt werden.

Quelle: Eigene Darstellung

14. Psychosoziale Kompetenz ist ebenso lehr- und lernbar wie Gesprächstechnik und Informationsgewinnung, was allerdings nicht selten angezweifelt und mit der Behauptung konterkariert wird, mit den richtigen „menschlichen Qualitäten“ werde sich die geforderte Kompetenz schon einstellen. Im Folgenden werden wichtige Einzelpunkte angesprochen.

Erhebung der Anamnese

15. Untersuchungen zu Anamnesefähigkeiten und Unterrichtskonzepte verschiedener internationaler Universitäten stimmen überein, dass bei der Erhebung der Anamnese die gewonnenen Informationen von der angewandten Technik zur Gewinnung dieser Informationen unterschieden werden müssen (Robert-Bosch-Stiftung 1989; World Federation for Medical Education 1988). Dabei wird auch auf die im Vergleich zur Gesprächstechnik größere Schwierigkeit hingewiesen, adäquate Informationen von den Patienten zu erhalten (Uexküll, Th. von, u. Wesiack, W. 1988). In der Praxis der klinischen Ausbildung wird der Schwerpunkt der Anamneseerhebung häufig darauf gelegt, überhaupt die Informationen zu erhalten, die eventuell zur Diagnosestellung verhelfen können. Da die Dozenten den Gesprächen in der Regel nicht beiwohnen, kann eine Rückmeldung häufig nur indirekt über

die Menge und Qualität der erhobenen Daten erfolgen. Sachliche Fehler, Ungereimtheiten, versteckte Hinweise der Patienten und letztlich die Gesamtsituation werden nicht reflektiert. So kann bei den Studierenden der Eindruck entstehen, das „Drumherum“ sei Nebensache, wichtig sei es nur, möglichst schnell die Krankheit zu erraten.

Dieses fehlende Feedback ist als einer der gravierendsten Mängel in der klinischen Ausbildung überhaupt anzusehen, denn ein detailliertes Feedback hat nachweislich einen sehr guten Lerneffekt mit Auswirkung auf die Qualität und Inhalte der Gesprächsführung (Davis, D. et al. 1999). Der zurzeit im ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung vorgesehene Block „Umgang mit Patienten“, der mit Multiple-Choice-Fragen geprüft wird, ersetzt nicht den klinischen Untersuchungskurs in kleinen Gruppen an geeigneten Patienten.

16. Patienten in Universitätskliniken sind für die Vermittlung psychosozialer Kompetenzen oft nicht gut geeignet. Zum einen werden einige wenige Patienten von den Dozenten wiederholt für den Unterricht ausgewählt und dadurch stark strapaziert. Zum anderen sind Patienten mit komplexen und schweren Krankheitsbildern häufig weder geeignet noch notwendig, um elementare Kenntnisse und Fähigkeiten einzuüben.

Ein zentrales Problem der Ausbildung am Universitätskrankenbett ist darin zu sehen, dass Universitätsklinika überwiegend einen hochspezialisierten Versorgungsauftrag erfüllen und entsprechend Patienten mit einem zumeist hochselektierten Krankheitsspektrum behandeln, was zu einer falschen Vorstellung von der Häufigkeit bestimmter Gesundheitsbeeinträchtigungen führen kann. Ein Folgeproblem besteht in der Überrepräsentanz hoch spezialisierter, z. B. operativer Fächer während der klinischen Ausbildung.

Häufig wird es auch versäumt, die Krankheitskonzepte der Patienten zu erfragen, die bei der Evaluation persönlicher und psychosozialer Faktoren im Sinne einer Verzerrung der Aussagen der Patienten unbedingt berücksichtigt werden sollten (Uexküll, Th. von u. Wesiack, W. 1988). Durch diese Vernachlässigung der Patientenperspektive gehen möglicherweise wertvolle Informationen verloren.

Situationsbezogene ärztliche Gespräche

17. Arzt-Patient-Begegnungen in unterschiedlichen Situationen erfordern unterschiedliche Vorgehensweisen. Die Ausbildung am Krankenbett trägt dem nur zum Teil Rechnung. So lernen die Studierenden zwar verschiedene Abteilungen und die Besonderheiten der jeweiligen Anamnese kennen, mehr als ein Einblick ist aber oft nicht möglich. Außerdem beschränkt sich fast der gesamte Unterricht auf das Krankenhaus. Die in der Realität häufigste Begegnung, die Konsultation in der Praxis des niedergelassenen Arztes, wird vernachlässigt. Gerade hier lassen sich aber am deutlichsten verschiedene Phasen der Konsultation unterscheiden: Prädiagnostische Phase (Orientierung, Erwartungshaltung des Patienten), Diagnosephase (Anamnese und Befund), Information (Aufklärung und Beratung) und die Behandlungsplanung.

Weitere Defizite bestehen in den Bereichen, welche die Beratung, Aufklärung, insbesondere auch die Ermöglichung einer partizipativen Entscheidungsbildung des Patienten (vgl. Abschnitt I-3.2.3) sowie persönliche und familiäre Probleme der Patienten betreffen. Unter Beratung ist sowohl die individuelle Beratung des Patienten zu immer wiederkehrenden Fragestellungen (z. B. Umgang mit beruflichen Belastungen, gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen), als auch die Hilfestellung bei Konsultation von Fachärzten und Spezialambulanzen zur weiteren Diagnostik und Therapie zu verstehen. Von besonderer Bedeutung ist eine psychosozial orientierte Beratung unter langzeitigen und familienmedizinischen Versorgungsbedingungen (z. B. Umgang mit chronisch kranken Kindern, Unterstützung von pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen). Im Medizinstudium kommen die Studierenden mit diesen Aspekten, wenn überhaupt, meist nur auf der Basis des Kennenlernens, nicht eines Lösens in Berührung.

Ärztliches Verhalten

18. Im Folgenden wird die zentrale Bedeutung thematisiert, die dem Verhalten – jenseits einer primär auf Infor-

mationsgewinn gerichteten Anamneseerhebung – bei der ärztlichen Beratung und der Patientenführung zukommt.

Die Begegnung mit dem Arzt hat für den Patienten häufig schicksalhaften Charakter. Nicht nur im Falle hoch akuter und besonders bedrohlicher Situationen richtet sich die Hoffnung des Kranken keineswegs nur auf die medizinischen Verfahren. Sie ist eng verbunden mit Erwartungen an die jeweilige dem Patienten begegnende Arztpersönlichkeit. In entscheidender Weise kann der Arzt hier, indem er den Appell des Kranken erkennt und Mut, Hoffnung und Durchhaltevermögen vermittelt, zum Krankheitsverlauf beitragen.

Das Studium erfordert angesichts der zentralen Rolle, die der Arzt als mitmenschlicher Mittler zwischen dem Kranken und dem Medizinsystem einnimmt, die Förderung einer den gesellschaftlichen Erwartungen entsprechenden Persönlichkeit. Bereits im Studium müssen angehende Ärzte systematisch den Einsatz ihrer eigenen persönlichkeitsprägenden Ressourcen als kommunikatives Medium erlernen. Zur Herausbildung ihrer jeweiligen Arztpersönlichkeiten benötigen sie ein Feedback über ihre Wirkung auf den Kranken. Sie sollten lernen, sich ihrer spezifischen ärztlichen und mitmenschlichen Rolle im Rahmen eines Krankheitsverlaufes bewusst zu werden. Die auf ihre Person gerichteten Erwartungen des Kranken gilt es wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren.

In der ambulanten Langzeitversorgung, wie sie vorrangig durch Hausärzte ausgeübt wird, bestehen ebenfalls erhebliche Einflüsse auf Krankheitsverläufe und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, die sich allein auf Inhalt, Umfang und Stil der ärztlichen Versorgungsplanung und Patientenberatung bzw. der so genannten „Patientenführung“ zurückführen lassen. Der in biologischen Parametern interpretierte Krankheitsverlauf spiegelt sich in charakteristischer Weise im Erleben und Bewusstsein des Patienten.

19. Eine ärztliche Beratung, die von einem Verständnis der Gesundheitserwartungen, Konzepte und Lebensvorstellungen des Patienten ausgehend den Stellenwert eines Gesundheitsproblems im biographischen Kontext des Patienten versteht, kann sehr wesentlich zur Verhinderung von Chronifizierungs- und Krankheitsfixierungsprozessen einschließlich der damit unter Umständen verbundenen erheblichen ökonomischen Folgen beitragen (s. Abschnitt II-3.3). Das enge Zusammenwirken von – namentlich im ambulanten Sektor – vorgebrachten Beschwerdekomplessen und dem individuellen Lebenskontext im Sinne einer Art Schicksalsverständnis für die Patienten, wird im Studium kaum jemals angesprochen. Nur auf diese Weise aber treten die wirklichen Lebensbedürfnisse des Patienten, die unter Umständen in das Gesundheitswesen verschoben werden, hervor. Es können Complianceprobleme rechtzeitig erkannt und „Krankheitskarrieren“ verhindert werden (Grol, R. 1985).¹

¹ Entsprechend operationalisierte Konzepte einer ärztlichen Beratung liegen bereits als Lehrgrundlage vor (vgl. Fischer, G. C. et. al. 1993).

Eine wichtige Komponente ärztlichen Verhaltens ist die Teamfähigkeit. Sie wird heute als unverzichtbarer Bestandteil einer sinnvollen Kooperation sowohl im Rahmen integrierter Versorgungsmodelle als auch in der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberatern gefordert, z. B. im Rahmen der ambulanten Rehabilitation und Pflege. Teamfähigkeit spielt eine zentrale Rolle im alltäglichen Stationsdienst. Die Effektivität, sowohl bei der Indikationsstellung als auch bei der Durchführung medizinischer Maßnahmen, lässt sich vermutlich durch kooperative Planung des weiteren Vorgehens unter Einbeziehung der jeweils fachlichen Kompetenzen wesentlich steigern. Bisher wurde die Fähigkeit, sich im Team mit Partnern im Gesundheitswesen auseinanderzusetzen, im Studium zu wenig geübt.

1.1.1.3.2 Leitlinien

20. Die Systematik der Entwicklung, Bewertung und Anwendung evidenzbasierter Leitlinien sollte in den klinischen Unterricht eingeführt werden (vgl. Abschnitt II-2.4). Die wesentlichen didaktischen Vorteile dieses Vorgehens sind wie folgt zu sehen:

- Es entsteht die unmittelbare Verbindung zu dem auf bestmöglichem Niveau gesicherten Wissensstand zum jeweiligen Krankheitsbild.
- Die Lektüre wissenschaftlicher Veröffentlichungen und die Beurteilung ihrer inhaltlichen und methodischen Qualität führt zu einer wesentlichen Schärfung wissenschaftlichen Denkens, das zugleich eine Synthese inhaltlicher und methodischer Faktoren erfordert. Der Wissensgehalt wird ebenso transportiert wie die Sicherheit des entsprechenden Erkenntnisstandes.
- Gleichzeitig wird die Relativität der Erfolge medizinischer Maßnahmen deutlich. Der Studierende erhält bisher nur unzureichend vermittelte Einblicke in die Grenzen und konkreten Wahrscheinlichkeiten, mit den von medizinischen Interventionen gewünschte Effekte zu erwarten sind. Deutlicher als bei einem sektoralen theoretischen Unterricht werden bei dieser Betrachtung für den Studierenden auch die medizinimmanenten „Grauzonen“, die z. B. zwischen der grundlagenforschungsgeleiteten Entwicklung eines neuen Verfahrens und dessen konkreter Wirksamkeit bei Patienten in der Regelversorgung liegen (vgl. Abschnitt II-2.3).
- Die Erarbeitung von Implementierungspraktiken (vgl. Abschnitt II-2.2) bildet eine Brücke zur Regelversorgung und ist als didaktisches Medium geeignet, die in der Ausbildung immer wieder beklagte Kluft zwischen Theorie und Praxis zu relativieren. Indirekt erschließen sich dem Studierenden mit der Erarbeitung der Leitlinie auch die Modalitäten unseres Gesundheitswesens, die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung und deren Beziehungen zur praktischen ärztlichen Berufsausübung. Zum konkreten Einsatz des Leitlinienprinzips in die Didaktik der medizinischen Ausbildung siehe Abschnitt II-2.3.6.1.

1.1.1.3.3 Allgemeinmedizinische Studieninhalte und Ausbildung im ambulanten Setting

21. Das derzeitige Medizinstudium findet überwiegend im Setting von Universitätskliniken und in der stationären Versorgung an Lehrkrankenhäusern statt. Auch die daran anschließende Weiterbildung wird überwiegend im stationären Sektor erworben. Die ärztliche Sozialisation findet daher in einem spezialisierten Umfeld an Patienten statt, die schwerer krank sind, ungewöhnlichere Symptome und seltenere Krankheiten aufweisen als das Patientenspektrum in der ambulanten Versorgung, in der die Mehrheit der Arzt-Patienten-Kontakte stattfindet. Dadurch werden Medizinstudierende von der Realität der Krankenversorgung auf Gemeindeebene fern gehalten.

Diese Fehlbalance zwischen spezialärztlichen und hausärztlichen Qualifikationsansätzen während des Studiums ist auch angesichts der seit langem bestehenden gesundheitspolitischen Schwerpunkte und der gesetzlich verankerten Stärkung der hausärztlichen Versorgung und Förderung integrierter Versorgungsformen problematisch. Diese Fehlbalance kann sicherlich auf der Universitätsebene allein nicht korrigiert werden. Aber in einer sich abzeichnenden Atmosphäre entsprechender gesundheitspolitischer Steuerungsversuche fällt den Universitäten zumindest ein Umlenken auf curricularer Ebene zu.

22. Bisherige Erfahrungen mit Studienreformen haben gezeigt, dass eine pure Ergänzung des Curriculums um Wissensinhalte mit gemeindeorientiertem oder primärmedizinischem Bezug nicht ausreicht, um Studierende zur ambulanten Versorgung zu motivieren und zu befähigen. Die Ausbildung sollte verstärkt in das Setting der ambulanten Arztpraxis und anderer außeruniversitärer Institutionen verlegt werden (vgl. European Observatory on Health Care Systems 2000).

Der Rat unterstützt daher die Empfehlungen des Wissenschaftsrats (1999), eine Ausweitung des allgemeinmedizinischen Unterrichts im ambulanten Setting an allen medizinischen Fakultäten zügig umzusetzen. Forschung hält der Wissenschaftsrat nur an ausgewählten Fakultäten für erforderlich. Der Rat befürwortet hingegen eine verstärkte Institutionalisierung des Fachgebiets Allgemeinmedizin an C4-Lehrstühlen.

23. Allgemeinmedizin arbeitet zwar mit dem Wissen anderer Fächer (z. B. Innere Medizin, Pädiatrie), der Umgang mit diesem Wissen im Kontext kontinuierlicher und longitudinaler Betreuung von Patienten mit ihren Familien, oft in einer „Grauzone“ von Unsicherheit, Kompromissen und Wissenschaftlichkeit (Naylor, C. D. et al. 1995), macht aber eine verstärkte Integration allgemeinmedizinischen Unterrichts innerhalb des Curriculums notwendig.

Damit bietet der Unterricht in der Arztpraxis eine wesentliche Ergänzung zum Unterricht am Bett im Krankenhaus. Ein möglichst früh im Curriculum angesiedelter Kontakt mit der Primärmedizin führt zu Schlüsselerfahrungen, die das ärztliche Selbstverständnis beeinflussen können und – insbesondere wenn sie auch im weiteren Verlauf der Ausbildung fortgesetzt bzw. wieder aufgegriffen werden –

möglicherweise richtungsgebend für den weiteren beruflichen Werdegang sein können. Hierzu gehört die Erfahrung einer kontinuierlichen und umfassenden Patientenbetreuung, das Kennenlernen des häuslichen Umfelds von Patienten, die Beobachtung von Symptomen im Frühstadium von Erkrankungen, das Erlernen der Differenzialdiagnose und -therapie unter Berücksichtigung des Krankheitsspektrums in der ambulanten Versorgung, speziell in der hausärztlichen Praxis (Fields, S. A. et al. 2000).

Gemeindeorientierung im allgemeinmedizinischen Unterricht bedeutet, sozialmedizinische Aspekte zu integrieren. Das Prinzip eines gemeindebasierten und -orientierten Curriculums besteht darin, die wichtigsten Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in den Mittelpunkt zu stellen, für die eine Universität Ärzte ausbildet (White, K. L. u. Conelly, J. E. 1992). Diese Auffassung enthält einige wichtige Aspekte:

- Der Inhalt der Ausbildung ist nicht mehr eine Funktion der inneren Struktur der sie gestaltenden Fächer (Gegenstandskatalog). Vielmehr werden sie in ihrer Relevanz für ein tieferes Verständnis der Gesundheitsprobleme der Bevölkerung gesehen.
- Ein gemeindebasierter Ansatz bindet Studierende in die Gesundheitsversorgung einer Gemeinde ein. Sie sammeln im Rahmen des regulären Studiums Erfahrungen in Krankheitsverhütung und Gesundheitserziehung und erhalten einen Einblick in die gesundheitsbezogenen Probleme ihrer Region.

Die Vermittlung ärztlicher Basiskompetenzen im Rahmen der Allgemeinmedizin mit ihrem Gemeindebezug hat demnach Überschneidungspunkte mit der sozialmedizinischen Kompetenz. Zudem wird der individuell medizinische Blick und die bevölkerungsbezogene Perspektive durch eine gemeindebasierte Denkweise ergänzt.

1.1.1.3.4 Sozialmedizin/Bevölkerungsmedizin/ Public Health

24. Sozialmedizin vermittelt eine bevölkerungsbezogene Sichtweise; sie komplementiert nicht nur die individuelle medizinische Vorgehensweise, sondern fügt ihr auch eine zusätzliche Dimension hinzu. Unter Sozialmedizin wird die „Gesamtheit der bevölkerungsbezogenen Analysen und Strategien zur Verhinderung und Bekämpfung von Krankheiten“ verstanden, wobei Kenntnisse und Methoden der angewandten und sozialen Epidemiologie, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemforschung und Prävention zur Anwendung kommen. Diese Definition weist enge Beziehungen und weitreichende Übereinstimmungen mit dem bevölkerungs- und systemorientierten, multidisziplinär angelegten Ansatz von Public Health auf.² Hierbei werden vor allem zwei Ebenen der sozial-

medizinischen Praxis voneinander abgegrenzt: Sozialmedizin im Öffentlichen Gesundheitswesen und in der ambulanten und stationären Versorgung (Dierks, M.-L. et al. 1993). Sozialmedizinische Teilkompetenzen von Ärzten beziehen sich besonders auf den Kompetenzbedarf in der Betreuung von Patienten.

25. Hier lassen sich besonders vier Aspekte als Defizite kennzeichnen (nach Dierks, M.-L. et al. 1993):

- Eine bevölkerungsbezogene Sichtweise von Gesundheit und Krankheit wird nicht vermittelt.
- Ärzten fehlt oft ein ausreichendes Wissen über die Struktur, Steuerung und die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens.
- Mangelnde oder fehlende Kooperation zwischen Teilbereichen der medizinischen Versorgung führt zu fehlenden interdisziplinären Betreuungskonzepten und fehlerhafter Beratung.
- Ärzten fehlt oft das Verständnis für die Wirkung psychischer und sozialer Lebensverhältnisse, was sich in der unzureichenden sozialen Dimension von Konzepten der Prävention, Kuration und Rehabilitation zeigt.

Trotz eines breit angelegten Themengebietes im Gegenstandskatalog des Medizinstudiums kann derzeit im besten Fall lediglich von einer Vermittlung einer „Propädeutik der Sozialmedizin“ gesprochen werden. Diese Situation wird allgemein auf die unterentwickelte Infrastruktur der Sozialmedizin an den Universitäten zurückgeführt.

In der Beratung chronisch Kranker³ und anderen beratungsintensiven Bereichen, in der Suchtbehandlung, Sozialpsychiatrie und Gerontologie und anderen Situationen, in denen eine „sozialmedizinische“ Diagnose gefordert ist, gelten Ärzte bereits nicht mehr als kompetent („sozialer Rollenverlust der Medizin“) und werden allenfalls noch aus juristischen Gründen für das Ausstellen eines ärztlichen Zeugnisses benötigt. Ihren Platz haben Sozialarbeiter und Psychologen eingenommen (Gostomzyk, G. 1993).

26. Neben einer forcierten Etablierung der Sozialmedizin in Verbindung mit Public Health an den Universitäten wird eine Verbindung praktischer und theoretischer Konzepte in der Arztausbildung in einem sozial- und bevölkerungsmedizinische Inhalte integrierendem Curriculum gefordert. Profunde Kenntnisse der Struktur und Steuerung des Gesundheitswesens und des Anwendungswissens in Epidemiologie, Prävention und symptombezogenem Management sind allerdings nur in einem längerfristig angelegten Lernprozess zu erreichen, z. B. in Aufbaustudiengängen Public Health (Dierks, M.-L. 1998).

² Durch ein auf zehn Jahre (1991 bis 2001) angelegtes Fördervolumen des Bundesministeriums für Forschung und Technologie wurden seit 1989 elf multidisziplinär strukturierte Aufbaustudiengänge in Deutschland nach internationalen Vorbildern etabliert, insbesondere getragen von fünf überregionalen Public Health-Forschungsverbünden (Düsseldorf/Bielefeld, Berlin, Dresden, Hannover/Bremen/Hamburg, München) (Deutsche Gesellschaft für Public Health 1999).

³ Alleine die Problemfelder chronisch Kranker: Familie, Freundschaft, Freizeit, Beruf, Finanzen, Pflege und Versorgung, Wohnung, medizinische Versorgung, zeigen die Komplexität der Anforderungen an die sozialmedizinische Kompetenz und die Relativität eines nur medizinisch-kurativen Zugangs zur Realität des Patienten (Gostomzyk, G. 1993).

1.1.1.3.5 Klinische Epidemiologie

27. Die in der klinischen Epidemiologie angesprochenen Kompetenzbereiche sind im Prinzip jeder ärztlichen Tätigkeit inhärent, dennoch werden sie bislang nur vereinzelt als explizites Fach unterrichtet. Gerade diese Universalität führt aber zu ihrer Vernachlässigung mit dem Ergebnis, dass klinische, diagnostische und therapeutische Entscheidungsprozesse selten im Kontext wissenschaftlicher Evidenz und fallbezogener Relevanz diskutiert werden. Es entsteht vielmehr der Eindruck, als finde eine rein auf Intuition und Erfahrung basierende Vermittlung statt.

Klinische Epidemiologie befasst sich mit der Interpretation (individueller) klinischer Phänomene mithilfe biostatistischer und epidemiologischer Methoden und führt so zu einer Vervollständigung des individualmedizinisch erkennbaren „klinischen“ Bilds von Gesundheitsstörungen (Robra, B.-P. 1994). Sie vermittelt Hilfestellung bei Diagnose, Therapie, Patientenmanagement und kontinuierlicher Fortbildung. Die Anwendung epidemiologischer Methoden in der wissenschaftlichen und praktischen Medizin stellte sich in der Folge als äußerst nutzbringend heraus (Sackett, D. et al. 1997). Die Übertragung von Forschungsergebnissen auf den individuellen Fall erweist sich als zentrale Schnittstelle zwischen klinischer Medizin und Epidemiologie. Klinische Epidemiologie kann somit als zuarbeitende Disziplin für die Interpretation systematisch erhobener Forschungsergebnisse für diagnostisch-therapeutische Entscheidungsprozesse aufgefasst werden.

28. Damit sind die Felder der klinischen Epidemiologie im Rahmen der medizinischen Ausbildung abgesteckt:

- Klinisch-epidemiologische Gesichtspunkte von Entscheidungen in der Diagnostik und Therapie: Hierzu gehören das Verständnis der Kriterien diagnostischer Verfahren (Spezifität, Sensitivität, positiver und negativer prädiktiver Wert) sowie eine auf die epidemiologische Ausgangssituation bezogene Würdigung der Nützlichkeit dieser Verfahren. Hinsichtlich therapeutischer Entscheidungen gehört die Integration individueller patientenbezogener Faktoren und der wissenschaftlichen Evidenz des Nutzens von Therapieverfahren zu den grundlegenden klinisch-ärztlichen Fähigkeiten (Sackett, D. et al. 1997).
- Entscheidungsfindung: Die Prozesse, die zu diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen führen, sind in den letzten Jahrzehnten Gegenstand zahlreicher Untersuchungen gewesen. Die hierbei erhaltenen Grundmuster sollten in der medizinischen Ausbildung reflektiert werden, um Studierenden die Möglichkeit einzuräumen, ihre eigenen Entscheidungsprozesse einer kritischen Analyse zu unterziehen. Insbesondere anhand von Fallbeispielen können diese Prozesse verdeutlicht werden.
- Die Fähigkeit zur Suche und kritischen Würdigung der medizinischen Literatur ist Voraussetzung einer effizienten kontinuierlichen Fortbildung. Diese um-

fassen nicht nur die Einschätzung der Qualität präsentierter Ergebnisse, sondern auch die Prüfung der Brauchbarkeit für das eigene Krankengut sowie für den einzelnen Patienten. Hierbei sind die Integrationsmöglichkeiten in bestehende Lehrangebote besonders günstig, da praktisch in jeder medizinischen Disziplin eine Fülle von Literatur ständig neu produziert wird. Nicht nur das Lesen der Literatur, sondern auch deren Beschaffung mittels Formulierung geeigneter Fragestellungen und die Suche in einschlägigen Datenbanken ist eine wichtige Fähigkeit, die gesonderter Schulung bedürfen. Die europäische Assoziation für medizinische Ausbildung hat konkrete Empfehlungen zur Verankerung einer *best evidence medical education* abgegeben, in der auch die Aussagekraft wissenschaftlicher Informationen für verschiedene Versorgungssettings und Patientenprofile berücksichtigt werden soll (AMEE 2000).

1.1.1.3.6 Ethik der Medizin

29. Ein Interesse der Studierenden an medizinethischen Fragestellungen kann in vielen Fällen vorausgesetzt werden. Dies zeigt sich nicht zuletzt an studentischen Initiativen, an Ringvorlesungen und Kongressen, die Fragen der Medizinethik aufgreifen und diskutieren. Hierbei wird insbesondere ein breites Spektrum aktueller und in der Öffentlichkeit diskutierter Themen angesprochen.

In einer neueren Untersuchung wurden die von Studierenden verwendeten Prinzipien ethischer Entscheidungen analysiert. Am häufigsten wurden die Prinzipien Recht, Autonomie, Ökonomie, Utilitarismus, Gerechtigkeit und Wohltätigkeit verwendet. Generell reflektierten die Studierenden im Wesentlichen die Sorgen der Bevölkerung (zumindest die der veröffentlichten Meinung). Demgegenüber werden auch negative Einflüsse auf die Entwicklung moralischer Urteilskriterien bei Medizinstudierenden im Verlauf ihres Studiums beschrieben (Self, D. J. 1993; Übersicht bei Perleth, M. 1996). Aus dem Gesagten kann gefolgert werden, dass bei Studierenden ein breites Interesse und eine Offenheit ethischen Fragestellungen gegenüber vorhanden ist, dass das Medizinstudium diesen Bedarf aber nicht ausreichend deckt und nicht zur Kompetenz in ethischen Entscheidungsprozessen beiträgt.

Trotz dieser Befunde ist die Ethik der Medizin keineswegs ein selbstverständlicher Bestandteil medizinischer Curricula. Dort, wo Unterrichtseinheiten für Medizinethik eingeplant sind, wird meist ein theoretischer Rahmen für die Lösung von ethischen Dilemmata in Verbindung mit Fallbeispielen in einem schrittweisen Prozess vermittelt. Allerdings beziehen sich diese Veranstaltungen meist auf den universitären Alltag, während Entscheidungsprobleme aus dem allgemeinmedizinischen oder sozialmedizinischen Bereich unterrepräsentiert sind. Ziel sollte es jedoch sein, ethische Entscheidungen nicht zu banalisieren oder sich bloß an Vorbildern zu orientieren, sondern im Lehr- und Lernprozess die Entscheidungsstrukturen und -kriterien zu reflektieren, ganz ähnlich also differenzialdiagnostischen Entscheidungsprozessen.

30. Die Lösung von ethischen Problemen setzt die Kenntnis von grundlegenden ethischen Prinzipien, Regeln und Normen voraus, die am konkreten Fall zur Anwendung kommen (Tabelle 2). Als sinnvolle Lehrmethode wird eine Kombination aus theoretischer und systematischer Lehre und fallbezogener Diskussion empfohlen (vgl. Fuchs, Ch. u. Gerst, T. 1997). Die Bearbeitung von Problemfällen wäre am ehesten im Rahmen einzelner klinischer Disziplinen zu leisten, um eine einseitige Auswahl von Problemen zu vermeiden. Allerdings ist der bisherige Effekt medizinethischer Kurse oder Seminare nicht unumstritten (z. B. Shorr, A. F. 1994). Eine aktuelle Evaluation erscheint hier vordringlich.

1.1.1.4 Didaktik, Auswahl der Studierenden und Evaluation

31. In den Siebziger- und Achtzigerjahren nahmen didaktische Lehr- und Lernmethoden in der weltweiten Studiendiskussion und in der Neugestaltung von Reformstudiengängen wie in McMaster, Harvard oder Witten/Herdecke eine wesentliche Rolle ein (Übersicht bei Schnabel, K. et al. 1999). Inzwischen liegt eine Vielzahl an Erfahrungen und Studienergebnissen zu Vor- und Nachteilen verschiedener Lernmethoden vor, die für künftige Weiterentwicklungen des Medizinstudiums genutzt werden sollten (zu problemorientiertem Lernen s. beispielsweise Blake, R. et al. 2000; Colliver, J. 2000; Thomas, R. 1997; Albanese, M. 1993, Vernon, D. u. Blake, R. 1993).

Wesentlich erscheint eine aktive und fortlaufende Qualitätssicherung der Lehre. Diese bezieht sich auf die Auswahl der Medizinstudierenden, auf den Bereich Evaluation innerhalb der Lehre und auf das Prüfungswesen.

32. Bei der Frage der Auswahl von Studierenden zeichnen sich noch immer zwei grundsätzliche Ziele ab, auf die hin Bewerber ausgesucht werden. Während einerseits nach dem vermutlich erfolgreichen Absolventen des akademischen Studiums gefragt wird, lässt sich die Auswahl andererseits an einem bei den späteren beruflichen Anforderungen erfolgreichen Arzt orientieren.

Traditionelle Auswahlverfahren, z. B. gebunden an Schulabschlussnoten, Testergebnisse u. ä., folgen in der Regel der ersten Zielsetzung. Auswahlgespräche hingegen eröffnen die Möglichkeit, auch den zweitgenannten Gesichtspunkt zu berücksichtigen. Auch die Einbeziehung von niedergelassenen Ärzten oder von medizinischen Laien hat sich als bereichernd erwiesen. Die Zulassungskriterien werden dadurch deutlich anders formuliert als durch Fakultätsmitglieder alleine und sollen den zukünftigen Gesundheitsbedürfnissen der Gesellschaft besser entsprechen.

33. Zur Evaluation von Unterrichtsangeboten und Lehrenden bestehen inzwischen an deutschen und internationalen Medizinfakultäten reichhaltige Erfahrungen. Der Rat begrüßt die Aktivitäten in verschiedenen Bundesländern und Fakultäten, nach denen Teile der Landesmittel nach Ergebnissen der Lehrevaluation zugewiesen werden.

Insgesamt lässt jedoch die Evaluation der Lehre in der Medizin bisher noch wenig Einheitlichkeit erkennen. Es bedarf daher in kurzer Frist einer von grundsätzlichen Überlegungen geprägten Aufarbeitung.

34. Zur Lehr- und Prüfungsdidaktik des Medizinstudiums liegen heute vielfältige sinnvolle Ansätze vor (vgl. z. B. Boelcke, G. et al. 1995), sodass hier nur auf einige bisher kaum thematisierte Prinzipien eingegangen werden soll. Bei der Frage der Gestaltung des Prüfungswesens lassen sich zwei unterschiedliche Grundpositionen von

Tabelle 2

Bereiche der Vermittlung ethischer Fragestellungen in der Medizin

Bereich	Lernziele
Theorie der Ethik	geschichtliche und philosophische Aspekte in Relation zur Medizin
Ethik in der klinischen Medizin	Erkennen und Anwenden von Prinzipien, Regeln und Leitlinien zur Formulierung und Klärung klinischer Probleme in ethischen Termini
Ethos in der ärztlichen Profession	ethische, rechtliche und gesellschaftliche Aspekte der medizinischen Profession
Ethik in der humanmedizinischen Forschung	Entwicklung der gesellschaftlichen und medizinischen Moralvorstellungen der biomedizinischen Forschung in zeitgeschichtlicher Perspektive; Evaluation ethischer Implikationen von Forschungsvorhaben; Funktionen von Ethikkommissionen
Ethik in der Gesundheitspolitik	Vergleich der gesellschaftlichen und medizinischen moralischen Imperative in Politikentscheidungen und in der Versorgungsplanung; Rolle und Pflichten von Ärzten, Institutionen und Staaten im Gesundheitswesen

Quelle: Eigene Darstellung nach Jennett, P. A. et al. (1993)

einander abgrenzen: Einerseits finden wir die vorherrschende Form weniger und jeweils am Abschluss großer Studienabschnitte bzw. des ganzen Studiums stehender Prüfungen. Demgegenüber steht das Modell eines permanenten, studienbegleitenden *assessment* in kleinen Schritten, wonach für jede obligatorische Lehrveranstaltung ein Feedback mit einem variablen Punktesystem erfolgt. Der erfolgreiche Studienabschluss ergibt sich bei Erreichung einer festgesetzten Punktzahl (*credit-point*-Verfahren).

Vor- und Nachteile unterschiedlicher Verfahren sollen hier nicht diskutiert werden. Es ist aber vorstellbar, dass das *credit*-System geeignet ist, vor allem Studienleistungen im Rahmen der praxisbezogenen Anteile zu dokumentieren. Erfahrungen hierzu liegen jedoch in Deutschland noch kaum vor.

Prüfungen wirken sich als „verborgenes Curriculum“ auf Schwerpunkte, Inhalte, Motivation und auf die didaktischen Vorgehensweisen der Lernenden und Lehrenden aus. Das Prüfungswesen sollte nach Auffassung des Rates daher in Zukunft stärker auf die ärztlichen Basiskompetenzen in der ambulanten und stationären Versorgung ausgerichtet sein. Eine größere Vielfalt an Prüfungsmethoden sollte dazu dienen, sowohl das Faktenwissen als auch das analytische und synthetische Denkvermögen sowie praktische Fertigkeiten und psychosoziale Kompetenzen zu prüfen. Darüber hinaus sollte speziell die Fähigkeit von Studierenden zur Entscheidung und patientenbezogenen Integration von Kenntnissen und Fähigkeiten in Versorgungssituationen evaluiert werden.

1.1.2 Ärztliche Weiterbildung

1.1.2.1 Ausgangslage

35. Ziel der ärztlichen Weiterbildung ist der geregelte Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für definierte ärztliche Tätigkeiten nach Abschluss des Medizinstudiums. Ziel der Weiterbildung ist auch die Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung. Die Weiterbildung erfolgt im Rahmen mehrjähriger Berufstätigkeit unter der Anleitung und Aufsicht von Ärzten, die zur Weiterbildung ermächtigt sind. Die Weiterbildung wird – im Gegensatz zur derzeitigen berufsrechtlichen Regelung der Fortbildung – grundsätzlich mit einer Prüfung abgeschlossen. Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung berechtigt (lebenslang) zur selbstständigen Ausübung des jeweiligen Fachgebiets bzw. des Schwerpunkts oder Bereichs. Eine Facharztanerkennung ist Voraussetzung für jeden Arzt, der als Vertragsarzt gesetzlich versicherte Patienten im ambulanten Bereich behandeln möchte (Bundesärztekammer 1992).

Die Facharztanerkennung durch die zuständige Ärztekammer impliziert nicht nur Rechte und Chancen, sondern zugleich auch Beschränkungen und Pflichten. Neben sozial-, berufs-, zivil- und strafrechtlichen Regelungen, die den Rahmen ärztlicher Tätigkeit bilden, sind Ärzte u. a. auch zur kontinuierlichen Fortbildung verpflichtet, um zu gewährleisten, dass ihre berufliche Tätigkeit dem

aktuellen Kenntnisstand entspricht. Dieser abstrakten, im Berufsrecht verankerten Fortbildungspflicht stehen aber in Deutschland keine konkreten Anforderungen und keine Kontrollen der Pflichterfüllung gegenüber. Auch eine in verschiedenen Industrieländern übliche Erneuerung der Facharztprüfung („Rezertifizierung“) nach Ablauf einiger Jahre kennt das deutsche Arztberufsrecht bisher nicht (s. Abschnitt II-1.1.3).

Die Weiterbildung erfolgt nach der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung, die von den Landesärztekammern erlassen werden, nachdem sie von den gewählten ärztlichen Vertretern der jeweiligen Landeskammerversammlung beschlossen wurde. Die Landesweiterbildungsordnungen orientieren sich an den Empfehlungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetags. Die Weiterbildung ist also ein Produkt der ärztlichen demokratischen Selbstverwaltung, das einen Kompromiss zwischen den divergierenden Interessen und Selbstverständnissen verschiedener Fachgesellschaften und Berufsverbände darstellt. Die durch Kammer- und Heilberufesetze der Länder nach dem Subsidiaritätsprinzip gewährte professionelle Autonomie wird jedoch dadurch begrenzt, dass die Weiterbildungsordnung bei der jeweiligen aufsichtführenden Landesbehörde genehmigungspflichtig ist. In der Vergangenheit haben die Behörden jedoch von ihren Einspruchsmöglichkeiten wenig Gebrauch gemacht.

36. Die Abgrenzung der Fachgebiete⁴ untereinander ermöglicht die Regelung arbeitsteiliger Kompetenzen und Kooperationen. Die Ausdifferenzierung des akademischen Arztberufs ist seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts eine Antwort auf die Zunahme des Wissens, der Behandlungsmöglichkeiten, der Ausdehnung des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung und des intra professionellen Wettbewerbs um eine fach- oder setting-bezogene Identität, um sozialen Status und Einkommenschancen.

Die Spezialisierung in Fachgebiete ist aber auch als Resultat der Bemühungen in der Ärzteschaft zur Qualitätssicherung ihrer Leistungen zu werten (vgl. Abschnitt II-3.1.1). Andererseits kann Spezialisierung auch eine Qualitätsminderung zur Folge haben (Deutscher Ärztetag 2000), wenn sie der Komplexität der Versorgungsprobleme nicht gerecht wird und Kooperationsprobleme an Schnittstellen der Arbeitsteilung schafft.

37. Die Inhalte der Weiterbildungsordnung haben insofern eine entscheidende Bedeutung für das Versorgungsgeschehen, als sie sich auf die Gewichtung des Angebots verschiedener Facharztgruppen, auf die Kompetenz und Interessenschwerpunkte der künftigen Ärzteschaft sowie auf Umfang und Inhalt interdisziplinärer Schnittstellen auswirken. Die Weiterbildungsordnung dient nicht zuletzt

⁴ Die (Muster-)Weiterbildungsordnung von 1992 umfasst 41 Fachgebiete, 11 Schwerpunkte, 16 fakultative Weiterbildungsgebiete und 22 Zusatzbezeichnungen.

auch als Grundlage zur Bestimmung der Leistungen, die von den verschiedenen Arztgruppen abgerechnet werden können. In dem traditionell auf Einzelleistungsvergütung beruhenden Vergütungssystem im ambulanten Sektor gewinnt daher die Gestaltung der Weiterbildungsordnung nicht nur berufspolitische, sondern auch ökonomische Bedeutung. Sie beeinflusst insofern das Versorgungsgeschehen im Gesundheitswesen in starkem Maße.

Eine Ausrichtung der anstehenden Weiterbildungsreformen an sinnvollen Versorgungszielen und Professionszielen kann daher wesentliche Weichen für ein qualitativ hochwertiges, patientengerechtes und effizientes Gesundheitswesen stellen.

1.1.2.2 Defizite in der ärztlichen Weiterbildung

1.1.2.2.1 Weiterbildungsinhalte

38. Der Kompromiss zwischen Ärzten in unterschiedlichen Versorgungssettings und zwischen verschiedenen ärztlichen Interessengruppen über die Inhalte der Weiterbildungsordnung stellt nicht notwendigerweise das sachliche Optimum dar. Beispielsweise kommen zurzeit einige Fachgebiete, die im typischen Fall durchaus internistisch handeln, ohne jede obligatorische Weiterbildung in der Inneren Medizin aus (z. B. Anästhesiologie, Neurologie, Dermatologie). Obwohl ein Großteil der Patienten in der allgemeinmedizinischen Praxis internistische Erkrankungen aufweist, ist für künftige Allgemeinmediziner nur ein Jahr obligatorischer Weiterbildung in der Inneren Medizin vorgeschrieben. Obwohl die Mehrzahl der ambulanten psychisch Kranken und viele Kranke mit neurologischen Symptomen von Hausärzten versorgt werden, sind weder Psychiatrie noch Neurologie ein obligatorischer Weiterbildungsbestandteil für Allgemeinärzte oder hausärztlich tätige Internisten und Pädiater, sofern diese für die fachspezifischen Lerninhalte nicht erforderlich sind.

39. Es besteht breiter Konsens, dass die Anforderungen in den derzeitigen Weiterbildungskatalogen in den vorgesehenen Mindestweiterbildungszeiten häufig nicht erfüllt werden können. Die geplante Definition von obligatorischen Kerninhalten und Wahlbereichen bzw. Wahlpflichtbereichen ist auf diesem Hintergrund zu begrüßen, sofern gewährleistet ist, dass eine fundierte fachärztliche Versorgung des jeweiligen Gebiets gesichert ist. Insbesondere sollten die Anforderungen an die Zahl derjenigen Prozeduren, für die eine eigenständige Durchführung nachgewiesen werden muss, im Pflichtkatalog reduziert werden. Dies ist insbesondere bei chirurgischen Fächern von hoher Bedeutung. Für Allgemeinmediziner beispielsweise müsste ausreichen, die Indikationsstellung und Bewertung von Rekt- und Proktoskopien zu beherrschen, während zurzeit noch die Durchführung dieser Verfahren obligat gefordert wird. Zudem haben einige der aufgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen in der Versorgungspraxis an Bedeutung (z. B. Echokardiografie) verloren oder sind einer Subspezialisierung (z. B. in der Inneren Medizin die Feinnadelbiopsie der Schild-

drüse oder die Ösophagogastroduodenoskopie⁵) zuzurechnen.

40. Dahingegen sind andere Themen und Kompetenzen nicht oder nicht genügend konkretisiert in den Weiterbildungskatalogen enthalten, z. B. präventive Gesundheitsberatung (s. Abschnitt I-2.3.2), Fähigkeiten zur evidenzunterstützten klinischen Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung klinisch-epidemiologischer Kenntnisse (s. Abschnitt II-2.3) sowie versorgungsrelevante Kenntnisse des Gesundheitssystems und der Gesundheitsökonomie. Weiterbildungsassistenten sehen zudem Defizite in der Vermittlung von Kompetenzen der Gesprächsführung und der Motivation von Patienten, bei der Sterbebegleitung und bei ethischen Fragestellungen (Ärzttekammer Nordrhein 1999, 2000).

1.1.2.2.2 Weiterbildungseinrichtungen

41. Die Situation für eine fachadäquate Weiterbildung wird erschwert durch die zunehmende Subspezialisierung von Stationen, Abteilungen, Funktionsplätzen und Krankenhäusern. Viele Assistenten beklagen, dass sie die Weiterbildungsinhalte nicht erfüllen können, weil Krankenhausträger und weiterbildungsermächtigte leitende Ärzte wenig Interesse daran haben, die notwendigen Rotationen innerhalb der Weiterbildungseinrichtung oder im Austausch mit anderen Weiterbildungseinrichtungen zu ermöglichen (Ärzttekammer Nordrhein 1999, 2000).

Die ärztliche Weiterbildung findet zurzeit zu einem überwiegenden Teil in der stationären Versorgung statt, obwohl sich ein erheblicher Teil der spezial- und hausärztlichen Tätigkeit in der ambulanten Versorgung vollzieht, d. h. an Patienten, von denen viele niemals einer stationären Aufnahme bedürfen (Deutscher Ärztetag 2000). Es ist zudem zu erwarten, dass mit weiter sinkenden Verweildauern in Krankenhäusern und mit der „Aggravierung“ des Patientenmix, die durch das künftige fallpauschalierende, diagnosebezogene Vergütungssystem (DRGs) zu erwarten ist (vgl. Kapitel II-4), die Patienten in Krankenhäusern – trotz prä- und poststationärer Leistungen – immer weniger geeignet sein werden, das gesamte Versorgungsprofil von Patienten abzubilden.

42. Die Zahl der angestellten Ärzte ohne Gebietsbezeichnung kann als Schätzer für die Zahl der Weiterbildungsassistenten genommen werden. Sie betrug 1998 52 903 im stationären Sektor und lediglich 443 in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Des Weiteren waren im stationären Sektor 14 600 Ärzte im Praktikum und im ambulanten Sektor 676 Ärzte im Praktikum tätig (Bundesärztekammer 2000a). Zusammengefasst waren 1998 daher maximal 2,1 % der sich in Weiterbildung befindenden Ärzte im ambulanten Sektor tätig.

⁵ So bedeutet z. B. die obligatorische, selbstständige Durchführung von 100 Ösophagogastroduodenoskopien durch jeden Weiterzubildenden in der Inneren Medizin, dass der größte Teil der Patienten von absoluten Anfängern untersucht werden muss, was überdies zu schlecht ausgebildeten Endoskopikern führt, die ihrerseits vermutlich die Zahl der fraglich indizierten und schlecht durchgeführten Untersuchungen erhöhen dürfte.

43. Eine Verlagerung von Weiterbildungsabschnitten in die ambulante Versorgung ist zurzeit nur für die Facharztanerkennung der Allgemeinmedizin obligatorisch vorgesehen. In den meisten Gebieten sind ambulante Weiterbildungsabschnitte nur fakultativ bzw. ausgeschlossen (z. B. Schwerpunktgebiete der Chirurgie). Die Musterweiterbildungsordnung begrenzt die Weiterbildungszeit in der ambulanten Versorgung für die Pädiatrie auf maximal ein Jahr (von fünf Jahren Mindestweiterbildungszeit), für die Innere Medizin auf zwei von sechs Jahren und für die Orthopädie auf ein Jahr von sechs Weiterbildungsjahren, obwohl die überwiegende Mehrheit der Facharztabsolventen in der hausärztlichen bzw. der spezialärztlichen ambulanten Versorgung tätig wird (Bundesärztekammer 1992).

1.1.2.2.3 Patientensicherheit, Supervision und Arbeitszeit

44. Die Weiterbildung erfolgt im Rahmen mehrjähriger Berufstätigkeit unter Anleitung von Ärzten, die zur Weiterbildung ermächtigt sind, d. h. sie ist Nebenprodukt einer ärztlichen Erwerbstätigkeit (Deutscher Ärztetag 2000). Deutsche Weiterbildungsassistenten schließen einen Arbeitsvertrag und keinen Weiterbildungsvertrag mit ihrer Arbeitsstätte. Ein „Arzt in Weiterbildung“ ist u. a. aus tarifrechtlichen Gründen zurzeit nicht konsensfähig. Ärzte haben daher – über die allgemeine gesetzliche Fortbildungszeit von fünf Tagen pro Jahr hinaus – zurzeit kein explizites Recht auf Supervision, Fortbildungen oder auf eine strukturierte Aneignung von Praxis- und Kursinhalten.

45. Dieses gilt auch für Ärzte im Praktikum, obwohl ihre ärztliche Tätigkeit unter das Ausbildungsrecht des Bundes fällt (Siegenthaler, W. 2000). Die geplante Novelle der Approbationsordnung beschränkt die qualitätssichernden Bestimmungen für die anderthalbjährige Tätigkeit im Wesentlichen darauf, Ärzte im Praktikum zu verpflichten, keine über ihren Kenntnisstand hinausgehenden Tätigkeiten auszuführen und sechs Fortbildungsstunden nachzuweisen. In vielen europäischen Ländern hingegen bestehen eingehende Regelungen, unter welchen Supervisionsbedingungen und in welchem Aufgabenspektrum Ärzte in verschiedenen Phasen der Weiterbildung bzw. des Praktischen Jahres tätig sein dürfen (z. B. General Medical Council 1999b).

Der Verzicht des Bundesministeriums auf eine stärkere Einwirkung auf die Berufseinstiegsphase von teilapprobierten Ärzten wirkt im europäischen Vergleich auch insofern unzureichend, als damit auch das Ziel einer generalistischen Berufserfahrung in mindestens zwei Fachgebieten nicht festgeschrieben wird.

46. Viele Assistenzärzte fühlen sich während der Regelarbeitszeit und der Präsenzdienste unzureichend betreut und angeleitet. Dies betrifft sowohl die Weiterbildung im stationären wie auch im ambulanten Bereich (Bayrische Ärztekammer 1999, Ärztekammer Nordrhein 2000). Eine ähnliche Situation findet sich auch in vielen anderen Ländern (Watson, R. 2000).

Es ist jedoch bekannt, dass (ärztliche) Berufsanfänger oder Fortgeschrittene, die nicht mit einem neuen Arbeitsfeld vertraut sind, häufiger Fehler machen als Geübte und Erfahrene, mit teilweise schwerwiegenden Folgen für die betroffenen Patienten, sofern sie nicht in einem Umfeld mit adäquater Supervision arbeiten (Windsor, J. A. u. Pong, J. 1998). Aus der medizinischen Literatur gibt es hierzu vereinzelte Belege, die Verschreibungsfehler (Lassar, T. S. et al. 1990) bzw. Zwischenfälle auf Intensivstationen (Wilson, D. G. et al. 1998) mit zum Teil ernsthaften Schäden für betroffene Patienten betreffen (Wu, A. W. et al. 1991).

47. Der Umfang der beruflichen Erfahrung, Verantwortungsübernahme und Hingabe an die berufliche Tätigkeit sind zwar wesentliche Voraussetzungen für eine gute Qualifizierung und Arbeit, aber diese Beziehung ist nicht linear und kann sich auch nachteilig auf Qualität und Produktivität der geleisteten Arbeit auswirken (s. Abschnitt II-3.1). Umfragen unter Weiterbildungsassistenten in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz ergaben, dass 86 % der Assistenten regelmäßig Überstunden machen und 20 % regelmäßig länger als die gesetzliche Höchstdauer von 48 Wochenstunden arbeiten. Insbesondere an Universitätskliniken ist die Arbeitsbelastung sehr hoch. Durch die starke zeitliche Beanspruchung nehmen Weiterbildungsassistenten häufig Möglichkeiten der internen oder externen Fortbildung nicht wahr. Die eingeschränkte Zeit zum Nachlesen oder zur Reflexion der Berufserfahrungen erschwert die nachhaltige Vertiefung von Lerneffekten aus dem Praxisalltag.

1.1.2.2.4 Überprüfung und Förderung von Weiterbildungseinrichtungen

48. Für die Weiter- und Fortbildung ist die Ärztekammer verantwortlich. Sie zertifiziert zwar Weiterbildungsermächtigte und Weiterbildungsstätten, hat jedoch zurzeit keine direkten Einblicke und Einwirkungsmöglichkeiten auf die Supervisions- und Weiterbildungsleistungen an den Arbeitsplätzen der Assistenzärzte.

Der ermächtigte Arzt ist verpflichtet, die Weiterbildung persönlich zu leiten sowie zeitlich und inhaltlich entsprechend der Weiterbildungsordnung zu gestalten (§ 8 Abs. 5 [Muster]-Weiterbildungsordnung 1992). Derzeit müssen Bewerber für die Weiterbildungsermächtigung nachweisen, dass sie fachlich und persönlich zur Weiterbildung von Assistenten geeignet sind. Zur Zertifizierung von Weiterbildungsstätten werden – in Orientierung an den Anforderungen der Weiterbildungsordnung – Strukturmerkmale hinzugezogen, wie z. B. die Ausstattung mit Endoskopiegeräten. Eine regelmäßige Evaluation bzw. Rezertifizierung der Weiterbildungsdurchführung oder der Weiterbildungsstätten erfolgen nicht. Der Rat hält eine solche Aufgabe für die Ärztekammern allerdings für geboten.

Weitbildungsermächtigte erhalten im Allgemeinen keine spezifische Unterstützung oder Anerkennung für ihre Supervisionstätigkeit. Des Weiteren wird der zusätzliche Zeit- und Betreuungsaufwand in Weiterbildungsstätten

nicht bei den vertraglichen und finanziellen Vereinbarungen mit den Kassen oder Privatversicherungen berücksichtigt (vgl. SG 1995, Ziffer 152ff.), obwohl diese von den Ergebnissen der Weiterbildungstätigkeit – positiv oder negativ – betroffen sind.

1.1.2.3 Ausgewählte Ansätze zur Verbesserung der ärztlichen Weiterbildung

49. Der Rat begrüßt die Beschlüsse des 103. Deutschen Ärztetages, die eine sinnvolle und grundlegende Reform der Weiterbildungsordnung ermöglicht. Dazu zählen insbesondere die Revision und Reduzierung der Weiterbildungskataloge auf ein sinnvolles Maß und die Bemühungen um generalistische Weiterbildungsaspekte, z. B. im Sinne eines „*common trunk*“ für chirurgische Fächer. Dazu zählt auch die Förderung von Weiterbildungsmöglichkeiten im ambulanten Sektor, welche durch Verbundsysteme unterstützt werden sollen. Außerdem wird eine stärkere Orientierung an Standards und Erfahrungen anderer europäischer Länder angestrebt, z. B. soll die Dauer der Schwerpunktweiterbildung auf drei Jahre erhöht werden. Auch die Pläne, die Betreuung von Weiterbildungsassistenten zu intensivieren und die Weiterbildungszeit zu strukturieren sind u. a. motiviert durch die Bemühung, eine Angleichung an europäische Nachbarländer zu erreichen (Eysenbach, G. 1998). Für chirurgische Fächer ist z. B. geplant, entsprechend dem Modell der europäischen Fachgesellschaften eine gemeinsame strukturierte Basisweiterbildung (*common trunk*) einzurichten (Witte, J. 2000a, 2000b).

1.1.2.3.1 Weiterbildung in der ambulanten Versorgung

50. Der Rat begrüßt, dass der Gesetzgeber die Fortführung des Förderprogramms Allgemeinmedizin durch die gesetzlichen Krankenkassen, die private Krankenversicherung, die Krankenhausträger bzw. die Deutsche Krankenhaus Gesellschaft und die Kassenärztlichen Vereinigungen unbefristet fortgeschrieben hat. Der Umfang der Förderung und die konkrete Organisation muss nunmehr jedoch von den verantwortlichen Organisationen verhandelt werden.

Der Rat appelliert an die Beteiligten, durch langfristige Verträge Planungssicherheit zu schaffen und sich nach Kräften dafür einzusetzen, dass die geplante Zahl der Förderstellen während des Zeitraums bis zum Jahr 2005 erreicht wird und diese adäquat besetzt werden. Dies ist unerlässlich, um die Ziele der Gesundheitspolitik und der Selbstverwaltung zu erreichen, den Minuszuwachs an Allgemeinärzten aufzuhalten. Dazu bedarf es zumindest einer Beibehaltung der derzeitigen Fördersummen im Initiativprogramm Allgemeinmedizin und der gezielten Gestaltung weiterer fördernder Rahmenbedingungen.

51. Ein Großteil der Pädiater und zwei Drittel (66,6 %) der Internisten mit vertragsärztlicher Praxis beteiligten sich 1998 an der hausärztlichen Versorgung (Bundesärztekammer 2000). Weder für Pädiater noch für Internisten

ist jedoch derzeit eine Vorbereitung auf die hausärztliche Versorgung oder selbst auf die ambulante Versorgung vorgeschrieben. Der Rat hat bereits 1995 gefordert, dass für künftige Pädiater und Internisten, die neben Allgemeinärzten eine hausärztliche Tätigkeit erwägen, eine vorbereitende Weiterbildung in der hausärztlichen Versorgung vorgeschrieben werden sollte (vgl. SG 1995, Ziffer 298).

Eine zwei- bis dreijährige Weiterbildung in „Pädiatrie der Primärversorgung“ wird z. B. derzeit von den kinderärztlichen Fachgesellschaften auf europäischer Ebene angestrebt (Grüters, A. et al. 2000). In Deutschland könnte eine äquivalente Subspezialisierung zum hausärztlich tätigen Kinderarzt etabliert werden. Auch für Internisten könnte dieses Modell erwogen werden, die Schwerpunktbildung zum hausärztlich tätigen Internisten im Rahmen der Weiterbildungsbestimmungen für die Innere Medizin zu entwickeln. Die Periode der hausärztlichen Schwerpunktbildung müsste Weiterbildungszeiten in nicht-internistischen bzw. -pädiatrischen Fächern und in hausärztlichen Praxen sowie eine Teilnahme an speziellen Kursen beinhalten.

52. Die Organisation der für die allgemeinärztliche Weiterbildung und die hausärztliche Schwerpunktbildung erforderlichen Rotationen bedarf einer gezielten Unterstützung. Hierzu hat sich das Angebot von Verbundweiterbildungssystemen, wie z. B. im Vereinigten Königreich oder in Mecklenburg-Vorpommern bewährt (Donner-Banzhoff, N. 2000). Auch für andere Fachrichtungen könnten Verbundsysteme dazu beitragen, Rotationen zwischen Krankenhäusern untereinander und der ambulanten Versorgung zu ermöglichen und dadurch die Vorgaben der – künftig reduzierten – Weiterbildungskataloge erfüllen zu können.

1.1.2.3.2 Supervision und Systematisierung der Weiterbildung

53. In den meisten europäischen Ländern werden Ärzte in der Weiterbildung sorgfältiger begleitet als in Deutschland. Es empfiehlt sich, verschiedene Ansätze genauer zu analysieren. Die „Calman-Reform“ der ärztlichen Weiterbildung von 1995 hat z. B. in Großbritannien zu einer höheren Zufriedenheit der Weiterzubildenden geführt. Zu den Maßnahmen dieser Reform zählen ein Logbuch, Zielvereinbarungen und regelmäßige Etappengespräche zwischen Assistenten und Weiterbildungsbeauftragten mit brauchbarerem Feedback sowie eine verstärkte Supervision und Anleitung bei praktischen Tätigkeiten. Dies bedeutete jedoch für leitende Ärzte einen höheren Zeit- und Betreuungsaufwand (Paice, E. et al. 2000).

Ein Weiterbildungsbuch, in dem die Ziele der Weiterbildungsordnung und gemeinsame Zielvereinbarungen zwischen Weiterbildungsassistenten und -befugten aufgeführt sind, wird inzwischen in neun europäischen Ländern eingesetzt (Eysenbach, G. 1998). Es ermöglicht eine zeitnahe Dokumentation und Vergegenwärtigung des Weiterbildungsstands und erleichtert es dem Weiterzubildenden,

sich im Arbeitsalltag für die Betreuung bei Weiterbildungsaufgaben einzusetzen.

1.1.3 Ärztliche Fortbildung

1.1.3.1 Ausgangslage und Defizite in der ärztlichen Fortbildung

54. Die Fortbildung betrifft die dritte und zugleich längste Phase der ärztlichen Professionalisierung und Tätigkeit. Obwohl sich die medizinischen Kenntnisse und Behandlungsmöglichkeiten, die gesundheitlichen und die gesellschaftlichen Bedingungen im Verlauf der ca. drei Jahrzehnte währenden Berufstätigkeit eines Facharztes deutlich verändern (vgl. Abschnitt II-1.1.1), hat die Fortbildung in der Vergangenheit im Vergleich zur Aus- und Weiterbildung vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit, Ressourcen und formale Regelungen erfahren.

Die vielfach konstatierte Verdopplung des medizinischen Wissens pro Jahrzehnt betrifft zwar nicht immer Kenntnisse, die für jegliche ärztliche Tätigkeit versorgungsrelevant wären, dennoch verändern sich die Auffassungen von und die Anforderungen an die „gute ärztliche Praxis“ deutlich innerhalb weniger Jahre. Umso gravierender sind die Mängel im Fortbildungsangebot, in der Inanspruchnahme, in der Förderung und verpflichtenden Regelung der ärztlichen Fortbildung zu betrachten. Auch ist in Deutschland wenig darüber bekannt, welche Ärzte diese Angebote in welcher Form und Häufigkeit und mit welcher Auswirkung auf die Patientenversorgung nutzen (Ollenschläger, G. 1998).

Das Angebot ärztlicher Fortbildungsmöglichkeiten ist ebenso wie die Nachfrage sowohl quantitativ als auch qualitativ verbesserungsbedürftig. Zu kritisieren sind eine häufig unzureichende Praxisrelevanz, die Vernachlässigung praktischer und interpersoneller Kompetenzen sowie eine eingeschränkte Glaubwürdigkeit vieler Angebote durch mangelnde Neutralität oder Transparentmachung der Qualität der angeführten Evidenz. Darüber hinaus ist zu bemängeln, dass die Fortbildung ihre Funktion des Forschungstransfers zu langsam und zu unkritisch erfüllt habe (vgl. Ollenschläger, G. u. Klein-Lange, M. 1997; Klinkhammer, G. 1998; Reis, E. J. von 1999; Shaughnessy, A. F. u. Shawson, D. C. 1999).

In Metaanalysen konnte gezeigt werden, dass Frontalveranstaltungen und andere Fortbildungsformen mit geringer Teilnehmerbeteiligung und Lernbedarfsorientierung keine Wirksamkeit zur Verbesserung der Versorgungsqualität bzw. des Gesundheitszustandes von Patienten entfaltet (Davis, D. 1999; Stanton, F. u. Grant, H. 1998). Diese didaktischen Methoden überwiegend jedoch weiterhin bei der Mehrzahl der Fortbildungsveranstaltungen. Bei Fortbildungsangeboten sollten verstärkt Erfahrungen aus der Qualitätssicherung und Leitlinienimplementierung genutzt werden, z. B. die Berücksichtigung von Barrieren, prädisponierende und befähigende Faktoren bei Ärzten und ihrem Arbeitsumfeld (vgl. auch Abschnitte II-2.2 und II-2.4).

1.1.3.2 Ansätze zur Verbesserung der ärztlichen Fortbildung

1.1.3.2.1 Methoden und Medien

55. Anhand von Studien zur Effektivität auf erwünschte Verhaltensweisen von Ärzten bzw. Gesundheitsergebnisse bei Patienten lassen sich aus der internationalen Literatur einige Qualitätskriterien für die methodische Gestaltung von Fortbildungsangeboten herleiten (Übersicht bei Davis, D. 1999; NHS Centre for Reviews and Dissemination 1999; Smith, F. et al. 1998):

- Verständlichkeit und Übersichtlichkeit der Informationen,
- Glaubwürdigkeit und Vorbildcharakter der Fortbildungsleiter (lokale Meinungsführer),
- Berücksichtigung von Barrieren,
- Aktivierung von Vorwissen,
- Partizipation der Teilnehmer,
- Einbindung wiederholender und übender Lernelemente,
- serielle Fortbildungsangebote,
- Verbindung von Rückmeldungen (Feedback, Lernerfolgskontrollen) mit spezifischen Verbesserungsempfehlungen sowie
- im Versorgungssetting basierte und zeitnah am Versorgungsgeschehen stattfindende Interventionen (z. B. Praxisbesuche oder klinisch-pharmakologische Visiten).

Insbesondere scheint der

- zusätzliche Einsatz von Erinnerungstützen für den Praxisalltag,
- die Vergabe gleichsinniger Informationen an alle am Versorgungsprozess beteiligten Personen (inklusive Patienteninformationen)
- und die Kombination bzw. serielle Anordnung mehrerer Fortbildungsmethoden besonders erfolgversprechend zu sein.

Die Präferenz einzelner Personen für bestimmte Methoden ist u. a. von ihrem Kenntnisstand, ihrer Motivation (z. B. *early, medium term and late adopters*) und ihrer Erfahrung mit bestimmten Lernmethoden abhängig. Daher ist es dringend notwendig, ein vielfältiges Angebot verschiedener Fortbildungsmethoden und -inhalte zu bieten, das die oben genannten Qualitätskriterien verstärkt berücksichtigt.

56. Dem Lesen kommt im Rahmen des Selbststudiums eine sehr wichtige Bedeutung bei dem Erwerb von Wissen sowie bei der Selbstreflexion, der Veränderung von Einstellungen und der Motivation für weitere Fortbildungsaktivitäten zu (Campbell, C. et al. 1999; Holm, H. 2000). Die Entwicklungen in der Informationstechnologie bergen viele Möglichkeiten, das Selbststudium, aber

auch den kollegialen Austausch effektiver zu gestalten, insbesondere durch die Einbeziehung übender, interaktiver, visualisierender und rückmeldender Elemente.

Ein zertifizierungsfähiges Programm zum Selbststudium wird von diversen medizinischen Fachzeitschriften angeboten. Die didaktisch aufbereiteten Texte mit evidenzbasiertem Anspruch werden ergänzt durch Fragebögen zur Lernerfolgskontrolle. Einige Ärztekammern erkennen die eingesandten und bestandenen Lernerfolgskontrollen als Teil des Fortbildungszertifikats an. Auch die britischen Colleges oder europäische Fachgesellschaften, z. B. für Urologie, bieten Programme zur kontinuierlichen professionellen Entwicklung mit Möglichkeiten zur Überprüfung des eigenen Lernerfolges an (Royal College of Physicians 2000, Royal College of Surgeons 2000, European Society of Urology 2000).

Das kanadische internet-basierte MOCOMP[®]-System bietet Ärzten neben Fortbildungsprogrammen auch die Gelegenheit, ein Logbuch über ihren Lernbedarf und ihre Lernergebnisse zu führen, welches anonym ausgewertet wird (Peck, C. et al. 2000). Die Bundesärztekammer hält dieses System auch in Deutschland für anwendbar (Ollenschläger, G. und Klein-Lange, M. 1997).

57. Eine verbesserte Information über geeignete Medien und über die Verleihung von Preisen sind geeignete Wege, die Nutzung und Entwicklung qualifizierter Fortbildungsmaterialien zu fördern. Der von der Bundesärztekammer vorgesehene Preis für Fortbildungsfilme bzw. die Empfehlung für Patienteninformationsfilme wurde im Jahr 2000 zum wiederholten Mal nicht vergeben bzw. ausgesprochen, da die eingesandten Filme die Bewertungskriterien nicht erfüllten (Bundesärztekammer 2000b, S. 274).

1.1.3.2.2 Fortbildungsnachweise und Zertifizierung in Deutschland

58. Ärzte, die ihren Beruf ausüben, sind berufsrechtlich verpflichtet, sich in dem Umfang fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist (§ 4 der [Muster-]Berufsordnung). Seit 1994 müssen sie ihre Fortbildung gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Form nachweisen können (§ 4 der [Muster-]Berufsordnung). Darüber hinaus sind Ärzte, ebenso wie andere Leistungserbringer, seit Januar 2000 sozialrechtlich verpflichtet, an institutionenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung teilzunehmen.

59. Der 102. Deutsche Ärztetag hat 1999 Grundsätze für die Einführung eines Fortbildungszertifikats verabschiedet, nachdem die Landesärztekammern Hessen, Bremen und Bayern zum Teil bereits mehrere Jahre eine Überprüfung quantifizierter Fortbildungsnachweise auf freiwilliger Basis erprobt hatten. Seither haben weitere Landesärztekammern einen Fortbildungsnachweis eingeführt bzw. treffen derzeit entsprechende Vorbereitungen (Riek, R. 1999).

Die Fortbildungszertifizierungsmodelle der Ärztekammern sind zurzeit als Würdigung und immaterieller Anreiz für Fortbildungsbemühungen der Mitglieder auf frei-

williger Basis angelegt. Gleichzeitig wird den an der Zertifizierung teilnehmenden Ärzten die Möglichkeit gegeben, ihre regelmäßige Fortbildung als Bestandteil einer Qualitätssicherungsmaßnahme zu dokumentieren (§ 5 [Muster-] Weiterbildungsordnung) (Bundesärztekammer 2000).

Die Bewertung der Fortbildungsaktivitäten erfolgt anhand der Teilnahme an einer einstündigen Fortbildung (ein Fortbildungspunkt, *credit*). Die Teilnahme an Lernerfolgskontrollen oder an interaktiv gestalteten Veranstaltungsformen wie Seminaren, Qualitätszirkeln (mit KV-Anerkennung) und ggf. Balintgruppen (Landesärztekammer Hessen) wird in den meisten Zertifizierungsmodellen mit einem Zusatzpunkt bewertet. Dadurch soll einigen Erkenntnissen über effektive Methoden in der Erwachsenenbildung und ärztlichen Fortbildung Rechnung getragen werden (Bundesärztekammer 2000; Davis, R. 1999).

Neben externen Fortbildungsveranstaltungen werden in den deutschen Zertifizierungsmodellen bis zu einem gewissen Maß auch interne Fortbildungsaktivitäten (Fall- und Klinikkonferenzen), Hospitationen zu Fortbildungszwecken, das Selbststudium sowie Lehr-, Moderatoren- und Autorentätigkeiten angerechnet.

60. Die Zertifizierung der Teilnahme an Fortbildungen wird in den meisten Ländern mit einer Akkreditierung der Veranstaltungsangebote durch ärztliche Organisationen verbunden. Eine Akkreditierung bietet die Möglichkeit, eine größere Transparenz über Fortbildungsinhalte, -methoden und -veranstalter zu schaffen, durch Zulassungskriterien Anreize für qualitativ hochwertige Veranstaltungen zu setzen und in Verbindung mit der Zertifizierung, mit Anwesenheitslisten und/oder Evaluationen eine Rückmeldung über die Inanspruchnahme, Akzeptanz, Qualität und Effektivität von Veranstaltungen zu erhalten. Sie muss jedoch gezielt von einer Vielzahl fortbildungsunterstützender Maßnahmen ergänzt werden, um ihr Ziel der quantitativen und qualitativen Fortbildungsförderung zu erfüllen und nicht allein den bürokratischen Aufwand zu erhöhen.

61. Zur Evaluation der Zertifizierungsmodelle sind bisher Kriterien der Inanspruchnahme und Akzeptanz, der Struktur- und Prozessqualität geplant. Eine Bewertung des Lernerfolgs anhand des Diagnose- und Therapieerhaltens der Fortbildungsteilnehmer, z. B. auf der Grundlage von Statistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen, wird diskutiert; konkrete Planungen liegen jedoch noch nicht vor (Bundesärztekammer 2000). Die Anwendung bundesweit einheitlicher Evaluationskriterien würde den Einigungsprozess erleichtern und die Legitimation der für 2003 geplanten bundesweiten Angleichung der Zertifizierungsmodelle wesentlich erhöhen.

1.1.3.2.3 Akkreditierung, Zertifizierung und Rezertifizierung im Ausland

62. Die meisten Länder der europäischen Union haben in den vergangenen Jahren Fortbildungsnachweise in Verbindung mit einer Akkreditierung von Fortbildungsangeboten eingeführt (Eysenbach, G. 1998; UEMS, 2000). Die

Union Europäischer Medizinischer Fachgesellschaften (UEMS) hat Anfang des Jahres 2000 den European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME) gegründet, der die von den europäischen Ländern anerkannten Fortbildungsveranstaltungen zusammenstellt und veröffentlichen will. Als Dachorganisation und Clearingstelle will sie auf die Akkreditierungsentscheidungen selbst keinen Einfluss nehmen, jedoch zur Abstimmung der Akkreditierungskriterien der EU-Länder beitragen (Bundesärztekammer 2000). Beispielsweise wurde eine Fortbildungsstunde als Einheit für die Fortbildungsnachweise vorgeschlagen (UEMS 2000). Zudem wurden auf dieser Basis bereits erste Vereinbarungen mit der US-amerikanischen Akkreditierungsorganisation zur gegenseitigen Anerkennung von Fortbildungsinitiativen getroffen (UEMS 2000).

63. In den meisten Ländern der EU und in Kanada erfolgt eine Zertifizierung ärztlicher Fortbildungsaktivitäten auf freiwilliger Basis. Zumeist werden 50 bis 80 Fortbildungsstunden jährlich über einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren gefordert. Sofern Fortbildungsbemühungen im Rahmen des Selbststudiums anerkannt werden, werden zum Teil höhere Anerkennungskriterien als in Deutschland gestellt, z. B. die Lektüre von Fachzeitschriften mit einem Gutachterverfahren oder der Nachweis bestandener Lernerfolgskontrollen (Peck, C. 2000; Eysenbach, G. 1998).

Ähnlich wie bei den deutschen Zertifizierungsmodellen werden in mehreren Ländern Fortbildungszertifikate erteilt, die Ärzte in ihren Praxisräumen aushängen sowie bei Stellenbewerbungen oder als Steuervorteil nutzen können. Einige britische und australische Fachgesellschaften veröffentlichen zudem eine Liste der zertifizierten Mitglieder. Nachweise regelmäßiger Fortbildung werden zum Teil auch explizit als Beförderungskriterium genutzt (Peck, C. 2000). Britische Allgemeinärzte erhalten von der örtlichen NHS-Behörde ein Fortbildungsgeld bei Nachweis von Fortbildungszertifikaten (Mathers, N. et al. 1999). Belgien bietet allen Ärzten einen Bonus von 4 % des Gehalts nach erfolgreicher Absolvierung der freiwilligen Zertifizierung. Darüber hinaus gibt es in mehreren Ländern Initiativen, die Fortbildung und die soziale Anerkennung von Fortbildern zu erhöhen (General Medical Council 1999).

64. Eine über die nationalen Bestimmungen hinausgehende Nachweispflicht haben zudem einige australische und britische Fachgesellschaften (z. B. Frauenheilkunde/Geburtshilfe und Pathologie) eingeführt, wobei die britischen Gesellschaften für Pathologie und Chirurgie die Nachweise nur bei jährlich 10 % bzw. bei 8 % der Mitglieder auf Basis einer Zufallsauswahl überprüfen. Viele australische Fachgesellschaften fordern außerdem eine Teilnahme an weiteren Qualitätssicherungsprojekten, an Prüfungen praktischer Fertigkeiten oder an Audits im eigenen Tätigkeitsfeld. Die Beteiligung an diesen Zertifizierungsansätzen rangiert zwischen 30 % und 90 %, bei der Gesellschaft für Frauenheilkunde misst sie 100 %. Eine Fortbildungsverpflichtung wird auch in Verträge mit Arbeitgebern und Versicherern aufgenommen, z. B. in Italien, Luxemburg, Portugal und Australien (Peck, C. 2000).

65. Eine gesetzliche Verpflichtung für Ärzte, ihre Fortbildungsaktivitäten nachzuweisen, besteht seit Anfang der Neunzigerjahre in der Schweiz, in den Niederlanden, in Neuseeland, den meisten osteuropäischen Ländern sowie in den USA (Eysenbach, G. 1998; Peck, C. 2000).

Australische und norwegische Allgemeinärzte können bei Nichtwahrnehmung von Fortbildungen unter bestimmten Umständen von Sanktionen betroffen sein. So kann Letzteren bei fehlendem Fortbildungsnachweis die Facharztlizenz entzogen werden, sodass die Betroffenen zwar ihre Tätigkeit noch ausüben können, jedoch 20 % weniger Gehalt erhalten als ein Facharzt für Allgemeinmedizin (Peck, C. 2000; Eysenbach, G. 1998).

66. Eine Rezertifizierung im Sinne einer Erneuerung der Facharztanerkennung besteht lediglich in den USA, den Niederlanden und in Neuseeland. In allen Ländern wird der Nachweis von Fortbildungszertifikaten dazu vorausgesetzt. In den USA verlangen viele Fachgesellschaften und/oder Arbeitgeber zudem, dass Ärzte alle fünf Jahre eine Prüfung über das gesamte Fachgebiet ablegen und dass sie einen Nachweis eines Mindestmaßes an kontinuierlicher klinischer Tätigkeit erbringen, um ihre Facharztanerkennung aufrechtzuerhalten (Peck, C. 2000).

In vielen weiteren Ländern wird zurzeit eine Rezertifizierung für Fachärzte diskutiert (Beecham, L. 1999; Peck, C. 2000).

1.2 Personelle Ressourcen und Aus-, Weiter- und Fortbildung in pflegerischen Berufen

67. Als personenbezogene Dienstleistung erbringt Pflege einen eigenständigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung (SG 1997, Ziffer 292). Der Prozess einer jeden pflegerischen Leistungserbringung wird wesentlich beeinflusst von den strukturellen Rahmenbedingungen, in denen er stattfindet. Neben organisatorischen und instrumentellen Faktoren kommt dabei den personellen Ressourcen eine zentrale Bedeutung zu. Die Anzahl, Qualifikation und Kompetenzen der Beschäftigten in den Sozial- und Pflegeberufen üben einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität und Leistungsfähigkeit der pflegerischen Versorgung aus. Ausgehend vom derzeitigen Personalbestand sollen darum nachfolgend aktuelle Fragen der Qualifizierung in den Pflegeberufen und Ansätze zur Optimierung der personellen Ressourcen diskutiert werden.

1.2.1 Personelle Ressourcen der Pflege

68. Das Pflege- und Sozialwesen wird heute übereinstimmend als expansiver Dienstleistungssektor beschrieben (Meifort, B. 1998a). Dieses Wachstum bezieht sich sowohl auf quantitative als auch qualitative Dimensionen. Der demografische Wandel, die Zunahme chronischer und multimorbider Krankheitszustände, Pflegebedürftigkeit (Tabelle 3, S. 34) sowie die Abnahme familialer Pflegekapazitäten lassen auf einen wachsenden Bedarf an pflegefachlichen Leistungen schließen. Gleichzeitig führen Veränderungen der gesetzlichen Grundlagen, des pflegerischen Berufsverständnisses und der Ansprüche an die

pflegerische Versorgung sowie der sektorale Bedeutungswandel im Gesundheitssystem zusammen mit technischen und pflegewissenschaftlichen Innovationen zu neuen Anforderungen im Berufsfeld (SG 1997, Ziffer 284f.). Trotzdem ist derzeit kaum absehbar, welche Konsequenzen der Wandlungs- und Wachstumsprozess für den Pflegearbeitsmarkt und die Qualifikationsstrukturen der Pflegeberufe haben wird (Meifort, B. 1998a; Garms-Homolová, V. 1998).

Tabelle 3

Modellrechnungen zur Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Personen in Deutschland

Modellrechnung und Szenario	Geschätzte Zahl der Pflegebedürftigen
Stagnierende Anzahl der Geburten und Einwanderungen (Szenario 1+2) ^{a)}	1995: 1,66 Mio. 2010: 1,97–1,98 Mio. 2030: 2,30–2,34 Mio. 2040: 2,41–2,48 Mio.
Abgeschwächter Anstieg der Geburten und Einwanderungen (Szenario 3+4)	1995: 1,64 Mio. 2010: 1,92–1,94 Mio. 2030: 2,52–2,57 Mio. 2040: 2,70–2,79 Mio.
Kuratorium Deutsche Altershilfe (Rückert, W. 1998)	Ende 1997: 1,75 Mio. Ende 2010: 2,04 Mio.
Bundesministerium für Gesundheit (Stand: 6. März 2000)	Ende 1999: 1,92 Mio. 2010: bis zu 2,32 Mio.

^{a)} Modellrechnung für die Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ (Wille, E. et al. 1999); die Szenarien beziehen zwei Migrationsvarianten ein.

Quelle: Wille, E. et al. (1999); Bundesministerium für Gesundheit (2000); Rückert, W. (1998)

69. Angesichts der begrenzten finanziellen Ressourcen (Ökonomisierung, Kostendruck, Wettbewerb) und der unübersichtlichen Pflegeleistungsabrechnung werden neben Professionalisierungsbestrebungen in den Gesundheits- und Sozialberufen zunehmend auch gegenläufige Tendenzen festgestellt (Brater, M. 1998; Moers, M. 1998; Schaeffer, D. 1998). Als zentrale Merkmale dieser Entwicklung gelten die sich verschlechternden Arbeitsbedingungen (Teildienste, Überstunden, Bestrebungen, die Schichten zu verlängern usw.), die teilweise Entleerung des Berufsfeldes durch die Ausgliederung bestimmter Aufgaben, wie Beratung oder Rehabilitation, zugunsten rein funktionsorientierter Aufgabenprofile sowie der zunehmende *skill mix* in den Einrichtungen, d. h. der Zuwachs an gering qualifizierten Mitarbeitern (Czekay, S. 1999; Moers, M. 1998; Schaeffer, D. 1998).

70. Die Schätzungen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland gehen alle von einer erheblichen Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen aus (Tabelle 3). So rechnet das Bundesministerium für Gesundheit mit einem Anstieg auf bis zu 2,32 Mio. Menschen im

Jahre 2010. Für das Jahr 2030 reichen die Schätzungen je nach zugrunde liegendem Szenario von 2,30 bis 2,57 Mio. Pflegebedürftige, für das Jahr 2040 von 2,41 bis 2,79 Mio. Die unteren Grenzwerte beruhen dabei auf der Annahme einer nicht weiter steigenden Lebenserwartung. Allerdings gehen die Schätzungen von der Vermutung aus, dass die altersspezifischen Pflegefallhäufigkeiten konstant bleiben. Eine solche Annahme kann zumindest für die weitreichenden Vorausberechnungen bezweifelt werden, liefern doch nationale und internationale Forschungsbefunde Hinweise zur Verbesserung des Gesundheitszustandes alter Menschen in der Kohortenabfolge. Für die nächsten zwanzig Jahre muss jedoch mit einer Zunahme pflegeabhängiger Personen und damit auch mit einem steigenden Bedarf an professioneller Pflege gerechnet werden.

71. Eine detaillierte Analyse der personellen Ressourcen in der Pflege gestaltet sich in mehrfacher Hinsicht schwierig (Landenberger, M. u. Ortmann, J. 1999; Garms-Homolová, V. 1998). Die zur Verfügung stehenden Statistiken unterscheiden sich teilweise erheblich hinsichtlich der Zuordnung einzelner Pflegeberufsgruppen, Vollständigkeit und Aktualität des Datenmaterials sowie in Bezug auf die ausgewählten Merkmale (Landenberger, M. u. Ortmann, J. 1999). Weitere Schwierigkeiten entstehen aufgrund unterschiedlicher Methoden der Datenerfassung und der unzureichenden Differenzierung des Personalbestandes nach Qualifikationsniveau, Berufsgruppen und Beschäftigungsfeldern (Landenberger, M. u. Ortmann, J. 1999). So werden beispielsweise die Angaben in der aktuellsten Erwerbstätigenstatistik des Statistischen Bundesamtes nach der „Klassifizierung der Berufe von 1992“ gewichtet und ausschließlich für Berufsordnungen ausgewiesen, d. h. mehrere ihrem Wesen nach möglichst gleichartige Berufe werden darin zusammengefasst. Darüber hinaus weist diese Statistik einen relativen Standardfehler von $\pm 15\%$ auf.⁶

1.2.1.1 Personalbestand in Pflege- und Sozialberufen

72. Den zuletzt verfügbaren Schätzwerten des Mikrozensus zufolge (Stand: April 1998) sind insgesamt 1 733 000 Personen in einem nichtärztlichen Gesundheitsdienstberuf tätig oder werden darin ausgebildet. Hierzu zählen die Krankenpflege, die Heilpraktik, die Ernährungsberatung und die Krankengymnastik sowie therapeutische, medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und unterstützende Berufe (Bundesministerium für Gesundheit 1999).

Unter diesen Erwerbstätigen sind 41,4 % (719 000) Fachkräfte in der Krankenpflege bzw. Kinderkrankenpflege

⁶ Bei der Interpretation der Daten ist zu bedenken, dass sich hinter einer der genannten Berufsordnungen zahlreiche Berufsbilder mit durchaus unterschiedlichen Qualifizierungsniveaus und Einsatzfeldern verbergen können. Die Pflegemitarbeiterberichterstattung wird auch dadurch erschwert, dass in Deutschland, anders als im anglo-amerikanischen Raum, keine Registrierung für examinierte Fachkräfte existiert und zwischen gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen unterschieden wird. Darüber hinaus wird häufig nur nach Pflegenden bzw. Mitarbeitern des Pflegedienstes differenziert, nicht aber nach Berufspositionen, sodass beispielsweise kaum Informationen zum Einsatz der ersten akademisch ausgebildeten Lehr- und Leitungskräfte vorliegen.

oder Entbindungspflege und weitere 121 000 (7,0 %) Hilfskräfte in der Pflege. Somit geht fast jeder zweite Beschäftigte (48,4 %) in der Gruppe der oben genannten Gesundheitsdienstberufe einer Tätigkeit in der Krankenpflege nach. Ergänzt wird dieser Personalbestand durch 246 000 Fach- und Hilfskräfte in der Altenpflege, 30 000 in der Heilerziehungspflege sowie 8 000 Beschäftigte in der Familienpflege bzw. Dorfhilfe (Statistisches Bundesamt 1998a) (Tabelle 4). Ihre Tätigkeit ist in den amtlichen Statistiken zwar nicht als Gesundheitsdienstberufe gekennzeichnet; gleichwohl leisten diese Berufsgruppen zum Teil einen erheblichen Beitrag zur pflegerischen Versorgung. Unter der Kategorie „akademische Gesundheitsdienstberufe“ werden z. B. Mediziner und Apotheker geführt, nicht aber akademisch ausgebildete Pflegenden, sodass die nachfolgenden Beschäftigtenzahlen der Pflegenden akademisch ausgebildete Pflegenden nicht berücksichtigen.

Gut zwei Drittel der rund 1,2 Millionen Beschäftigten in den Pflege- und Sozialberufen sind Kinderkranken- bzw. Krankenpflegefachkräfte oder Hebammen, und knapp jede vierte Person ist Altenpflegefach- oder -hilfskraft. Lediglich jeder zehnte Erwerbstätige geht einer Hilfstätigkeit in der Krankenpflege nach. Diese Relationen bleiben auch dann bestehen, wenn die Zahl der Auszubildenden unberücksichtigt bleibt. Da sie jedoch insbesondere in der Krankenpflege auf die Stellenpläne angerechnet werden, zählen sie in zahlreichen statistischen Kategorien zur Gruppe der Erwerbstätigen, sodass sich die nachfolgenden Ausführungen auf die Gesamtzahl der Beschäftigten beziehen (inkl. Auszubildende).

73. Neben der Anzahl der Beschäftigten determiniert der zeitliche Umfang ihrer Tätigkeit das Potenzial der Pflege- und Sozialberufe wesentlich. Hier zeigt sich, dass es in allen Berufskategorien nahezu ein Drittel Teilzeiterwerbstätige gibt, deren wöchentliche Arbeitszeit bei 32 Stunden oder darunter liegt (Tabelle 5). Die meisten

Tabelle 4

Beschäftigte in Pflege- und Sozialberufen nach Berufsgruppen

Feld der Berufstätigkeit	Anzahl und Anteil der Erwerbstätigen in Pflege- und Sozialberufen	
	inklusive der Auszubildenden	ohne Auszubildende
Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Entbindungspflege	785 000 (64,4 %)	719 000 (63,4 %)
Krankenpflegehilfe	124 000 (10,2 %)	121 000 (10,8 %)
Altenpflege und Altenpflegehilfe	268 000 (22 %)	246 000 (21,9 %)
Heilerziehungspflege	33 000 (2,7 %)	30 000 (2,7 %)
Familienpflege und Dorfhilfe	9 000 (0,7 %)	8 000 (0,7 %)
Insgesamt	1 219 000 (100 %)	1 124 000 (99,5 %)

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit (1999); Statistisches Bundesamt (1998a)

Tabelle 5

Verhältnis von Vollerwerbs- und Teilzeiterwerbstätigen in Pflege- und Sozialberufen

Beruf	Anteil der Vollzeit-erwerbstätigen (%)	Anteil der Teilzeit-erwerbstätigen (%)
Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Entbindungspflege	72,8	27,2
Krankenpflegehilfe	65,1	34,9
Altenpflege und Altenpflegehilfe	66,2	33,8
Heilerziehungspflege	72,7	27,3
Familienpflege und Dorfhilfe	o. A.	o. A.

Quelle: Statistisches Bundesamt (1998a)

dieser Beschäftigten finden sich unter den Helfern in der Krankenpflege sowie bei Fach- und Hilfskräften der Altenpflege. Insgesamt liegt die Quote der Teilzeitbeschäftigung in den Pflege- und Sozialberufen deutlich über derjenigen in der gesamten Volkswirtschaft (19,3 %) (Statistisches Bundesamt 1998a).⁷

1.2.1.2 Einkommen

74. Tabelle 6 stellt die Einkommensverhältnisse von Pflegekräften mit unterschiedlicher Qualifikation dar. Durchschnittlich 24,5 % der Fach- und Hilfskräfte der Kranken- und Altenpflege verfügen über ein Nettoeinkommen zwischen DM 2 200 und 3 000, wobei gut jede dritte Fachkraft in der Krankenpflege (32 %), jedoch nur jede vierte in der Altenpflege und Altenpflegehilfe (25,1 %) dieses Einkommen erzielt und 19,2 % der Helfer in der Krankenpflege sowie 21,6 % der Heilerziehungspfleger. Bei durchschnittlich 24,1 % der Beschäftigten liegt das Nettoeinkommen unter DM 2 200. Dies

gilt für gut ein Drittel der Altenpflegefachkräfte und -hilfskräfte (32,9 %), für mehr als jeden vierten Erwerbstätigen in der Krankenpflege (26,9 %) und für 20,4 % der Hilfskräfte in diesem Sektor. Diese Einkommensverhältnisse entsprechen in etwa denen in der gesamten erwerbstätigen Bevölkerung, denn hier erwirtschaften 21,8 % zwischen DM 2 200 und 3 000 netto und 27,6 % weniger als DM 2 200 (Statistisches Bundesamt 1998b).

Selbständigkeit ist in den Pflege- und Sozialberufen äußerst selten. So stehen in allen Berufskategorien mehr als 90 % der Erwerbstätigen (ohne Auszubildende) in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (1999) sind lediglich 11 000 Fachkräfte in der Krankenpflege (1,4 %) und 1 000 Helfer selbständig.

1.2.1.3 Soziodemographische Merkmale der Beschäftigten

75. Die Beschäftigten in den Pflege- und Sozialberufen sind in der Mehrzahl Frauen, wobei die Geschlechterverteilung in den einzelnen Berufen zeigt (Tabelle 7, Seite 37), dass sich das Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Beschäftigten auf ca. fünf zu eins beläuft und in etwa den Relationen in den nichtärztlichen Gesundheitsdienstberufen entspricht, in denen insgesamt

⁷ Die Zahl der geringfügig Beschäftigten lässt sich aus dem vorhandenen Datenmaterial nur indirekt ableiten. So wird für mindestens 29 000 Teilzeiterwerbstätige ein Einkommen bis zu DM 600 ausgewiesen; hingegen sind ca. 20 % in einem Umfang beschäftigt, der zu einem Einkommen von DM 1 000 und mehr führt (Statistisches Bundesamt 1998b).

Tabelle 6

Einkommenssituation in den Pflegeberufen^{a)}

Monatliches Nettoeinkommen (DM)	Anteil (%) der Beschäftigten nach Pflegeberufen		
	Krankenpflege und Entbindungspflege (n = 785 000)	Krankenpflegehilfe (n = 124 000)	Altenpflege und Altenpflegehilfe (n = 268 000)
Unter 1 000	8,4	11,9	8,2
1 000–1 400	5,1	o. A.	5,8
1 400–1 800	3,3	8,0	7,2
1 800–2 200	10,1	12,4	11,7
2 200–3 000	32,0	19,2	25,1
3 000–4 000	9,1	7,1	5,4
4 000–5 000	2,0	o. A.	o. A.
5 000–6 000	o. A.	o. A.	o. A.
6 000–7 000	o. A.	o. A.	o. A.
7 000 und mehr	o. A.	o. A.	o. A.
Vollzeiterwerbstätige insgesamt¹	70	58,6	63,4

^{a)} Teilzeiterwerbstätige werden in der Statistik nicht nach Einkommen erfasst. Die Tabelle weist nur die Vollzeiterwerbstätigen in den Pflegeberufen aus, bei denen Angaben zum Einkommen vorliegen; deswegen werden die 100 % nicht erreicht.

o. A. = ohne Angaben aufgrund der zu geringen Besetzungszahl und des damit verbundenen Standardfehlers.

86,2 % Frauen und 13,9 % Männer beschäftigt sind (Bundesministerium für Gesundheit 1999). Die Darstellungen des Bundesministeriums für Gesundheit (1999) zeigen darüber hinaus, dass für Krankenpflege, Hebammen und Helfer in der Krankenpflege das jeweilige Geschlechterverhältnis auch dann besteht, wenn die Auszubildenden unberücksichtigt bleiben. In der Heilerziehungspflege und der Krankenpflegehilfe sind im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen deutlich mehr Männer beschäftigt (drei zu eins). Für die Gruppe der Helferinnen/Helfer in der Krankenpflege ist davon auszugehen, dass diese Abweichung auch aus der statistischen Erfassungstechnik resultiert, die dazu führt, dass in dieser Kategorie u. a. auch Sanitäter, Rettungsassistenten, Krankenträger und Krankenwagenbegleiter berücksichtigt werden (Statistisches Bundesamt 1998c).

76. Die Analyse der Altersstrukturen in Pflege- und Sozialberufen (Tabelle 8) macht zunächst deutlich, dass es sich vor allem bei Fachkräften der Krankenpflege um durchschnittlich jüngere Personen handelt als bei ihren Berufskolleginnen und -kollegen der Altenpflege. So sind mehr als zwei Drittel der Altenpflegerinnen/-pfleger und der Pflegehelferinnen über 35 Jahre alt, hingegen entfallen 50 % des Krankenpflegepersonals sowie 57 % des Hilfspersonals in der Krankenpflege auf diese Altersgruppen. Somit liegt das Verhältnis von jüngeren und älteren Beschäftigten in der Krankenpflege unter den Werten in der Gesamterwerbstätigenbevölkerung, denn hier sind, analog zu den Altersstrukturen der Altenpflegekräfte, 61,3 % 35 Jahre und älter sowie 37,3 % unter 35 Jahre alt (Statistisches Bundesamt 1998b). Das häufigere Vorkommen jüngerer Altersjahrgänge in der

Tabelle 7

Geschlechterverteilung in Pflege- und Sozialberufen

Beruf	Anzahl der Erwerbstätigen insgesamt (inkl. Auszubildende)	Anteil Frauen (%)	Anteil Männer (%)
Krankenpflege, Entbindungspflege	785 000	84,3	15,7
Krankenpflegehilfe	124 000	63,7	36,6
Altenpflege, -pflegehilfe	268 000	87,0	13,0
Heilerziehungspflege	33 000	64,6	35,4
Familienpflege/Dorfhilfe	9 000	94,7	5,3
Insgesamt	1 219 000	82,2	17,7

Quelle: Statistisches Bundesamt (1998c); eigene Berechnungen

Tabelle 8

Altersstruktur in Pflege- und Sozialberufen

Beruf	Anteil (%) der Altersgruppen unter Erwerbstätigen (in Jahren)					
	unter 20	20-25	25-35	35-45	45-55	55-65
Krankenpflege, Entbindungspflege	3,5	12,9	32,6	28,6	15,7	6,6
Krankenpflegehilfe	o. A. ^{a)}	14,1	23,8	26,1	22,2	8,2
Altenpflege und -hilfe	2,8	9,1	22,0	30,4	25,1	8,5
Heilerziehungspflege	o. A.	18,0	36,6	27,5	o. A.	o. A.
Familienpflege/Dorfhilfe	o. A.	o. A.	o. A.	o. A.	o. A.	o. A.

^{a)} Merkmalsausprägungen unter 5 000 werden in der amtlichen Statistik nicht ausgewiesen und sind als „o. A.“ gekennzeichnet. Infolgedessen kann die Gesamtheit der jeweiligen Beschäftigten nicht ausgewiesen werden.

Quelle: Statistisches Bundesamt (1998b)

Krankenpflege kann als Indiz für den relativ kurzen Berufsverbleib gewertet werden (Statistisches Bundesamt 1998c). Für den Bereich der Altenpflege kann demgegenüber angenommen werden, dass sich die ebenfalls kurze Verweildauer im Beruf (Meifort, B. et al. 1997) nicht in demselben Maße auf die Altersstruktur auswirkt, weil die Berufsausbildung häufig als Umschulung stattfindet. Dies ist beispielsweise in Berlin ausschließlich der Fall.

Für die Fachkräfte und Helferinnen bzw. Helfer in der Krankenpflege (ohne Auszubildende) liegen darüber hinaus detailliertere Informationen zur Altersstruktur vor (Bundesministerium für Gesundheit 1999). Demnach bestehen zwischen weiblichen und männlichen Krankenpflegepersonen keine nennenswerten Altersunterschiede. Im Gegensatz dazu sind jedoch Helfer in der Krankenpflege deutlich jünger als Helferinnen. So sind dreimal mehr Männer (45,5 %) zwischen 20 und 30 Jahren alt als Frauen (15,4 %). Dementsprechend ist gut jede dritte Frau in den Krankenpflegehilfsberufen (32,1 %) zwischen 40 und 50 Jahren alt und mehr als jede fünfte (23,1 %) in einem Alter zwischen 50 und 60 Jahren, wohingegen dies lediglich auf 15,9 % bzw. 9,1 % der männlichen Beschäftigten zutrifft. Für junge Männer scheint die Hilfe in der Krankenpflege auch ein Sprungbrett in weitere berufliche Qualifikationen zu sein. Frauen kommen hingegen entweder im Wege der Umschulung ohnehin biografisch spät in die Krankenpflegehilfe oder bekleiden langfristig solche Berufspositionen, ohne eine feste Aufstiegsabsicht zu haben.

77. Die Angaben zu den Schulbildungsabschlüssen der Beschäftigten und Auszubildenden in den Pflege- und Sozialberufen zeigen deutliche Unterschiede im Vergleich zur bundesdeutschen Erwerbstätigenbevölkerung und in den einzelnen Berufsgruppen. Es haben 38,6 % aller Erwerbstätigen einen Hauptschulabschluss, 33,1 % haben

eine polytechnische Oberschule oder Realschule abgeschlossen und weitere 23,0 % die Fach- bzw. Hochschulreife erworben (Statistisches Bundesamt 1998b). Tabelle 9 gibt eine Übersicht über die prozentuale Verteilung dieser Bildungsabschlüsse in den Pflege-/Sozialberufen.

Demnach liegt der Anteil von Beschäftigten und Auszubildenden mit Hauptschulabschluss in der Kinderkranken-, Krankenpflege, bei Hebammen sowie bei Heilerziehungspflegekräften deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt. Im Gegensatz hierzu besitzt nahezu jeder Zweite unter den Helfern der Krankenpflege und bei den Fach- und Hilfskräften der Altenpflege diese Schulbildung. Im Hinblick auf mittlere Bildungsabschlüsse wird deutlich, dass sie bei Altenpflegekräften durchschnittlich häufig vertreten, in der Krankenpflegehilfe dagegen leicht unterrepräsentiert sind und in der Krankenpflege überproportional häufig vorkommen. Darüber hinaus entspricht der Anteil der Abiturienten in etwa der Verteilung unter allen Erwerbstätigen; er liegt in der Altenpflege jedoch um rund 50 % darunter.

78. Während 7,9 % aller Erwerbstätigen und Auszubildenden in Deutschland ausländische Staatsbürger sind, liegt ihr Anteil in den Pflegeberufen insgesamt geringfügig unterhalb dieses Wertes. Derzeit sind 42 000 Fachkräfte und Auszubildende in der Krankenpflege (5,3%), 12 000 in der Krankenpflegehilfe (9,7 %) sowie 19 000 in der Altenpflege/-hilfe ausländischer Herkunft (7,1 %).

1.2.2 Beschäftigungsfelder und -entwicklung

1.2.2.1 Stationäre Versorgung

79. Der Krankenhaussektor stellt aufgrund seiner Personalintensität und seines umfangreichen Leistungsspektrums traditionell das größte Einsatzfeld für die Fachkräfte in der Krankenpflege dar (Landenberger, M. u.

Tabelle 9

Schulbildung in Pflege- und Sozialberufen

Schulabschluss	Anteil der Schulabschlußqualifikationen bei Beschäftigten in verschiedenen Pflegeberufen (%)			
	Kinder-, Kranken-, Entbindungspflege (n = 785 000)	Krankenpflegehilfe (n = 124 000)	Altenpflege, Altenpflegehilfe (n = 268 000)	Heilerziehungspflege (n = 33 000)
Anteil der Befragten mit Angabe des Schulabschlusses	96,7	93,0	95,0	82,9
Hauptschule	18,3	49,2	45,7	25,6
Realschule/POS	58,2	27,3	37,2	31,8
(Fach-)Hochschulreife (allgemein und fachgebunden)	20,2	16,5	12,1	25,5

Quelle: Statistisches Bundesamt (1998b)

Ortmann, J. 1999). So entfielen 1997 von den insgesamt 862 000 Vollzeitarbeitsplätzen in Krankenhäusern 39,6 % auf den Pflegedienst (Arnold, M. et al. 1999), d. h. im Jahresdurchschnitt wurden 341 138 Vollzeit-Mitarbeiter in der Pflege eingesetzt (BMG 1999). Die Gesamtzahl der Pflegedienstmitarbeiter (Voll- und Teilzeitbeschäftigte) lag bei 420 306, wobei es sich um 323 801 Krankenpflegefachkräfte, 41 110 Kinderkrankenschwestern sowie um 27 013 Krankenpflegehelfer und 28 362 Pflegepersonen ohne staatliche Prüfung handelte. Darüber hinaus arbeiteten 9 245 Hebammen bzw. Entbindungspfleger in den Krankenhäusern (Tabelle 10). Demnach bindet dieser Versorgungssektor 52,9 % des gesamten Potenzials dreijährig examinierter Fachkräfte; knapp ein Viertel (22,3 %) aller Hilfskräfte in der Krankenpflege sind hier tätig.

Tabelle 10

Fachkräfte und Hilfspersonal in der stationären Krankenpflege und Entbindungspflege (Voll- und Teilzeit 1997)

Qualifikation	Anzahl der Beschäftigten
Fachkräfte der Krankenpflege	323 801
Fachkräfte der Kinderkrankenpflege	41 110
Fachkräfte Entbindungspflege	9 245
Krankenpflegehilfe	27 013
Pflegepersonal ohne staatl. Prüfung	28 362
Insgesamt	429 531

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (1999b)

80. Weiterhin zeigt die Krankenhausstatistik, dass pro 100 Betten im Bundesdurchschnitt 72,9 Vollzeitkräfte in der Pflege zur Verfügung stehen. Im Vergleich zu anderen Beschäftigtengruppen im Krankenhaus weist diese Quote die geringsten regionalen Unterschiede auf und schwankt zwischen 68 Vollzeitbeschäftigten im Pflegedienst pro 100 Betten in Thüringen sowie 82 in Berlin. Die Anzahl der vollbeschäftigten Pflegenden je 100 Krankenhausbetten variiert jedoch in Abhängigkeit von der Größe der Einrichtung und beträgt in kleinen Häusern mit weniger als 100 Betten 63,6, hingegen 80,9 in großen Kliniken (500 und mehr Betten) (Arnold, M. et al. 1999).

Insgesamt betrachtet ist 1998 im Vergleich zu den Vorjahren neben der Bettenzahl auch die Zahl der Vollzeitbeschäftigten in den Krankenhäusern zurückgegangen, d. h. in diesem Zeitraum sind rund 30 000 Vollzeitarbeitsplätze abgebaut worden (880 000 in 1996; 850 367 in 1998). Gleichzeitig kam es zu einem Anstieg der Patientenzahlen (15,95 Millionen 1998) sowie zu einer Steigerung der Auslastung der Krankenhäuser auf 81,9 %.

Die Entwicklung der personellen Kapazitäten verlief in den einzelnen Berufsgruppen im Krankenhaus durchaus

unterschiedlich⁸: Während die Zahl der vollzeittätigen Ärzte 1998 sogar um 1,45 % zunahm, ging die Anzahl des nichtärztlichen Personals von 935 071 (1996) auf 918 078 im Jahr 1997 zurück. In der Gruppe der Pflegeberufe zeigt sich, dass die Beschäftigtenzahlen in der Krankenpflege 1997 nahezu auf gleichem Niveau lagen wie im Vorjahr, wobei einem leichten Zuwachs in den neuen Bundesländern ein Rückgang der Erwerbstätigen in den alten Bundesländern einschließlich Berlin gegenüber steht. Im Bereich der Kinderkrankenpflege standen demgegenüber 735 Vollzeitarbeitsplätze (1997) weniger zur Verfügung als 1996 und in der Krankenpflegehilfe belief sich der Rückgang auf rund 2 500 Stellen. Die Zahl der im Krankenhaus vollzeitbeschäftigten Hebammen und Entbindungspfleger stieg wiederum leicht an; dies allerdings ausschließlich in den alten Bundesländern (Bundesministerium für Gesundheit 1999).

81. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen haben nach einer positiven Entwicklungsphase von 1991 bis 1996 im Jahr 1997 gravierende Veränderungen erlebt, die durch eine Erhöhung der Kostenbeteiligung der Patienten, eine Begrenzung der Maßnahmenlaufzeiten sowie die Verlängerung des Zeitraumes zwischen zwei Beantragungen verursacht wurden. So waren 1997 im Vergleich zum Vorjahr sowohl die Patientenzahlen als auch die Pflegetage rückläufig und die Auslastung der Einrichtungen sank auf 62,3 %. Für 1998 wurden wieder gegenläufige Tendenzen festgestellt, die sowohl Fall- und Bettenzahlen als auch Pflegetage betreffen (Arnold, M. et al. 1999).

Gleichwohl zeigte die Personalentwicklung in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen eine abnehmende Zahl der Beschäftigten in nichtärztlichen Berufen. Während sie bis 1996 konstant anstieg und im Vergleich zu 1991 einen Zuwachs von rund 32 % erfuhr (Arnold, M. et al. 1999), sank die Anzahl des nichtärztlichen Personals von 107 440 (1996) auf 97 145 im Jahr 1997 und liegt somit noch unter dem Niveau von 1994 (Bundesministerium für Gesundheit 1999). Rund 22 % dieser Mitarbeiter sind in Voll- oder Teilzeitanstellung im Pflegedienst der Einrichtungen tätig. Die Verteilung nach Berufskategorien zeigt Tabelle 11 (Seite 40).

Im Jahresdurchschnitt umfasste der Pflegedienst in den Einrichtungen 1997 18 402 vollzeitbeschäftigte Mitarbeiter. Nach der expansiven Personalentwicklung in der Zeit von 1991 bis 1996, in der die Gesamtzahl der Pflegenden um 50,2 % anstieg (Arnold, M. et al. 1999), zeigte sich in der Krankenpflege und der Krankenpflegehilfe 1997 im Vergleich zum Vorjahr eine leicht rückläufige Beschäftigungsentwicklung. Dabei stand dem Abbau von rund 530 Arbeitsplätzen für Krankenpflegefachkräften in den alten Bundesländern ein leichter Zuwachs (n=110) in den neuen Ländern gegenüber. Ähnliches gilt für Hilfskräfte in der Krankenpflege, wobei ihre Zahl insgesamt auf den Stand von 1994 absank (Bundesministerium für Gesundheit 1999).

⁸ Die Angaben beziehen sich nur auf Vollzeiterwerbstätige. Zum Stellenabbau bei Teilzeitbeschäftigten liegen uns keine Daten vor.

Tabelle 11

**Mitarbeiter im Pflegedienst von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
(Voll- und Teilzeiterwerbstätige 1997) nach Berufskategorien**

Beruf	Anzahl der Mitarbeiter	Anteil an allen Mitarbeitern im Pflegedienst (%)
Krankenpflege	15 374	72,6
Krankenpflegehilfe	2 786	13,2
Kinderkrankenpflege	722	3,4
sonstige Pflegepersonen (ohne staatliche Prüfung)	2 296	10,8
Insgesamt	21 178	100

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (1999b)

1.2.2.2 Stationäre Altenpflegeeinrichtungen

82. In der stationären Altenpflege waren 1996 182 100 Pflegekräfte beschäftigt. Ihre Zahl stieg bis 1999 auf 228 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Für den stationären Altenpflegebereich bedeutete dies einen personellen Zuwachs von 25,2 % (1999). 82,6 % der Pflegenden im stationären Altenhilfereich waren Frauen, fast die Hälfte der stationären Einrichtungen wurden jedoch von Männern geleitet (marmas bonn 2000a).

Stationäre Einrichtungen unterscheiden sich nach der Anzahl der Mitarbeiter: 42,7 % hatten 1999 mehr als 51 und 20,6 % 31 bis 50 Mitarbeiter. Von diesen Personen waren durchschnittlich 38,3 Vollzeitbeschäftigte und 16 Teilzeitmitarbeiter sowie 2,2 geringfügig Beschäftigte. Das Durchschnittsalter des Pflegepersonals betrug 38 Jahre. Analog der Altersstruktur ist darüber hinaus festzustellen, dass neben den Leitungskräften auch die Pflegenden über langjährige Praxiserfahrung verfügten: Fast die Hälfte der Pflegefachkräfte arbeitete bereits zehn Jahre und länger in dem Beruf (49,6 %) und knapp jede vierte (22,2 %) verfügte über eine sechs- bis zehnjährige Berufserfahrung. 15 % standen am Anfang ihrer Berufslaufbahn bzw. waren weniger als drei Jahre in der Pflege tätig, weitere 13,2 % zwischen drei und sechs Jahren (marmas bonn 2000a).

83. 36,5 % des Pflegepersonals in den stationären Altenpflegeeinrichtungen verfügten über eine Ausbildung in der Altenpflege. Im zeitlichen Vergleich ist interessant, dass ihre Zahl zurückging zugunsten des Personals ohne Qualifikation und mit einer Helferausbildung. Der Kreis so Qualifizierter stieg von 1996 bis 1999 von 7 % auf 9,6 % der Beschäftigten. Zeitgleich wuchs die Zahl der Personen, die keine Qualifikation hatten, von 1 % auf 6,4 % an. 9,2 % der Beschäftigten in der stationären Altenpflege haben andere Qualifikationen (fachfremd) und 34,3 % waren in der Krankenpflege ausgebildet. Auch hier ging der Prozentsatz der Qualifizierten im Vergleich zu 1996 (38 %) zurück (marmas bonn 2000a). Insgesamt ist für den stationären Bereich in den vergangenen vier Jahren ein Qualifikationsrückgang der personellen Ressourcen zu konstatieren.

Mit Einführung der Heimpersonalverordnung beispielsweise wurde der stationäre Bereich zwar verpflichtet, die Betreuung Pflegebedürftiger mindestens zu 50 % durch Fachkräfte abzudecken. 1997 lag die durchschnittliche Fachkraftquote bundesweit jedoch lediglich bei 31 % (Czekay, S. 1999). Die Zahl der Personen, die sich zu einer Pflegedienstleitung qualifiziert hatten, nahm im Vergleichszeitraum 1996 bis 1999 zu. Dies begründet sich mit der Zunahme der Einrichtungen der stationären Altenhilfe insgesamt und mit der gesetzlich fixierten Verpflichtung zu einer entsprechenden Qualifikation. 1996 arbeiteten 17 400 Pflegedienstleiterinnen/-leiter im stationären Bereich, 1999 waren es 21 000. Dies ist ein Zuwachs von 20,7 %.

Die Qualifikation dieser Leitungskräfte hatte 1999 folgende Struktur:

- Schulbildung: 29,9 % Realschule, 26,2 % Abitur und 16,8 % Fachhochschulreife;
- Berufsqualifikation: 24,6 % Krankenpflege, 23,1 % Altenpflege, 17,1 % kaufmännischer Abschluss, 16,5 % Studium und 13,4 % Heimleiterausbildung (Tabelle 12, Seite 41).

Das durchschnittliche Lebensalter der Führungskräfte lag bei 37 Jahren. Die Geschäftsführungen bzw. Leitungskräfte in den Einrichtungen sind überwiegend sehr berufserfahrene Mitarbeiter: 71,3 % waren zehn Jahre und länger in ihrem Beruf tätig, weitere 16 % zwischen sechs und zehn Jahren (marmas bonn 2000a).

1.2.2.3 Ambulante Pflege

84. Die Beschäftigtenzahl stieg auch in der ambulanten Altenpflege an. Waren 1996 107 200 im ambulanten Bereich beschäftigt, wuchs ihre Zahl im Jahre 1999 auf 135 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dies ist ein Zuwachs von 25,9 % im ambulanten Sektor. Unter Einbezug der Zuwächse in der stationären Altenpflege kann der Anstieg der Personalquote auf 25,5 % beziffert werden. Damit arbeiteten in der stationären und ambulanten Altenpflege 1999 insgesamt 363 000 Personen (1996: 289 300) (marmas bonn 2000a).

Tabelle 12

Qualifikationsstruktur von Pflegekräften bei ambulanten Diensten und in stationären Einrichtungen der Altenpflege 1999

Qualifikation	Anteil an Pflegekräften in ambulanten Einrichtungen (%)	Anteil an Pflegekräften in stationären Einrichtungen (%)
Altenpflegeausbildung	29,5	36,5
Krankenpflegeausbildung	41,1	34,3
Altenpflegehilfesausbildung	8,7	9,6
Sonstige Fachqualifikation	15,6	9,2
Keine spezielle Qualifikation	6,6	6,4
Kaufmännische Ausbildung	3,6	3,8

Quelle: marmas bonn (2000a)

Von den Pflegenden in der ambulanten Versorgung waren 76,1 % Frauen. Die Mehrzahl von ihnen hatte eine Ausbildung in der Krankenpflege (41,1 %) (marmas bonn 2000b). Damit ging die Zahl der qualifizierten Krankenpfleger im Vergleichszeitraum zu 1996 (65 %) um beinahe 25 % zurück. Dieser Rückgang der Beschäftigten mit Krankenpflegeausbildung führte allerdings zu einer vermehrten Beschäftigung von Altenpflegerinnen/-pflegern. Ihre Zahl stieg von 1996 (18 %) auf 29,5 % im Jahre 1999 an. Allerdings muss auch für den ambulanten Bereich die Zunahme eines Qualifikationsmixes zugunsten nichtqualifizierten Personals und Helferinnen/Helfer konstatiert werden. 1999 hatten 8,7 % der Beschäftigten eine Altenpflegehilfesausbildung und die Zahl der Beschäftigten ohne Qualifikation stieg auf 6,6 % im Jahr 1999 an. In etwa gleich blieb die Quote der Beschäftigten mit anderen Fachqualifikationen (1996: 16 % und 1999: 15,6 %). Allerdings ist auffallend, dass nahezu 40 % der Pflegekräfte in der ambulanten Versorgung bereits vor der Berufsausbildung in der Pflege eine andere Qualifikation erworben hatte. Das Durchschnittsalter der Mitarbeiter lag bei 36 Jahren. Die meisten verfügten über eine langjährige Praxiserfahrung: 35,6 % der Pflegefachkräfte arbeiteten bereits 10 Jahre und länger im Beruf, und jede dritte Fachkraft verfügte über eine sechs- bis zehnjährige Berufserfahrung (marmas bonn 2000b).

Mit der Zunahme der ambulanten Pflegestationen von 11 615 (1996) auf 13 275 (1999) stieg auch die Zahl der beschäftigten Pflegedienstleitungen von 12 100 auf 18 000, wobei 41,6 % der Pflegedienste von Männern und 58 % von Frauen geleitet wurden. Die Qualifikation der Leitungen in ambulanten Einrichtungen hatte folgende Struktur: Schulbildung: 29,5 % Realschule, 23 % Abitur, 15,4 % Handelsschule; Berufsqualifikation: 41 % Krankenpflege, 33,8 % andere Fachqualifikation, 21 % kaufmännischer Abschluss und 17,7 % Altenpflege (marmas bonn 2000a).

Die ambulanten Einrichtungen unterschieden sich nach der Anzahl der Mitarbeiter: 29,8 % beschäftigten sechs bis zehn Mitarbeiter, 17 % 11 bis 15 Mitarbeiter, 12,5 % einen bis fünf Mitarbeiter und 12,1 % 16 bis 20 Mitarbeiter. Von diesen Beschäftigten waren durchschnittlich 13,4 Vollzeitangestellte, 6,5 Teilzeitmitarbeiter und 1,6 geringfügig Beschäftigte (marmas bonn 2000a).⁹

1.2.2.4 Beschäftigungs- und Arbeitsmarktentwicklung¹⁰

85. Beiträge zur Beschäftigungsentwicklung in den Pflegeberufen verweisen immer wieder auf Ungleichgewichte zwischen dem Beschäftigungsanteil der Pflegeberufe im Vergleich zu den Beschäftigungszahlen der Ärzte im bundesdeutschen Gesundheitssystem (Meifort, B. 1998b). Der Anteil der Ärzte an den Beschäftigten im Gesundheitswesen lag im Zeitraum zwischen 1980 und 1995 fast gleich bleibend bei ca. 13 %. Während der Anteil der Krankenpflegefachkräfte seit 1991 als Auswirkung der Kostendämpfungsmaßnahmen sank (Landenberger, M. u. Ortmann, J. 1999, S. 13).

Ein internationaler Vergleich (Tabelle 13, S. 42) zeigt, dass Deutschland eine sehr hohe Arztdichte hat. Die Pflegebeschäftigtendichte ist vergleichbar mit derjenigen in Schweden, den USA und Kanada, diese Länder haben aber wesentlich geringere Arztdichten als die Bundesrepublik.

⁹ Diese Angaben sind mit Vorsicht zu interpretieren, da rund 70 % der befragten Einrichtungen keine Angaben machten.

¹⁰ Überwiegend nach Angaben der Bundesanstalt für Arbeit 1999 basierend auf einer exemplarischen Erhebung, die von zehn Landesarbeitsämtern vorgenommen wurde.

Tabelle 13

Dichte von Ärzten und Pflegebeschäftigten in Deutschland und anderen ausgewählten Ländern^{a)}

Land	Ärzte je 100 000 Einwohner (Jahr)	Pflegekräfte je 100 000 Einwohner (Jahr)
Österreich	357 (1997)	530 (1992)
Deutschland	345 (1997)	1 176 (1998)
Portugal	305 (1996)	304 (1994)
Finnland	295 (1997)	2 184 (1992)
Frankreich	294 (1996)	392 (1992)
Schweden	265 (1997)	1 048 (1994)
USA	245 (1992)	878 (1993)
Niederlande ^{b)}	242 (1996)	—
Luxemburg	237 (1996)	—
Canada	221 (1992)	958 (1993)
Vereinigtes Königreich ^{c)}	157 (1997)	—

^{a)} Aufgrund unterschiedlicher Erfassungs- und Zuordnungsmethoden sowie Angaben innerhalb eines Sechs-Jahres-Zeitraumes sind die Zahlen nur bedingt vergleichbar.

^{b)} Die Angaben beziehen sich auf das Jahr 1995.

^{c)} Es sind ausschließlich Ärzte des National Health Service berücksichtigt.

Quellen: Statistisches Bundesamt (1999b); WHO (2000)

86. Aktuelle Analysen der Bundesanstalt für Arbeit (1999) lassen kaum Veränderungen dieser Situation erkennen. Zwar wird darin ein wachsender Bedarf an pflegerischen Leistungen konstatiert, aber zugleich auch darauf hingewiesen, dass dieser Bedarf aufgrund der Kostenreduktion nicht zur entsprechenden Nachfrage nach mehr Pflegekräften am Arbeitsmarkt führt. Punktuell zeigt sich, dass der zunehmende Kostendruck zum Stellenabbau führt. Sowohl in der Krankenpflege, der Krankenpflegehilfe als auch in der Altenpflege bleibt die Nachfrage nach Pflegepersonal derzeit insgesamt hinter dem Arbeitskräfteangebot zurück. Allerdings gibt es dabei teilweise erhebliche regionale Unterschiede. Besonders negativ wird beispielsweise die Situation für Krankenpflegefachkräfte in Berlin beurteilt, da im Krankenhausbereich seit 1993 rund 5 000 Arbeitsplätze abgebaut wurden und bis 2005 weitere 8 500 Stellen folgen sollen. Demgegenüber gibt es in München nach wie vor einen Bedarf an Krankenpflegekräften, der nicht aus der Region gedeckt werden kann. Der erfolgreichen Vermittlung von Fachpersonal nach München stehen allerdings die vergleichsweise hohen Lebenshaltungskosten entgegen. Gleichzeitig wird hier die Tendenz festgestellt, den Fachkräftemangel durch die Einstellung von Hilfspersonal mit Zusatzqualifikation zu kompensieren. Darüber hinaus existiert eine Nachfrage nach Krankenpflegehelferinnen und -helfern in Universitätskliniken in Baden-Württemberg, wobei diese Arbeitsplätze häufig auch mit Medizinstudenten besetzt werden. Weiterhin werden

Hilfskräfte vor allem als Teilzeitbeschäftigte in Zeiten besonderer Arbeitsintensität eingesetzt.

Im Bereich der Altenpflege werden aus Schleswig-Holstein und ländlichen Gebieten Brandenburgs dauerhaft Arbeitsplatzangebote für Fachkräfte gemeldet. Altenpflegehelferinnen und -helfer werden in Sachsen und Brandenburg nachgefragt, besitzen aufgrund der gesetzlich fixierten Fachkraftquote von 50 % ansonsten jedoch ungünstige Beschäftigungsaussichten. Für Fachkräfte der Familienpflege und Hauswirtschaft gibt es aus Sicht der Arbeitsämter überhaupt keinen Bedarf.

87. Insgesamt wird ein Anstieg der Nachfrage an Pflegekräften durch den Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen prognostiziert, wobei dieser Sektor die meisten geringfügig Beschäftigten aufweist. Potenziale für die Entstehung neuer Arbeitsplätze sehen die Arbeitsvermittler beispielsweise in der ambulanten Versorgung Psychisch- und Demenzkranker sowie im Heil- und Hilfsmittelvertrieb, der Beratung und Schulung von Rehabilitanden oder im Bereich der Freizeitpädagogik bzw. Seniorenarbeit. Eine konstante Nachfrage besteht auch für Fachkräfte mit Zusatzqualifikation in bestimmten Funktionsbereichen, z. B. in der Intensivmedizin.

Darüber hinaus zeigt sich am Arbeitsmarkt eine Tendenz zur gegenseitigen Ersetzbarkeit von Kranken- und Altenpflegefachkräften, sodass die Grenzen zwischen Alten- und Krankenpflege zunehmend verwischen. Dies bedeu-

tet jedoch gleichzeitig, dass beide Berufsgruppen in eine verstärkte Konkurrenz zueinander treten. Hindernisse bei der Besetzung freier Arbeitsplätze stellen aus Sicht der Arbeitsämter die nach wie vor weit verbreiteten traditionellen Schicht- und Teildienste dar sowie untertarifliche Vergütungen und eine geringe Mobilität aufseiten der Arbeitsuchenden. In einigen Regionen wird ein zunehmendes Angebot von Zeitarbeitsunternehmen bei der Arbeitsplatzvermittlung konstatiert, das von Berufsanfängern genutzt wird, um verschiedene Arbeitsfelder bzw. Einrichtungen kennen zu lernen (Bundesanstalt für Arbeit 1999):

1.2.3 Aus-, Fort- und Weiterbildung

88. Für die Übernahme einer Berufstätigkeit im Pflege-/Sozialwesen stehen heute eine Reihe von Qualifizierungsmöglichkeiten zur Verfügung. Sie sind auf der Ebene der Berufsausbildung angesiedelt, umfassen den Fort- und Weiterbildungssektor und seit 1990 auch den tertiären Bildungssektor¹¹. Unabhängig von der bildungsrechtlichen und inhaltlichen Zuordnung der Qualifizierungen sowie der Stellung der Ausbildungsstätten im

¹¹ In den neuen Bundesländern gab es bereits seit den Sechzigerjahren die Möglichkeit der Hochschulqualifikation nach einer Pflegeausbildung. Für Lehraufgaben in den Krankenpflegeschulen wurden Medizinpädagogen auf Hochschulniveau ausgebildet. 1982 wurde dann an der Berliner Charité ein Studium für Führungskräfte aus der Pflege etabliert. Hier konnten Pflegenden, die eine Leitungsfunktion anstrebten, ein vierjähriges berufsbegleitendes Studium zur „Diplomkrankenpflege“ aufnehmen. Diese Studienrichtung wurde im Jahre 1996 geschlossen (Beier, J. u. Jahn, G. 1997).

Bildungssystem lassen sich folgende Ebenen der Qualifikationen voneinander unterscheiden (Tabelle 14).

1.2.3.1 Zentrale Probleme der Qualifizierung der Pflegeberufe

89. Als zentrale Problemfelder der Ausbildungssituation in den Pflege- und Sozialberufen werden seit längerem die unzureichende Durchlässigkeit der Pflegebildungsstrukturen, die Sonderstellung der Krankenpflegeausbildung im Berufsbildungssystem sowie die in vieler Hinsicht unzeitgemäße Trennung gesundheits- und sozialpflegerischer Berufsausbildungen diskutiert (Schaeffer, D. 1999; Landenberger, M. u. Ortmann, J. 1999). Gleichzeitig wird in zunehmendem Maße auch die Modernisierung der Ausbildungsinhalte angemahnt (Garms-Homolová, V. 1998).

Darüber hinaus ist festzustellen, dass die Etablierung der pflegespezifischen Studiengänge die Qualifikationsmöglichkeiten in der Pflege einerseits sinnvoll erweiterte, andererseits aber auch die Praxis vor das Problem konkurrierender Qualifizierungspfade stellte. So finden beispielsweise Qualifizierungen für Leitungstätigkeiten in der Pflege sowohl im Hochschulbereich als auch auf verschiedenen Ebenen der Weiterbildung statt. Ebenso werden Ausbildungsgänge für eine Lehrtätigkeit sowohl als Lehramts- wie auch als einphasige Diplomstudiengänge an Universitäten sowie in Form von Diplomstudiengängen an Fachhochschulen und nach wie vor auch als Weiterbildungslehrgänge angeboten. Jüngsten Entwicklungen zufolge kann die Ausbildung in der Krankenpflege in traditioneller Weise auf der Ebene der Berufsausbildung

Tabelle 14

Pflegespezifische Qualifikationsebenen und Qualifikationsinhalte

Qualifikationsebenen ^{a)}	Qualifikationsinhalte (Auswahl)
Hochschulausbildung	Pflegewissenschaftliche Promotion Postgraduiertenstudium: Public Health mit Schwerpunkt Pflegewissenschaft Universitäts-Fachhochschulstudium: Pflege, Pflegemanagement, -pädagogik, -wissenschaft, Lehramt mit beruflicher Fachrichtung
Weiterbildung	Aufstiegsfortbildungen: Lehre u. Leitung in der Pflege Fachliche Spezialisierung: z. B. Anästhesie-/Intensivpflege, psychiatrische Pflege
Berufsausbildung zur Pflege-Fachkraft)	Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Entbindungspflege, Altenpflege, Heilerziehungspflege usw.
Berufsausbildung zur Pflegehilfskraft	z. B. Kranken-, Alten- und Heilerziehungspflegehilfe
Trägerspezifische Qualifizierung	z. B. Hauspflege

^{a)} Darüber hinaus: Angelernte Mitarbeiter, Mitarbeiter ohne Qualifizierung (Zivildienstleistende, Mitarbeiter im Freiwilligen Sozialen Jahr), Berufspraktikanten usw.

Quelle: Eigene Darstellung

in den entsprechenden Schulen, gleichzeitig aber auch im Rahmen eines generalistisch ausgerichteten Fachhochschulstudiengangs „Pflege“ erfolgen. Aktuelle Berichte aus der Konferenz der Dekane von pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen verweisen darauf, dass bislang sieben Fachhochschulen die Grundausbildung in der Krankenpflege in ihre Studienangebote integrieren wollen. Die Heterogenität der Qualifizierungsmöglichkeiten wird schließlich ergänzt durch Modellversuche einer integrierten gemeinsamen Grundausbildung für die Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege.

1.2.3.2 Berufsausbildung

90. Vergleichbar der Analyse der Erwerbstätigenziffern in den Sozial- und Pflegeberufen gestaltet sich ein Überblick zu den Potenzialen im Ausbildungsbereich der Pflegeberufe schwierig. Die Hauptgründe hierfür liegen in der unterschiedlichen Zuordnung der einzelnen Ausbildungsrichtungen innerhalb des Bildungssystems sowie in dem verschiedenartigen Status der Ausbildungsstätten. Die nachfolgende Übersicht zeigt neben den aktuellen Ausbildungszahlen auch, dass Fachkräfte im Pflege- und Sozialwesen ihre Ausbildungen in unterschiedlichen strukturellen Kontexten erfahren (Tabelle 15).

91. Wie bei den Erwerbstätigen handelt es sich bei der Mehrzahl der Auszubildenden um Frauen. Sowohl in der Kinderkrankenpflege als auch in der Familienpflege und bei den Hebammen liegt der Anteil weiblicher Auszubildender bei über 95 %. In der Altenpflege und der Krankenpflegehilfe sind über 80 % der Lernenden Frauen und im Bereich der Krankenpflege über 75 %. Diese Verhält-

nisse zeigen, dass sich der gesellschaftlich zu konstatierende Rollenwandel der Geschlechter auf die Entscheidung, einen Pflege- oder Sozialberuf zu ergreifen, bisher nicht auswirkt. Im Vergleich der Ausbildungsjahre 1997/98 und 1998/99 hat der Frauenanteil in allen Ausbildungsbereichen der Pflege sogar noch zugenommen. In der aktuellen pflegefachlichen und -wissenschaftlichen Diskussion bleibt die geschlechtsspezifische Zusammensetzung der personellen Ressourcen in der Pflege weitgehend unberücksichtigt, obgleich es fraglich ist, ob allein das weibliche Potenzial Auszubildender in Zukunft reicht, um die zunehmende Zahl Pflegebedürftiger zu versorgen. Vorbehaltlich der statistischen Ungenauigkeiten zeigt Tabelle 16 (Seite 45), dass sich die Zahl der Auszubildenden in Pflege-/Sozialberufen insgesamt nicht erhöht hat. Dies gilt für die Ausbildungsanfänger bzw. die Absolventen einer erfolgreichen abgeschlossenen Berufsausbildung.

Die Ausbildungssituation in den Pflegeberufen orientiert sich weitgehend an der Arbeitsmarktsituation für Pflegende, d. h. die Ausbildungsstätten gleichen die Zahl der Ausbildungsplätze dem regionalen Bedarf an (Bundesanstalt für Arbeit 1999). Für die Absolventen entstehen dadurch verhältnismäßig gute Chancen eines erfolgreichen Berufseinstiegs. Eine Ausnahme ist Berlin. Hier wurden in den letzten Jahren neben den Arbeitsplätzen in der Pflege auch Ausbildungsplätze abgebaut. In allen Pflegeberufen gibt es eine große Nachfrage nach Ausbildungsplätzen. Die Zahl der Bewerberinnen und Bewerber liegt jährlich über der Zahl der Ausbildungsplätze (Bundesanstalt für Arbeit 1999).

Tabelle 15

Schüler in Sozial- und Gesundheitsdienstberufen nach Schulart 1998/1999

Beruf	Anzahl der Schüler nach Schulart			
	Schulen des Gesundheitswesens ^{a)}	Berufsfachschulen	Fachschulen	Schüler insgesamt
Krankenpflege	57 839	7 868	–	65 707
Kinderkrankenpflege	6 993	951	–	7 944
Entbindungspflege	1 637	211	–	1 848
Krankenpflegehilfe	1 972	188	–	2 160
Altenpflege ^{b)}	12 888	8 353	16 076	37 317
Heilerziehungspflege	47	–	10 142	10 189
Familienpflege	715	649	1 178	2 542
Insgesamt ^{c)}	82 091	18 220	27 396	127 707

^{a)} ohne Hessen

^{b)} darunter 23 Altenpflegehelferinnen/-helfer an Berufsfachschulen

^{c)} Darüber hinaus gab es 319 Pflegevorschüler an Schulen des Gesundheitswesens.

Quelle: Statistisches Bundesamt (1999a)

Tabelle 16

Entwicklung der Zahl der Schüler in Pflege- und Sozialberufen 1997/1998 und 1998/1999

Fachrichtung	Anzahl der Schüler		Bilanz
	1997/1998 ^{a)}	1998/1999 ^{b)}	1997/1998–1998/1999
Krankenpflege	66 736	65 707	– 1 029
Kinderkrankenpflege	8 507	7 944	– 563
Entbindungspflege	1 836	1 848	+ 12
Krankenpflegehilfe	2 171	2 160	– 11
Altenpflege ^{c)}	38 116	37 317	– 799
Heilerziehungspflege	9 731	10 189	+ 458
Familienpflege	2 288	2 542	+ 254
Insgesamt	129 385	127 707	– 1 678

^{a)} ohne Hessen und Thüringen

^{b)} ohne Hessen

^{c)} inklusive Altenpflegehelfer

Quelle: Statistisches Bundesamt (1999a); eigene Berechnungen

1.2.3.2.1 Berufsausbildung in der Krankenpflege

92. Die Ausbildung in der Krankenpflege findet außerhalb des bundesdeutschen Berufsbildungsgesetzes statt. Damit sind beispielsweise für die Krankenpflegeausbildung die Qualifikationsanforderungen der Lehrenden in der fachtheoretischen Ausbildung nicht geregelt (Berufsschullehrer) oder nicht festgelegt, dass der Anteil allgemeinbildender Fächer so hoch ist, dass z. B. eine Fachhochschulreife erlangt werden kann. Solche Sonderstellungen im System der Berufsausbildung tragen nicht zur Attraktivität des Pflegeberufes bei und stehen einer kontinuierlichen Berufskarriere entgegen. Es ist heute bekannt, dass Berufe ohne berufsbiografische Entwicklungsmöglichkeiten auch von jungen Frauen gemieden oder wieder verlassen werden (Krüger, H. et al. 1996).

Gesetzliche Grundlage der Ausbildung ist das Krankenpflegegesetz von 1985, welches im gesamten Bundesgebiet gilt. Die Ausbildungsziele in der Krankenpflege orientieren sich nach wie vor an der Vorstellung, dass der kranke Mensch im Krankenhaus im Zentrum des professionellen Handelns steht. Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit weist demgegenüber zunehmend den chronisch kranken, ambulant zu versorgenden Patienten als wesentliche Zielgruppe von Pflege aus. Die Ausbildungsinhalte konzentrieren sich weniger auf Aspekte von Gesundheit und primärer Prävention, sondern vielmehr auf Krankheitsbilder. Beispielsweise sieht das Krankenpflegegesetz für das Fachgebiet Rehabilitation einen Stundenumfang von nur 20 Stunden im Gesamtkontext der 1 600 theoretischen Ausbildungsstunden vor. Ebenso werden

sozialwissenschaftliche Grundlagen in auffallend geringem Umfang vermittelt (Gauss, U. et al. 1997). Da das Krankenpflegegesetz keine curricularen Vorgaben macht, kommen auf regionaler Ebene verschiedene Curricula zur Anwendung, welche die geschilderten Defizite teilweise ausgleichen und der Beliebigkeit der Unterrichtsgestaltung entgegenwirken, z. B. der Bayerische Rahmenlehrplan, das Hessische Curriculum. In der praktischen Ausbildung sind Krankenpflegeschüler weniger Lernende als vielmehr Erwerbstätige. Denn sie werden im Stellenschlüssel der Einrichtungen im Verhältnis zu den Vollbeschäftigten sieben zu eins angerechnet. Darüber hinaus ist problematisch, dass es keine gesetzlichen Mindestvorgaben bezüglich der pädagogischen Qualifikation der praktischen Ausbilder gibt.

Im europäischen Vergleich entspricht die Krankenpflegeausbildung den EU-Normen. Allerdings haben zahlreiche EU-Länder die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung in der Krankenpflege in den letzten zehn Jahren erhöht und behalten diese Abiturienten vor. Darüber hinaus haben sie die pflegerische Grundausbildung auf Hochschulniveau angehoben (Europäische Kommission 1997).

1.2.3.2.2 Berufsausbildung in der Altenpflege

93. Bis zur Verabschiedung eines bundeseinheitlichen Altenpflegegesetzes durch den Bundesrat am 29. September 2000 regelten 17 verschiedene Gesetze auf Landesebene die Grundausbildung in der Altenpflege. Das Altenpflegegesetz versteht sich als Vorbereitung auf eine angestrebte gemeinsame Grundausbildung in der Pflege. In der Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung ist

sowohl eine Prüfung aller Berufsbilder der Pflege- und Sozialberufe als auch das Ziel festgehalten, die Ausbildung der Pflegeberufe auf eine gemeinsame Basis zu stellen.

Trotzdem wird, entgegen der Empfehlung des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung (1999), mit dem neuen Altenpflegegesetz zunächst die Sonderstellung der Pflege im Bereich Ausbildung auch in der Altenpflege weiter gefestigt. So finden sich auch im neuen Gesetz wiederum keine verbindlichen Anforderungen an die Qualifikation der fachpraktischen Anleiter, um nur ein Beispiel zu nennen. In den meisten anderen europäischen Ländern ist die Trennung der Ausbildung in Kranken- und Altenpflege unbekannt. Mit der Einführung des bundeseinheitlichen Altenpflegegesetzes wird für Deutschland diese Trennung zunächst noch weiter aufrechterhalten. Die Neuregelungen in der Altenpflegeausbildung bleiben u. a. auch aus diesem Grund weiter umstritten (Schaeffer, D. 1999).

1.2.3.3 Weiterbildung in pflegerischen Berufen

94. Weiterbildung ist in der Pflege als Fortbildung, Aufstiegsqualifizierung und Subspezialisierung Ländersache und nur teilweise durch entsprechende Gesetze geregelt (SG 1997, Ziffer 310). Insgesamt ist der Fort- und Weiterbildungsbereich im Pflegewesen ein Markt, der weitestgehend nach dem Prinzip Angebot und Nachfrage funktioniert und infolgedessen Angebote unterschiedlichster Qualität umfasst (Winter, M. 1998).

Für die Pflege gibt es im Vergleich zu anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen ein besonders großes Weiterbildungsangebot. Die Forderung nach Weiterbildung in der Pflege resultiert aus einem Theorie-Praxis-Gefälle. Vor allem in den letzten zehn Jahren nahm das pflegetheoretische Wissen schnell zu, ohne bereits im vollen Umfang in der Pflegepraxis seinen Niederschlag zu finden. Gleichzeitig legen gesetzliche Regelungen, z. B. im Pflegeversicherungsgesetz, fest, dass die praktische Pflege den jeweils aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen folgen muss. Weiterbildung in der Pflege wird gegenwärtig häufig zur Kompensation von Defiziten in der Grundausbildung eingesetzt. Professionelle in der Altenpflege erleben beispielsweise Ausbildungsmängel in Gerontopsychiatrie, Rehabilitation und Prävention, so dass direkt im Anschluss an die Grundausbildung Weiterbildungsnotwendigkeiten entstehen (Meifort, B. 1998b).

Aufgrund begrenzter Ressourcen im Gesundheitssystem werden Fragen der Bildungsqualität und des Managements von Bildung und Wissen an Bedeutung gewinnen. Die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern wird zunehmend eine Aufgabe der Entwicklung der gesamten Organisation. Es ist zu erwarten, dass anstehende Reformen im Bereich der Grundausbildung direkte Auswirkungen auf das System der Weiterbildung haben werden.

Seit Einführung der Pflegeversicherung entstehen Teilqualifikationen, die auf Weiterbildungsmaßnahmen beruhen und zu einer „Quasiverberuflichung“ von pflegerischer Arbeit führen (Meifort, B. 1998b). Zum Beispiel

gibt es Qualifizierungen zum Sozialpflegeassistenten oder zur Hauspflegerin, deren Aufgabenprofile auch pflegerische Anteile umfassen. Dies betrifft vor allem Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Diese werden zunehmend von teilqualifizierten Kräften ausgeführt, sodass es zur Konkurrenz mit der beruflichen Pflege kommt. Zum Beispiel zeigt eine Studie im Bereich der ambulanten Pflege, dass Personen mit geringer oder ohne Ausbildung und Pflegefachkräfte im beruflichen Alltag ähnliche Aufgaben übernehmen. Diese Untersuchung in der ambulanten Pflege zeigte, dass sich zwar das Tätigkeitsprofil der Leitungskräfte deutlich von dem der Pflegefachkraft und der Pflegehilfskraft unterscheidet. Das Profil der Pflegehilfsberufe gleicht jedoch dem Profil der Pflegefachkräfte. Die berufliche Qualifikation spielt für die Ausprägung der Tätigkeitsprofile eine kleinere Rolle. Das Aufgabenspektrum des Pflegefachpersonals ist am breitesten gefächert. Es werden einerseits voll qualifizierte Arbeitskräfte für alle Arten von Arbeiten eingesetzt – auch für solche, für die eine Pflegeausbildung nicht unbedingt erforderlich wäre. Andererseits übernehmen Pflegehilfskräfte Tätigkeiten, die eine Pflegefachausbildung verlangen würden. Die wichtigsten Determinanten der heutigen Aufgabenteilung, auch zwischen Qualifizierten und Ungelernten, sind die Trägerschaft des Pflegedienstes, die Größe einer Einrichtung und die innerbetriebliche Organisation (Polak, U. et al. 1999).

95. Eine weitere Konkurrenzsituation in der pflegerischen Praxis entsteht zwischen Weiterbildungsprofilen und Hochschulausbildungen. Zum Beispiel regeln die Maßstäbe zur Qualitätssicherung nach § 80 SGB IX, dass eine verantwortliche Pflegefachkraft eine Person sein darf, die aus einem Pflegeberuf kommt, über eine entsprechende Weiterbildung verfügt (mind. 460 Stunden) und in den letzten fünf Jahren vor Antritt der Stelle zwei Jahre in der Pflege vollzeitbeschäftigt war. Anstelle der Weiterbildung kann auch ein Hochschulabschluss im Pflegemanagementbereich vorhanden sein (Klie, T. u. Krahmer, U. 1998). Für eine solche Person ist der Nachweis der geforderten Vollzeitbeschäftigung nahezu unmöglich. Daraus resultiert eine strukturelle Benachteiligung für Hochschulabsolventen.

1.2.3.4 Hochschulausbildung

96. Der Akademisierungsprozess der Pflegeberufe in Deutschland hat in den letzten zehn Jahren einen Schub erhalten. Deutschland hat im Bereich der Entwicklung der Pflegeakademisierung heute einen Anschluss an die Europäische Gemeinschaft geschafft. Inzwischen werden in beinahe 50 Studiengängen an Fachhochschulen und Universitäten Akademiker für den Pflegebereich mit den Schwerpunkten Management (45 % aller Studiengänge), Pädagogik (42 %) und Wissenschaft ausgebildet. Darüber hinaus sind generalistisch ausgerichtete Studiengangsprofile entstanden, von denen einige die Grundausbildung der Krankenpflege in das Studium integrieren. Die Mehrzahl dieser Studienmöglichkeiten sind auf Fachhochschulebene, lediglich fünf an deutschen Universitäten etabliert, davon drei an einer Medizinischen Fakultät. 58 %

der Studiengänge sind an einem eigenen Fachbereich und 42 % an verschiedenen anderen Fachbereichen eingerichtet, z. B. Wirtschaft, Ökotropologie und Sozialwesen. Im Vergleich zu anderen Studiengängen ist die Zahl der durchschnittlich pro Jahr immatrikulierten Studierenden an den Pflegestudiengängen gering. Im Durchschnitt werden 38 Studenten aufgenommen. Im Vergleich dazu liegt die Zahl der Studienanfänger aller anderen Studienmöglichkeiten im Mittel bei 188 (Görres, S. et al. 2000). Der akademische Titel der meisten Absolventen ist „Pflegewirt“ (43 % der Hochschulen, die einen pflegespezifischen Studiengang haben); 19 % der Hochschulen mit entsprechenden Ausbildungsgängen verleihen den Titel „Pflegepädagogik“. Es werden darüber hinaus neun weitere Titel vergeben, z. B. „Diplom-Pflegewissenschaftler“ (Görres, S. et al. 2000). Die Zulassungsvoraussetzungen schwanken zwischen (Fach-)Hochschulreife plus Berufserfahrung oder Berufserfahrung plus interne Zulassungsprüfung und Berufserfahrung ohne weitere Prüfungen. Nur 9 % der Studiengänge stehen Abiturienten ohne weitere berufliche Vorerfahrung offen.

97. Weder für Fachhochschulen noch für die universitären Studiengänge liegen bislang einheitliche Rahmencurricula vor. Die Rangfolge der inhaltlichen Ausbildungsschwerpunkte zeigt, dass neben Pflegewissenschaft, Fragen des Managements, der Ökonomie und Inhalte der Bezugswissenschaften Medizin, Soziologie und Psychologie zu den curricularen Schwerpunkten zählen (Görres, S. et al. 2000). Analysen der Studieninhalte zeigen weiterhin, dass zentrale Praxisbereiche, z. B. die Altenpflege derzeit nur in geringem Maße berücksichtigt werden (Albrecht, J. 1996). Der demographische Strukturwandel oder die Prozesse der epidemiologischen Transition finden in den vorhandenen Studiengängen keinen angemessenen Stellenwert, obgleich sie einst mitauslösendes Moment für den Aufbau der Ausbildung waren.

Analog dazu verweisen erste Befunde zum Verbleib der Studiengangsabsolventen, dass sie selten eine Berufstätigkeit in Praxisbereichen aufnehmen, die an Bedeutung gewinnen werden, z. B. ambulante Pflege, Altenpflege oder Rehabilitation (Winter, M. 1998; Kuhlmeier A. u. Winter, M. 1998; Brieskorn-Zinke, M. 1997; Brieskorn-Zinke, M. u. Höhmann, U. 1999).

Arbeitsmarktanalysen zeigen, dass über die Hälfte der Arbeitsplatzangebote für Pflegeakademiker aus Krankenhäusern kommt und verweisen wiederum auf Defizite im Altenpflegebereich (Kuhlmeier, A. u. Winter, M. 1998). Darüber hinaus sind für Absolventen ohne pflegeberufliche Vorbildung Akzeptanzschwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt zu erkennen. Demgegenüber bewerten über die Hälfte der Hochschulen die adäquaten Einsatzchancen ihrer Absolventen positiv. Nur 8 % beurteilen die Einsatzchancen als schlecht (Görres, S. et al. 2000).

Bislang werden überwiegend Leitungs- und Lehrkräfte in den Studiengängen qualifiziert. Der klientennahe Bereich bleibt von der akademischen Entwicklung im Bildungsbereich nahezu ausgeschlossen. Neueste Fachdiskussionen favorisieren die Einrichtung grundständiger Studiengänge, die auch Hochschulabsolventen für den

unmittelbaren Umgang mit Klienten, Patienten und Nutzern des Gesundheitssystems qualifizieren. Die Qualifikationsprofile solcher Pflegeexperten definieren sich über Inhalte, nicht über Funktionen. Auf dem Arbeitsmarkt herrschen jedoch derzeit noch funktionsbezogene Anforderungen vor (z. B. Leitung), sodass die Absolventen vor dem Problem stehen, sich auf diesem Markt zu orientieren.

1.3 Optimierung personeller Ressourcen: Fazit und Empfehlungen

98. Die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen hat einen bedeutenden Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung. Deshalb misst der Rat der qualitativen Entwicklung der personellen Ressourcen einen hohen Stellenwert bei.

Es ist zu erwarten, dass sich die Gesundheitsversorgung spürbar verändern wird, z. B. durch revolutionierende Innovationen, kürzer werdende Verfallszeiten des Wissens, veränderte Kontexte, sich wandelnde Versorgungsstrukturen und nicht zuletzt durch die veränderte Rolle des Patienten sowie neue partizipative Entscheidungsformen. Damit ergeben sich neue Anforderungsprofile für die Gesundheitsberufe.

99. Berufe in Medizin und Pflege werden ihre Entscheidungen in wesentlich weiteren Bezugsrahmen, wie sie sich aus neuen ethischen, wirtschaftlichen und patientenbezogenen Bewertungsmustern ergeben, zu treffen und zu rechtfertigen haben. Neue Versorgungsformen wie die „integrierte Versorgung“ verlangen von den Leistungserbringern, dass sie sich an über medizinische Einzelsachverhalte hinausgehenden Gestaltungsaufgaben beteiligen, z. B. hinsichtlich regionaler gesundheitlicher, wirtschaftlicher und struktureller Ressourcen sowie integrativer Qualitätsmanagementprogramme.

100. Tendenziell muss es nach Auffassung des Rates darum gehen, die Professionalisierungswege in Medizin und Pflege zu flexibilisieren und auf grundlegende Kompetenzen sowie berufsbegleitende Kontinuität hin auszurichten. Dies erlaubt es Ärzten und Pflegekräften, veränderten Anforderungen eigenständig gerecht zu werden.

Neben die Aneignung aktuellen Wissens und entsprechender Fähigkeiten muss somit ein fortgesetzter Professionalisierungsprozess treten, der bereits in der Ausbildung eingeleitet und angelegt wird. Daraus folgt, dass eine standardisierte berufsbegleitende Sicherung der jeweils aktuell erforderlichen Qualifikation zugunsten der Wissensvermittlung relativ an Bedeutung gewinnen wird.

Diese kontinuierliche professionelle Entwicklung zu fördern ist Aufgabe aller Gesundheitsberufe, ihrer Vereinigungen und der sie beschäftigenden Institutionen. Insbesondere sind auch in nicht-akademischen Gesundheitsberufen Möglichkeiten der berufsinternen Weiter- und Fortbildung zu fördern und verstärkt Perspektiven zu eröffnen.

Ärztliche Ausbildung

101. Der Rat begrüßt derzeitige Reformaktivitäten an den medizinischen Fakultäten und die seit Anfang 1999 eingeführte Modellversuchsklausel. Er befürwortet eine möglichst rasche Verabschiedung und Umsetzung der Novelle der Approbationsordnung für Ärzte.

102. Auf diesem Hintergrund weist der Rat auf einige besondere Gesichtspunkte hin. Er empfiehlt, neue Entwicklungen im Gesundheitssystem für ein Arztbild in der überschaubaren Zukunft zu berücksichtigen, z. B.

- die wachsende Aufmerksamkeit für Prävention und Gesundheitsfürsorge,
- die zunehmende Partizipation der Bürger im Gesundheitswesen,
- neu formulierte Qualitäts- und Kooperationsansprüche und
- die Erschließung neuer Berufsfelder für Mediziner.

Für die Neugestaltung des Medizinstudiums ist es unerlässlich, das Curriculum von Inhalten zu befreien, die gemessen an dem Ausbildungsziel nicht prioritär sind oder besser der Weiterbildung vorbehalten blieben.

In der medizinischen Ausbildung geht es um mehr als die Verkürzung von Studienzeiten oder die Lösung universitärer Kapazitätsprobleme. Die Glaubwürdigkeit ihrer Prinzipien als einer der Instanzen von höchster Wertstiftung in unserer Gesellschaft steht dahinter. Die Medizin ist nicht nur primär von ihren wissenschaftlichen Möglichkeiten, sondern verstärkt von ihrem sozialen Auftrag her zu begreifen. Dieser Wechsel der Blickrichtung macht frei, über ein Arztbild nachzudenken, das künftigen Anforderungen entspricht und den Weg weist für Studium und Prüfungswissen.

103. Das Medizinstudium bedarf somit in mehrfacher Hinsicht einer grundsätzlichen Umorientierung. Es sollte sich an einem Bild vom Studierenden orientieren, das ihm mehr Eigenständigkeit und die Bereitschaft abverlangt, medizinische Denk- und Entscheidungstraditionen nachzuvollziehen, aber auch kritisch zu beleuchten und im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen und Erwartungen zu reflektieren.

Dem Erwerb von Kompetenzen im Sinne einer Entscheidungs-, Handlungs- und persönlichen ärztlichen Kompetenz einschließlich Teamfähigkeit sollte gleichrangige Bedeutung gegeben werden wie dem reinen Erwerb von Wissen.

Inhaltlich muss eine Verschiebung stattfinden, bei der rein naturwissenschaftliches krankheitsbezogenes Detailwissen ergänzt wird um bevölkerungs- und gesellschaftsbezogene Inhalte, z. B. Ethik in der Medizin, Management, Bevölkerungsmedizin und gemeinwesenorientierte Basismedizin. Ferner ist patientenbezogenen, psychologischen und kommunikativen Aspekten sowie qualitätssichernden Faktoren mehr Gewicht zu verleihen.

104. Der Rat unterstützt daher die Empfehlungen des Wissenschaftsrats (1999), eine Ausweitung des allgemeinmedizinischen Unterrichts im ambulanten Setting an allen medizinischen Fakultäten zu ermöglichen und zügig umzusetzen. Forschung hält der Wissenschaftsrat nur an ausgewählten Fakultäten für erforderlich. Der Rat befürwortet hingegen eine verstärkte Institutionalisierung des Fachgebiets Allgemeinmedizin an C4-Lehrstühlen.

105. In didaktischer Hinsicht scheint es sinnvoll und möglicherweise ressourcensparend, Studierende nicht nur am Modellfall auszubilden. Sie sollten vermehrt auch unter systematischer Anleitung und Supervision in die Bearbeitung konkreter Fragen der medizinischen Versorgung eingebunden werden. Bei der Vergabe von Landesmitteln innerhalb der Hochschulen sollten Ergebnisse von Lehr-evaluationen berücksichtigt werden.

Ärztliche Weiterbildung

106. Der Rat fordert die Organe der ärztlichen Selbstverwaltung auf, bei der geplanten Weiterbildungsreform die Patientensicherheit, den gegenwärtigen und künftigen Versorgungsbedarf, die Erfordernisse einer kosteneffektiven und kooperativen Versorgung und die Anforderungen einer kontinuierlichen professionellen Entwicklung in den Vordergrund ihrer Überlegungen und Absprachen zu stellen.

107. Es ist unerlässlich, die Weiterbildungskataloge auf ein realistisches und zugleich versorgungsrelevantes Maß zu reduzieren. Dafür ist es erforderlich, zwischen obligatorischen und fakultativen Inhalten bzw. Wahlpflichtbereichen zu unterscheiden. Die Inhalte der Pflichtbereiche bzw. der gewählten Wahlpflichtbereiche sollten dann aber qualitativ hoch stehend und zuverlässig vermittelt werden.

108. Die Inhalte und Fächerproportionen der Weiterbildungsordnung sollten die bestehenden tatsächlichen Versorgungsschwerpunkte in der stationären und ambulanten Facharztversorgung besser berücksichtigen, z. B. durch obligatorische Weiterbildungszeiten in der Inneren Medizin für die Fachgebiete Anästhesie, Neurologie und Dermatologie oder obligatorische Zeiten in der Psychiatrie für künftige Allgemeinärzte.

Zusätzlich sollten künftige Fachärzte Grundkenntnisse der evidenzbasierten Medizin einschließlich darauf basierender Leitlinien nachweisen können (z. B. anhand der kritischen Würdigung von Fachliteratur und dem patientenbezogenen Abwägen von Nutzen, Risiken und Kosten).

109. Die Kooperations- und Koordinationsfähigkeit künftiger Fachärzte sollte durch Kenntnisse über die Tätigkeit von anderen Gesundheitsberufen und durch Hospitationen bei Vertretern jener Gesundheitsberufe gefördert werden, mit denen sie häufig kooperieren. Es sollten nicht nur Kenntnisse über fachgebietsbezogene, sondern auch über professions- und institutionenübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen vermittelt werden.

110. Der zunehmenden Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung und den diesbezüglichen Qualifi-

zierungsdefiziten sollte dadurch Rechnung getragen werden, dass in jeder klinischen Disziplin Fähigkeiten in der präventiven Gesundheitsberatung vermittelt werden. Darüber hinaus könnte die Präventivmedizin als eigenständiger Schwerpunkt bzw. als Fachgebietsbezeichnung anerkannt werden.

111. Der Rat begrüßt es, dass das Förderprogramm für die allgemeinmedizinische Weiterbildung fortgesetzt wird. Es sind dringend die Rahmenbedingungen zu schaffen und die Weiterbildungsplätze sowie Fördersummen zur Verfügung zu stellen, die notwendig sind, damit dieses Förderprogramm wie geplant vollständig genutzt werden kann.

Zukünftige Hausärzte sollten während ihrer Weiterbildung auch in Einrichtungen außerhalb der Akutversorgung, beispielsweise in Hospizen, tätig sein können, wenn diese Einrichtungen die allgemeinen Kriterien zur Anerkennung als Weiterbildungseinrichtung erfüllen. Es sollte jedoch weiterhin gewährleistet sein, dass zukünftige Hausärzte Weiterbildungszeiten in der akutstationären Versorgung abgeleistet haben.

112. Eine Verankerung von Weiterbildungszeiten in der hausärztlichen Versorgung ist für alle Assistenten, die eine hausärztliche Tätigkeit anstreben, unverzichtbar (vgl. auch SG 1995).

113. Der Rat empfiehlt, auch für Ärzte mit spezialärztlichen Qualifikationszielen – insbesondere wenn sie eine Niederlassung anstreben – Weiterbildungszeiten in der ambulanten Versorgung vermehrt zu ermöglichen.

Die Einführung von Verbundweiterbildungssystemen sollte nicht allein für künftige Allgemeinmediziner, sondern auch für andere Fachrichtungen angestrebt werden. Dadurch könnten nicht nur Weiterbildungszeiten im ambulanten Sektor, sondern auch Rotationen zwischen verschiedenen Krankenhäusern ermöglicht werden, um die Vorgaben der Weiterbildungskataloge erfüllen zu können. Die Teilnahme an einem Verbundsystem sollte bei der Zertifizierung von Weiterbildungsstätten berücksichtigt werden.

Die Nachteile vermehrter Rotationen für den Arbeitsablauf auf den jeweiligen Stationen könnten durch Einführungskurse in die häufigsten Behandlungsanlässe und Notfälle sowie in die Arbeitsorganisation des jeweiligen Teams deutlich gemildert werden, wie es sich beispielsweise in Großbritannien bewährt hat.

Die Anerkennung von Weiterbildungsbefugten und Weiterbildungsstätten sollte künftig im Rahmen des Verbundsystems oder vertraglicher Vereinbarungen im stationären und ambulanten Sektor grundsätzlich ermöglicht werden. Sie sollte jedoch an Qualitätsauflagen geknüpft werden, beispielsweise an Nachweise, dass interne oder externe Rotationspläne realisiert und regelmäßige einrichtungsinterne Fortbildungen durchgeführt werden.

114. Im Interesse der Patientensicherheit und einer effektiven Weiterbildung ist es dringend erforderlich, die Betreuung und Supervision von Weiterbildungsassistenten,

insbesondere von Ärzten im Praktikum, zu verbessern und Maßnahmen zur Einhaltung der gesetzlichen Arbeitszeiten zu treffen. Das Betreuungsverhältnis sollte zudem durch eine Erhöhung der Zahl der Weiterbildungsbefugten und die Weiterbildungsdokumentation durch die Einführung eines Logbuchs verbessert werden.

115. Der Rat hält die Berücksichtigung des zusätzlichen Zeit- und Betreuungsaufwandes in Weiterbildungsstätten bei den finanziellen Vereinbarungen mit gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen für dringend erforderlich (vgl. SG 1995).

116. Die Weiterbildungsabteilungen an Ärztekammern sollten durch Ombudspersonen unterstützt und angemessen ausgestattet werden, um Weiterbildungsstätten und -befugte in größerem Umfang als bisher zu informieren und zu unterstützen. Die geplante Evaluation von Weiterbildungsstätten und -befugten sollte mit einer Auszeichnung oder mit einer Rezertifizierung verbunden werden.

Es sollte verstärkt dafür Sorge getragen werden, dass die in den Weiterbildungsordnungen geforderten haus- bzw. spezialärztlichen Inhalte angeboten und die Qualifikationen auch tatsächlich erworben werden. Haus- und Heimbesuche beispielsweise oder die Darlegung differentialdiagnostischer und therapeutischer Schritte sollten für die vorgeschriebene Zahl an Patienten tatsächlich dargelegt, mit einem Supervisor besprochen und bei der Facharztprüfung berücksichtigt werden.

Die Ärztekammern werden aufgefordert, ihre Funktion zur Sicherung der Qualität der Weiterbildung sorgfältiger wahrzunehmen. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Erteilung von Ermächtigungen als auch auf die Kontrolle von Weiterbildungsnachweisen und auf die Durchführung der Facharztprüfung nach möglichst einheitlichen Qualitätsstandards in den Bundesländern. Die Landesbehörden sollten aufmerksam verfolgen, ob Ärztekammern ihre Verantwortung in der Weiterbildung sorgfältiger als bisher ausüben.

Ärztliche Fortbildung

117. Der Rat begrüßt die verstärkten Bemühungen der Ärzteschaft zur Steigerung der Qualität und Relevanz ärztlicher Fortbildungen. Es ist jedoch unerlässlich, dass weitere Anstrengungen zur Optimierung der ärztlichen Fortbildung unternommen werden, um dem explizierten Fortbildungsbedarf der Ärzte verschiedenster Qualifikationen und den veränderten Anforderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden.

Dazu bedarf es intensiver Bemühungen um eine Verbesserung des Fortbildungsangebots, die u. a. durch entsprechend hohe und explizite Akkreditierungskriterien, durch die verstärkte Förderung geeigneter Multiplikatoren und durch die Verbreitung von unterstützenden Materialien bzw. von Leitlinien für die Gestaltung von qualitativ hochwertigen Fortbildungen erreicht werden können. Dazu zählt auch, dass Fortbildungen möglichst neutral und unabhängig von industriellen Interessen durchgeführt werden. Entsprechend internationaler Veröffentlichungs-

standards sollten sowohl in Printmedien als auch in Veranstaltungen die konfligierenden Interessen der Fortbildungsveranstalter offen gelegt werden.

Insbesondere sollte das Angebot systematisierter Fortbildungsreihen (z. B. in Fachzeitschriften) verstärkt werden. Diese sollten an den spezifischen Versorgungsfragen der jeweiligen Versorgungsstufe, z. B. Hausärzte und andere Facharztgruppen, ansetzen, aber auch interdisziplinär veranstaltet werden. Darüber hinaus sollten sich diese auf die häufigsten Qualitätsprobleme in der Versorgung beziehen, z. B. auf eine verbesserte Versorgung an Schnittstellen sowie auf die jeweils häufigsten Notfälle, Behandlungsanlässe und abwendbar gefährlichen Verläufe. Der Rat hat bereits 1988 empfohlen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre rechtlichen Möglichkeiten nutzen sollten, Kassenärzte zur Teilnahme an Fortbildungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu verpflichten (JG 1988, Ziffer 106).

Des Weiteren wäre zu überlegen, wie Hindernisse (z. B. Androhung rechtlicher Klagen von Produktherstellern) reduziert werden können, die es Kassenärztlichen Vereinigungen erschweren, ihre Mitglieder über Möglichkeiten einer rationaleren Verordnungspraxis zu informieren.

118. Einer verstärkten Förderung durch die ärztlichen Organisationen bedürfen Fortbildungsangebote zu Prävention und geriatrischen Versorgungsaspekten sowie zur Schulung der Gesprächskompetenz.

Über klinische Inhalte hinaus sollten bei Fortbildungen auch Themen berücksichtigt werden, die international der kontinuierlichen professionellen Entwicklung zugerechnet werden, z. B. Qualitätssicherung, Gesundheitsökonomie, Teamarbeit, Arbeitsorganisation und Umgang mit Informationstechnologien.

Zur Förderung eines qualifizierten Selbststudiums sollten vermehrt Informationen und Kurse über den Zugang zu qualifizierten Informationsquellen sowie zur kritischen Würdigung der Literatur angeboten werden. Ärztliche Zeitschriften sollten sich verstärkt um die Verbesserung der didaktischen Qualität, Praxisrelevanz und Berichtsqualität von Originalartikeln entsprechend internationaler Standards bemühen.

119. Die Inanspruchnahme qualifizierter Fortbildungen sollte sowohl durch Anreize als auch durch eine Nachweispflicht für alle Kammermitglieder erhöht werden. Als Anreize wirken insbesondere Zugänglichkeit, Praxisrelevanz, Unabhängigkeit (z. B. von Industrieinteressen) und Qualität sowie geringe Kosten der Fortbildungsangebote selbst. Neben der Zertifizierung eignen sich ferner die Mitgabe von Erinnerungstütern für den Praxisalltag oder von schriftlichen Patienteninformationen zu den jeweils behandelten Themen, die Präsentation von Fortbildungszertifikaten in Praxisräumen oder im Internet, die Veröffentlichung von Listen zertifizierter Ärzte durch die Kammern. Darüber hinaus ist auch eine Berücksichtigung bei Strukturkomponenten des künftigen fallpauschalierenden, diagnosebezogenen Vergütungssystems (DRGs) im Krankenhaussektor zu erwägen (s. Kapitel II-4).

Zur Sicherung der Qualität und der Relevanz der Fortbildungsangebote ist es erforderlich, eine entsprechend geeignete Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen und -medien durchzuführen.

120. Der Rat empfiehlt, eine Rezertifizierung von allen Ärzten nach angelsächsischem Vorbild einzuführen. Die Rezertifizierung der Facharztanerkennung sollte regelmäßig im Abstand von mehreren Jahren erfolgen. Sie sollte gebunden sein an den Nachweis regelmäßiger Fortbildungsaktivitäten auf der Basis eines international anerkannten *credit-point*-Systems. Außerdem sollte die Rezertifizierung von dem Bestehen einer Prüfung abhängig gemacht werden, die im Abstand von mehreren Jahren durchzuführen ist. Der Rat ist sich bewusst, dass die Fachgebietenanerkennung für Ärzte im deutschen Gesundheitssystem eine zentrale Bedeutung für Einkommenssituation und Berufschancen hat, die durch die Rezertifizierungspflicht eingeschränkt werden können. Er hält dennoch an der Empfehlung zur Rezertifizierung von Ärzten fest. Es bleibt den durchführenden Institutionen allerdings überlassen, entsprechend angepasste Lösungen zu finden.

Es ist selbstverständlich, dass die Rezertifizierung von Allgemeinmedizinem, Pädiatern oder Internisten, die hausärztliche Funktionen übernommen haben, andere inhaltliche Akzente setzen muss als die Rezertifizierung derer, die weiterhin als Spezialisten oder z. B. als Hochschullehrer tätig sind. Für praktische Ärzte muss übergangsweise eine inhaltlich vergleichbare Lösung gefunden werden.

Personelle Ressourcen und Aus-, Weiter- und Fortbildung in pflegerischen Berufen

121. 1998 gingen etwa 1,2 Millionen Erwerbstätige einer Beschäftigung in den Gesundheits- und Sozialpflegeberufen nach. Die Zahl der Beschäftigten in der stationären Krankenpflege ist in den letzten Jahren trotz Arbeitsverdichtungen im Pflegebereich nicht gestiegen. Dies trifft auch auf die Zahl der Auszubildenden zu und lässt sich bei aller regionalen Spezifität vor allem auf den Abbau von Betten in diesem Versorgungssektor zurückführen. Demgegenüber stieg die Zahl der in der Altenpflege Tätigen. 1999 waren in der stationären Altenpflege 228 000 Personen beschäftigt. Dies bedeutete im Vergleich zu 1996 einen personellen Zuwachs von 25 %. Einen vergleichsweise großen Zuwachs hatte auch die ambulante Altenpflege zu verzeichnen.

Insgesamt wird der Pflegebereich als eine Zukunfts- und Wachstumsbranche beschrieben. Die begründete Zunahme des Bedarfs an Pflege führte aber bislang nicht zu der immer wieder prognostizierten größeren Nachfrage am Arbeitsmarkt.

122. In den pflegerischen und sozialen Berufen lassen sich Professionalisierungstendenzen feststellen, die als eine Optimierung der personellen Ressourcen gewertet werden können. Weit mehr als zwei Drittel aller Beschäftigten in den Pflege- und Sozialberufen verfügen über eine dreijährige qualifizierte Fachausbildung. Es zeigt sich, dass in den Krankenpflegeberufen der Schulab-

schluss der Auszubildenden überproportional häufig auf einem mittleren Niveau liegt und die Pflegeberufe nach wie vor als Ausbildungsberufe stark nachgefragt werden. In der Kranken- und Altenpflege zeichnet sich ein Qualifikationszuwachs vor allem auf den Leitungs- und Lehr-ebenen ab.

Darüber hinaus hat der Akademisierungsprozess der Pflege in den letzten zehn Jahren durch die Einrichtung von 50 relevanten Studiengängen einen Schub erhalten. Erstmals konnten an einer deutschen medizinischen Fakultät im Jahre 1999 zwei pflegewissenschaftliche Promotionen erfolgreich abgeschlossen werden.

123. Gleichzeitig gibt es in den Pflege- und Sozialberufen Entwicklungen einer Deprofessionalisierung, die zu einer Schwächung der personellen Ressourcen in der Pflege führen. Im zeitlichen Vergleich von 1996 zu 1999 ging die Zahl der qualifizierten Mitarbeiter in der Altenpflege zurück. In dieser Zeit stieg die Zahl der Mitarbeiter ohne Qualifikation in der ambulanten und stationären Altenpflege um das Sechsfache. Über diverse Bildungsmaßnahmen entstehen seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes neue Teilqualifikationen, die partiell zur Verdrängung von Pflegefachkräften führen. Solche Entwicklungen widersprechen den Anforderungen an die Pflege, die sich aus dem demographischen Wandel, dem Wandel des Krankheitsspektrums, den veränderten gesetzlichen Grundlagen sowie aus technischer und wissenschaftlicher Innovation ergeben.

124. Nach wie vor gehören zu den zentralen Problemfeldern der Bildungssituation in den Pflege- und Sozialberufen die unzureichende Durchlässigkeit der Pflegebildungsstrukturen, die Sonderstellung der Krankenpflegeausbildung im Berufsbildungssystem, überholte Ausbildungsinhalte, zum Teil unzureichend qualifizierte Dozenten sowie die in vieler Hinsicht unzeitgemäße Trennung gesundheits- und sozialpflegerischer Berufsausbildungen.

Gegenwärtig wird auch die Finanzierung der Ausbildung in den Pflegeberufen kontrovers diskutiert. Die gesetzliche Krankenversicherung möchte sich aus der Ausbildungsfinanzierung zurückziehen, was für die Ausbildungsträger zu einem Nachteil bei der Personalrekrutierung werden könnte.

125. Der Rat empfiehlt zur Optimierung der personellen Ressourcen in den Pflege- und Sozialberufen:

- Eine Überwindung der Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialpflegeberufen muss weiter verfolgt werden. Bereits heute wird deutlich, dass die Berufsrealität die Alten- und Krankenpflege in weiten Bereichen vereint und auf dem Arbeitsmarkt eine gegenseitige Ersetzbarkeit der Fachkräfte erkennbar ist. Darüber hinaus würde diese Strategie die Mobilität der Fachkräfte in Europa erhöhen. Zu diesem Zweck sollte die Grundausbildung in den Pflegeberufen zusammengeführt werden und überdies ihre Integration in das tertiäre Bildungssystem geprüft werden. Dies würde zu einer größeren Durchlässigkeit der Qualifikationsebenen führen, die Aufstiegsmöglichkeiten im Berufsfeld erhöhen und somit die Attraktivität der Berufe steigern. Mit dieser Integration würde auch die Finanzierung der Pflegeausbildung normalisiert.
- Die Ausbildungsinhalte sollten modernisiert und den neuen Praxiserfordernissen angepasst werden. Die Ausbildungsinhalte der Erstausbildung in den Pflegeberufen müssen im Hinblick auf neue Anforderungen in der Rehabilitation, der Prävention, der Angehörigenberatung, aber auch der Technik- und Telematikentwicklung überprüft werden. Außerdem sollte eine Ausbildungsreform in der Pflege den Übergang von der handwerklich-technischen Orientierung zur individualisierenden, wissenschaftlich begründeten Bezugspflege realisieren.
- Die akademische Qualifizierung sollte gefördert werden. Dies beinhaltet eine kontinuierliche Nachwuchsförderung und den gerichteten und schwerpunktmäßigen Ausbau pflegequalifizierender Studiengänge an Universitäten und Fachhochschulen sowie die Schaffung notwendiger infrastruktureller Bedingungen für die weitere Wissenschaftsentwicklung auch in Form von nationalen und internationalen Forschungsverbünden.
- Eine Pflegemitarbeiterberichterstattung, die die Pflegeerwerbstätigen differenziert nach Berufsqualifikation und -position erfasst, sollte aufgebaut werden. Darüber hinaus sollten entsprechende „Pflegedichteziffern“ zur Ermittlung des zukünftigen Bedarfs an Qualifikation und Subspezialisierung der Pflegekräfte berechnet werden. Dazu gehört auch eine evidenzbasierte Planung der Ausbildungskapazitäten in den Pflegeberufen zur Vermeidung von zukünftigen Engpässen an qualifiziertem Personal.

1.4 Literatur zu Kapitel 1

- Albanese, M. and Mitchell, S. (1993): Problem-based learning: A review of the literature on its outcomes and implementation issues, *Acad Med*, Vol. 68, S. 52–81.
- Albrecht, J. (1996): Zur Entwicklung der Hochschulausbildung der Lehrenden in der Pflege, *Pflegepädagogik*, Heft 4, S. 24–30.
- AMEE (Association for Medical Education in Europe) (2000): Best evidence medical education, www.amee.org.
- American Medical Association (2000): continuous professional development, www.ama-assn.org.
- Arnold, M., Litsch, M. und Schwartz, F. W. (Hrsg.) (1999): Krankenhaus-Report '99, Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker, Stuttgart.
- Ärztekammer Nordrhein (1999): Erste Ergebnisse der Umfrage unter Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten, *Rheinisches Ärzteblatt*, Bd. 35, Dezember, S. 17.
- Ärztekammer Nordrhein (2000): Ergebnisse der Umfrage unter Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten, *Rheinisches Ärzteblatt*, Bd. 36, Mai, S. 14–16.
- Association of American Medical Colleges (1984): Physicians for the twenty-first century, Washington.
- Bayrische Ärztekammer (1999): Unveröffentl. Befragung 1999 mit anonymer Auswertung.
- Beecham, L. (1999): UK doctor's revalidation should be linked to registration, *BMJ*, Vol. 318, S. 349.
- Beier, J. und Jahn, G. (1997): Pflegeforschung in der ehemaligen DDR, in: Bartholomeyczik, S.; Müller, E. (Hrsg.), *Pflegeforschung verstehen*, München, S. 29–46.
- Blake, R., Hosokawa, M., and Riley, S. (2000): Student performances on Step 1 and Step 2 of the United States Medical Licensing Examination following implementation of a problem-based learning curriculum, *Acad Med*, Vol. 75, S. 66–70.
- Boelcke, G., Kemper, F. H. und Richter, F. (Hrsg.) (1995): Prüfungsmethoden in der medizinischen Ausbildung und der Einfluss von Prüfungen auf Lehre und Lernen., Internationales Symposium Mainz 29. und 30. Juni. Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen, Mainz.
- Brater, M. (1998): Beruf oder Tätigkeit – zur gesellschaftlichen Bewertung von Beruflichkeit und Fachlichkeit personenbezogener Dienstleistungsarbeit, in: Bundesinstitut für Berufsbildung und Meifort, B. (Hrsg.), *Arbeiten und Lernen unter Innovationsdruck. Alternativen zur traditionellen Berufsbildung in gesundheits- und sozialberuflichen Arbeitsfeldern*, Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 221, Bielefeld, S. 29–36.
- Brieskorn-Zinke, M. (1997): PflegewirtInnen in der Praxis, *Pflegezeitschrift*, Heft 12, S. 727–729.
- Brieskorn-Zinke, M. und Höhmann, U. (1999): PflegewirtInnen in der Praxis. Ergebnisse einer Studie der Ev. Fachhochschule Darmstadt, 1. Teil, in: *Die Schwester/Der Pfleger*, Bd. 38, S. 1049–1051.
- Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.) (1999): Arbeitsmarktsituation im Bereich der Kranken- und Altenpflege sowie der ambulanten Pflegedienste, in: *Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit*, Nr. 33 vom 18. August 1999, Nürnberg, S. 2799–2803.
- Bundesärztekammer (1992): (Muster-)Weiterbildungsordnung nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992 in Köln.
- Bundesärztekammer (1999): Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse der Ärztestatistik, *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 95, Heft 26 (Suppl.), S. 3–11.
- Bundesärztekammer (1999): Leitsätze und Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung, Köln.
- Bundesärztekammer (2000): Tätigkeitsbericht 1999/2000. Köln.
- Bundesministerin für Gesundheit (1999): Achte Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (§ 36a, „Modellstudiengang“), *Bundesgesetzblatt*, Jahrgang 1999, Teil 1, Nr. 6 (18. Februar 1999), S. 147.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1999): Daten des Gesundheitswesens, Bd. 122, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- Burkart, W. (1997): Die Auslandsbeziehungen der Bundesärztekammer. Weltärztebund, Ständiger Ausschuss der EU-Ärzteschaften, Konsultativtagung, in: Jachertz, N. (Hrsg.) (1997): *Gestalten statt verwalten. Aufgaben und Selbstverständnis der Bundesärztekammer, 1947–1997*. Köln, S. 191–200.
- Campbell, C., Parboosingh, J., et al. (1999): Study of the factors influencing the stimulus to learning recorded by physicians keeping a learning portfolio, *J Cont Educ Health Prof*, Vol. 19, S. 16–24.
- Cantillon, P. and Jones, R. (1999): Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ*, Vol. 318, S. 1276–1279.
- Colliver, J. (2000): Effectiveness of problem-based learning curricular: research and theory, *Acad Med*, Vol. 75, S. 259–266.
- Council on Long Range Planning and Development (1996): The future of preventive medicine, *Prev Med*, Vol. 26, S. 73–81.
- Czekay, S (1999): Qualifikationen und Arbeitsbedingungen in der Altenpflege, in: *Public Health Forum*, Heft Nr. 25, S. 12–13.
- Davis, D., Thompson, M., et al. (1995): Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies, *JAMA*, Vol. 274, S. 700–705.

- Davis, D., Thomson O'Brien, M., et al. (1999): Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA*, Vol. 282, S. 867-874.
- Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hrsg.) (1999): *Public-Health-Forschung in Deutschland*, Bern.
- Deutscher Ärztetag (2000): Beschlussprotokoll des 103. Deutschen Ärztetages vom 9. bis 12. Mai 2000, Köln.
- Dierks, M.-L., Hofmann, W. und Schwartz, F.W. (1993): Sozialmedizinischer Kompetenzbedarf und sozialmedizinische Kompetenzvermittlung – Essentials eines Expertengesprächs, in: Dierks, M.-L., Kunstmann, W., Schwartz, F.W. (Hrsg.), 1. Expertengespräch der Reihe „Gesundheitswesen im Gespräch“. Sozialmedizinische Kompetenzen – Grundlagen im Medizinstudium, Vertiefung in Aufbaustudiengängen, Gesundheitswesen, Bd. 55, Sonderheft 2, S. 56-58.
- Dierks, M.-L. (1998): Postgraduierte Public-Health-Ausbildung und Berufsfelder im Bereich von Public Health, in: Schwartz, F.W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. und Siegrist, J. (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, München, Wien, Baltimore.
- Donner-Banzhoff, N. (2000): Verbundsysteme für die Weiterbildung Allgemeinmedizin, ZFA, Nr. 6, vgl. www.degam.de/S1_verbund.html.
- Europäische Kommission (Hrsg.) (1997): Bericht und Empfehlungen zur Ausbildung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der europäischen Union, Brüssel.
- European Observatory on Health Care Systems (Hrsg.; Autoren: Busse, R. unter Mitarbeit von Riesberg, A.) (2000): *Health care systems in transition. Germany*, Copenhagen.
- European Society of Urology (2000): www.ebu.org.
- Eysenbach, G. (ed.) (1998): *Medicine and medical education in Europe. The Eurodoctor*, Stuttgart, New York.
- Fields, S.A., Usatine, R. and Steiner, E. (2000): Teaching medical students in the ambulatory setting. *JAMA*, Vol. 283, S. 2362-2364.
- Fischer, G. C. (1995): Berufsziel „Arzt“ – Überlegungen zur Reform des Medizinstudiums. *Forschung & Lehre*, Bd. 11, S. 623-628.
- Fuchs, Ch. und Gerst, Th. (1997): Medizinethik in der Berufsordnung. Entwicklungen der Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärzte, in: Jachertz, N. (Hrsg.) (1997), *Gestalten statt verwalten. Aufgaben und Selbstverständnis der Bundesärztekammer, 1947 bis 1997*, Köln, S. 159-164.
- Garms-Homolová, V. (1998): Gesundheitsberufe im Wandel – Qualifikationen unter Innovationsdruck, in: Bundesinstitut für Berufsbildung; Meifort, B. (Hrsg.), *Arbeiten und Lernen unter Innovationsdruck. Alternativen zur traditionellen Berufsbildung in gesundheits- und sozialberuflichen Arbeitsfeldern*, Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 221, Bielefeld, S. 13-27.
- Gaus, U., Huber, J. und Stöcker, G. (1997): Situation der Ausbildungen in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege, in: Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (Hrsg.), *Bildung und Pflege*, Stuttgart, S. 50-94.
- General Medical Council (1999a): *Recommendations on senior house officer training*, London.
- General Medical Council (1999b): *The doctor as teacher*, *BMJ* 1999, Vol. 319, S. 1375.
- GMA (Gesellschaft für Medizinische Ausbildung) (2000): Inhaltsverzeichnis der Zeitschrift „Medizinische Ausbildung“, www.gma.mwn.pub3.html
- Görres, S., Hinz, I. M., Krippner, A. und Zerwas, M. (2000): Evaluation pflegewissenschaftlicher Studiengänge in Deutschland. Ein Pilotprojekt zum gegenwärtigen Stand und zukünftigen Entwicklungsperspektiven, *Pflege*, Bd. 13, S. 33-41.
- Gostomczyk, G. (1993): Sozialmedizinische Kompetenzen bei der Betreuung von chronisch Kranken, in: Dierks, M.-L., Kunstmann, W., Schwartz, F.W. (Hrsg.), 1. Expertengespräch der Reihe „Gesundheitswesen im Gespräch“. Sozialmedizinische Kompetenzen – Grundlagen im Medizinstudium, Vertiefung in Aufbaustudiengängen, Gesundheitswesen, Bd. 55, Sonderheft 2, S. 56-58.
- Gräb, C. (2000): Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser, in: Arnold, M., Litsch, M. und Schwarz, F.W. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report '99: Schwerpunkt. Versorgung chronisch Kranker*, Stuttgart, S. 289-305.
- Grol, R. (1985): *Die Prävention somatischer Fixierung*, Berlin, Heidelberg, New York, Tokio.
- Grüters, A. and Holl, R. et al. (2000): Europäisches Weiterbildungsprogramm in pädiatrischer Endokrinologie und Diabetologie, *Endokrinologie*, Bd. 24, S. 15-20.
- Harden, R; Sowden, S. and Dunn, W. (1984): Educational strategies in curriculum development: the SPICES model, *Med Educ*, Vol. 18, S. 284-296.
- Hartz, A. J. and Krakauer, H. et al. (1989): Hospital characteristics and mortality rates, *N Engl J Med*, Vol. 321, S. 1720-1725.
- Hauptausschuss des Bundesinstituts für Berufsbildung (1999): Dualisierung der Pflegeberufe, Empfehlungen des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung zur Sicherung und zum Ausbau eines anforderungsgerechten und zukunftsorientierten Berufsbildungsangebotes in der Pflege, in: Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.), *Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit*, Nr. 21 vom 26. Mai 1999, Nürnberg, S. 1769-1770.
- Holm, H. (2000): Should doctors get CME points for reading? *BMJ*, Vol. 320, S. 394-395.

In der Schmitt, J. und Helmich, P. (2000): Weiterbildung Allgemeinmedizin: Qualifizierung für die Primärärztliche Versorgung. Entwicklung, Gegenwart und Perspektiven der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsordnung in Deutschland, Stuttgart.

Inui, T. (1991): The social contract and the medical school's responsibilities, in: White, K. and Connelly, J. (Hrsg.), The Medical School's mission and the population's health, New York.

Jennett, P.A., Crelinsten, G.L. and Kinsella, T.D. (1993): Advanced training in biomedical ethics: a curriculum in clinical specialty programmes, Med Educ, Vol. 27, S. 484-8.

Kantrowitz, M. et al. (1987): Innovative tracks at established institutions for the education of health personnel. An experimental approach to change relevant to health needs, (World Health Organization Publ. No. 101), Genf.

Kaufman, D. and Mann, K. (1998): Comparing achievement on the Medical Council of Canada Qualifying Examination Part I of students in conventional and problem-based learning curricula, Acad Med, Bd. 73, S. 1211-1213.

Klie, T. und Krahmer, U. (1998): Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar, Baden-Baden.

Klinkhammer, G. (1998): Fortbildung. Lernen mit Überprüfung, Deutsches Ärzteblatt, Bd. 97, Heft 23, S. B 1161

Knorr-Cetina, K. (1991): Die Fabrikation von Erkenntnis, Frankfurt.

Krüger, H.; Rabe-Kleberg, U. und Mischo-Kelling, M. (1996): Pflegewissenschaft als universitäre Ausbildung, in: Krüger, H.; Piechotta, G. und Remmers, H. (Hrsg.), Innovation der Pflege durch Wissenschaft. Perspektiven und Positionen, Bremen, S. 11-32.

Kuhlmei, A. und Winter, M. (1998): Pflege- Eliten und ihre Berufschancen, Forschungsbericht, Neubrandenburg.

Landenberger, M. und Ortmann, J. (1999): Pflegeberufe im europäischen Vergleich, Expertise der Berufs- und Ausbildungssituation in der Alten-, Kranken- und Behindertenpflege, Senatsverwaltung für Arbeit, Berlin.

Landesärztekammer Niedersachsen (1997): Weiterbildungsordnung, Hannover.

Lesar, T.S. and Briceland, L.L. et al. (1990): Medication prescribing errors in a teaching hospital, JAMA, Vol. 263, S. 2329-2334.

Maguire, G.P. and Rutter, D.R. (1976): History-taking for medical students. I-Deficiencies in performance, Lancet, Vol. 279, S. 556-558.

Marburger Bund (2000): Zur geplanten Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung, Ärztliche Nachrichten, Köln.

marmas bonn (Bonner Institut für Markt-, Meinungs-, Absatz- und Sozialforschung) (Hrsg.) (2000): AMA 2000. Altenpflege Marktanalyse, Expertenband, Hannover.

marmas bonn (Bonner Institut für Markt-, Meinungs-, Absatz- und Sozialforschung) (Hrsg.) (2000a): Präsentation auf der Messe: Altenpflege 2000, 1. bis 3. Februar 2000, Hannover.

Mathers, N., Challis, M. et al. (1999): Portfolios in continuing medical education - effective and efficient?, Med. Educ, Vol. 33, S. 521-530.

Maudsley, G. (1999): Do we all mean the same thing by „problem-based learning“? A review of the concepts and a formulation of the ground rules, Acad Med, Vol. 74, S. 178-185.

Meifort, B. (1998a): „Nichts wird bleiben, wie es ist“ - einleitende Vorbemerkungen, in: Bundesinstitut für Berufsbildung, Meifort, B. (Hrsg.), Arbeiten und Lernen unter Innovationsdruck. Alternativen zur traditionellen Berufsbildung in gesundheits- und sozialberuflichen Arbeitsfeldern, Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 221, Bielefeld, S. 5-12.

Meifort, B. (1998b): Gesundheits- und Sozialpflege - ein innovatives Wachstumsfeld für Berufsbildung und qualifizierte Arbeit - Auch für Frauen?, in: Bundesinstitut für Berufsbildung; Meifort, B. (Hrsg.), Arbeiten und Lernen unter Innovationsdruck. Alternativen zur traditionellen Berufsbildung in gesundheits- und sozialberuflichen Arbeitsfeldern, Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 221, Bielefeld, S. 37-55.

Meifort, B., Becker, W., Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) (1997): Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften, Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 200, Qualifikationsforschung im Gesundheits- und Sozialwesen, Bielefeld.

Meister, J.J. und Schindler, G. (1994): Studium aus Karrieregründen? Forschung & Lehre, Bd. 9, S. 393-394.

Moers, M. (1998): Die Entwicklung professioneller Pflegepraxis als Aufgabe der Pflegewissenschaft, Pflege & Gesellschaft, Bd. 3, Nr. 4, S. 1-5.

Muller, S. (1989): Physicians for the twenty-first century. Report of the project panel on the general professional education of the physician and college preparation for medicine, J Med. Educ 1989 (part 2), Bd. 59, S. 1-31.

Müller-Oerlinghausen, B. und Munter, K.-H. (1997): Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Qualitätssicherung in der Arzneitherapie, in: Jachertz, N. (Hrsg.), Gestalten statt verwalten. Aufgaben und Selbstverständnis der Bundesärztekammer, 1947-1997. Köln, S. 211-220.

Naylor, C.D. (1995): Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine, Lancet, Vol. 345, S. 840-842.

- NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999): *Getting evidence into practice. Effective Health Care*, Vol. 5 (1), University of York.
- O'Neill, P., Morris, J. and Baxter, C. (2000): Evaluation of an integrated curriculum using problem-based learning in a clinical environment: the Manchester experience, *Med Educ*, Vol. 34, S. 222–230.
- Ollenschläger, G. und Klein-Lange, M. (1997): Der Erfolg ärztlicher Fortbildung. Evaluationsmethoden – Möglichkeiten, Grenzen und zukünftige Entwicklungen, *Z Ärztl Fortbild*, Bd. 90, S. 753–757.
- Paice, E., Aikten, M., Cowan, G. and Heard, S. (2000): Trainee satisfaction before and after the Calman reforms of specialist training: questionnaire survey, *BMJ*, Vol. 320, S. 817–818.
- Peck, C., McCall, M. et al. (2000): Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons, *BMJ*, Vol. 320, S. 432–435.
- Perleth, M. (1998): Ärztliche Basiskompetenzen: Vernachlässigtes Ausbildungsziel im Medizinstudium? *Med Klin*, Bd. 93, S. 381–387.
- Polak, U., Barthelme, G. und Garms-Homolova, V. (1999): Qualifikation und Tätigkeitsprofile in der ambulanten Pflege, *Public Health Forum*, Heft 25, S. 13–14.
- Reis, E.O. von, Bott, U. und Sawicki, P.T. (1999): Qualität und Struktur der ärztlichen Fortbildung in der Inneren Medizin am Beispiel des Ärztekammerbezirks Nordrhein, *Z Ärztl Fortbild Qual sich*, Bd. 93, S. 569–579.
- Reister, M. (2000): Entwicklung der Versorgungsstrukturen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen von 1991 bis 1997 – inklusive vorläufigen Ergebnisse für 1998, in: Arnold, M., Litsch, M. und Schwartz, F.W. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report '99: Schwerpunkt. Versorgung chronisch Kranker*, Stuttgart, S. 273–288.
- Riek, R. (1999): Ärztliche Fortbildung. *Hessisches Ärzteblatt*, Bd. 34, Nr. 8, S. 270.
- Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) (1989): *Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform – Abschlussbericht des Murrhardter Kreises (= Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 26)*, 1. Aufl., Gerlingen.
- Robra, B.-P. (1994): Klinische Epidemiologie, in: Classen, M., Diehl, V., Kochsiek, K. (Hrsg.), *Innere Medizin*, 3. Auflage, München, S. 3–5.
- Royal College of Physicians (1999): *The Way Forward*. London, www.rcp.org.
- Royal College of Surgeons (2000): *Continuous professional development*, London, www.rcs.org.
- Rückert, W. (1998): KDA fordert Ausbau von Prävention und Rehabilitation, *Pro Alter*, Nr. 4, S. 32–33.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1993): *Kurzfassung des Berichts und Anlage des Berichts*, Bonn.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1991): *Jahresgutachten 1991, Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland*, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): *Sachstandsbericht 1994, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000*, Bd. 1, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): *Sondergutachten 1995, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung*, Bd. 2, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996): *Sondergutachten 1996, Gesundheitswesen in Deutschland*, Bd. 1, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): *Sondergutachten 1997, Gesundheitswesen in Deutschland*, Bd. 2, Baden-Baden.
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W. and Haynes, R.B. (1997): *Evidence-based Medicine: how to practice & teach EbM*, New York.
- Schaeffer, D. (1998): Neugestaltung der Pflege: Innovations- und Professionalisierungschancen in einem sich ökonomisierenden Gesundheitswesen, *Pflege & Gesellschaft*, Bd. 3, S. 6–10.
- Schaeffer, D. (1999): *Pflegequalifizierung im Wandel*, unveröff. Papier, Bielefeld.
- Schnabel, K. (Hrsg.) (1999): *Medizinische Reformstudienengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Großbritannien, Schweiz und den USA*, Frankfurt a. M.
- Self, D.J., Skeel, J.D. and Jecker, N.S. (1993): A comparison of the moral reasoning of physicians and clinical medical ethicists, *Acad Med*, Vol. 68, S. 852–855.
- Shorr, A.F., Hayes, R.P. and Finnerty, J.F. (1994): The effect of a class in medical ethics on first-year medical students, *Acad Med*, Vol. 69, S. 998–1000.
- Siegenthaler, W. (2000): Fragen zum Medizinstudium und zur internistischen Weiterbildung, *DMW*, Bd. 125, S. 715.
- Slaughnessy, A.F. and Slawson, D.C. (1999): Are we providing doctors with the training and tools for lifelong learning? *BMJ*, Vol. 319, S. 1280–1287.
- Smith, F., Singleton, A. and Hilton, S. (1998): General practitioners' continuing education: a review of policies, strategies and effectiveness, and their implications for the future, *Br J Gen Pract*, Vol. 48, S. 1689–1695.
- Stanton, F. and Grant J. (1997): *The effectiveness of continuing professional development*, London: Joint Centre for Medical Education, Open University.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998a): Fachserie 1, Reihe 4.1.1, Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998b): Fachserie 1, Reihe 4.1.2, Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen, Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998c): Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1999a): Fachserie 11, Reihe 2, Bildung und Kultur, Berufliche Schulen, Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1999b): Statistisches Jahrbuch 1999 für das Ausland, Stuttgart.
- Taylor, R.; Reeves, B. et al. (2000). A systematic review of the effectiveness of critical appraisal skills training for clinicians. *Med Educ*, Vol. 34, S. 120–125.
- Thomas, R. (1997): Problem-based learning: measurable outcomes, *Med Educ*, Vol. 31, S. 320–329.
- Tosteson, D. (1989): New pathways in general medical education, *N Engl J Med*, Vol. 322, S. 234–238.
- UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) (1995): European training charter for medical specialists, www.uems.be.
- Uexküll, T.v. und Wesiack, W. (1988): Theorie der Humanmedizin, 1. Aufl., München.
- Uexküll, T.v. und Wesiack, W. (1998): Theorie der Humanmedizin, 3. überarb. Aufl., München.
- Urbina, C., Hickey, M., McHarney-Brown, C., Duban, S. and Kaufman, A. (1994): Innovative generalist programs: academic health care centers respond to the shortage of generalist physicians, *J Gen Intern Med*, Vol. 9 (4) (Suppl 1), S. 81–89.
- Vernon D. and Blake R. (1993): Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research, *Acad Med*, Vol. 68, S. 550–563.
- von den Hurk, M., Wolfhagen, I. et al. (1999): The impact of student-generated learning issues on individual study time and academic achievement, *Med Educ*, Vol. 33, S. 808–814.
- Watson, R. (2000): Junior doctors to wait 9 years for European Union rules to bite, *BMJ*, Vol. 329, S. 1423–1524.
- White, K.L. and Conelly, J.E. (eds.) (1992): The medical school's mission and the population's health. New York, Berlin, Heidelberg.
- WHO (Hrsg.) (2000): WHO Estimates of Health Personnel. Physicians, Dentists, and Nurses/ Midwives (around 1993). <http://www-nt.who.int/whosis/statistics>, 02. Mai 2000, S.1–6.
- Wille, E. u. a. (1999): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels bis zum Jahr 2040, in: Enquetekommission „Demographischer Wandel“ (Hrsg.), Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik, Bd. 3, S. 631–755.
- Wilson D.G., McCartney, R.G. et al. (1998). Medication errors in paediatric practice: insights from a continuous quality improvement approach, *Eur J Pediatr*, Vol. 157, S. 769–774.
- Windsor, J.A. and Pong, J. (1998): Laparoscopic biliary injury: more than a learning curve problem, *Aust N Z J Surg*, Vol. 68, S. 186–189.
- Winter, M. (1998): Pflegeausbildung, Praxiserfahrung, Studium und dann ...?!, PR-Internet, Bd. 1 S. 31–37.
- Wissenschaftsrat (1992): Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Bremen.
- Wissenschaftsrat (1999): Stellungnahme zu den Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen, Berlin.
- Witte, J. (1999): Chirurgische Ausbildung in Europa. Zentralblatt für Chirurgie. Bd. 124, S. 919–922.
- Witte, J. (2000a): Gemeinsame Weiterbildungskommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen 2000. Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung, *Der Chirurg*, Bd. 39, S. 81–85.
- Witte, J. (2000b): Zum aktuellen Stand der zukünftigen chirurgischen Weiterbildungsstruktur. *Der Chirurg*, Bd. 71, S. 422–423.
- World Federation for Medical Education (1988): World Conference on Medical Education, September, HongKong.
- Wu, A.W., Folkman, S. et al. (1991): Do house officers learn from their mistakes?, *JAMA*, Vol. 265, S. 2089–2094.

2. Konzepte und Management von Qualität

2.1 Grundlagen, Ziele und Konzepte von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

126. Der Rat begrüßt die zahlreichen derzeitigen Aktivitäten durch gesetzgebende Gremien, Vertragspartner und Fachgesellschaften zur Verbesserung der Versorgungsqualität, deren Notwendigkeit er in früheren Gutachten wiederholt hervorgehoben hat. Der Aufwand und die mit Qualitätssicherungsmaßnahmen verbundenen Kosten machen es notwendig, die bisherigen Erfahrungen mit Verfahren der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements auch kritisch zu überprüfen. Dabei geht es insbesondere um die Frage, ob der Nutzen den Aufwand rechtfertigt und wie diese Verfahren zielgerecht eingesetzt werden können, um tatsächlich einen Beitrag zur Verbesserung der Ergebnisse der Gesundheitsversorgung zu leisten.

2.1.1 Definitionen von Qualität und Implikationen für die Qualitätsförderung

127. „Qualität“ bezeichnet nach der Definition des US-amerikanischen Institute of Medicine „das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Behandlungsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissensstand übereinstimmen“ (Lohr, K.N. 1990).

Diese Definition beschreibt ein Grundverständnis der Qualität, das künftig bei Initiativen zur Optimierung der Versorgungsqualität vermehrt berücksichtigt werden sollte:

- Die Orientierung an Ergebnissen der Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung geeigneter Kriterien der Zuschreibbarkeit von Behandlungsergebnissen zu Versorgungsprozessen,
- die Orientierung an Zielen unter Berücksichtigung von Prioritäten und Wertsetzungen, die sich aus verschiedenen Perspektiven (Nutzer, Anbieter, Kostenträger, Politik) unterschiedlich darstellen können,
- das Bemühen um eine Verständigung über Qualitätsmaße, um die Mess- und Evaluierbarkeit der verschiedenen Teilkomponenten und Dimensionen von Qualität und
- die Orientierung am jeweils aktuellen Kenntnisstand.

128. Eine Voraussetzung für eine systematische und nachvollziehbare Sicherung und Verbesserung der Qualität ist die Operationalisierung des Qualitätsbegriffs. Qualität wird eingeteilt in die Teilkomponenten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian, A. 1966). Diese Begrifflichkeit wird zur Beschreibung der Versor-

gungsqualität und zur Analyse der Ursachen von Qualitätsdefiziten genutzt, dient aber auch der Zielsetzung von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen. Unter Strukturqualität wird die personelle, finanzielle und technische Ausstattung verstanden, hinzu kommen administrative, gesetzliche und organisatorische Bedingungen. Die Prozessqualität bezieht sich auf Gesundheits- und Serviceleistungen und deren Koordinierung sowie ihre Patientenorientierung. Die Ergebnisqualität umfasst sowohl die versorgungsbedingte Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität, als auch Aspekte der Patientenzufriedenheit (Donabedian, A. 1980; Perleth, M. u. Schwartz, F. W. 2000).

Aufgrund der zum Teil auch heute noch schwierigen methodischen Probleme der Messung und der Zurechenbarkeit der Ergebnisqualität, favorisierte Donabedian die Bestimmung der Prozessqualität. Diese Prozessorientierung ist vielfach auf Kritik gestoßen. Donabedian geht allerdings nicht von einer strikten Trennung der drei Teilkomponenten aus. Vielmehr muss von Prozessen ausgegangen werden, die Zwischenendpunkten vorangehen, welche ihrerseits wieder Prozessvariablen darstellen. Diese Sichtweise führt zur Messung von Prozessendpunkten innerhalb des Prozesses der Versorgung. „Prozess“ ist dabei ein Oberbegriff, der eine komplexe Versorgungssituation umschreibt. Die Strukturqualität ist relativ einfach messbar, u. a. weil häufig entsprechende Informationen bereits vorliegen. Die Qualität von personellen, institutionellen oder technischen Strukturen ist eine wichtige, aber nicht die einzige Voraussetzung für die Qualität von Versorgungsprozessen und ihren Ergebnissen (vgl. Kapitel II-1). Bei alleiniger Verwendung ist daher die Aussagekraft von strukturellen Indikatoren hinsichtlich ihrer Wirkung auf die Ergebnisqualität eingeschränkt.

129. Historisch entwickelten sich die Qualitätsbestrebungen von einer weitgehenden Beschränkung auf Aspekte der Strukturqualität hin zu einer verstärkten Prozessorientierung und einer allmählichen Einbeziehung von Indikatoren der Ergebnisqualität. Zudem finden Aspekte der Patientenzufriedenheit und eine systemische Sichtweise der Versorgungsqualität eine größere Beachtung im Rahmen von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen. Ebenfalls eine jüngere Entwicklung stellen Bemühungen dar, die Qualität von Entscheidungen im Versorgungsalltag mithilfe von wissenschaftlicher Evidenz positiv zu beeinflussen (s. Abschnitt II-2.3 und 2.4).

130. Die historisch etablierte Trias „Struktur/Prozess/Ergebnis“ wird inzwischen nicht nur zur Beschreibung von Leistungen und Institutionen der Leistungserbringer verwendet, sondern auch auf Dienstleistungen der Leistungsfinanzierer für ihre Versicherten bezogen. Der Rat hält eine Erweiterung dieser Sichtweise in dem Maße für notwendig, in dem auch in Deutschland Versicherungen

unterschiedliche Leistungspakete der Gesundheitsversorgung anbieten, z. B. im Rahmen von „Integrationsverträgen“ oder *disease-management*-Ansätzen.

Im Sinne eines systemisch erweiterten Qualitätsbegriffs wird zunehmend auch die Ebene von Strukturen und Steuerung des Gesundheitssystems berücksichtigt. Durch diese Betrachtungsweise werden z. B. auch Steuerungsmechanismen auf der Ebene der Selbstverwaltung oder der Zugang zur Versorgung in ihrer Relevanz für die Versorgungsqualität sichtbar (SG 1995, Ziffer 58; US Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisation, zit. nach Blumenstock, G. 1996).

131. Ferner kann die technische Qualität einer Leistung von der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung bzw. der Personal-Patienten-Beziehung unterschieden werden (Donabedian, A. 1980). Diese Operationalisierung muss sich an Zielvorgaben orientieren und ist mithin nicht absolut. Sie kann im Rahmen einer subjektiven oder einer objektiven Betrachtungsweise geschehen.

Vereinfachend kann man annehmen, dass die subjektive Qualität die vom Patienten wahrgenommene Qualität der medizinischen Versorgung darstellt. Dies kann die Zufriedenheit mit der Versorgung, aber auch die resultierende Lebensqualität umfassen. Die Patientenzufriedenheit kann als eine Mischung aus Therapieerwartung und wahrgenommenem Therapieergebnis gedeutet werden (Dörning, H. et al. 1996). Sie kann in vier Formen (Blum, K. 1997) unterteilt werden: Die Zufriedenheit mit der medizinischen Betreuung, mit der nicht-medizinischen Betreuung und mit der Infrastruktur sowie die Gesamtzufriedenheit.

Die patientenzentrierte Bewertung von Qualität gewinnt nicht zuletzt im Zusammenhang von wachsender Nutzerorientierung (s. Kapitel I-3) an Gewicht.

2.1.2 Reichweite qualitätswirksamer Maßnahmen

132. Die Qualität der Gesundheitsversorgung wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Die in Kapitel 1 des Bandes I vorgenommene Unterscheidung zwischen endogenen Bestimmungsfaktoren des Gesundheitswesens und exogenen Einflüssen auf die Gesundheit, und damit auch auf Gesundheitsergebnisse, z. B. von Behandlungsprozessen oder Präventionsprogrammen, gestattet es besser, zwischen jenen qualitätswirksamen Einflüssen zu differenzieren, die das Gesundheitswesen aus eigener Kraft beeinflussen kann und solchen, die außerhalb seines Einflussbereiches liegen.

133. Gleichmaßen ist zu unterscheiden zwischen den qualitätswirksamen Einflüssen der „Makro- bzw. Meso-steuerung“ im Gesundheitswesen, beispielsweise durch Grenzziehung und Umfang sektoraler Budgets, und der „Makrostrukturen“ der Versorgung, z. B. Schwellen zwischen Versorgungssektoren, einerseits und dem Einflussbereich von „Mikrosteuerungsinstrumenten“ andererseits, welche auf der Ebene einzelner Einrichtungen, einzelner Leistungserbringer oder einzelner Leistungen

und Verfahren ansetzen. Zu den Mikrosteuerungsinstrumenten zählen u. a. auch Verfahren der Qualitätssicherung (QS) bzw. des Qualitätsmanagements (QM). Daher kann von QS/QM-Ansätzen nicht erwartet werden, dass sie wesentliche qualitätsmindernde Mängel der Makrosteuerung oder der Makroorganisation im Gesundheitswesen aufheben.

Daher gilt es auch, eine positive Bestimmung des Einflussbereichs von QS/QM-Verfahren vorzunehmen. Zugleich geht es um die Möglichkeit, „Mikro- und Makrosteuerungselemente“ so einzusetzen, dass sie positive synergistische Wirkungen auf die Versorgungsqualität entfalten können. Ebenso hat es sich in den letzten Jahren gezeigt, dass der Einsatz von Makrosteuerungselementen allein nicht ausreicht, um direkte Qualitätsverbesserungen oder qualitätsneutrale Kostensenkungen zu erreichen oder zu sichern.

2.1.3 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

134. In deutschen Gesetzestexten und Vereinbarungen der Selbstverwaltung wird der Begriff „Qualitätssicherung“ für die Gesamtheit aller qualitätsorientierten Maßnahmen und Zielsetzungen verwendet. „Qualitätsmanagement“ wird dagegen als eine Umsetzungsmethode verstanden bzw. nur auf einrichtungsinterne Qualitätsbemühungen bezogen (vgl. Viethen, G. 1995; Jaster, H.-J. 1997a). Übereinkünfte in internationalen Normungsgremien, die auch in Deutschland übernommen wurden, sehen hingegen vor, dass die Benennung Qualitätsmanagement zukünftig an die Stelle des Begriffs Qualitätssicherung tritt. Nach dem in der DIN EN ISO 8402-Norm definierten Begriff „Qualitätsmanagement“ umfasst dies „alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des QM-Systems die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortung festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung, Darlegung des Qualitätsmanagements und Qualitätsverbesserung“ umsetzen (Deutsches Institut für Normung 1992).

Diese unterschiedlichen Begriffe werden häufig mit unterschiedlichen Qualitätsphilosophien in Verbindung gebracht. In der als „Erfüllungsparadigma“ umschriebenen Vorgehensweise geht es hauptsächlich darum, festgelegte Kriterien und Standards zu erfüllen. Dem wird das „Optimierungsparadigma“ gegenüber gestellt, das sich auf eine ständige Weiterentwicklung von Struktur, Prozess und Ergebnissen richtet (Verbeck, A. 1998). Die Qualitätskontrolle bzw. die Qualitätssicherung im engeren Sinne steht danach für den Erfüllungsansatz, der vorrangig retrospektiv vorgeht, auf die Erfassung von Fehlern zielt und häufig in der Hand externer Qualitätssicherungsspezialisten liegt. Demgegenüber wird das „Qualitätsmanagement“ als einer der Ansätze zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung verstanden, bei welcher es primär um die Optimierung von Prozessen geht. Das Vorgehen ist eher prospektiv, die Mitverantwortung aller Mitarbeiter wird betont (Ollenschläger, G. u. Thomeczek, C. 1999).

2.1.4 Evaluative Bewertung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

135. Methoden der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements befassen sich mit der Art und Weise, wie Gesundheitsleistungen zum gesundheitlichen Wohl des Patienten verbessert und wie mögliche versorgungsbedingte Schäden vermieden werden können. Sie befassen sich insbesondere mit der Verbesserung der Koordination von Leistungen, dem Kontext und der Gleichmäßigkeit der Leistungserbringung und mit den Voraussetzungen von Gesundheitsleistungen (z. B. Motivation von Mitarbeitern, Qualität der Indikationsstellung). Insofern hält es der Rat für sinnvoll, QS/QM-Methoden als „sekundäre Technologien“ zu betrachten, die zur Optimierung „primärer Technologien“ wie Diagnostik, Therapie, Rehabilitation oder Beratung eingesetzt werden.

136. Während eine kritische Überprüfung medizinischer Primärverfahren hinsichtlich ihrer Angemessenheit, ihres Nutzens und ihrer Kosten inzwischen weitgehend akzeptiert und zunehmend realisiert wird, stehen wir bei Technologien des Qualitätsmanagements erst am Anfang. Das Label „Qualitätssicherung“ oder „Qualitätsmanagement“ beweist auch – trotz wohlmeinenden Intentionen – noch nicht, dass die erwünschten Wirkungen tatsächlich eintreten, und dass der Aufwand an Zeit, Motivation und Geld tatsächlich in einem angemessenen Verhältnis zu den Ergebnissen stehen. Insofern ist es wichtig, Verfahren des Qualitätsmanagements, mit denselben Vorbehalten wie bei anderen Technologien der Gesundheitsversorgung zu betrachten und sich hinsichtlich ihrer Wirkung zu vergewissern. Dies soll den notwendigen Idealismus nicht beeinträchtigen, sondern im Ergebnis eher schützen.

QS/QM-Verfahren können letztlich schlüssig nur mithilfe von systematischen Evaluationsverfahren beurteilt werden, welche zielgerecht eingesetzt werden sollten, damit ihre Aussagen auf andere Versorgungsorte übertragbar sind. Die Evaluation von QS/QM-Ansätzen muss Teil eines modernen „Controlling“ sein – sowohl hinsichtlich ihrer Effekte, als auch hinsichtlich ihrer Kosten.

Die Evaluation sollte ex ante, ex post und begleitend im Sinne eines Monitorings mit angemessenen Methoden erfolgen. QS/QM-Maßnahmen, deren Zusatznutzen den Aufwand nicht rechtfertigt, sollten unterlassen bzw. wieder aufgegeben werden. Die Evaluation sollte sich selbst an Qualitäts- und Effizienzkriterien messen lassen und darauf verpflichtet werden, zielorientierte und praktikable Schlussfolgerungen und Wege ihrer Umsetzung zu beschreiben.

2.1.5 Gütekriterien von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Der Rat hält die folgenden Gütekriterien in der Planung und Durchführung von qualitätssichernden Verfahren für bedeutsam. Diese werden in den folgenden Abschnitten des Kapitels II-2 und II-3 näher erläutert:

- Die Vereinbarung von Zielen von qualitätssichernden Maßnahmen ist unerlässlich. Mögliche Ziele einer er-

gebnisorientierten Qualitätssicherung im Gesundheitswesen hat der Rat auch bereits in früheren Gutachten formuliert. Hierzu gehören die Verhinderung vermeidbarer Todesfälle, die Verhütung, Heilung und Linderung von Krankheiten und damit verbundener Beschwerde, die Wiederherstellung körperlicher und psychischer Funktionen sowie die „Angstfreiheit“ durch Verfügbarkeit von Leistungen für den Eventualfall (SG 1995, Ziffer 58).

- Qualitätssicherung muss an erster Stelle gesundheitlichen Nutzen stiften und Patienten vor vermeidbaren versorgungsbedingten Schäden bewahren. Patienten- und Ergebnisorientierung steht im Mittelpunkt des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen. Das Leitbild des mündigen, informierten und in seiner Würde und Autonomie respektierten Patienten muss gewahrt werden.
- Qualitätssichernde Maßnahmen sollten sich auf prioritäre Gesundheits- und Versorgungsprobleme konzentrieren. Sie sollten sich auf häufige und schwerwiegende Gesundheitsprobleme sowie auf Kernleistungen der jeweiligen Institution und auf besonders risikobehaftete Interventionen beschränken.
- An der Vereinbarung von Zielen und Prioritäten von qualitätssichernden Maßnahmen sollten alle am jeweiligen Versorgungsprozess beteiligten Gruppierungen angemessen beteiligt sein.
- Qualitätssicherung sollte Akzeptanz bei Leistungserbringern, Patienten und Kostenträgern finden. Die Motivation und Akzeptanz der Beteiligten ist eine wesentliche Voraussetzung, um zu gewährleisten, dass qualitätssichernde Maßnahmen nachhaltige Wirkungen entfalten können. Die Akzeptanz der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen hängt u. a. davon ab, ob sie an der Gestaltung der qualitätssichernden Maßnahmen beteiligt sind, und ob tatsächlich wirksame Methoden zur Anwendung kommen. Schutzwürdige Belange der Patienten und der Leistungserbringer sollten berücksichtigt werden.
- Für qualitätssichernde Maßnahmen sollten angemessene, dem Kenntnisstand entsprechende Methoden gewählt werden. Der Einsatz der qualitätssichernden Verfahren sollte in einen alle Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus umfassenden Ablauf eingebettet sein.
- Die Qualität der medizinischen Versorgung sollte stärker transparent gemacht werden, dabei sollten auch die Informationsbedürfnisse von Patienten berücksichtigt werden.
- Der gestiftete Zusatznutzen von Qualitätssicherung muss transparent gemacht werden. Auch die Risiken und monetären wie nicht monetären Kosten von Qualitätssicherung sollen in angemessener Relation zum gestifteten Zusatznutzen stehen und ebenfalls transparent dargestellt werden. Die Evaluation sollte ex ante, begleitend bzw. ex post im Sinne eines Monitorings mit angemessenen Methoden erfolgen.

137. Die Stärkung der Position der Nutzer des Systems setzt vor allem eine umfassende, verständliche und für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen verfügbare Information über die erreichbare Qualität und über Qualitätsergebnisse voraus. Sie ist für die Entwicklung einer qualitätsorientierten Informationskultur im Gesundheitswesen notwendig. Ihr sollte eine hohe Priorität zukommen.

2.2 Methoden der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements

138. Wenn ein Qualitätsproblem prinzipiell erkannt ist und konkrete Ziele zu seiner Verminderung vereinbart worden sind, gibt es eine Vielzahl von Methoden der Qualitätssicherung (QS) bzw. des Qualitätsmanagements (QM), mit denen diese Qualitätsziele erreicht werden können. Generell können die meisten dieser Methoden zum Umgang mit sehr verschiedenen Qualitätsdefiziten eingesetzt werden.

Die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung von QS/QM-Verfahren sollte sich adäquat auf das jeweilige Qualitätsproblem, auf die vereinbarten Ziele und auf den jeweiligen Versorgungskontext beziehen. Zum Gelingen von QS/QM-Verfahren ist es ferner unerlässlich, geeignete QS/QM-Verfahren anhand ihrer konzeptionellen Ausrichtung und anhand des Stands ihrer wissenschaftlich belegten (Kosten-)Effektivität auszuwählen. In diesem Abschnitt werden die Möglichkeiten und Grenzen einiger QS/QM-Methoden vorgestellt.

2.2.1 Qualitätszyklus als Organisationsprinzip von Qualitätssicherungsverfahren

139. Qualitätssicherungsinstrumente lassen sich danach unterscheiden, in welchen Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus sie Aufgaben erfüllen können, oder danach ob sie alle Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus umfassen. Tabelle 17 (Seite 61 ff.) gibt eine Übersicht über traditionelle und neuere qualitätssichernde Methoden und ordnet sie den einzelnen Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus gemäß ihrem jeweiligen konzeptionellen Schwerpunkt zu.

Die Zuordnung kann dabei nicht immer eindeutig erfolgen. Letztlich hängt es von der konkreten Ausgestaltung der einzelnen qualitätssichernden Methoden ab, welche Phasen der Qualitätsverbesserung in welcher Intensität und Formalisierung ausgeführt werden. Einige der in der Tabelle aufgeführten Verfahren werden im folgenden Text näher erörtert.

2.2.2 Methoden, die den gesamten Qualitätsverbesserungszyklus umfassen

140. Qualitätszirkel sind definiert als Kleingruppen, die auf freiwilliger Basis selbstgewählte Themen auf der Grundlage der Erfahrungen der Teilnehmer analysieren und mithilfe verschiedener Verfahren Lösungsvorschläge

erarbeiten und ihre Umsetzung erneut evaluieren und reflektieren (Gerlach, F. u. Beyer, M. 1998). Das Vorgehen in Qualitätszirkeln ist problemorientiert und zielt darauf, die Qualität des eigenen Handelns als lebenslangen Lern- und Verbesserungsprozess zu verstehen.

Qualitätszirkel sind prozessorientiert und daher in erster Linie zur Verbesserung des aktuellen Versorgungsgeschehens durch ein kollegiales problembezogenes Feedback-System geeignet. Als ein analytisches Instrument zur Aufdeckung von Problemen, ihren spezifischen Ursachen und von Lösungsansätzen auf der Mikroebene können sie prinzipiell in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zur Anwendung kommen.

Qualitätszirkel haben sich wiederholt in Studien als wirksame Methode zur Verbesserung der Patientenversorgung erwiesen, sowohl für Ärzte in der ambulanten Praxis (Übersicht bei Bahrs, O. 1999), als auch im Krankenhaussektor (Übersicht bei Perleth, M. u. Schwartz, F.W. 2000). In Studien konnte für Pharmakotherapie-zirkel auch Ausgabensenkungen wahrscheinlich gemacht werden (Szecsenyi, J. 1999a, 1999b).

141. Die Implementation von Qualitätszirkeln im ambulanten Sektor ist in Deutschland relativ weit fortgeschritten (s. Abschnitt II-3.2), für den stationären Sektor ist das Bild uneinheitlicher (s. Abschnitt II-3.1). Qualitätszirkel im stationären Sektor haben eher temporären Charakter, da sie üblicherweise projekt- bzw. problemorientiert sind. Sie sind zum Teil interprofessionell und interdisziplinär zusammengesetzt. Sie sollten in stationären Einrichtungen mit einem expliziten Mandat in Verbindung mit Veränderungskompetenz ausgestattet werden, um Lösungsvorschläge auch erfolgreich umsetzen zu können. Fehlende Umsetzungsmöglichkeiten können sich demotivierend auswirken (Jaster, H.-J. 1997b).

Förderlich für die Implementation von Qualitätszirkeln sind im ambulanten Sektor vor allem die Erwartung konkreter Hilfe im Praxisalltag und die Möglichkeit zum interkollegialen Austausch. Angst vor externer Kontrolle und konkurrierende übergeordnete Vorhaben können sich hinderlich auswirken. Limitierende Faktoren sind zurzeit noch die geringe Einbeziehung der Vorgehensweisen und Produkte der evidenzbasierten Medizin sowie eine noch zu geringe methodische Kompetenz der Moderatoren und der Teilnehmer (Beyer, M. et al. 1999).

Qualitätszirkel sollten folgende Qualitätskriterien erfüllen: Geschulte Moderatoren, Berücksichtigung geeigneter evidenzbasierter Konsensusleitlinien, ausführliche schriftliche Dokumentation und ausführliches Feedback für die einzelnen Teilnehmer.

Qualitätszirkel sollten künftig verstärkt eine strukturelle, logistische und evaluative Unterstützung erfahren, um diese Qualitätskriterien zu erfüllen. Des Weiteren sollten die interdisziplinäre, institutionen- und sektorenübergreifende Zusammensetzung der Zirkel sowie die gezielte Teilnahme von Patientenvertretern gefördert werden.

Tabelle 17

Konzeptioneller Schwerpunkt von Qualitätssicherungsmethoden in verschiedenen Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus

Phase im Qualitätszyklus	Beispiele für Qualitätssicherungsmethoden
1) gesamter Qualitätszyklus	Qualitätszirkel, kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) Qualitätsmanagement (QM), <i>total quality management</i> (TQM), Organisationslernen (OL), Risikomanagement
2) Beschreibung der Versorgungsqualität und Analyse von Qualitätsproblemen	Instrumente zur Selbst- und Fremdbeurteilung, z. B. Checklisten, Arztbriefe, Beschwerdewesen, Leistungsberichte im engeren Sinne. Hygienekontrollen, Sicherheitskontrollen, Qualitätskontrollen, Ringversuche Dokumentation von Primär- oder Sekundärdaten mit qualitätsfördernder Intention, z. B. problemorientierte Krankenakten, Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Register, Datenerhebung anhand von Qualitätsindikatoren (z. B. extern-vergleichende Verfahren), Krankheitspässe für Patienten und Patientenbücher Versorgungsforschung mit qualitätsbezogenen Fragestellungen, z. B. Beobachtungsstudien, Patienteninterviews, Mitarbeiterbefragungen
3) Maßstäbe zur Beurteilung der Qualität	Versorgungsziele, Qualitätsindikatoren, Tracer, Leitlinien, Pflegestandards, Gesetze, Richtlinien, Rahmenvereinbarungen Vergleich mit anderen Einrichtungen oder Regionen, mit <i>best practice</i> -Modellen (Benchmarking)
4) Feedback-Methoden	Rückmeldung interner Datenerhebungen und Qualitätsbefunde, z. B. in Teambesprechungen Rückmeldung extern-vergleichender Datenerhebungen, z. B. Verordnungsspiegel von Arzneimitteln Methoden zur Kommunikation, Visualisierung und Veröffentlichung von Informationen über die bisherige Versorgungsqualität Retrospektive <i>peer-reviews</i> , zumeist ohne Verbesserungsempfehlungen, z. B. Obduktionen, medizinische Audits im engeren Sinne, Angemessenheitsevaluation, utilization review Prospektive <i>peer-reviews</i> , z. B. Zweitmeinung, Präauthorisierung technische bzw. computergestützte Warn- und Erfolgssignale
5) Identifizieren von Lösungsansätzen	zumeist ohne Feedback zur bisherigen Versorgungsqualität, z. B. Fortbildungen, Vorschlagswesen, Qualitätshandbücher, Vorschriften Unterstützung von Entscheidungen und/oder der Koordination von Handlungsabläufen, z. B. evidenzbasierte klinische Praxis, Leitlinien, Pflegestandards, Health Technology Assessment interner <i>peer-review</i> , zumeist mit spezifischen Empfehlungen, z. B. Chef- und Oberarztvisiten, Konsile, interdisziplinäre Visiten (klinisch-pharmakologische Visiten etc.), Fallkonferenzen externer <i>peer-review</i> , zumeist mit spezifischen Empfehlungen, z. B. Praxisbesuche (<i>outreach-visit</i>), Konsultationen, Audit im weiteren Sinne Analyse von fördernden und hindernden Faktoren für den Erfolg von Qualitätssicherungsprojekten
6) Verbreitung von Lösungsansätzen	interne und externe Fortbildungsveranstaltungen, lokale Meinungsführer schriftliche Informationen (Fachzeitschriften, E-Mail, Internet etc.), visuelle Medien (Filme, Poster etc.) Informationen für Patienten oder die Öffentlichkeit über Evidenz, Angebote und Qualität der Versorgung, z. B. Leistungsberichte und Qualitätsberichte

noch Tabelle 17

**Konzeptioneller Schwerpunkt von Qualitätssicherungsmethoden in verschiedenen Phasen
des Qualitätsverbesserungszyklus**

Phase im Qualitätszyklus	Beispiele für Qualitätssicherungsmethoden
7) Umsetzung von Lösungsansätzen im Alltag	Supervision bei Versorgungsleistungen, übende Verfahren, interaktive, multimediale und serielle Fortbildungen <i>clinical pathways</i> , Flussdiagramme, computergestützte Entscheidungshilfen, Expertensysteme Erinnerungstützen (reminder) materielle und immaterielle Anreize, gesetzliche Verpflichtungen, Vertragsabschlüsse, Sanktionen Patienteninformationen, Patientenversionen von Leitlinien, <i>shared decision-making</i>
8) Evaluation von Qualitätssicherungsprojekten	Verfahren zur Selbstbewertung, zur Fremdbewertung; Teamgespräche Evaluationsforschung zu Nutzen, Risiken, Kosten und Prozessen von qualitätssichernden Maßnahmen unter Ideal- und Alltagsbedingungen
9) Darstellung des Qualitätssicherungsverfahrens und seiner Ergebnisse	Selbst- und/oder Fremdbeurteilung des Qualitätsmanagementsystems, von Versorgungsstrukturen und -prozessen, ggf. von Patientenzufriedenheit und gesundheitlichen Ergebnissen, z. B. Zertifizierung nach DIN EN ISO etc., Qualitätspreise (z. B. <i>European Quality Award</i>) (zielgruppenorientierte) Veröffentlichung von Informationen über Ergebnisse von Qualitätssicherungsverfahren

Quelle: Eigene Darstellung

2.2.3 Beschreibung, Analyse und Beurteilung der Versorgungsqualität

142. Eine Vielzahl von QS/QM-Methoden zielt auf die Bereitschaft der Leistungserbringer, die eigenen Aktivitäten unter Qualitätsfragestellungen zu beobachten und sich Rechenschaft über Qualitätsdefizite und ihre Ursachen abzulegen.

Zur Identifizierung von Qualitätsproblemen werden u. a. das Beschwerdewesen, statistische oder an externen Referenzstandards orientierte Qualitätskontrollen und verschiedene Formen der Datenerhebung und -dokumentation eingesetzt. Für Datenerhebungsverfahren werden sowohl Routinedaten (z. B. in Arnold, M. et al. 1999; Schwabe, U. u. Paffrath, D. 2000) als auch spezielle, auf das Qualitätsthema bezogene „Primärdaten“ verwendet. Diese werden z. B. für Krankheitsregister, extern-vergleichende Datenerhebungsverfahren oder im Rahmen von Evaluations- oder Forschungsprojekten erhoben.

143. Eine valide Analyse von komplexen Ursachen- und Wirkzusammenhängen kann nur mithilfe von prospektiven Studiendesigns einer struktur-, prozess- oder ergebnisorientierten Qualitätsforschung im Rahmen ausgewählter Versorgungsforschungsprojekte durchgeführt und beurteilt werden. Der Rat weist auch an dieser Stelle auf den notwendigen Ausbau einer angemessenen Versorgungsforschung in Deutschland hin.

Qualitätsindikatoren

144. Qualitätsindikatoren – definiert als Größen, die die Qualität einer Maßnahme durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse ausdrücken – stellen eine Möglichkeit dar, die Qualität der medizinischen Versorgung so abzubilden, dass Defizite erkannt und beseitigt werden können. Sie dienen in erster Linie dazu, durch kontinuierliches oder periodisches Monitoring Handlungsbedarf bei unerwünschten Qualitätsabweichungen aufzuzeigen (Zorn, U. u. Ollenschläger, G. 1999). Sie können daher auch zur Operationalisierung von Qualitätszielen, zur Qualitätsberichterstattung und zur Fortbildung genutzt werden.

Der Vergleich der Qualitätsindikatoren kann sich auf eine Norm beziehen, die auf gesetzlichen oder wissenschaftlichen Vorgaben beruht, oder auf die Qualitätsergebnisse anderer Institutionen. Die Bedeutung des Leistungsvolumens von Einrichtungen bzw. der ärztlichen Routine als Indikator für die Qualität einzelner Versorgungsleistungen wird in Abschnitt II-3.1 dieses Bandes ausführlicher erörtert. Als Beispiel für die Operationalisierung eines externen Verfahrens zum Vergleich medizinischer Leistungen mit normativ vorgegebenen Qualitätsindikatoren sei hier die CONQUEST-Datenbank genannt. CONQUEST steht für *Computerized Needs-oriented Quality Measurement Evaluation System*. Derzeit können in diesem Informationssystem insgesamt 1 197 Qualitätsmaße in 53

Clinical Performance Measurement Sets für 57 klinische Konditionen recherchiert und mit den Daten der eigenen Einrichtung verglichen werden (Agency for Health Care Quality and Research 1999).

145. Vorteile liegen u. a. darin, dass international gültige klinische Qualitätsindikatoren auch für längerfristige Verbesserungen der Versorgungsqualität geeignet sind. Dies ist insbesondere für die Versorgung chronischer Krankheiten (z. B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck) von Bedeutung.

Qualitätsindikatoren bieten außerdem die Möglichkeit der Verknüpfung mit Anreizmechanismen, die zur Sicherung oder Verbesserung der Qualität führen können. Schließlich können sie auch als Indikatoren der Effektivität von Qualitätsmaßnahmen selbst fungieren und somit zur Evaluation von Qualitätsprogrammen eingesetzt werden.

Nachteile von Qualitätsindikatoren liegen darin, dass sie notwendigerweise ausschnittshaft Teilkomponenten der Qualität bzw. des Leistungsprozesses darstellen. Anhand einzelner Qualitätsindikatoren kann man daher nicht auf die Gesamtqualität der Patientenbetreuung, eines Leistungserbringers oder einer Einrichtung schließen. Dies bestätigen z. B. verschiedene Untersuchungen für die Aussagekraft über Tracer für die Qualität von chirurgischen Abteilungen (Brook, R.H. 1996). Von ihrer Validität, Reliabilität und Praxisrelevanz hängt ab, ob sie tatsächlich Aussagen über die reale Versorgungsqualität liefern können.

Um Qualitätsindikatoren sinnvoll einsetzen zu können, sollten sie mehrere inhaltliche und methodische Kriterien erfüllen: Sie sollten u. a. eindeutig definierbar, beeinflussbar sowie validiert sein und entsprechend den wissenschaftlichen Kenntnissen aktualisiert werden (Zorn, U. u. Ollenschläger, G. 1999).

Externe vergleichende Verfahren, Benchmarking

146. Der Vergleich von Einrichtungen des Gesundheitswesens anhand von vorab festgelegten Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen (vgl. Abschnitt II-3.1). Er erfolgt entweder freiwillig oder auf Grundlage der §§ 135-137 SGB V (Qualitätssicherung) bzw. auf Basis von § 112 SGB V (zweiseitige Verträge über die Krankenhausbehandlung zu Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen) (Kastenholz, H. 2000). Die speziell erhobenen Daten der Leistungsanbieter werden von einer zentralen Stelle (z. B. dem Deutschen Krankenhausinstitut, den Landesärztekammern) anonym aufbereitet und der betreffenden Einrichtung zurückgemeldet.

Der indikatorgestützte Vergleich von Qualitätsergebnissen bezieht sich auf den Durchschnitt oder den Bestwert aller teilnehmenden Institutionen (Benchmarking, *best practice*), der von einer Einrichtung erzielt wurde.

Ein Beispiel für das Benchmarking ist das Konzept „*continuous quality of care development*“ (QCD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die WHO stellt krankheitsbezogene Informationssysteme zur Verfügung, die

sowohl einrichtungsintern als auch für den supranationalen Vergleich mit „*centers of excellence*“ genutzt werden können. Datenbanken existieren u. a. für die Bereiche Geburtshilfe, Diabetologie und Nierenkrankheiten sowie Mundgesundheit, Depression und Suizidalität (WHO 1998). Das Verfahren zeichnet sich dadurch aus, dass es sich an dem Ziele-Katalog „*Health for All*“ der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation orientiert und dessen Indikatoren für die praktische Versorgung operationalisiert. Die Informationssysteme zu den ersten drei genannten Themengebieten werden teilweise auch in Deutschland eingesetzt bzw. erprobt.

Auch für den internationalen Vergleich von Präventionsprogrammen wird das Benchmarking genutzt, z. B. von Mammographie-Screening-Programmen (Ballard-Barbash, R. et al. 1999). Demnach haben u. a. bisher nur die Hälfte der untersuchten Programme den derzeit geltenden Qualitätsstandard einer Doppelbefundung von Mammogrammen etabliert.

147. In Deutschland bezieht sich die Mehrheit der externen vergleichenden Verfahren auf Leistungsbereiche des stationären Sektors. Eine Ausnahme bilden einige kardiologische Datenerhebungsverfahren und die Perinatal- und Neonatalerhebung, die inzwischen auch auf die ambulante Geburtshilfe übertragen wurde (Sens, B. u. Rauskolb, R. 1997).

Bundesweit etabliert sind neben der Perinatal- und Neonatalerhebung auch Datenerhebungsverfahren in der Herzchirurgie und in der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten. Andere Verfahren sind für den Routineeinsatz erprobt, werden jedoch noch nicht flächendeckend durchgeführt. Dazu zählt der Vergleich von Tracern in der Chirurgie und extern-vergleichende Datenerhebungsverfahren bei pädiatrisch-kardiologischen und neurochirurgischen Interventionen, bei der Behandlung des Schlaganfalls und des Myokardinfarkts sowie der Vergleich von Katarakt-Operationen und der Nierenersatztherapien (AQs 1999; Sens, B. 1997).

148. Die externen vergleichenden Datenerhebungsverfahren werden insbesondere hinsichtlich einer intensiveren fachinternen, teilweise interdisziplinären Diskussion über Qualitätsverbesserungen und ihre Indikatoren positiv bewertet. Inwiefern jedoch Qualitätsverbesserungen (z. B. Reduzierung der Säuglingssterblichkeit oder der (nicht-indizierten) Blinddarmoperationen) in Deutschland tatsächlich auf diese Verfahren zurückzuführen sind, ist mangels eines aussagekräftigen Evaluationsprogramms nicht feststellbar. Beispielsweise ist der Stellenwert des etablierten Dokumentations- und Feedback-Systems im Vergleich zu der Zentralisierung und besseren Ausstattung neonatologischer Zentren, den Fortschritten medizinischer Kenntnisse und Technologien oder der verbesserten Schwangerenvorsorge ungeklärt.

Ferner bestehen Nachteile dieser, zurzeit auf Freiwilligkeit beruhenden Verfahren in der Selbstselektion der beteiligten Einrichtungen, wodurch ein verzerrter Eindruck der durchschnittlichen Qualität der Gesundheitsversorgung in den genannten Bereichen entstehen kann. Ebenso

kann nicht beurteilt werden, ob beispielsweise eine Risikoselektion stattfindet. Durch das Dokumentationsverfahren können sich Hinweise auf die Angemessenheit der Durchführung von Maßnahmen ergeben, wie beispielsweise bei der im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Kaiserschnittquote in Deutschland (Sens, B. u. Rauskolb, R. 1997). Das rein interne Feedback an die beteiligten Institutionen reicht jedoch möglicherweise zu einer Begrenzung unangemessener Indikationsstellungen nicht aus.

Der Rat verweist in diesem Zusammenhang auf seine Überlegungen zur öffentlichen Transparenz von Qualitätsdaten (vgl. Abschnitt II-3.6).

2.2.4 Feedback und Peer-Review

149. *Peer-review*-Verfahren beziehen sich auf die Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität einzelner Leistungserbringer (*medical audit*) und sind von externem *auditing*, etwa im Rahmen von Wirtschaftsprüfungen, abzugrenzen. Individuelle *peer-review*- und Feedback-Verfahren haben die Aufgabe, die aktuell geleistete Qualität einschätzen, Qualitätsmängel zu identifizieren, Unwirtschaftlichkeit aufzudecken und letztlich auf individueller Ebene professionelles Verhalten zu regulieren. Dies geschieht retrospektiv oder prospektiv durch die Analyse von Prozessdaten (z. B. Krankenakten, Verschreibungsverhalten). Eine Möglichkeit, das Verfahren möglichst objektiv zu gestalten besteht darin, Qualitätsindikatoren vorab festzulegen, die sich am aktuellen Wissensstand orientieren und idealerweise Verbindungen zwischen dem jeweiligen Behandlungsprozess und dem Gesundheitsergebnis erkennen lassen (Perleth, M. u. Schwartz, F.W. 1999).

150. Feedback- und *peer-review*-Verfahren zählen zu den QS/QM-Instrumenten, deren Wirksamkeit wissenschaftlich untersucht und belegt wurde, sofern die Beurteilung der erbrachten Versorgungsqualität mit konkreten Verbesserungsempfehlungen verbunden wird (Thomson O'Brien, M.A. et al. 2000a).

Vorteile liegen in der individuellen Rückmeldung und der damit verbundenen Möglichkeit der direkten Umsetzbarkeit. Das Verfahren ist mit vergleichsweise wenig Aufwand zu implementieren. Nachteile sind Akzeptanzprobleme durch das Gefühl, kontrolliert zu werden. Bei internem *peer-review* kann es zu Problemen interindividueller Interaktionen und Rücksichtnahmen kommen. Ferner sind die Ergebnisse untereinander kaum vergleichbar. Aus diesen Gründen sollten individuelle *peer-reviews* nur auf freiwilliger Basis und für eng umschriebene und gut belegbare Versorgungsbereiche eingesetzt werden.

2.2.5 Identifizierung, Verbreitung und Umsetzung von Lösungsansätzen

151. Mit der Problemanalyse gehen oft schon die Motivation und Ideen zur Problemlösung einher, aber um Lösungsschritte genauer zu entwickeln und zu vereinbaren, werden interne Maßnahmen wie Besprechungen, Fortbildungsveranstaltungen oder das Vorschlagswesen genutzt

(GMDS 1996). Extern definierte Maßstäbe und Informationen zur Verbesserung der Versorgungsqualität sind häufig darauf ausgerichtet, die Leistungserbringer auf Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung aufmerksam zu machen bzw. sie dazu zu bewegen, diese umzusetzen (Jakubowski, E. et al. 1999).

Zur Verbesserung der Qualität von Entscheidungen im Versorgungsalltag durch eine verstärkte und adäquate Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz positiv zu beeinflussen, werden Verfahren der evidenzbasierten Medizin (s. Abschnitt II-2.3), Leitlinien (s. Abschnitt II-2.4) oder Health Technology Assessment eingesetzt.

152. Die Umsetzung von Lösungsansätzen zur Verbesserung der Versorgungsqualität ist häufig der schwierigste Schritt im Qualitätsverbesserungszyklus, denn sie erfordert in der Regel eine Veränderung des gegenwärtigen Verhaltens und Arbeitsumfeldes (Selbmann, H.K. 1996c).

In vielen Übersichtsarbeiten ist dokumentiert, dass die Verbreitung von Informationen durch schriftliche Materialien oder dozentenorientierte Veranstaltungen allein nicht zu einer Verhaltensänderung im Versorgungsalltag führt (NHS Centre for Reviews and Dissemination 1999). Notwendig sind vielmehr multidimensionale, aktive Implementationsmaßnahmen, die die Anwender vor Ort aktiv einbeziehen (Übersicht bei NHS Centre for Reviews and Dissemination 1999; Thomson O'Brien, M.A. et al. 2000b). Dazu zählen beispielsweise interaktive problemorientierte Fortbildungsveranstaltungen, Diskussionsveranstaltungen mit lokalen Meinungsführern oder Praxisbesuche (*out-reach-visits*) und andere Feedback-Maßnahmen im Rahmen von *peer-reviews*, sofern sie mit konkreten Handlungsempfehlungen verknüpft sind und möglichst im jeweiligen Versorgungssetting stattfinden. Insbesondere haben sich auch Erinnerungstützen als förderlich für die Anwendung im Praxisalltag erwiesen. Gezielte schriftliche Informationen für andere Teammitglieder und für Patienten haben ebenfalls gute Resultate erzielt.

153. Letztlich hängt es von einer Vielzahl an Faktoren ab, ob es gelingt, die vereinbarten Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung adäquat und nachhaltig in das Versorgungsgeschehen einzuführen und tatsächlich eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erzielen (Jaster, H.-J. 1997b). Dazu zählen (Übersicht bei NHS Centre for Reviews and Dissemination 1999; Cabana, M. D. et al. 1999):

- Faktoren seitens der Leistungserbringer (z. B. Einstellungen, Kenntnisse, Fähigkeiten),
- Faktoren des institutionellen und gesellschaftlichen Umfeldes (z. B. Größe, Ressourcen),
- patientenseitige Faktoren (z. B. Präferenzen, Konkordanz),
- Merkmale der QS/QM-Methoden selbst (z. B. zeitlicher Aufwand)
- und Merkmale des Ein- und Durchführungsprozesses der jeweiligen QS/QM-Maßnahme (z. B. Initiative oder Einbeziehung der Beteiligten).

Diese Faktoren können sich förderlich oder hinderlich auf die Bereitschaft der Beteiligten, die Durchführung und die Ergebnisse von QS/QM-Projekten auswirken.

154. Als förderlich haben sich u. a. folgende Vorgehensweisen bei der Durchführung von QS/QM-Projekten erwiesen (Übersicht bei Thorsen, T. u. Mäkelä, M. 1999; NHS Centre for Reviews and Dissemination 1999):

- Einbeziehung aller Beteiligten bereits in der Ausgestaltungsphase des QS/QM-Projektes,
- persönliches Engagement von Beteiligten und Entscheidungsträgern,
- verständliche und eindeutige Informationen sowie effektive Kommunikationswege,
- finanzielle und immaterielle Anreize,
- adäquate Foren und Methoden zur kontinuierlichen Überprüfung des Prozesses und
- kontinuierliche Rückmeldung der Ergebnisse und Erfahrungen.

155. Die folgenden Barrieren beeinträchtigen häufig den Erfolg von QS/QM-Projekten (Übersicht bei NHS Centre for Reviews and Dissemination 1999; Cabana, M. D. et al. 1999):

- Inadäquater Zugang zu Informationen,
- geringe Grundkenntnisse und Basisfähigkeiten zur Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen (z. B. kritische Würdigung von wissenschaftlicher Literatur),
- mangelnde Zeit und Ressourcen für den Erwerb neuer Fähigkeiten,
- verstärkte Arbeitsbelastung,
- erhöhte finanzielle Belastungen,
- Zweifel an der Wirksamkeit und Notwendigkeit der jeweiligen QS/QM-Maßnahme,
- Kommunikationsschwierigkeiten und Kompetenzkonflikte zwischen verschiedenen Hierarchieebenen und Professionen,
- Widerstand gegen eine wahrgenommene Bedrohung der professionellen Autonomie.

156. Jeder Einführung eines QS/QM-Projekts sollte eine Analyse potenzieller Barrieren, motivierender und fördernder Faktoren vorausgehen, die es im weiteren Verlauf der Umsetzung zu beachten gilt. Dabei ist die Einbeziehung aller an der QS/QM-Maßnahme beteiligten Akteure von großer Bedeutung. Insbesondere sollte der Einbeziehung von Patienten in die Beurteilung der Qualität und ggf. in die aktive Umsetzung von Qualitätssicherungsverfahren (z. B. durch ergänzende Patienteninformationen) vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden.

2.2.6 Darstellung der Qualität: Zertifizierungen

157. Ein Zertifikat nach DIN EN ISO der Reihe 9000 bestätigt das Vorhandensein eines normkonformen, funk-

tionsfähigen Qualitätsmanagementsystems. Zertifiziert wird ein QM-System, welches die qualitätsrelevanten Prozesse plant, überwacht und optimiert (Ernst, G. 1998). Das QM-System sollte von der Krankenhausleitung regelmäßig einer Überprüfung unterzogen werden. Instrumente hierfür sind z. B. Fall-Analysen und interne Audits. Zentrale Aspekte der Personalpolitik sind die Motivation der Mitarbeiter, deren Schulung, Qualifikation und Leistungsbewertung sowie die Entwicklung von Kommunikations- und Teamfähigkeiten. Das QM-System sollte so strukturiert sein, dass alle Abläufe, die die Qualität der Leistungserbringung beeinflussen, angemessen gesteuert und gesichert sind.

Zertifizierungen nach DIN sind teuer und aufwendig; die Etablierung dauerhafter Strukturen (Qualitätsmanager) ist für eine erfolgreiche Implementierung notwendig. Es handelt sich um einen *top-down*-Ansatz, in dem durch die Leitung der Einrichtung die Politik und die Ziele des Qualitätsmanagements festgelegt werden. Ausdruck hierfür ist das Festlegen von Aufgaben, Abläufen und Verantwortlichkeiten. Hierdurch werden Organisation und Prozesse transparent (Pinter, E. u. Vitt, K. D. 1996).

Das System ist auf der Struktur- und Prozessebene angesiedelt. Das Verfahren erlaubt keine direkte Beurteilung der medizinischen Qualität, sondern beruht auf der Annahme, dass eine Qualitätsverbesserung bzw. -sicherung mit der Optimierung von Strukturen und Prozessen einhergeht (Selbmann, H. K. 1996a). Die bisher fehlende Ergebnisorientierung der DIN-Zertifizierung ist als Mangel anzusehen. Es besteht auch die Gefahr, die Zertifizierung als lediglich kurzfristige Erfolgsstrategie im wettbewerblichen Marketing zu interpretieren.

Die Anwendung von für das Gesundheitswesen adaptierten QM-Verfahren ist als längerfristige Strategien der Qualitätsverbesserung anzusehen und müssen – sollen sie erfolgreich sein – mit der Etablierung von entsprechenden internen Strukturen in den Einrichtungen einhergehen (Qualitätsmanager, regelmäßiges *management-review*).

158. Im Gegensatz zur Fremdbeurteilung bei der Zertifizierung nach DIN basiert das Modell des „European Foundation of Quality Management“ (EFQM) sowohl auf einer Selbst- als auch auf einer Fremdbewertung. Es ist aufgrund der stärkeren Operationalisierung und stärkeren Ergebnisorientierung als anspruchsvoller und damit aufwendiger anzusehen als die DIN-Zertifizierung, die im EFQM-Modell mit ihren wesentlichen Elementen enthalten ist. Die derzeitige Überarbeitung der DIN-Normenreihe 9000 in Richtung einer stärkeren Ergebnisorientierung lässt eine konzeptionelle Annäherung der beiden Modelle erwarten. Eine DIN-Zertifizierung und die Selbstbewertung entsprechend dem EFQM-Modell können sich auch ergänzen und müssen nicht als gegensätzlich aufgefasst werden (s. Abschnitt II-3.1).

159. Eine neue Entwicklung, die sich an internationalen Vorbildern für die Zertifizierung von Krankenhäusern orientiert; ist das Projekt „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ (KTQ). Dabei werden Aspekte der Ergebnisqualität und wesentliche Charakteristika

dieser Verfahren aufgenommen, wie die befristete Gültigkeitsdauer eines Zertifikates, die Definition von Kernelementen, die Freiwilligkeit oder die Entwicklung eines grundlegenden Leitbilds. Dieser Ansatz, als gemeinsame Initiative der relevanten Institutionen im Krankenhausbereich, ist grundsätzlich als positiv zu bewerten, obgleich eine erfolgreiche Implementierung bislang aussteht (s. Abschnitt II-3.1).

160. Überwiegend aus der internationalen Literatur gibt es Hinweise, dass einzelne Qualitätssicherungsmethoden, wie gezielte Feedback-Maßnahmen, Qualitätszirkel, *peer-review*-Verfahren und in gewissem Maße Audits und Leitlinien, unter bestimmten Bedingungen die Prozess- und Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung verbessern können.

Da es jedoch für den deutschen Kontext wenig gesicherte Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Qualitätssicherungsmethoden gibt, nimmt der Rat an dieser Stelle davon Abstand, bestimmte Methoden als solche zu empfehlen. Vielmehr hält der Rat es für erforderlich, derzeitige und geplante qualitätssichernde Verfahren einer intensiven Prä- und Re-Evaluation im Hinblick auf ihren Nutzen für die Gesundheit von Patienten und hinsichtlich ihrer Kosten zu unterziehen.

161. Darüber hinaus sind einige Grundsätze für das Gelingen von qualitätssichernden Verfahren als wesentlich:

- Die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung von qualitätssichernden Verfahren sollte sich adäquat auf das jeweilige Qualitätsproblem, den Versorgungskontext und auf die vereinbarten Ziele beziehen.
- Die Erfahrungen und Studienergebnisse bei der Realisierung von Qualitätssicherungsprojekten zeigen, dass eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität nur dann erzielt werden kann, wenn alle Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus berücksichtigt werden.
- Da die meisten Qualitätssicherungsmethoden sich von ihrer konzeptionellen Ausrichtung her auf einzelne Phasen des Qualitätszyklus beschränken, ist es zumeist notwendig, mehrere Methoden miteinander zu verbinden, um zu gewährleisten, dass der bewährte Qualitätsverbesserungszyklus erfüllt wird.
- Die Erfahrungen und Studienergebnisse bei der Realisierung von Qualitätssicherungsprojekten zeigen auch, dass die Phasen der Zielsetzung, des Feedback und der Implementierung von Lösungsansätzen häufig vernachlässigt werden, obwohl es entscheidend von ihnen abhängt, ob Qualitätssicherungsverfahren sich tatsächlich positiv auf den Gesundheitszustand von Patienten auswirken können. Es ist daher wichtig, diesen Phasen bei Qualitätssicherungsprojekten besondere Aufmerksamkeit zu schenken.
- Bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Qualitätssicherungsprojekten sollten auch in verstärktem Maße Faktoren berücksichtigt werden, die sich förderlich oder hinderlich auf die Wirksamkeit von qualitätssichernden Verfahren auswirken können.

2.3 Möglichkeiten und Grenzen der evidenzbasierten Medizin (EbM) – Grauzonen der ärztlichen Entscheidung

2.3.1 Einleitung

162. Das aus dem angloamerikanischen Raum stammende Konzept der evidenzbasierten Medizin (EbM) hat in den letzten Jahren in Deutschland erhebliche Aufmerksamkeit auf sich gezogen und zu teilweise sehr kontroversen Debatten geführt. Divergierende Aussagen bestehen u. a. hinsichtlich der gesundheitspolitischen sowie der gesellschaftlichen und nicht zuletzt der medizinischen Bedeutung der EbM im ärztlichen Berufsalltag. Intensiv diskutiert werden derzeit u. a. die Fragen, inwieweit nur solche Maßnahmen im Rahmen der GKV finanziert werden sollen, die bestimmten Kriterien der EbM entsprechen, und welchen Verbindlichkeitsgrad evidenzbasierte medizinische Leitlinien für den Arzt besitzen (Jung, K. et al. 2000; Hart, D. 1998; Straub, C. 1999). Eine gleichartige Diskussion hat auch in der privaten Krankenversicherung begonnen.

Der Rat hält es vor dem Hintergrund dieser Debatten für angebracht, das Konzept der EbM in seinen unterschiedlichen Aspekten näher zu beleuchten und Möglichkeiten aber auch Grenzen dieses Ansatzes zu diskutieren. Hierbei soll ein unkritischer Enthusiasmus ebenso vermieden werden wie eine pauschale Ablehnung, welche die Fortschritte durch EbM verkennt.

Im Zentrum der Betrachtungen zu den Grenzen von EbM steht die Beleuchtung von Grauzonen ärztlichen Handelns, insbesondere die Frage nach den Gestaltungsmöglichkeiten einer evidenzbasierten klinischen Praxis in diesen Grauzonen.

Angesichts der zahlreichen Barrieren und Herausforderungen, mit denen sich die EbM konfrontiert sieht, hält es der Rat ferner für angebracht, auch zu der Frage der Umsetzbarkeit und Umsetzung von EbM in Deutschland Stellung zu nehmen (vgl. auch SG 1997, Ziffern 156–157).

2.3.2 Grundlagen der ärztlichen Entscheidungsbildung

163. Der medizinische Fortschritt basiert in hohem Maße auf naturwissenschaftlichen Erkenntnissen. Im Gegensatz zu den Naturwissenschaften gilt die Medizin jedoch als „angewandte“ Wissenschaft. Mit dieser Bezeichnung ist die Grundvoraussetzung der Medizin angesprochen: Sie bezieht ihre Erkenntnisse aus dem Bereich der Wissenschaft, die Anwendung dieser Erkenntnisse verleiht ihr jedoch erst in einem System völlig anderer Denk- und Bewertungsstrukturen, nämlich dem Leben des individuellen Patienten und dem gesellschaftlich kulturellen Umfeld, ihren Sinn. Dieses „Dilemma“ der Medizin ist in allen Abschnitten ihrer Geschichte reflektiert worden und bildet bis heute den Hintergrund für vielfältigen Konfliktstoff, z. B. bei der Bewertung wissenschaftlicher Erkenntnisse unter gesellschaftlichen, sozialen und ethischen Aspekten. Es haben sich dementsprechend un-

terschiedliche Positionen und Richtungen innerhalb der Medizin entwickelt, die auf unterschiedlichen philosophisch-theoretischen Grundlagen beruhen.

So wird in jüngster Zeit neben einer *Evidence-based Medicine* (EbM), die im Wesentlichen auf der klinischen Epidemiologie fußt, wieder eine *Narrative-based Medicine* (NbM) thematisiert, die sich primär auf Ansätze der Hermeneutik und Phänomenologie beruft (Greenhalgh, T. u. Hurwitz, B. 1998). In der NbM wird ärztliches Handeln als ein deutender Vorgang betrachtet, der narrative Fähigkeiten erfordert, um die „Geschichten“ der Patienten und der Kliniker mit objektivierbaren medizinischen Befunden (z. B. Testergebnissen) zu verbinden. Die Akkumulation fallbezogener Erfahrungen (*case expertise*) befähigt den klinisch tätigen Arzt, bei der klinischen Entscheidungsfindung die angemessenste medizinische Maxime auszuwählen. Unter *case expertise* ist hierbei die Fähigkeit des Arztes zu verstehen, die Geschichten und die „Krankheitsskripte“ (aber auch die klinischen Anekdoten der Kollegen) zu verstehen und zutreffend zu deuten. Schwierigkeiten der Ärzte, wissenschaftliche Erkenntnisse im Kontext der klinischen Begegnung mit den Patienten angemessen umzusetzen, entstehen aus der Sicht der NbM vor allem dann, wenn das narrativ-deutende Pa-

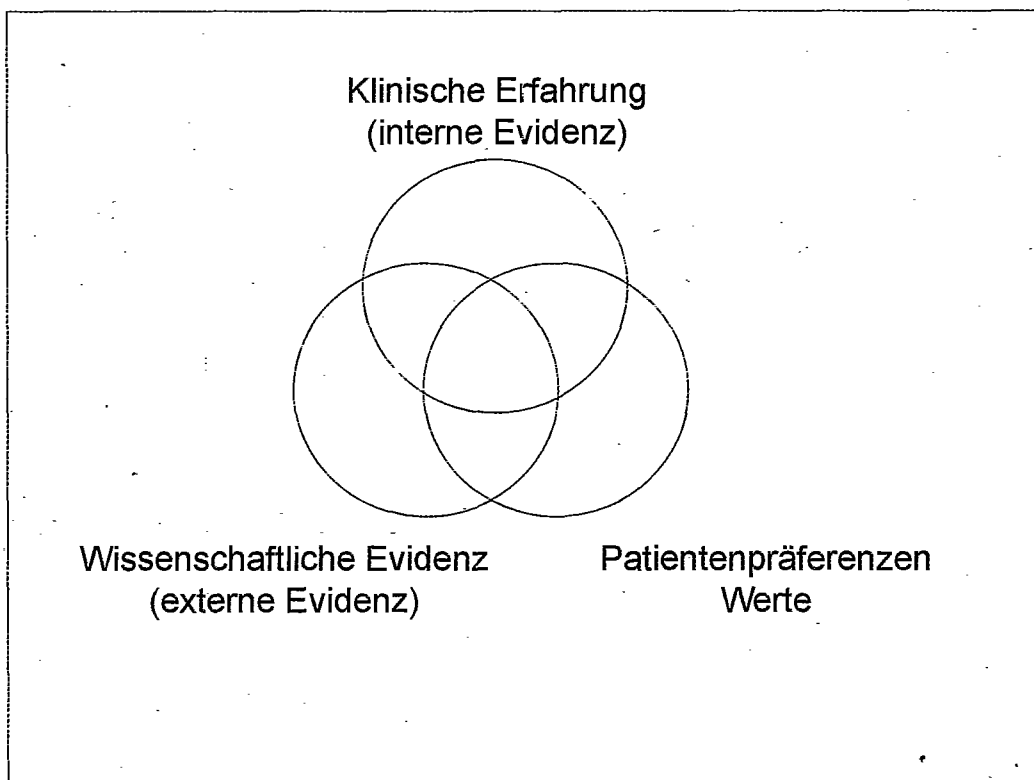
radigma aufgegeben wird und sich klinisches Handeln ausschließlich auf externe wissenschaftliche Evidenz stützt.

An diesen Zielsetzungen wird deutlich, dass sich die NbM nicht als eine Konkurrenz oder Gegenbewegung, sondern vielmehr als eine notwendige Ergänzung zur EbM versteht (Greenhalgh, T. 1999). Der zentrale Anknüpfungspunkt der NbM an die EbM ist darin zu sehen, dass in beiden Ansätzen die individuelle ärztliche Erfahrung eine entscheidende Komponente im klinischen Entscheidungsprozess darstellt (Abbildung 1). Ferner sind in der NbM prominente Vertreter der EbM federführend.

164. Weitere medizinrelevante Theoriepositionen wurden aus der Semiotik, der Systemtheorie und der Chaostheorie entwickelt (Uexküll, T. v. u. Wesiack, W. 1998). Nach Auffassung von Vertretern der „Neuen Phänomenologie“ wird die Medizin von einem erkenntnistheoretischen Problem durchzogen, das sich sowohl in ihren wissenschaftlichen Ansätzen als auch im praktischen Handeln widerspiegelt (Schmitz, H. 2000). Demnach ist das Leben von Situationen durchzogen, die durch in Vergangenheit und Zukunft reichende weit verzweigte Beziehungen und Bedeutungen im Sinne einer komplexen Wirklichkeit bestimmt sind. Die Situationen des Lebens

Abbildung 1

Komponenten der evidenzbasierten klinischen Entscheidungsfindung



sind somit gekennzeichnet durch eine binnendiffuse, chaotisch-mannigfaltige Bedeutsamkeit, die sich nicht unmittelbar in einzelne Faktoren, wie messbare Eigenschaften, auflösen lässt. Der mess- und wägbare Anteil einer z. B. beim Patienten vorgefundenen Situation, wie ihn die medizinische Wissenschaft liefert, kann somit nur einen Ausschnitt des gesamten Geschehens erfassen. Es bedarf deshalb zur sinnvollen Entfaltung medizinischer Möglichkeiten auch der professionell geschulten Wahrnehmung des Arztes, um die gesamte Situation zu erfassen.

165. Die Versorgungswirklichkeit, innerhalb derer der Arzt arbeitet, – sie teils vorfindet, teils selbst mitgestaltet –, ist komplex und aufgrund der Fülle und Variabilität sich gegenseitig beeinflussender sozialer, psychologischer und biologischer Faktoren durch „chaotische“ Strukturen gekennzeichnet. Dieser Sachverhalt ist für die Treffsicherheit aus wissenschaftlichen Studien gewonnener Erkenntnisse von Belang, die sich z. B. mit der Theorie des „Kognitiven Kontinuums“ (Hammond, K.R. 1996; Dowie, J. 1999) beschreiben lassen: Je klarer strukturiert eine Umgebung ist, auf die sich Entscheidungen beziehen, desto größer werden die Möglichkeiten, einzelne wissenschaftliche Erkenntnisse auf die Situation anzuwenden und darauf basierende klare Entscheidungsregeln abzuleiten.

Als Folge dieses Sachverhaltes sind medizinische Interventionen, selbst wenn sie noch so gut wissenschaftlich begründet und in ihrem Mechanismus aufgeklärt sind, in praxi mit vielfältigen Verlaufs- und Begleitvarianten, z. B. Komplikationen oder Non-Respondern für eine Therapie behaftet, deren Zustandekommen im Einzelnen nicht aufgeklärt und auch nicht vorhersehbar ist. Für die praktische Versorgung ergibt sich daraus das Problem, dass für viele klinische Verläufe und auch für die Auswirkungen medizinischer Interventionen nur Wahrscheinlichkeitsaussagen möglich sind.

Komponenten ärztlicher Entscheidungsbildung

166. Im Folgenden sollen einige Komponenten der ärztlichen Entscheidungsbildung am Beispiel der Diagnostik aufgezeigt werden. Dabei wird ein Modell zugrunde gelegt, das vier verschiedene Zugangsweisen des diagnostischen Denkens beschreibt:

- Im ersten Bereich geht es darum, die Ursache einer vorgefundenen Störung zu suchen (z. B. bakterielle Erreger, endogene oder exogene Noxe).
- Im zweiten Bereich richtet sich das diagnostische Denken darauf, einen bestimmten Prozess oder den zutreffenden Ausschnitt zu erfassen (z. B. chronische Krankheiten).
- Der dritte Typ diagnostischer Fragen richtet sich auf die Bedeutung der Erkrankung in unterschiedlichen Kontexten (z. B. sozialmedizinische Folgen der Erkrankung, Alltagsaktivitäten, Behinderung, Lebensqualität).
- Die vierte Denkart konzentriert sich auf die Frage, ob eine Therapie zum gegenwärtigen Zeitpunkt indiziert ist.

Die in diesem Modell berücksichtigten vier Zugangsweisen sind nicht als Kette einer kausalen Abfolge von der Ursache bis zur Bedeutung gedacht, wenngleich solche Beziehungen denkbar sind. Sie stehen hier vielmehr als unterschiedliche Deutungsweisen von dynamischen Lebensprozessen, in denen die Krankheit nur einen, nicht scharf abgrenzbaren Bereich darstellt.

167. Auf die Ursache (Ätiologie) gerichtete Formen des diagnostischen Denkens gehen davon aus, dass sich beim Erkrankten charakteristische nicht als normal erkannte Zeichen oder Symptome zeigen, welche Ausdruck einer bestimmten Krankheit sind. Der Krankheitsbegriff bezeichnet dann ein anormales für den Organismus schädliches Geschehen, welches Folge einer bestimmten, spezifischen (exogenen) Ursache ist. Dieses Modell lässt sich am besten – und dies entspricht auch seiner historischen Entstehung – auf die Diagnose, Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten anwenden. Auch bei der Diagnose und Behandlung von Krankheiten als Folge eines Mangels an lebenswichtigen Nährstoffen (Vitaminen) oder an körpereigenen Stoffen (Hormonen) wurden mit dem ätiologischen Ansatz große Fortschritte erreicht (Arnold, M. 1999).

Das ätiologische Krankheitsverständnis spielt im Rahmen der ärztlichen Diagnostik nach wie vor eine dominierende Rolle. Es findet seinen Niederschlag in der Nosologie, d. h. der Lehre von den Krankheiten als gegeneinander abgrenzbare Einheiten pathologischen Geschehens. Eine ausschließlich kausal ausgerichtete Denkweise erweist sich allerdings als unzureichend, weil sie teilweise auf simplifizierenden Voraussetzungen beruht, die einer komplexen Patienten- und Versorgungswirklichkeit nicht gerecht werden.

So kann bei vielen Patienten eine Abgrenzung zwischen „normal“ und „nicht-normal“ bzw. „gesund“ und „krank“ weder auf biologischer noch psychosozialer Ebene mit hinreichender Präzision getroffen werden (Schwartz, F.W. et al. 1998a). Insbesondere bei chronischen Krankheiten, die in den westlichen Industriestaaten das Krankheitspektrum bestimmen, lassen sich in der Regel einheitliche Krankheitsursachen, die zwingend zu einer charakteristischen Ausprägung von Krankheitserscheinungen führen, nicht mit Bestimmtheit feststellen. Auch bei zugleich vorliegender Multimorbidität, d. h. der gleichzeitigen Präsenz mehrerer Gesundheitsstörungen in unterschiedlichen Verlaufsstadien, kann die Vorstellung von Krankheiten als eindeutig gegeneinander abgrenzbarer und im Sinne einer natürlichen Ordnung etwa nach Art des Pflanzenreiches taxonomierbarer nosologischer Entitäten nicht aufrechterhalten werden (Mannebach, H. 1997; Schwartz, F.W. et al. 1998a). Vor diesem Hintergrund bedarf das ätiologische Krankheitsverständnis einer Revision zugunsten eines konditionalen Krankheitsverständnisses, nach dem Krankheit wesentlich von den Lebensumständen, vom Lebensstil und der patientenseitigen Interpretation abhängt (Arnold, M. et al. 1999).

168. Vor dem Hintergrund der Probleme eines einseitig kausal ausgerichteten Krankheitsmodells (Uexküll, T.v. u. Wesiack, W. 1998) gewinnen Denkweisen (z. B. semioti-

sche, systemtheoretische Ansätze) an Bedeutung, die den Menschen, den menschlichen Organismus und dessen Teilbereiche als komplexe Systeme auffassen, die sich aktiv und dynamisch verhalten. Das System reagiert in der Weise, dass jede (auch kleinste) Veränderung zu weiteren Veränderungen innerhalb des Ganzen führt, die jedoch im Einzelnen nicht vollständig oder hinreichend voraussehbar sind. Die Art und Weise der Reaktionen hängt auch von den bisherigen gespeicherten Elementen ab; es bilden sich Rückkoppelungen heraus. Auf einem jeweils veränderten Ausgangsniveau strebt das System ein stabiles Gleichgewicht an. Im Gegensatz zu kausal orientierten Modellen fehlt hier bzw. gilt nur abgeschwächt eine deterministische Komponente. Unter den jeweiligen Ausgangsbedingungen wie sie z. B. durch die genetische Anlage, die Lebensphase, die Biografie und die individuelle Umwelt vorgegeben sind, ergeben sich Einflüsse, welche dann eine Reaktion im System auslösen, die in Richtung Gesundung oder in Richtung Krankheit ablaufen kann. Zu den auslösenden Faktoren werden neben physikalisch-biologischen Faktoren auch Lebensereignisse bzw. psychisch belastende Situationen im Sinne einer multifaktoriellen Krankheitsentstehung gezählt. Im biologischen und teilweise auch je nach Auslegungsbereich psychologischen Sinne haben auch Krankheiten einen gewissen „Sinn“, der dazu beiträgt, dass sich das System unter exogenen oder endogenen Belastungen (z. B. altersbezogenen Veränderungen) auf einer auch biografisch neuen Stufe einregelt.

169. Als Beispiel für diagnostisches Denken in diesem Bereich sei der Situationskreis angeführt (Uexküll, T. v. u. Wesiak, W. 1998). Dieses Modell hat den Weg für ein neues Verständnis biologischer Vorgänge gebahnt, das in seiner Anwendung auf den Menschen und das Phänomen der „Krankheit“ sinnvoll ist: Individuum und Umwelt befinden sich in einem ständigen Gleichgewicht, das in permanenten Rückkoppelungen eine gegenseitige Anpassung anstrebt. Für diese Abstimmung ist es entscheidend, dass die Anpassung durch die gegenseitige Bedeutung gesteuert wird. Hieraus ergeben sich Anknüpfungspunkte an aktuelle erkenntnistheoretische Modelle, wonach die wahrgenommene Wirklichkeit als das Ergebnis von Bedeutungszusammenhängen für die Zielsetzung unterschiedlicher Zusammenhänge erst „konstruiert“ wird (z. B. Knorr-Cetina, K. 1991; von Glaserfeld, E. 1996).

Der wesentliche praktische Nutzen systemtheoretischer Denkansätze besteht darin, dass die Funktion des jeweils beleuchteten Teilsystems im Rahmen des Ganzen eine entscheidende Rolle spielt. Für die Therapie ergibt sich die praktische Konsequenz, dass ein dem jeweiligen Funktionszustand angemessener Weg gewählt werden sollte, d. h. die Behandlung sollte in einem angemessenen Verhältnis zu den eigenen Heilungskräften (Ressourcen) des Patienten stehen, sich seinem (Be-)Deutungsgefüge anpassen und eher eine unterstützende als ersetzende Funktion erlangen.

170. Der dritte Zugangsweg schließlich zeigt, wie sich diagnostisches Denken auf die Bedeutung einer Krank-

heit richtet. Diese Denkrichtungen gehen über den systemischen Ansatz hinaus, in dem den Prozessen im System nur eine Funktion innerhalb eines jeweiligen unter Umständen sehr engen Kontextes zugewiesen wird. Es geht darum, den subjektiven Krankheitswert und damit die Ebene des Krankheitserlebens des Patienten, ebenso wie die realen Konsequenzen einer Krankheit einzubeziehen. Die Bemühungen der Medizin, Lebensqualität als Folge von Krankheit oder auch einer Therapie zu erfassen, lassen sich hier zuordnen.

171. Der Bedeutung einer Krankheit für die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung widmen sich vor allem die Rehabilitation und die Geriatrie. Die medizinische Krankheitsbeschreibung im Sinne einer nosologisch klassifizierbaren Diagnose (z. B. nach ICD) stellt hier nur den Ausgangspunkt weiterreichender Folgen, wie Behinderung und sozialer Rollenverlust oder objektive und subjektive eingeschränkte Fähigkeit bei der Alltagsbewältigung, schließlich Hilfsbedarf und Abhängigkeit, dar. Die Einstufung von Patienten in Pflegestufen, wie sie z. B. in der Pflegeversicherung vorgenommen wird, zeigt besonders deutlich, wie völlig unabhängig von der medizinischen Diagnose nur noch das Ergebnis bzw. eine Bedeutung betrachtet wird, nämlich in welchem zeitlichen Umfang der Patient der Hilfe bedarf.

Wie in Abschnitt II-3.3. angesprochen, sind emotionale Faktoren, die Art der Patienten-Arzt-Beziehung, sowie im weitesten Sinne psychologische Wirkfaktoren (z. B. das *white-coat-syndrome* oder der Placebo-Effekt) dabei von erheblichem Einfluss. Dabei wird der Arzt selbst mit seiner komplexen Wahrnehmungs- und emotionalen Schwingungsfähigkeit und seinen sozialen Interaktions- und Rollenmustern, aber auch seinen kognitiven und emotionalen Deutungskonzepten (z. B. *ageism*) zum diagnostischen Instrument und therapeutischen Agens.

Für die Diagnostik ist dabei die weitgehend unbewusste Zusammenführung vielfältiger erfahrungsgeprägter Eindrücke zu wiedererkennbaren Mustern, wie sie am Patienten gemäß dem Prinzip der *pattern recognition* in Erscheinung treten, von Bedeutung.

Schließlich basiert die Bewertung bestimmter Krankheitsbilder, z. B. der Bedrohlichkeit einer akuten Appendizitis oder thorakaler Schmerzen, bis heute mehr auf der diagnostischen Erfahrung des Untersuchers als auf der Verlässlichkeit technischer Daten. Gleichermaßen prägen sich dem Arzt Verlaufstypen und -formen ein, die eine erfahrungsgeprägte Prognostik zulassen.

Im Laufe der medizinischen Berufsausübung entstehen so sich stetig verdichtende Eindrücke, die erst eine Beurteilung komplexer Sachverhalte beim Patienten ermöglichen (z. B. die Einschätzung des Allgemeinzustandes, des Eindrucks „gesund“ versus „krank“, von Verhaltensformen, die in psychiatrischer Hinsicht auffallend sind, der Ängstlichkeit, des Übergangs zwischen Altersvergesslichkeit und beginnender Demenz sowie einer Verschlechterung eines längeren Krankheitsverlauf mit Wendung zu einer infausten Prognose).

Dieses sich im Verlauf des Berufslebens verdichtende Erfahrungsgefüge stellt den unabdingbaren Hintergrund jeder ärztlichen Berufsausübung dar und durchdringt ärztliche Entscheidungen permanent. Mit dem Prinzip der *pattern recognition* (Hanneman, S.K. 1998) verbinden sich jedoch auch typische Gefahren, die darin bestehen, dass vermeintliche Analogien gesehen werden. Der Arzt sucht hier eine Wiederholung und Bestätigung der einmal gemachten Erfahrung, da jedes miterlebte Patientenbeispiel von starker, prägender Wirkung ist, mit der charakteristischen Gefahr, den erlebten Kasus als „Beweis“ einer subjektiv erfahrenen Regel zu sehen. Darauf basieren auch typische Fehlerquellen einer „subjektiven Statistik“ der eigenen Praxispatienten und den daraus abgeleiteten Handlungsregeln. Dieser Mangel begründet die Notwendigkeit der Beachtung objektivierbarer Erkenntnisquellen unter Beachtung klinisch-epidemiologischer Erkenntnisregeln, wie sie in der evidenzbasierten Medizin praktiziert werden.

2.3.3 Ziele und Methoden der evidenzbasierten Medizin

172. Evidenzbasierte Medizin (EbM) im ursprünglichen Sinne ist der „vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung“ (Sackett, D.L. et al. 1996).

173. Ein Missverständnis von EbM, auf das immer wieder hingewiesen wird, ergibt sich aus der abweichenden Bedeutungen des Wortes Evidenz im Deutschen und im Englischen: Der deutsche Sprachgebrauch lehnt sich an die lateinische Bedeutung des Begriffes *evidens* (augenscheinlich, offensichtlich, klar, unmittelbar einleuchtend) an und beschreibt somit einen Sachverhalt, der so offensichtlich („evident“) ist, dass er keiner weiteren Erklärung bedarf. Der englische Begriff der *evidence*, wie er auch in der EbM verwendet wird, beschreibt hingegen Fakten und Belege, die einen „nicht-evidenten“ Sachverhalt erhärten oder widerlegen.

Die Methoden der EbM kommen also gerade dann zum Einsatz, wenn ein Sachverhalt (z. B. die behauptete Effektivität und Zweckmäßigkeit einer therapeutischen Intervention) einer Klärung bedarf. Der Klärungsbedarf erscheint dabei umso größer, je unklarer das gesundheitliche Nutzen-Risikoverhältnis des in Betracht gezogenen diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens ist.

174. Das Konzept der EbM ist vor dem Hintergrund einer Reihe von beunruhigenden Phänomenen entstanden, die die Versorgungsforschung in den vergangenen Jahren untersucht und diskutiert hat. Hierzu gehören – neben medizinisch nicht begründbaren regionalen Ungleichheiten der Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung – empirische Belege für eine nicht-bedarfsgerechte Versorgung, z. B. eine Über-, Unter- und Fehlver-

sorgung, in ganz unterschiedlichen Bereichen der medizinischen Versorgung. Dabei lässt sich für die nachgewiesenen Versorgungsdefizite – nicht ausschließlich, aber doch zu einem nicht unerheblichen Teil – eine unzureichende, verzögerte oder fehlerhafte Rezeption und Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die praktische Versorgung verantwortlich machen. Das Konzept und die Vertreter der EbM gehen angesichts der unübersehbaren und immer schneller anwachsenden Fülle an entscheidungsrelevanter medizinischer Literatur davon aus, dass die traditionellen Formen der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung nicht ausreichen, um eine flächendeckende medizinische Versorgung nach dem jeweils gesicherten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zu gewährleisten. So wird beispielsweise geschätzt, dass allein in der Inneren Medizin täglich etwa 19 Artikel gelesen werden müssten, um die wichtigsten Entwicklungen zu verfolgen (Davidoff, F. et al. 1995).

Die EbM gibt angesichts dieser Informationsflut Leistungserbringern und anderen Entscheidungsträgern Instrumente an die Hand, um die für medizinische Entscheidungen relevante wissenschaftliche Evidenz zu recherchieren, hinsichtlich ihrer Aussagekraft (interne und externe Validität, Relevanz, Anwendbarkeit auf die konkrete Entscheidungssituation) zu bewerten (*critical appraisal*), umzusetzen und im Nachhinein die auf dieser Basis getroffenen Entscheidungen zu evaluieren (Sackett, D. L. et al. 1997).

175. Das in der EbM empfohlene Vorgehen umfasst im Wesentlichen folgende Schritte: Ausgehend von einem konkreten Entscheidungsproblem wird

- eine relevante klinische Fragestellung formuliert,
- die für die jeweilige Fragestellung relevante Literatur identifiziert,
- die gefundene Evidenz kritisch gewürdigt und
- hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf die jeweilige klinische Situation geprüft.

176. Die Theorie und die daraus abgeleiteten Anwendungskonzepte der EbM basieren auf der klinischen Epidemiologie, die neben Instrumenten der systematischen klinischen Beobachtung eine ausgefeilte Methodologie des Verteidigens und Bezweifeln von klinischen und epidemiologischen Forschungsergebnissen entwickelt hat. Diese Techniken dienen dazu, bei der Interpretation von Studienergebnissen die Gefahr von Irrtümern und Fehlschlüssen zu reduzieren, indem sorgfältig geprüft wird, inwieweit Zufall, *confounding* und *bias* – und nicht die zur Disposition gestellte unabhängige Variable, z. B. eine therapeutische Intervention – für das Ergebnis verantwortlich zu machen sind.

177. Kern der EbM ist die Vermittlung von geeigneten Techniken des kritischen Umgangs mit wissenschaftlichen Informationen unter den Bedingungen einer komplexen Versorgungswirklichkeit. EbM kann somit idealtypisch verstanden werden als eine Form des modernen,

effizienten, kritischen und anwendungsbezogenen Informations- und Wissensmanagements, das sich in mehrerlei Hinsicht von traditionellen Formen des ärztlichen Umgangs mit wissenschaftlicher Literatur unterscheidet:

- Die EbM erfordert ein aktives Informationsmanagement und zwar in der Hinsicht, dass sich Ärzte um aktuelle und relevante wissenschaftliche Informationen bemühen und nicht darauf vertrauen, dass die Informationen irgendwann zu ihnen gelangen (z. B. durch einen Pharmareferenten). EbM zielt somit darauf ab, den Rückgriff auf die relevante wissenschaftliche Literatur zur ärztlichen Routine werden zu lassen.
- Die EbM hat sich einem zeitgemäßen Informationsmanagement verschrieben, indem sie die durch moderne Technologien geschaffenen verbesserten und schnelleren Zugangsmöglichkeiten zu den relevanten Informationsressourcen optimal zu nutzen versucht.
- EbM zielt auf ein möglichst praktikables und effizientes Informationsmanagement, das die zeitlichen Zwänge vielbeschäftigter Kliniker berücksichtigt.
- EbM ist problemorientiert, d. h. die Gewinnung und Nutzung der Informationen erfolgt gezielt und anwendungsbezogen.
- EbM ist systematisch, d. h. die Gewinnung, Bewertung und Nutzung der Informationen orientieren sich an explizit gemachten Standards und sind transparent.

Jeder dieser Punkte hat nach Ansicht des Rates Gewicht, in besonderem Maße jedoch der erste und der letzte Punkt der Auflistung.

178. EbM wird auch vielfach mit einer Reihe von Ansätzen, Methoden und Informationsprodukten gleichgesetzt, die auf eine verbesserte Nutzung und Dissemination der vorhandenen Evidenz abzielen. Hierzu gehören z. B. die Erstellung und Dissemination von systematischen Reviews und Meta-Analysen (z. B. durch die Cochrane Collaboration), die Anwendung von Leitlinien und das Health Technology Assessment (HTA) (vgl. SG 1997, Ziffern 142–180).

179. In den vergangenen Jahren hat sich bei vielen Akteuren im Gesundheitswesen und bei Gesundheitswissenschaftlern implizit ein noch sehr viel weiteres Verständnis von EbM durchgesetzt. Das hier unter EbM gefasste Phänomen lässt sich am ehesten mit einer „Linie der verschärften Beweisführung“ im Gesundheitswesen beschreiben, die mit der Forderung nach mehr Rationalität und Effizienz der Versorgung verknüpft ist. Mit „Rationalisierung“ ist in der EbM aber keineswegs nur die Nutzung von Einsparreserven im betriebswirtschaftlichen Sinne gemeint, sondern medizinisches Handeln, das vor einer empirisch-analytischen Vernunft Bestand hat. Es geht darum, „das Vernünftige sparsam zu tun“ (Raspe, H. 1996) und steht damit im Einklang mit der im § 70 Abs. 1 SGB V verankerten Forderung nach einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versor-

gung der Versicherten, die ausreichend und zweckmäßig sein muss, das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf und wirtschaftlich erbracht werden muss. Die EbM weist darüber hinaus enge Beziehungen zum medizinischen *outcomes movement* auf (Epstein, A.M. 1990; Raspe, H. 1996) und folgt damit einer strikten Ergebnisorientierung, wie sie vom Sachverständigenrat u. a. in seinen Sondergutachten 1995 und 1997 gefordert wurde.

180. In den letzten Jahren ist das ursprünglich auf die individualmedizinische Versorgung ausgerichtete „klassische“ Konzept der EbM auf bevölkerungsbezogene Fragen der Organisation, Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen ausgeweitet worden. Auf diese Weise hat sich eine Aufteilung in eine EbM im ursprünglichen Sinne, die vornehmlich eine auf die individuelle Behandlungssituation gerichtete *Evidence-based Clinical Practice* darstellt, und eine *Evidence-based Health Care (Policy)* ergeben (Gray, J.A.M. 1997). Dabei ergeben sich auch Brücken zu einem Konzept begründeter Gesundheitsziele (vgl. Kapitel I-1) und zu Überlegungen zur Bedarfsfeststellung. Dies wird vom Rat an dieser Stelle nicht weiter vertieft.

2.3.4 Missverständnisse gegenüber Möglichkeiten und Grenzen der EbM

181. Die EbM ist wiederholt heftig kritisiert worden, wobei sich zeigt, dass ein Großteil der Kritik auf Missverständnissen gegenüber den Zielen, Methoden und Werten der EbM zurückzuführen ist. Nicht umsonst trägt einer der klassischen Aufsätze über die EbM den bezeichnenden Titel „*Evidence-based Medicine: What it is and what it isn't*“ (Sackett, D.L. et al. 1996).

Manche Kritiker sehen in der EbM lediglich das triviale Postulat einer wissenschaftlich fundierten Medizin und gelangen davon ausgehend zu der Schlussfolgerung, EbM sei ein „alter Hut“; etwas, was ohnehin jeder ärztlich Tätige schon mache“. Dass dem nicht so ist, zeigen die von der Versorgungsforschung aufgezeigten Defizite, z. B. unangemessene Indikationsstellungen, rational nicht erklärbare Variationen der medizinischen Versorgung und weitere Phänomene einer nach wissenschaftlichen Maßstäben nicht bedarfsgerechten Versorgung, die zu einem nicht unerheblichen Teil auf die unzureichende Rezeption und Umsetzung der wissenschaftlichen Evidenz in die Routineversorgung zurückzuführen sind (Sackett, D.L. et al. 1997). Darüber hinaus liegt das Besondere an der EbM nicht nur darin, „dass“, sondern „wann“, „wo“ und „wie“ die beste jeweils verfügbare externe Evidenz für die klinische Entscheidungsfindung nutzbar gemacht wird.

182. Viele Ärzte befürchten, dass EbM einer „Kochbuchmedizin“ Vorschub leisten könnte. Das sklavische Befolgen eines „Kochrezepts“ zur Patientenbehandlung entspricht aber nicht der sachgerechten Praxis der EbM, welche die beste verfügbare externe Evidenz mit der individuellen ärztlichen Erfahrung und den Patientenpräferenzen verbinden möchte (Sackett, D. L. et al. 1996).

Hierzu passen Erfahrungen, dass Leitlinien, die tatsächlich nach den Kriterien der EbM erstellt wurden, dazu beitragen können, Ärzte und Patienten vor Behandlungsvorgaben zu schützen, die nicht durch eine adäquate Evidenz belegt werden können. So enthält beispielsweise die evidenzbasierte Leitlinie der AHCPR zur kardialen Rehabilitation keine konkreten und verbindlichen Angaben zur notwendigen Behandlungsdauer, weil sich solche Vorgaben aus der vorliegenden Evidenz nicht allgemein schlüssig herleiten lassen (Helou, A. et al. 1999a).

183. Der Eindruck des Szientismus von EbM kann entstehen, wenn „evidenzbasiert“ missverstanden wird als eine ausschließlich auf Wissenschaft gründende Medizin im Sinne eines absoluten Gültigkeitsanspruchs von externer wissenschaftlicher Evidenz unter Vernachlässigung anderer, ganz entscheidender Faktoren, die für die medizinische Entscheidungsfindung notwendig sind, z. B. der ärztlichen Erfahrung, der Patientenpräferenzen oder des sozialen und kulturellen Kontextes.

Auch das im Zentrum der EbM stehende Vorgehen des *critical appraisal* weist darauf hin, dass EbM gerade nicht „wissenschaftsgläubig“ im Sinne eines unreflektierten Szientismus ist, sondern die skeptische und diskursive Prüfung von Befunden umfasst, wie sie vor allem in wissenschaftlichen Publikationen vorgelegt werden (Raspe, H. u. Stange, E. F. 1999).

184. Die irrtümliche Reduktion der EbM auf die bloße Berücksichtigung von externer Evidenz lässt sich u. a. möglicherweise dadurch erklären, dass die EbM das Ziel verfolgt, einen bislang vernachlässigten Bereich medizinischer Entscheidungsfindung – die angemessene Berücksichtigung der externen wissenschaftlichen Evidenz – zu akzentuieren. Von manchen wurde diese Zielsetzung aber als eine einseitige (oder ausschließliche) Fokussierung auf externe Evidenz missinterpretiert. Diese Auffassung von der EbM geht jedoch fehl, weil das Konzept der EbM von klinisch tätigen Ärzten gerade verlangt, die beste verfügbare externe Evidenz mit der klinischen Erfahrung des Arztes und den Werten und Präferenzen des Patienten zu verbinden (Sackett, D.L. et al. 1996). Externe klinische Evidenz kann die individuelle Expertise des behandelnden Arztes zwar ergänzen, aber niemals ersetzen. Es ist vielmehr gerade die ärztliche Erfahrung und Betrachtung, die letztlich entscheidet, ob die externe Evidenz auf den einzelnen Patienten und dessen Merkmale, Möglichkeiten und Präferenzen anwendbar ist. Von großer Bedeutung sind hierbei nicht nur die diagnostischen und therapeutischen Fertigkeiten des Arztes, sondern auch seine Fähigkeit, eine tragfähige und vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen und die individuellen Präferenzen und Bedürfnisse des Patienten in die gemeinsame Entscheidungsfindung zu integrieren (Berger, M. et al. 1997). Neben der ärztlichen Erfahrung spielen aber auch die Kompetenzen des Behandlungsteams und die qualitätsgesicherte Durchführung des als richtig erkannten Vorgehens eine wichtige Rolle bei der richtigen Praxis von „guter“ EbM. Der sorgfältige und verantwortungsbewusste Umgang mit

den Ergebnissen evaluativer Forschung – insbesondere das kritische Aufzeigen der Grenzen vorliegender Evidenz, wie sie in der EbM idealtypisch praktiziert werden, – akzentuiert die Bedeutung, aber auch die notwendige Qualität der klinischen Erfahrung und der Beachtung von Patientenpräferenzen.

Vor dem Hintergrund der drei Entscheidungssäulen der EbM könnte man anstelle von „evidenzbasierter Medizin“ auch von einer „evidenz-gestützten, an Patientenpräferenzen orientierten und auf ärztlicher Erfahrung fußenden Medizin“ sprechen (Abbildung 1).

Eine gleichberechtigte Berücksichtigung von Evidenz, Erfahrung und Werten heißt aber nicht, dass das Verhältnis dieser drei Entscheidungskomponenten von vornherein starr festgelegt ist. Es kann sich vielmehr je nach Entscheidungskontext eine unterschiedliche Balance ergeben. So sind in der Medizin viele Situationen vorstellbar, in denen die klinische Beurteilung durch den Arzt und die Präferenzen des Patienten eine stärkere Bedeutung gewinnen, weil belastbare externe Evidenz nicht verfügbar ist bzw. verfügbar gemacht werden kann, z. B. in bestimmten Akut- und Notfallsituationen. Aus diesem Grunde messen klinisch tätige Ärzte der EbM gerade für die nicht akuten Entscheidungen, wie sie bei der Diagnose und Therapie chronischer Erkrankungen sehr häufig sind, einen besonders hohen Stellenwert bei (Berger, M. et al. 1997).

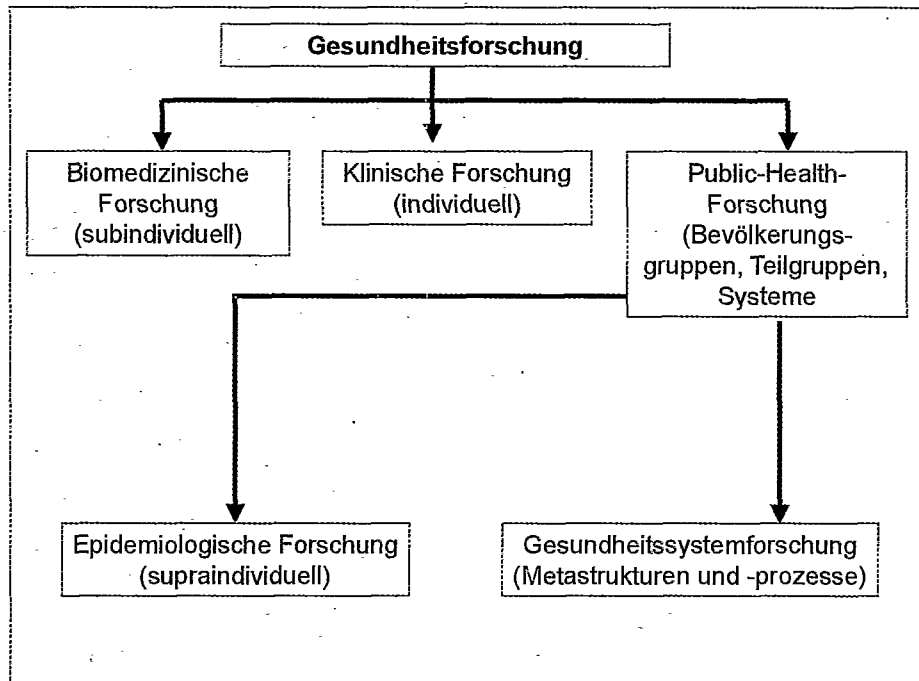
185. Die Anwendung der EbM hat deutlich gemacht, dass die theoretische Plausibilität, wie sie sich z. B. aus der wissenschaftlichen Grundlagenforschung ergibt, allein keine hinreichende Basis für die Bewertung des gesundheitlichen Nutzens eines medizinischen Verfahrens darstellt (Raspe, H. u. Stange, E.F. 1999). Hier bedarf es vor allem einer Intensivierung der patienten-, outcome- und kontextorientierten evaluativen Versorgungsforschung. Die notwendige Stärkung einer in Deutschland bisher vernachlässigten evaluativen Versorgungsforschung ist aus Sicht des Rates ein wichtiger Begleiteffekt von EbM. Sie hat vielen (traditionell naturwissenschaftlich orientierten) klinisch tätigen Ärzten eine Neubewertung und Neupositionierung weiterer unterschiedlicher Bereiche der Gesundheitsforschung vermittelt (Abbildung 2, Seite 73). Dies gilt insbesondere für die neben den Naturwissenschaften relevanten Humanwissenschaften (z. B. Soziologie, Psychologie, Public Health), deren Bedeutung für die Erklärung und Lösung praktischer Versorgungsprobleme von der klinischen Medizin immer noch erheblich unterschätzt wird.

186. Von einigen Kritikern (aber auch Befürwortern) wird die EbM auf eine „Lehre der Evidenzstufen“¹² reduziert, die nur randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) bzw. Metaanalysen solcher Studien gelten lässt. Die gebräuchlichen in der EbM angewandten Evidenzklassifi-

¹² Gebräuchliche englische Synonyme sind „level/grade/strength/hierarchy of evidence“, gebräuchliche deutsche Synonyme sind Evidenzgrad, Evidenzstärke, Evidenzklasse, Hierarchie der Evidenz.

Abbildung 2

Bereiche der Gesundheitsforschung



Quelle: Schwartz, F.W. (1998)

kationen (Tabelle 18, Seite 74) verdeutlichen aber, dass die EbM eine Vielzahl von Studientypen berücksichtigt. Dabei gehen die Vertreter der EbM selbst sehr kritisch mit diesen Evidenzklassifikationen um.

Die Evidenzklassifikationen sind keine neue Erfindung der EbM-Bewegung. Eine Hierarchie der Evidenz wurde bereits von der Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1979) entwickelt. Diese war damit beauftragt, Empfehlungen zur Prävention zu erarbeiten. Um die empirischen Grundlagen zu dokumentieren, auf der die Empfehlungen beruhen, wandten die Autoren ein System der Hierarchie der Evidenz an. Diese auch von der US Preventive Service Task Force übernommene Vorgehensweise wurde seither in vielen Varianten weiterentwickelt. Bei der Verwendung und Interpretation von Evidenzklassen sollten allerdings auch die Limitationen dieses Konzepts bedacht werden (vgl. Perleth, M. u. Raspe, H. 2000), die im Folgenden dargestellt werden.

Die Hierarchie der Evidenz bezieht sich nur auf die interne Validität von Studien. Die interne Validität bezieht sich auf die Nähe des beobachteten zum wahren Effekt bzw. auf den Grad der Freiheit von systematischen Fehlern, die verzerrend auf das Studienergebnis wirken können. Eine (therapeutische) Studie auf der Evidenzstufe I, also eine *lege artis* durchgeführte und publizierte randomisierte kontrollierte Studie, kann demnach als Studie mit hoher Aussagekraft im Sinne der internen Validität gewertet werden. Eine über die Validität hinausgehende Dif-

ferenzierung von Studien ist alleine anhand einer solchen Skala nicht möglich.

187. Evidenzstufen berücksichtigen nicht das Verhältnis von Studiendesign und Fragestellung. In den gängigen Hierarchiemodellen sind verschiedene Studiendesigns eingeordnet, die nur für jeweils bestimmte Fragestellungen geeignet sind. Die Studientypen in den Evidenzklassifikationen beinhalten sowohl prospektive, experimentelle Designs wie auch retrospektive und beobachtende Studientypen. Jedes Design bietet Vorteile und Nachteile für verschiedene Fragestellungen. Die Anwendung der Evidenzhierarchie auf therapeutische Fragestellungen beispielsweise, sollte sich streng genommen nur auf die für therapeutische Fragestellungen relevanten Studiendesigns beziehen.

Bei der Klassifikation nach Evidenzstufen handelt es sich um eine formale Zuordnung unterschiedlicher Studientypen nach designspezifischen Merkmalen. Es lässt sich auf der Grundlage einer solchen Evidenzeinstufung aber noch keine zuverlässige Aussage darüber treffen, in welchem Umfang die Einzelstudie die qualitativen methodischen Anforderungen an diesen Studientyp hinreichend erfüllt. Aus diesem Grunde ist die alleinige Bewertung der Studienqualität nach Evidenzklassen unzureichend. Lediglich die Skalen von Jovell, A.J. u. Naaro-Rubio, M. D. (1995) und die Fassung des Centre for Evidence-based Medicine in Oxford (<http://cebm.jr2.ox.ac.uk/docs/levels.html#refs>) berücksichtigen einige Aspekte der Studienqualität.

Tabelle 18

Hierarchie der wissenschaftlichen Evidenz (Evidenzklassen)

Stufe	Evidenz-Typ
Ia	Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter kontrollierter Studien
Ib	Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten kontrollierten Studie
IIa	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb	Evidenz aufgrund einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie
III	Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien (z. B. Fall-Kontroll-Studien)
IV	Evidenz aufgrund von Berichten, Meinungen von Experten, Konsensuskonferenzen, klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten

Quelle: Agency for Health Care Policy and Research (1992)

Evidenzstufen lassen auch keine Aussage über die Adäquanz von klinischen Studien zu. Die Adäquanz (klinische Angemessenheit) einer Studie bezeichnet die praktische Relevanz und Brauchbarkeit ihrer Ergebnisse in einer konkreten klinischen Situation. Kriterien der Adäquanz sind u. a. Bedeutung des Behandlungsziels und -verfahrens komplexer Patientenprobleme, Übertragbarkeit der Studienbedingungen auf die Bedingungen des klinischen Alltags, Auswahl der Endpunkte, Akzeptanz durch Ärzte und Patienten, technische und finanzielle Umsetzbarkeit (Raspe, H. u. Ollenschläger, G. 2000). So können Resultate einer methodisch hochwertigen Studie aus klinisch-praktischer Sicht wenig hilfreich sein, wenn für den Patienten völlig irrelevante Outcomes untersucht worden sind.

Die Evidenzstufe der Studie, mit der ein Verfahren evaluiert wurde, erlaubt ferner keine Aussage über die Behandlungsnotwendigkeit und die klinischen Bedeutung der zur Disposition stehenden therapeutischen Optionen. So gibt es in der Medizin zum einen viele Beispiele für dringend notwendige therapeutische Optionen (z. B. in der Akut- und Notfallmedizin oder Traumatologie), die u. a. aus methodischen und ethischen Gründen nicht zufriedenstellend evaluiert werden können. Andererseits gibt es ebenso viele Beispiele für hervorragend (z. B. durch randomisierte kontrollierte Studien) evaluierte Behandlungsmaßnahmen (insbesondere im Bereich der medikamentösen Versorgung), bei denen die Frage nach dem sinnvollen Einsatz trotz des schlüssig geführten Wirksamkeitsnachweises offen bleibt. Für eine differenzierte Nutzenbewertung beispielsweise eines therapeutischen Verfahrens müssen zusätzlich die Größe und die klinische Relevanz des Behandlungseffektes bewertet und mit den von Patient und Arzt festgelegten Behandlungszielen verglichen werden.

Eine weitere Limitation des Konzepts der Evidenzklassen ist darin zu sehen, dass diese die externe Validität und die Konsistenz der Studienergebnisse nicht abbilden. Unter externer Validität versteht man die Frage, ob und wie in Studien gewonnene Ergebnisse auch außerhalb der Studienpopulation Anwendung finden können (s. Abbildung 3, S. 77). Diese kann bei einer bevölkerungsbasierten Beobachtungsstudie (niedriger Evidenzgrad) deutlich höher sein als bei einem RCT mit höchstem Evidenzgrad. Die Konsistenz der Studienergebnisse, die streng genommen nur dann beurteilt werden kann, wenn alle verfügbaren Studien zu einer Fragestellung vorliegen, macht den potenziell irreführenden Effekt von Evidenzklassen besonders deutlich: Es ist wenig hilfreich, wenn mehrere methodisch gute Studien zur gleichen Fragestellung vorliegen, aber entgegengesetzte Ergebnisse liefern. Noch problematischer ist eine Entscheidung aufgrund einer Studie mit einem positiven Ergebnis, wenn gleichzeitig eine andere Studie der gleichen Evidenzstufe aber mit gegenteiligem Ergebnis nicht berücksichtigt wurde. Insbesondere bei widersprüchlichen Studien kann eine Klärung nur noch über den Weg systematischer Übersichten erfolgen, in denen sämtliche vorhandene Studien gewürdigt werden.

188. Um einigen der dargestellten Limitationen von Evidenzklassen zu begegnen, wird in einigen evidenzbasierten Leitlinien oder Handlungsempfehlungen zwischen Evidenzklassen und Empfehlungsklassen¹³ unterschieden. Während bei der Bildung von Evidenzklassen die verfügbaren Belege nach ihrem Studiendesign in ein hierarchisch gestuftes Klassifikationssystem eingeordnet werden, können bei der Bildung von Empfehlungsklassen

¹³ Gebräuchliche englische Synonyme sind „level/grade/strength of recommendation“, gebräuchliche deutsche Synonyme sind Empfehlungsgrad, Empfehlungsstufe und Empfehlungsstärke.

zusätzliche Aspekte berücksichtigt werden, z. B. die Konsistenz der in den Studien gefundenen Ergebnisse (Homogenität), die Präzision der Effektschätzung (Konfidenzintervalle um den Punktschätzer) oder die Größe und klinische Relevanz des Effektes (Guyatt, G.H. et al. 1995; Wilson, M.C. et al. 1995). Gerade zur Auflösung einer Diskrepanz zwischen Evidenzklasse und klinischem Nutzen erweist sich die Bildung von Empfehlungsklassen als nützlich. Dies erleichtert die Unterscheidung zwischen „guter Evidenz zweifelhafter klinischer Relevanz und zweifelhafter Evidenz hoher klinischer Relevanz“ (Grimshaw, J. et al. 1995b). In dem Leitlinienprogramm des Scottish Intercollegiates Guidelines Network (SIGN) wurde das Problem eines möglichen Widerspruchs zwischen methodischer Qualität und klinischer Relevanz ganz pragmatisch dadurch gelöst, dass neben einer dreistufigen Empfehlungsgraduierung zusätzlich der Empfehlungsgrad *good practice point* eingeführt wurde. Dabei handelt es sich um Empfehlungen, für die zwar keine belastbare Evidenz vorliegt, die aber aufgrund der klinischen Erfahrung der Leitlinienautoren eine hohe klinische Relevanz besitzen. Auch bei der Erstellung der Diabetes-Leitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) wurde über die Bewertung der publizierten Literatur nach Evidenzklassen hinaus eine Gewichtung der Empfehlungen in Empfehlungsklassen („Härtegrade“) vorgenommen. Die Empfehlungsklassen berücksichtigten neben der Evidenzklasse auch die klinische Relevanz einer Empfehlung. Dabei konnten Empfehlungen, für die die verfügbare externe Evidenz nicht ausreichend bzw. nicht vorhanden ist, die aber erfahrungsgemäß für den klinischen Ablauf unabdingbar sind, den höchsten Härtegrad A erhalten. Umgekehrt war es aber auch möglich, dass Empfehlungen, für die gute Evidenz vorliegt, wegen ihrer geringfügigen klinischen Bedeutung den niedrigsten Härtegrad C erhielten (Scherbaum, W. et al. 2000).

189. Was die Kritik an einer „RCT-Lastigkeit“ der EbM angeht, ist es durchaus zutreffend, dass RCTs – nicht nur in der EbM, sondern auch generell in der klinischen und evaluativen Forschung – eine wichtige Rolle spielen, weil dieser Studientyp bei der Bewertung therapeutischer Interventionen besser als andere Studiendesigns die Kontrolle bzw. Vermeidung des Zufalls, systematischer Fehler (*bias*) und der Fehleinschätzung unabhängiger Variablen (*confounding*) ermöglicht. Mit diesem strengen Design lassen sich auch komplexe Versorgungsprogramme (z. B. Mammographie- oder Rehabilitationsprogramme) und außerhalb der „Schulmedizin“ angewandte Interventionen, z. B. anthroposophische und homöopathische Verfahren, evaluieren (Raspe, H. 1996).

Die Vertreter der EbM weisen aber zugleich selbst darauf hin, dass RCTs für viele klinische Fragestellungen gerade nicht die beste verfügbare Evidenz darstellen. Für Probleme der Diagnosestellung, für Fragen des natürlichen Verlaufs und der Prognose von Krankheiten benötigt man oft Untersuchungen anderen Zuschnitts. Um beispielsweise etwas über die Genauigkeit eines diagnostischen Verfahrens zu erfahren, benötigt man gut durchgeführte Querschnittstudien und keine kontrollierten klinische Studien. Für eine prognostische Fragestellung sind metho-

disch einwandfreie Kohorten-Studien von Patienten, die in einem einheitlichen, frühen Stadium ihrer Krankheit in die Studie aufgenommen wurden, hilfreich (Sackett, D.L. et al. 1996).

Dem Vorwurf einer RCT-Lastigkeit lassen sich darüber hinaus auch die beiden EbM-Prinzipien der *best available evidence* und der *best feasible evidence* entgegensetzen, die sich ganz pragmatisch an der Verfügbarkeit und Machbarkeit bestimmter Evidenzformen orientieren.

190. In der kritischen Rezeption der EbM sind oftmals weitere Missverständnisse dadurch entstanden, dass nicht sauber zwischen Kritik an der EbM und Kritik an der Evidenz unterschieden wurde, d. h. die Schwächen und Limitationen von Studien (z. B. von RCTs) wurden der EbM angelastet (Evans, J.G. 1995). Dieser Vorwurf ist fehlleitend, weil die EbM im Wesentlichen reproduktiv ist, d. h. kein neues Wissen im eigentlichen Sinne schafft, sondern versucht, bereits existierendes Wissen optimal zu nutzen. Legt man in diesem Zusammenhang die vom Rat schon früher vorgeschlagene Einteilung der Phasen des medizinisch-technischen Fortschritts zugrunde (SG 1997, Ziffern 79-82), dann müsste man die Anwendung der EbM nicht den Phasen der „Invention“ oder „Innovation“, sondern der Phase der „Diffusion“ medizinischen Wissens zuordnen.

Es waren im Übrigen gerade klinische Epidemiologen und Vertreter der EbM, die immer wieder auf die Limitationen und Probleme randomisierter kontrollierter Studien (und anderer Studientypen hingewiesen) haben. Hierzu zählen u. a. folgende Probleme, von denen einzelne weiter unten noch näher ausgeführt werden:

- Das Innovations-Problem: Die Gefahr, dass die Einführung medizinischer Innovationen zu spät erfolgt (*fossilizing clinical practice*), weil erst die Ergebnisse langjähriger Megatrials oder Metaanalysen abgewartet werden müssen.
- Das Selektivitätsproblem: Die Gefahr, dass bestimmte Patientengruppen, die in randomisierten kontrollierten Studien durch strikte Ein- und Ausschlusskriterien nicht berücksichtigt werden, durch die darauf basierenden Leitlinien geschädigt werden.
- Das Falldefinitionsproblem: RCTs beziehen sich in der Regel auf klar definierte Krankheitsbilder, während z. B. geriatrische oder Patienten der Primärversorgung häufig aufgrund einer nicht spezifischen Symptomatik oder wegen mehrerer, einander überlagernder Krankheitsbilder behandelt werden müssen.
- Das Problem der Fokussierung auf gut quantifizierbare und messbare Zielgrößen: Viele Untersuchungen bevorzugen oftmals wenig relevante Zielgrößen, weil sie gut quantifizierbar und leicht messbar sind (z. B. pathophysiologische Surrogatparameter). Vernachlässigt werden hingegen relevante Zielgrößen (z. B. gesundheitsbezogene Lebensqualität), deren Quantifizierung und Erfassung schwieriger sind.

- Das Transferproblem: Das Ausgangsniveau der Behandlungsqualität variiert nach Zeit und Ort, sodass in einem theoretisch denkbar schlechtesten Versorgungssystem signifikante Verbesserungen durch fast jede Interventionsmaßnahme zu erzielen sind. Die Übertragung der Ergebnisse positiver randomisierter kontrollierter Studien auf bessere Gesundheitssysteme als das Studiensystem kann daher unter Umständen mehr schaden als nützen. Umgekehrt kann in schlechteren Systemen der erwartete Nutzen von Maßnahmen, die unter besseren Bedingungen erprobt wurden, auch ausbleiben.
- Das Relevanzproblem: Eine hohe Verbindlichkeitsstufe der wissenschaftlichen Evidenz kann für irrelevante Probleme vorliegen, während für versorgungs- bzw. praxisrelevante Probleme nur eine niedrige Evidenzstufe auf der Basis der verfügbaren Literatur erreicht wird (*relevance gap*).
- Das Problem der Reduktion und Vereinfachung der klinischen Realität: Studienleiter konzentrieren sich meistens auf die Beantwortung einfacher einzelner, im voraus festlegbarer Fragestellungen, mit denen sich der klinisch tätige Arzt nicht zufrieden geben kann, weil er komplexe Patientenprobleme lösen muss.
- Das Problem der Vergleichbarkeit heterogener Studien: Dieses Problem auch als *apple-and-oranges-problem* bezeichnet und betrifft insbesondere die Ergebnisse von bestimmten Formen von Metaanalysen.

Ein weiteres Problem ist darin zu sehen, dass die Initiierung und Durchführung von RCTs (aber selbstverständlich auch anderer Studien) nicht immer primär medizinischen und versorgungsbezogenen Interessen folgt, sondern auch von anderen Einflussfaktoren bestimmt ist, z. B. den finanziellen Möglichkeiten und Interessen der Leistungsanbieter (z. B. der Pharmaindustrie) oder den Ambitionen einzelner Wissenschaftler. Dies kann dazu führen, dass für (aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive) nachrangige Versorgungsprobleme beträchtliche Fördermittel aufgebracht werden, während für prioritäre Probleme keine adäquaten Mittel zur Verfügung gestellt werden.

2.3.5 Grauzonen ärztlichen Handelns

191. Der Begriff der „Grauzonen“ wird in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedlich gehandhabt (Naylor, C. D. 1995; Logan, R. L. u. Scott, P. J. 1996). Üblicherweise werden unter Grauzonen diejenigen Bereiche ärztlichen Handelns verstanden, in denen die Evidenz über das Nutzen-Risikoverhältnis konkurrierender klinischer Optionen unvollständig oder widersprüchlich ist. Nach einer solchen Auffassung sind die Grenzen der Grauzonen selbst auch unklar, weil sie mit dem Stand des gesicherten wissenschaftlichen Wissens und dessen Interpretation variieren (Naylor, C. D. 1995). Mit Grauzonen sind somit nicht ärztliche Fehler im Sinne eines vermeidbaren Abweichens von begründeten Regeln der ärztlichen Kunst gemeint, sondern Bereiche, in denen die wissen-

schaftliche Evidenz allein nicht handlungsbegründend sein kann.

Es scheint so, dass die Grauzonen größer geworden sind, weil wir uns in einem Zeitalter chronischer Erkrankungen befinden, für die keine kausalen, heilenden Therapien verfügbar sind, sondern vielfach nur konkurrierende symptomatische Maßnahmen mit mäßiger oder umstrittener Wirksamkeit (*halfway technologies*). In vielen Fällen werden diese Maßnahmen wegen multipler Krankheiten und Symptome noch kombiniert, was die Unklarheit über die Zuschreibbarkeit der Effekte noch vergrößert (Naylor, C. D. 1995).

192. Der Begriff der Grauzone wird in der wissenschaftlichen Literatur auch verwendet, um Bereiche zu bezeichnen, bei denen das Konzept der EbM keine Anwendung finden kann. Diese zunächst plausibel erscheinende Sichtweise ist aber nur teilweise zutreffend, weil sie nicht explizit zwischen vermeintlichen (angenommenen) und tatsächlichen (durch die Anwendung von EbM sichtbar gemachten) Grauzonen unterscheidet. Zunächst einmal ist davon auszugehen, dass die EbM nicht an den Grauzonen endet, sondern oftmals von diesen ihren Ausgang nimmt. Die EbM bietet das Instrumentarium, um Grauzonen zu identifizieren und sichtbar zu machen. Im Zuge des von der EbM vorgesehenen Vorgehens kann es durchaus möglich sein, dass zu einer vermeintlichen Grauzone medizinischen Handelns (bei systematischer Suche in den besten Informationsquellen) doch methodisch belastbare, klinisch relevante und praktisch umsetzbare wissenschaftliche Evidenz gefunden werden kann. Es ist aber auch umgekehrt vorstellbar, dass sich als „gesichert“ geltende, bislang nie hinterfragte klinische Routinen in Wirklichkeit in einer Grauzone unzureichender oder widersprüchlicher Evidenz befinden.

In beiden Fällen wird deutlich, dass das, was man als Grauzonen bezeichnen kann, in einem hohen Maße auch von dem individuellen Wissensstand und der persönlichen Interpretation abhängt. Erst der systematische Rückgriff auf die beste verfügbare Evidenz nach dem in der EbM empfohlenen Vorgehen kann das Vorhandensein bzw. den Umfang von potenziellen Grauzonen erhärten oder widerlegen.

Wenn die gründliche Überprüfung der Literatur tatsächlich Hinweise auf eine Grauzone, d. h. inkonklusive Evidenz ergeben hat – was häufig der Fall ist –, dann muss sich das klinische Handeln auch nach dem Konzept der EbM auf die klinische Erfahrung des Arztes und die Präferenzen des Patienten stützen (Abbildung 1, s. Abschnitt II-2.3.2).

193. Aus der Sicht der EbM ergeben sich bedeutsame Grauzonen auch dort, wo sich Leistungserbringer und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen mit ethischen, juristischen, politischen und ökonomischen Problemen konfrontiert sehen, die allein durch den Rückgriff auf die wissenschaftliche medizinische Evidenz nicht gelöst werden können. Hierzu zählen z. B. wertorientierte Fragen einer angemessenen Kosten-Nutzen-Relation (unter Umständen in Abhängigkeit von den Evidenzklassen der

194. Grauzonen ärztlichen Handelns sind nicht ausschließlich durch das Fehlen belastbarer oder handlungsbegründender Evidenz charakterisiert. Auch methodisch akzeptable, klinisch relevante und praktisch umsetzbare Forschungsergebnisse enthalten naturgemäß auch for-

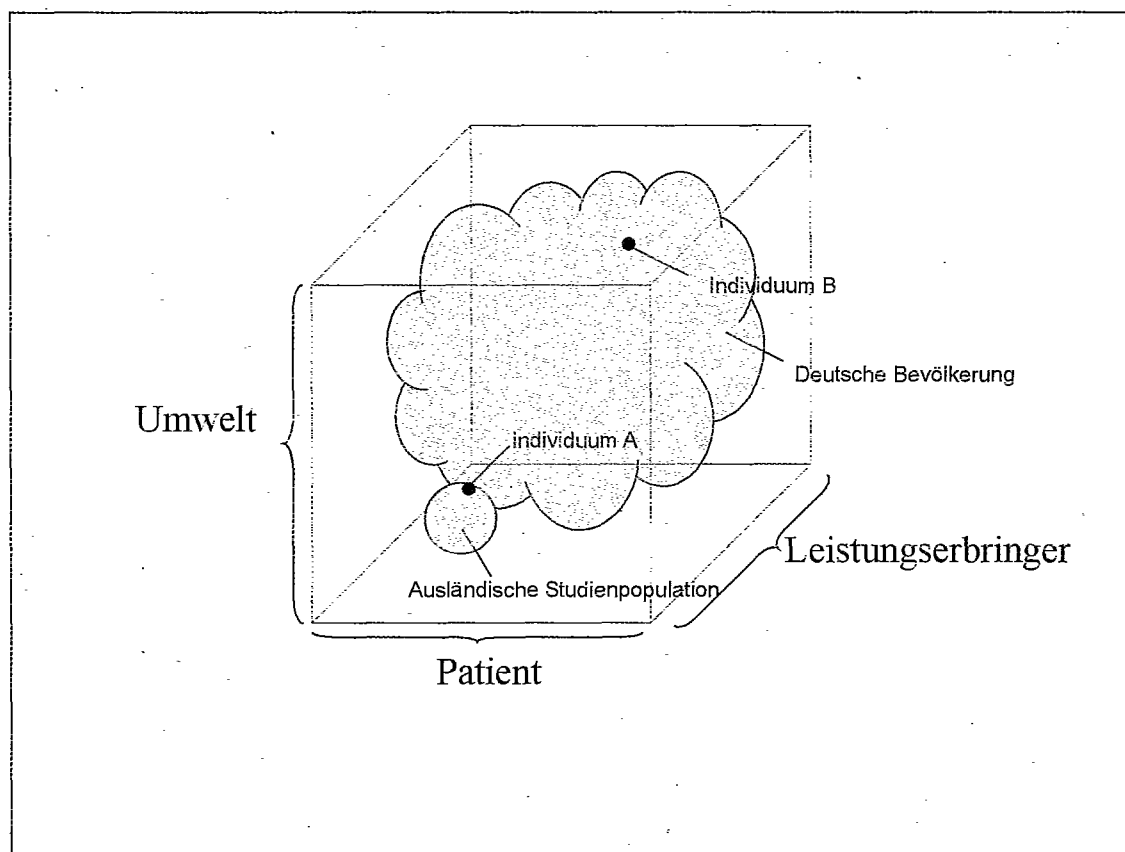
schungsimmanente Grauzonen, die bei der Anwendung der Evidenz auf den individuellen Patienten zu berücksichtigen sind.

195. Bei der Übertragbarkeit von Studienergebnissen sollte grundsätzlich zwischen zwei Aspekten unterschieden werden: Zum einen geht es um die gruppenbezogene Betrachtung, inwieweit die anhand einer Studienstichprobe gewonnenen Ergebnisse auch für Populationen bzw. Personengruppen außerhalb der Studienpopulation gültig und damit übertragbar sind (externe Validität bzw. Generalisierbarkeit). Zum anderen geht es um die Frage, wie die für eine Gruppe ermittelten Durchschnittswerte einer Studie auf einen bestimmten Patienten übertragbar sind. In der englischsprachige Literatur hat sich zur Bezeichnung der gruppenbezogenen Übertragbarkeit die Bezeichnung „Generalisierung“ und zur Bezeichnung der individuellen Übertragbarkeit der Begriff „Extrapolation“ eingebürgert.

196. In Abbildung 3 sind beide Übertragbarkeitsprobleme anhand eines „Domänen“-Modells graphisch veranschaulicht. Hierbei sind die zahlreichen Faktoren und Größen, welche die Übertragbarkeit von Studienre-

Abbildung 3

Domänen-Modell der Übertragbarkeit von Studienresultaten auf Patientenpopulationen bzw. Individuen



Quelle: Eigene Darstellung

sultaten beeinflussen, auf die drei Grunddimensionen Patient, Leistungserbringer und Umwelt reduziert. Bei patientenseitigen Faktoren handelt es sich z. B. um demographische, sozioökonomische und klinische Merkmale der Population. Der Dimension Leistungserbringer sind z. B. die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Qualität der medizinischen Versorgung zugeordnet. Die Dimension Umwelt umfasst u. a. geographische, klimatische, soziale, politische, kulturelle und ökonomische Bestimmungsgrößen und Bedingungen.

Jede Population bzw. jedes Individuum kann anhand dieser drei Faktoren einer bestimmten Domäne zugeordnet werden. Unter *domain effectiveness* sind die erwünschten und unerwünschten Effekte einer bestimmten Intervention in einer definierten Domäne zu verstehen. Der kleine dunkle runde Kreis in der Graphik z. B. symbolisiert die umschriebene Domäne einer stark selektierten Population einer publizierten ausländischen Studie, deren Resultate auf die sehr viel größere Domäne unselektierter inländischer Patientengruppen übertragen werden sollen. Im Falle des Individuums A scheint die Frage der individuellen Übertragbarkeit relativ leicht lösbar, weil dieser Patient hinsichtlich seiner Domänenmerkmale so weit mit denen der Studienpopulation übereinstimmt, dass er die Einschlusskriterien der Studie erfüllt hätte. Individuum B hingegen unterscheidet sich hinsichtlich seiner Domänenmerkmale so sehr von der Studienpopulation, dass er nicht in die Studie aufgenommen worden wäre.

197. In der EbM stellt die Überprüfung der Generalisierbarkeit oder Extrapolierbarkeit von externer wissenschaftlicher Evidenz einen obligatorischen Bestandteil der Literaturanalyse dar. Dabei richtet sich das empfohlene Vorgehen nach der Fragestellung (Diagnose, Therapie, Prognose) und der Art der in Betracht gezogenen Evidenz (z. B. klinische Studie, gesundheitsökonomische Studie, Leitlinie, Entscheidungsanalyse) (Sackett, D. L. et al. 1997).

Es übersteigt den Rahmen des vorliegenden Gutachtens, die in unterschiedlichen Lehrbüchern und zahlreichen Aufsätzen der EbM je nach Fragestellung modifizierten Ansätze zur Lösung der Übertragbarkeitsproblematik im Einzelnen zu schildern. Dies gilt auch in Hinblick darauf, dass sich die im Rahmen einer *Evidence-based Health Care Policy* angewandten Ansätze zur Lösung gruppenbezogener Fragen der Generalisierbarkeit (Gray, J.A.M. 1997) von dem Vorgehen unterscheiden, welches dem klinisch tätigen Arzt im Rahmen einer *Evidence-based Clinical Practice* zur Extrapolation von Studienergebnissen auf einen individuellen Patienten empfohlen wird (z. B. Sackett, D. L. et al. 1997).

198. Den unterschiedlichen Ansätzen ist aber gemein, dass sie davon ausgehen, dass die Frage der Übertragbarkeit durch den einfachen Vergleich des Patienten mit den Ein- und Ausschlusskriterien der Studie nur unzureichend gelöst wird. Ein solches Vorgehen verleitet dazu, dass die in Betracht gezogene Maßnahme nur einigen wenigen „Ideal-Patienten“ zugute kommt, die den eng gefassten Selektionskriterien einer *efficacy*-Studie entsprochen hätten (McAlister, F. A. et al. 2000). Anderen Patientengrup-

pen kann dabei unter Umständen eine wirksame Therapie vorenthalten werden. So würden manche Infarkt-Patienten, bei denen aufgrund von Begleiterkrankungen (z. B. periphere arterielle Verschlusskrankheiten, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen) eine Therapie mit Beta-Blockern erst gar nicht in Erwägung gezogen wird, von dieser Therapie in einem beträchtlichen Maße profitieren (Gottlieb, S.S. et al. 1998).

Ein zu restriktives Vorgehen ist zudem realitätsfremd, weil aus Gründen der Machbarkeit nicht für jede Subgruppe eine Studie mit der erforderlichen methodischen Qualität durchgeführt werden kann. Um einer zu restriktiven Handhabung der Übertragbarkeitsprüfung zu begegnen, wurde empfohlen, die Gegenfrage zu stellen: „Unterscheiden sich die Patienten in der Studie wirklich so sehr von meinem Patienten, dass die Ergebnisse nicht anwendbar sind?“ (Glasziou, P. P. u. Irwig, L. M. 1995; Sackett, D. L. et al. 1997).

Der einfache Vergleich von Patientenmerkmalen kann auch fehlleitend sein, weil er andere Dimensionen, welche die Anwendbarkeit der Studienresultate entscheidend beeinflussen können, außer Acht lässt, z. B. die Qualität der lokalen Versorgung. Der in der Literatur beschriebene Nettonutzen einer Karotisendarteriektomie bei Schlaganfallpatienten mit einer moderaten Karotisstenose ist beispielsweise hochgradig sensitiv gegenüber Variationen der perioperativen Mortalität (Chassin, M. R. 1998). Er kann im Allgemeinen nur in ausgewählten *centers of excellence* mit sehr günstigen Komplikationsraten realisiert werden. Bereits geringfügig höhere Komplikationsraten, wie sie für viele US-amerikanische und kanadische Operationsteams beschrieben wurden, können zu einem stark reduzierten oder negativen Nettonutzen führen (Tu, J. V. et al. 1998).

199. Die in der EbM entwickelten Prädiktionsmodelle für die Übertragbarkeit von Therapiestudien beschränken sich aus diesen Gründen nicht auf die Überprüfung der Selektionskriterien in der Studie, sondern versuchen, die Frage zu beantworten, in welchem Umfang der Patient von der in Betracht gezogenen therapeutischen Maßnahme profitieren könnte. Hierzu werden aus der wissenschaftlichen Literatur (im Idealfall aus randomisierten kontrollierten Studien) Informationen zur Effektivität (ausgedrückt als relative Risikoreduktion, RRR) und zur Rate an relevanten unerwünschten Wirkungen der Maßnahme recherchiert. Der Nutzen einer Maßnahme wird allerdings durch die erzielte RRR nur unzureichend erfasst. Sehr viel aussagekräftiger ist die absolute Risikoreduktion (ARR) bzw. ihr Kehrwert, die *number needed to treat* (NNT), die neben der RRR auch das Grundrisiko des Patienten für die Zielerkrankung bzw. das Zielereignis beschreibt. Es wurden unterschiedliche Vorgehensweisen entwickelt, wie auf der Basis publizierter Studien (z. B. RCTs, Kohortenstudien, Fall-Kontrollstudien) oder – falls geeignete Studien nicht vorliegen – auf der Grundlage klinischer Erfahrung das Grundrisiko und damit die ARR (bzw. NNT) des individuellen Patienten bestimmt werden können.

Darüber hinaus spielt bei dem in der EbM empfohlenen Vorgehen der Übertragbarkeitsprüfung die explizite Berücksichtigung der Werte und der Präferenzen des Patienten eine entscheidende Rolle. Hierzu gehört die Aufklärung des Patienten über Nutzen und Risiken der therapeutischen Alternativen, die Bewertung der erwünschten und unerwünschten Folgen der Therapie durch den Patienten und die sorgfältige Exploration, in welchem Umfang der Patient in den klinischen Entscheidungsprozess mit eingebunden werden möchte (Guyatt, G.H. et al. 1994; McAlister, F. A. et al. 2000).

200. Es wurden in der EbM unterschiedlich komplexe und formalisierte Vorschläge entwickelt, wie diese zunächst getrennt bewerteten Faktoren (Nutzen und Risiken der Therapie, Grundrisiko des Patienten, Patientenpräferenzen) für eine abschließende Entscheidungsfindung zusammengeführt werden können (z. B. Glasziou, P. P. u. Irwig, L. M. 1995; McAlister, F. A. et al. 2000).

Aber selbst wenn aus allen drei Informationsquellen valide Informationen vorliegen, kann das in der EbM empfohlene Vorgehen die Grauzonen, die bei der Generalisierung oder Extrapolation von Studienresultaten auftreten, nicht vollständig beseitigen. Dies liegt zum einen an den grundsätzlichen Limitationen von Prädiktionsmodellen, die immer eine Reduktion der komplexen Versorgungswirklichkeit darstellen. Es besteht hierbei die Gefahr, dass bei der Übertragbarkeitsprüfung wichtige Faktoren nicht erkannt werden und daher unberücksichtigt bleiben, z. B. Besonderheiten des primärärztlichen Behandlungssettings (Sonis, J. et al. 1998).

Zum anderen ist das in der EbM praktizierte Vorgehen keineswegs so standardisiert und formalisiert, wie es bei oberflächlicher Betrachtung erscheinen mag. Es stützt sich auch auf klinische Intuition und weist breite Interpretationsspielräume auf.

Darüber hinaus basieren die in der EbM empfohlenen Vorgehensweisen auf bestimmten Voraussetzungen, die nicht immer erfüllt sind und daher kritisch geprüft werden müssen. Hierzu gehören die Annahmen, dass der Nutzen einer Maßnahme mit dem Grundrisiko des Patienten steigt (d. h. die ARR wächst bzw. die NNT kleiner wird), die relative Wirksamkeit der Maßnahme sowie das Risiko für interventionsbedingte Schädigungen hingegen bei unterschiedlichen Grundrisiken und Subgruppen konstant bleiben (Glasziou, P. P. u. Irwig, L. M. 1995; McAlister, F. A. et al. 2000).

Kritisch zu beurteilen sind auch der Aufwand und die Komplexität des in der EbM empfohlenen formalisierten Vorgehens, was zurzeit berechnete Zweifel hinsichtlich seiner Praktikabilität im klinischen Alltag aufkommen lässt.

201. Trotz dieser Vorbehalte stellt die Übertragbarkeitsprüfung nach den Kriterien der EbM sicherlich einen Fortschritt gegenüber dem in der klinischen Versorgung gebräuchlichen intuitiven und impliziten Vorgehen dar. Sie versucht den aus einer Behandlungsmaßnahme für einen individuellen Patienten zu erwartenden Nutzen zu quantifizieren, indem Informationen aus der wissen-

schaftlichen Literatur, das klinische Urteil des Arztes und die Patientenpräferenzen bestmöglich genutzt und in einem expliziten, transparenten und systematischen Verfahren zusammengeführt werden. Es darf auch nicht außer Acht gelassen werden, dass die beschriebenen Übertragbarkeits- und Extrapolationsprobleme unabhängig von einer expliziten Anwendung von EbM schon immer dann entstehen, wenn erfahrungsgestützte eigene oder fremde Beobachtungen am Patienten auf weitere Patienten übertragen werden, d. h. hier wird ein Grundproblem der Erfahrungsbildung in der Medizin berührt. EbM versucht insoweit, dieses Problem explizit und einer kritischen Reflexion zugänglich zu machen.

202. In den vergangenen Jahren haben die Vertreter der EbM durch die Sammlung und Sichtung der wissenschaftlichen Literatur und deren Aufbereitung in Form von systematischen Informationssynthesen (z. B. systematische Reviews der Cochrane Collaboration, Health-Technology-Assessment-Berichte, evidenzbasierte Leitlinien) mit der „Kartierung der Grauzonen“ in der Medizin begonnen. Solche Informationen bieten nicht nur Ärzten und anderen Leistungserbringern, sondern auch Patienten und politischen Entscheidungsträgern Auskünfte, die eine informierte Entscheidung unterstützen können.

Allerdings war diese dringend notwendige „Inventur des Evidenz-Bestands“ für viele Leistungserbringer, Kostenträger und andere Entscheidungsträger ernüchternd, weil sie aufzeigte, dass die Bereiche gesicherten Wissens in der Medizin sehr viel kleiner und die Grauzonen sehr viel größer sind als erwartet. Betrachtet man beispielsweise die Cochrane Reviews zu ganz unterschiedlichen medizinischen Interventionen (und dabei handelt es sich noch um die eher gut untersuchten Verfahren), dann ist das Ergebnis „inkonklusive Evidenz“ eher die Regel als die Ausnahme. In diesem Zusammenhang wird eine – allerdings nicht mehr ganz aktuelle – Übersicht immer wieder zitiert, der zufolge nur etwa 4 % aller ambulant und stationär erbrachten Dienstleistungen dem Anspruch auf belastbare Evidenz genügen, 45 % genügen einfacheren Evidenzkriterien und für den „Rest“ (rechnerisch 51 %) gibt es heute keine wissenschaftliche Evidenz (Field, M. J. u. Lohr, K. N. 1992). Angesichts dessen, dass nur ein recht geringer Teil der mittlerweile kaum mehr zu überblickenden wissenschaftlichen Literatur relevante und nutzbare Evidenz für die praktische, patientenbezogene Versorgung liefert, wurde der Frage, wie sich Ärzte in den Grauzonen inkonklusiver Evidenz verhalten sollen, erstaunlich wenig Beachtung geschenkt.

203. In der Praxis sind ganz unterschiedliche Verhaltensweisen gegenüber Grauzonen zu beobachten. Aus der Sicht des Rates ist ein (vor allem gesundheitspolitisch geforderter) therapeutischer Minimalismus ebenso verfehlt wie das andere Extrem – eine Haltung der therapeutischen Beliebigkeit (*anything goes*).

Therapeutischer Minimalismus

204. Ein aus methodischem Purismus resultierender therapeutischer Minimalismus verstößt gegen zwei

grundlegende und pragmatische Prinzipien des EbM-Konzepts:

- Das Prinzip der *best available evidence* fordert nicht, dass sich klinisches Handeln ausschließlich auf die höchste Evidenzstärke gründen muss, sondern dass bei klinischen Entscheidungen (neben der klinischen Erfahrung des Arztes und den Präferenzen des Patienten) die beste verfügbare Evidenz kritisch mitberücksichtigt (oder ggf. verworfen) werden sollte. In Ermangelung von Studien höchster Evidenzstärke muss sich klinisches Handeln häufig ganz pragmatisch auf das Expertenurteil und die Patientenpräferenzen stützen.
- Das Prinzip der *best feasible evidence* fordert eine pragmatische Orientierung der Evidenzstärke von Studien an dem ethisch, finanziell und methodisch Machbaren.

205. Aus methodologischer Sicht ist zu bedenken, dass der Sachverhalt einer fehlenden bzw. ungesicherten Evidenz für die Effektivität einer Maßnahme nicht gleichzusetzen ist mit fehlender Effektivität einer Maßnahme. Nur in letzterem Falle (und hier handelt es sich nicht mehr um eine Grauzone) ist aus medizinischer Sicht die Ablehnung eines Verfahrens gerechtfertigt.

206. Ein realitätsgeleitetes Verständnis der EbM in den Grauzonen ärztlichen Handelns erweist sich aber auch bei einer Reihe im Versorgungsalltag häufig auftretender Situationen als hilfreich und praktikabel:

- Non-Respondern, bei denen empirisch gesicherte Verfahren nicht wirken, kann eine ärztliche Behandlung nicht verwehrt werden. In dieser individuellen Behandlungssituation sollte der Grundsatz der bestmöglichen Evidenz Anwendung finden (Abholz, H.-H. u. Schmacke, N. 2000).
- In der praktischen Medizin treten nicht selten Situationen auf, in denen aus der Sicht von Patient und Arzt irgend etwas getan werden muss (*ut aliquid fiat*). Einer solchen Erwartungshaltung kann nicht einfach mit dem Hinweis auf das Fehlen evaluierter Verfahren begegnet werden. Hier kann die symptombezogene Behandlung unter Nutzung des Placeboeffektes eine akzeptable therapeutische Strategie darstellen. Es kann allerdings in einem nicht unerheblichen Teil der Fälle vermutet werden, dass sich hinter der Erwartungshaltung eines *ut aliquid fiat* teilweise auch ungelöste Probleme der Kommunikation zwischen Patient, Angehörigen und Arzt verbergen, die ein klares Ansprechen und Erläutern der Tatsache, dass eine Intervention gerade nicht erforderlich oder hilfreich ist, verhindern. Selbst bei infauster Prognose ist daher kritisch zu prüfen, ob eine Initiation bzw. Weiterführung einer unwirksamen Therapie unter der Vorstellung, dass dies dem Kranken noch Hoffnung lässt, im Sinne des Patienten wirklich gerechtfertigt ist.
- Die Präferenzen und Behandlungsziele des Patienten können trotz aller ärztlichen Bemühungen stark von dem Vorgehen abweichen, das aus ärztlicher Sicht und

unter Berücksichtigung der besten verfügbaren Evidenz geboten wäre.

- Ein großer Teil der Patienten in der ambulanten Versorgung, insbesondere in der allgemeinmedizinischen Praxis, weist ein Beschwerdebild mit Krankheitswert auf, das unter Umständen ein typisches Krankheitsmuster ergibt, sich aber nicht klassischen Einzeldiagnosen zuordnen lässt. Auch hier kann ein Behandlungsbedarf bestehen, obwohl mit dem Fehlen klassischer Diagnosen keine hinreichend evaluierten Therapien vorliegen. Unter solchen Umständen die Ablehnung einer Therapie zu fordern, ist unrealistisch oder sogar schädlich, weil sie die Arzt-Patient-Beziehung empfindlich belasten und die notwendige weitere Verlaufsbeobachtung gefährden kann (Abholz, H.-H. u. Schmacke, N. 2000). In solchen Fällen muss der Arzt gemäß dem Grundsatz der bestmöglichen Evidenz auf erfahrungsgeprägte Therapien zurückgreifen, die sich bei ähnlichen Verläufen bewährt haben.

Gefahr der therapeutischen Beliebigkeit

207. Neben der Gefahr des therapeutischen Minimalismus in Grauzonen, d. h. einer – auch aus der Sicht der EbM – ungerechtfertigten Unterlassung medizinisch relevanter Maßnahmen, für die keine belastbare Evidenz vorliegt bzw. vorliegen kann, besteht andererseits auch die Gefahr der therapeutischen Beliebigkeit – einer Mentalität des *anything goes*. Zur Lösung dieser Problematik kann die EbM allein wenig beitragen. Hier bedarf es Maßnahmen im Bereich der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung, der Implementierung gezielter qualitätswirksamer Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung der wechselseitigen kollegialen Kontrolle (s. Kapitel II-1) und der Entwicklung ärztlicher Leitlinien (s. Abschnitt II-2.4).

208. Aus der Sicht des Rates erfordert der Umgang mit Grauzonen auch eine langfristige Umorientierung der Forschungsbemühungen auf praktisch relevante, elementare und weithin anerkannte Leistungen ärztlichen Handelns, die bislang unzureichend oder gar nicht evaluiert wurden. So wird bislang in der klinischen Forschung aus methodischen und finanziellen Gründen die Evaluation komplexer Behandlungsaufgaben und therapeutischer Ansätze längerer Reichweite, wie sie gerade bei chronisch kranken Patienten häufig notwendig sind, zugunsten einfacher, eindimensional zu beschreibender Interventionen vernachlässigt.

Unzureichend evaluiert sind aber auch Interventionen, hinter deren weiterer Anwendung keine Interessen ökonomisch potenter und entscheidungsbefugter Anbieter stehen. Dies gilt insbesondere für das gesamte Feld der „Zuwendungsmedizin“, das viele ärztliche Betreuungsleistungen mit aufklärendem, beratendem, ermutigendem und unterstützendem Charakter umfasst, die einen zentralen Bestandteil der Medizin bilden. In diesen Bereich fallen fast alle ärztlichen Gesprächsleistungen, bestimmte Entspannungstechniken und die ärztliche Beratung über

die Bewältigung von Krankheiten im sozialen Umfeld durch Selbsthilfe oder auch „Hausmittel“ (Abholz, H.-H. u. Schmacke, N. 2000).

Aus diesem Grund befürwortet der Rat, dass Maßnahmen der Zuwendungsmedizin in Zukunft stärker als bisher in ein versorgungsorientiertes Qualifizierungs- und Forschungsprogramm eingebettet werden. Nur auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass die Zuwendungsmedizin den Beigeschmack der therapeutischen Beliebigkeit verliert und wissenschaftliche Seriosität gewinnt (Abholz, H.-H. u. Schmacke, N. 2000).

2.3.6 Umsetzbarkeit und Umsetzung von evidenzbasierter Medizin

2.3.6.1 Umsetzung von evidenzbasierter Medizin

209. Gemessen an der Präsenz des Themas EbM auf vielen Veranstaltungen, Foren und Diskussionsrunden wurde dem Thema der Umsetzbarkeit und Umsetzung von EbM in Deutschland erstaunlich wenig Beachtung geschenkt. Aber auch unter den vielen internationalen Veröffentlichungen zu dem Thema EbM befassen sich nur annähernd 5 % explizit mit der Frage der Umsetzung. Aus deutscher Sicht ist auffällig, dass keine der bislang publizierten Untersuchungen zur Umsetzung und Umsetzbarkeit von EbM in die praktische Versorgung aus Deutschland stammt (Fritsche, L. et al. 2000).

210. Die Umsetzung von EbM-Prinzipien kann im Wesentlichen an zwei Ebenen des Gesundheitswesens ansetzen (Fritsche, L. et al. 2000):

- Auf der Systemebene wird die vorhandene Evidenz auf Patientenkollektive angewendet, um die nachweislich für die in Betracht gezogene Zielgruppe sinnvollste Behandlung festzulegen. Die häufigste Form der Anwendung von vorhandener Evidenz auf dieser Ebene ist die evidenzbasierte Leitlinie. In diesem Bereich existieren mittlerweile zahlreiche Studien, die zeigen, dass durch Leitlinien sowohl das ärztliche Verhalten als auch die Outcomes positiv beeinflusst werden können (s. Abschnitt II-2.4).
- EbM im eigentlichen Sinne ist aber das fallbezogene Vorgehen durch den behandelnden Arzt in Praxis und Klinik. Diese „klassische“ Anwendung der EbM zur Lösung eines Problems bei einem einzelnen Patienten wird aus der Sicht von klinisch tätigen Ärzten, die EbM praktizieren, in absehbarer Zukunft angesichts des Mangels an qualitativ akzeptablen, evidenzbasierten Leitlinien, nicht an Bedeutung verlieren.

211. Um die EbM im klassischen Sinne erfolgreich betreiben zu können, bedarf es bestimmter Voraussetzungen, die in Deutschland nicht überall gegeben sind und daher teilweise noch geschaffen werden müssen. Eine Voraussetzung ist ein effektiver Zugriff auf die publizierte wissenschaftliche Evidenz (sowohl auf Primärstudien als

auch auf qualitätsgesicherte Datenbanken systematischer Informationssynthesen, z. B. die Cochrane Library). Dies erfordert eine Ausstattung mit vernetzten Computern und idealiter eine Unterstützung durch Bibliothekare. Daneben erfordert die erfolgreiche Anwendung von EbM eine Reihe von Kompetenzen, die im Rahmen der medizinischen Aus-, Fort- oder Weiterbildung vermittelt und eingeübt werden müssen (Tabelle 19, Seite 82).

212. In den letzten drei Jahren wurden an unterschiedlichen Standorten in Deutschland (z. B. Berlin, Freiburg, Hannover, Köln, Lübeck, Ulm, Wuppertal) eine Reihe von Lehrangeboten der EbM für Medizinstudenten und Ärzte entwickelt. Vermittelt werden in diesen Kursen Grundkenntnisse der klinischen Epidemiologie und der klinischen Entscheidungsfindung hinsichtlich patientenorientierter Fragen nach der Diagnose, Therapie, Prognose und Ätiologie von Krankheiten. Gelehrt werden ferner Fertigkeiten der Literaturrecherche und der kritischen Literaturanalyse. Mit der Gründung des „Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin“ auf dem ersten bundesweiten EbM-Symposium im März 1998 in Berlin ist ein wichtiger Beitrag zur Förderung von evidenzbasierter Medizin geleistet worden. Als prioritäre Zielsetzungen des Netzwerkes wurden u. a. die Entwicklung von Aus-, Weiter- und Fortbildungscurricula und -modellen sowie die Abstimmung laufender, EbM-bezogener Forschung, Ausbildung und Praxis identifiziert (<http://www.ebm-netzwerk.de/>).

213. Die ersten Erfahrungen mit diesen Lehrangeboten haben verdeutlicht, dass die Vermittlung der für die erfolgreiche Anwendung von EbM notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten (Tabelle 19) beträchtlicher und langfristiger Anstrengungen bedarf. Die Kursangebote bieten zwar die Chance eines Einstiegs. Um EbM aber zur selbstverständlichen Routine werden zu lassen, sind wahrscheinlich jahrelange Übung und Routine notwendig. Besonders für beruflich stark beanspruchte Ärzte ist die Aneignung und Umsetzung der klassischen Techniken der EbM mit erheblichen zusätzlichen Anstrengungen verbunden.

214. Auch internationale Studien deuten darauf hin, dass die Vermittlung der klassischen EbM-Fertigkeiten des *critical appraisal* bei Medizinstudenten erfolgreicher ist als bei Ärzten (Norman, G.R. u. Shannon, S.I. 1998). Hieraus ergibt sich aus der Sicht des Rates in Abhängigkeit von der Ausbildungsphase die Notwendigkeit einer differenzierten Implementierungsstrategie:

- Die für die erfolgreiche Anwendung von EbM erforderlichen Basiskompetenzen sollten bereits frühzeitig in regulären, testpflichtigen Kursen des Medizinstudiums vermittelt werden. Nur so ist sichergestellt, dass alle Ärzte bereits mit dem Beginn ihrer beruflichen Laufbahn über genügend Routine verfügen, um die Anwendung von EbM (bzw. klinisch-epidemiologischer Prinzipien) effizient in ihre klinische Tätigkeit integrieren zu können.

Tabelle 19

Komponenten medizinischer Ausbildung in EbM („Kompetenzraster“)

Kompetenzbereich	Spezifische Kompetenzen	Spezifische Fortbildung/Ausbildung/Lernziele
Definition des klinischen Problems, ev. Prioritätensetzung	Zielorientiertes Arbeiten	Strukturierung von Problemstellungen
Suche nach der bestverfügbaren Evidenz	Erwägung aller wichtigen Aspekte des klinischen Problems	Problemspezifisches klinisches Wissen
	Beachtung der Werte und Präferenzen des Patienten	Kommunikationsfähigkeiten
	Berücksichtigung aller relevanten Informationsquellen	Problemspezifisches klinisches Wissen
	Planung der Literatursuche anhand einer beantwortbaren Fragestellung	Logisch-analytisches Denken
	Systematische Suche in Datenbanken	Computerkenntnisse, datenbank-spezifische Suchfertigkeiten
Bewertung der gefundenen Literatur	Unterscheidung kontext-relevanter von -irrelevanter Evidenz	Problemspezifisches klinisches Wissen; epidemiologische Grundkenntnisse
	Überprüfung der Glaubwürdigkeit der Ergebnisse (Validität)	Kritische Bewertung der Literatur (<i>critical appraisal</i>)
	Wertung der klinischen Relevanz der Ergebnisse	Biomedizinisch-statistische Kenntnisse, problemspezifisches klinisches Wissen
	Verständnis der „Hierarchie der Evidenz“ in medizinischen Studien	Kritische Bewertung der Literatur (<i>critical appraisal</i>)
Anwendung der Ergebnisse	Übersetzung klinischer Ergebnisparameter in patientenrelevante Parameter	Biomedizinisch-statistische Kenntnisse
	Patientenzentrierte Vorgehensweise bei der Anwendung von Studienergebnissen	Empathie, Kommunikationsfähigkeiten

Quelle: Helou, A. et al. (2000c); modifiziert nach Greenhalgh, T. u. Macfarlane, F. (1997)

- Ärzten mit längerer Berufserfahrung sollten neben den üblichen optionalen Kursen der EbM zusätzliche Möglichkeiten einer verbesserten Nutzung von externer wissenschaftlicher Evidenz angeboten werden. So gelangt beispielsweise eine bei englischen Allgemeinärzten durchgeführte Befragung zu der Schlussfolgerung, dass die Förderung und Verbesserung des Zugangs zu verlässlichen und praxisgerecht aufbereiteten Informationssynthesen (z. B. evidenzbasierten Leitlinien, systematischen Reviews) eine sinnvollere Maßnahme zur Förderung einer evidenzbasierten Versorgung darstellt, als allen Ärzten die Techniken der Literaturrecherche und kritischen Bewertung beizubringen (McColl, A. et al. 1998).

bringen (McColl, A. et al. 1998). Eine vom NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999) publizierte systematische Übersicht (*getting evidence into practice*) zeigt, dass es darüber hinaus eine Reihe weiterer Implementierungsmaßnahmen gibt, um den Prozess des Evidenztransfers in die Praxis zu unterstützen (vgl. Abschnitt II-2.4).

215. Der Rat befürwortet daher die Entwicklung vielfältiger, flexibler und an den Bedürfnissen und Kenntnissen unterschiedlicher Zielgruppen ausgerichteter Maßnahmen zur Sicherung des Evidenztransfers in die praktische Versorgung. Eine entscheidende Rolle bei der Realisierung einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung

gung kommt dabei auch der verbesserten Aufklärung und Information von Patienten und Angehörigen durch die Bereitstellung laiengerecht aufbereiteter evidenzbasierter Informationsangebote zu (vgl. Kapitel I-3 und II-3.6).

2.3.6.2 Herausforderungen

216. Die nationalen und internationalen Erfahrungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass die Umsetzung und Integration der EbM in die praktische Versorgung durch eine Reihe unterschiedlicher Probleme und Fehlhaltungen gefährdet sein kann.

217. Ein bislang noch weitgehend unterschätztes Problem stellt die Gefahr der „evidenzbasierten Besserwisseri“ dar, die ein Zerrbild der EbM (bis hin zur Parodie) liefert. Eine solche Fehlhaltung wird gefördert, wenn die Lehre der EbM auf die bloße Vermittlung von Informationen und Techniken der kritischen Analyse und Umsetzung externer wissenschaftlicher Evidenz reduziert wird. Hier wird vergessen, dass die Anwendung der EbM in eine von Toleranz und Selbstkritik geprägte Diskussions-, Evaluations- und Entscheidungskultur eingebettet sein sollte.

218. Ein ganz zentrales Anliegen der EbM besteht darin, die Erkenntnisse ihrer Basiswissenschaft, der klinischen Epidemiologie, in ein praxistaugliches und anwendernahes Instrument zu transferieren. In eine ähnliche Richtung zielt das Bemühen von Vertretern der EbM, die unübersichtliche und oft praxisferne medizinische Originalliteratur durch Übersichtsarbeiten oder bewertete Zusammenstellungen klinisch relevanter aktueller Originalpublikationen aufzubereiten. Paradoxerweise läuft aber EbM – besonders in Deutschland – in die Gefahr, sich zu einer Geheimwissenschaft mit einer von zahlreichen Anglizismen durchsetzten Terminologie zu entwickeln. EbM wird darauf achten müssen, verständlich zu bleiben, weil sie ansonsten ihre Hauptzielgruppen,

Studierende und praktizierende Ärzte, verfehlen wird (Raspe, H. 1996).

219. Den Vertretern der EbM wird auf der anderen Seite aber auch der Vorwurf gemacht, die komplexe Versorgungswirklichkeit mit ihren zahlreichen sachgegebenen Unwägbarkeiten auf einige wenige simple, leicht lösbare klinische Problemstellungen zu reduzieren. So handelt es sich bei den veröffentlichten Beispielen meist um Patienten, die eine eindeutige Diagnose in einem wohldefinierten Krankheitsstadium aufweisen. Bei der Literatursuche finden sich dann ein oder wenige relevante Artikel, mit deren Hilfe die klinische Fragestellung eindeutig zu beantworten ist (Perleth, M. u. Raspe, H. 1999). Aus didaktischer Sicht ist eine solche Vereinfachung sinnvoll, wenn es um die Vermittlung der Grundlagen der EbM geht. Damit aber EbM von Ärzten als glaubwürdige Methode der klinischen Entscheidungsfindung akzeptiert wird, muss bereits bei der Ausbildung auch die Frage thematisiert werden, wie sich EbM in einer komplexen Versorgungswirklichkeit, insbesondere in den Grauzonen ärztlichen Handelns, bewähren kann.

220. In der patientenbezogenen Versorgung werden in Deutschland wahrscheinlich tagtäglich Millionen von medizinischen Entscheidungen unterschiedlicher Tragweite getroffen. Jedes dieser Probleme mit den Techniken der EbM anzugehen, brächte die Gesundheitsversorgung wahrscheinlich in kürzester Zeit zum Erliegen. An dieser Stelle wird deutlich, dass auch der Einsatz von EbM das Setzen von Prioritäten bei der Auswahl der zu klärenden Probleme erfordert. Es wurden daher Vorschläge erarbeitet, die klinisch tätige Ärzte bei der Priorisierung berücksichtigen können (Tabelle 20). Wenn es um die Priorisierung im Rahmen bevölkerungsbezogener Entscheidungen geht, erlauben die für die Themenauswahl von Leitlinien und Gesundheitstechnologiebewertungen erarbeiteten Kriterien eine brauchbare Orientierung (Tabelle 23 in Abschnitt II-2.4.5).

Tabelle 20

Prioritäten bei der Aufbereitung von klinischen Problemen mit den Methoden der EbM

Allgemein:

- Ist das Gesundheitsproblem in der (eigenen) Praxis häufig?
- Hat das Problem für den Patienten schwerwiegende gesundheitliche Bedeutung?
- Welchen Nutzen/welche Risiken hat die Maßnahmen für den Patienten?
- Welche Kosten/Belastungen entstehen für den Patienten/die Gesellschaft?

Speziell:

- Gibt es in der Literatur klare Anhaltspunkte dafür, dass man das Problem überhaupt wirksam angehen kann?
- Ist der Kreis der Patienten, die von der Maßnahme profitieren, hinreichend scharf umrissen?
- Gibt es für verschiedene Möglichkeiten vergleichbare Ergebnisparameter?
- Sind die zur Diskussion stehenden Möglichkeiten tatsächlich durchführbar?

Quelle: Perleth, M. (1999), modifiziert nach Evidence-based Care Ressource Group (1994)

221. Eine große Herausforderung für die EbM wird in den nächsten Jahren darin bestehen, sich nicht von den unterschiedlichen Gruppen im Gesundheitswesen einseitig interessengeleitet instrumentalisieren zu lassen. Der Versuch einer solchen politischen Vereinnahmung schadet dem Ansehen der EbM.

222. Geschützt werden muss das Konzept der EbM aber auch vor überzogenen Erwartungen. Selbst bei einer optimalen Umsetzung kann die EbM keine Panazee zur Lösung aller Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprobleme der Gesundheitsversorgung sein, da viele Probleme im Gesundheitswesen nicht allein auf eine unzureichende und fehlerhafte Umsetzung der Evidenz in die Praxis zurückzuführen sind. Insbesondere der Einsatz von EbM als primäres Mittel der Kostenkontrolle stellt ein Missverständnis der finanziellen Konsequenzen der EbM dar. EbM ist in erster Linie dem Patientenwohl verpflichtet.

Es ist in diesem Zusammenhang zwar durchaus möglich, dass durch den Wegfall unnötiger Behandlungsmaßnahmen (und der dadurch verursachten Folgekosten und -schäden) auch Kosten eingespart werden. Andererseits aber kann EbM auch zu einer Erhöhung der Kosten beitragen, wenn bislang unterversorgte Patientengruppen so versorgt würden, wie es die beste verfügbare Evidenz nahe legt (Sackett, D.L. et al. 1996).

223. Schließlich muss sich die EbM aber auch an ihren eigenen Maßstäben messen lassen und die Frage nach ihrer eigenen Evidenz beantworten. Die bislang vorliegenden internationalen Studien zeigen, dass die Vermittlung der klassischen EbM-Fertigkeiten der kritischen Literaturanalyse in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung zu einer Verbesserung des Wissens führt (Audet, N. et al. 1993; Burls, A. J. E. 1997; Norman, G.R. u. Shannon, S. I. 1998; Taylor, R. S. et al. 1997). Bislang ist aber die Frage noch offen, inwieweit die Praxis der EbM langfristig zu einer relevanten Verbesserung auf der Ebene von Verhaltensänderungen der Leistungserbringer und patientenaher Outcomes beiträgt.

Die Defizite in der Evaluation von EbM sind zum großen Teil den erheblichen Schwierigkeiten der Durchführung entsprechender Studien zuzuschreiben (Sackett, D. L. u. Parkes, J. 1997): So bestehen in den medizinischen Fakultäten erhebliche Bedenken gegen eine randomisierte Zuteilung von Studierenden zu unterschiedlichen Lehrangeboten; eine Verblindung ist innerhalb von Fakultäten nicht möglich; ein längeres Follow-up stößt aufgrund des raschen Durchlaufs auf erhebliche Probleme. Der Rat erhofft sich nähere Aufschlüsse von einem Cochrane Review zu dieser Thematik, das sich derzeit noch im Protokoll-Stadium befindet (Parkes, J. et al. 2000).

2.4 Evidenzbasierte Leitlinien

2.4.1 Einleitung

224. Die vom Sachverständigenrat bereits seit 1994 verstärkt angeregten und im angloamerikanischen Sprachraum etablierten evidenzbasierten Leitlinien setzen sich nun auch in Europa durch. Führend in der Erstel-

lung und dem Einsatz von systematisch und nachvollziehbar erstellten Handlungsempfehlungen sind in Europa vor allem Großbritannien und die Niederlande. Nach einer überraschend kurzen Initialphase der Diskussion über den Sinn und die Grenzen von Leitlinien und einer Phase einer eher aktionsorientierten Produktion ist auch in Deutschland die Situation von der Suche nach den besten Strategien für angemessene Methodik und praxiswirksame Implementationsformen geprägt. Obwohl inzwischen in einer großen Anzahl kontrollierter Studien (Roberts, K.A. 1998) das hohe medizinische und auch ökonomische Potenzial von Leitlinien belegt werden konnte, ist ebenso deutlich geworden (NHS Centre for Reviews and Dissemination 1999), dass die Anwendung und Wirkungen von Leitlinien unter den Bedingungen der Alltagsversorgung komplex sind und einer sorgfältigen Evaluation bedürfen.

225. Nach der allgemein akzeptierten Definition des US-amerikanischen Institute of Medicine handelt es sich bei Leitlinien in der Medizin um systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Ärzte und Patienten, die eine individuell angemessene gesundheitliche Versorgung ermöglichen sollen (Field, M.J. and Lohr, K.N. 1990). Das Besondere an Leitlinien ist somit in erster Linie darin zu sehen, dass die Sicherung einer individuell angemessenen medizinischen Versorgung nicht nur intuitiv aufgrund impliziter und oftmals intransparenter Handlungsmaximen erfolgt, sondern anhand systematisch entwickelter und explizit ausformulierter Entscheidungshilfen für Ärzte und Patienten (Field, M.J. u. Lohr, K.N. 1992; Johnston 1997).

226. Um den Begriff der Leitlinie vor einer inflationären Verwendung zu schützen, sollte die Bezeichnung Leitlinie von den üblichen, in medizinischen Lehrbüchern und Zeitschriften abgegebenen Empfehlungen abgegrenzt werden und den externen Empfehlungen und Stellungnahmen autorisierter Repräsentanten von medizinischen Fachgesellschaften, ärztlichen Standesorganisationen oder staatlichen bzw. parastaatlichen Institutionen oder den internen Leitlinien lokaler Anwender vorbehalten sein (Helou, A. et al. 2000a).

Evidenzbasierte Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von systematisch entwickelten und evidenzbasierten „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in individuell begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Der Begriff Richtlinien sollte hingegen Regelungen des Handelns oder Unterlassens vorbehalten bleiben, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert, veröffentlicht wurden und jederzeit frei zugänglich sowie verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht (Bundesärztekammer u. Kassenärztliche Bundesvereinigung 1997). Diese Unterscheidung ist spezifisch für den deutschen und europäischen Sprachraum. Im amerikanischen Sprachgebrauch werden in der Regel sowohl Richtlinien als auch Leitlinien als *guidelines* bezeichnet und es wird nicht hinsichtlich der Verbindlichkeit differenziert. Im europäischen Sprachraum (insbesondere innerhalb der EU) gilt, dass eine *guideline* hinsichtlich ihres Verbindlichkeitsgrades einer „Leitlinie“ und eine *directive* einer „Richtlinie“ entspricht (Ollenschläger, G. et al. 2000).

2.4.2 Ziele von evidenzbasierten Leitlinien

227. Die Kernaufgabe von Leitlinien besteht darin, die in der medizinischen Routineversorgung unter durchschnittlichen Umgebungsbedingungen auftretenden Abweichungen vom idealen Nutzenkorridor zu minimieren. In Abbildung 4 wird dieser Sachverhalt schematisch veranschaulicht. Dargestellt ist ein in einer Krankenhausabteilung für eine bestimmte Indikation verwirklichtes durchschnittliches Nutzenprofil (1) mit starken Qualitätsabweichungen nach oben und unten. Das Ziel der Leitlinie sollte nicht allein darin bestehen, diesen Durchschnitt lediglich zu sichern. Angestrebt wird vielmehr eine Anhebung des Qualitätsniveaus auf einen normativen Erwartungskorridor (2), der deutlich über dem durchschnittlichen Erwartungsprofil liegt und gleichzeitig eine geringere Varianz aufweist.

228. Leitlinien zielen nicht nur darauf ab, Bereiche einer medizinischen Über- und Fehlversorgung abzubauen und auf diese Weise Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren. Sie können ebenso eingesetzt werden, um einer bestehenden Unterversorgung (z. B. in den Bereichen der Prävention und der Rehabilitation chronischer Erkrankungen) zu begegnen.

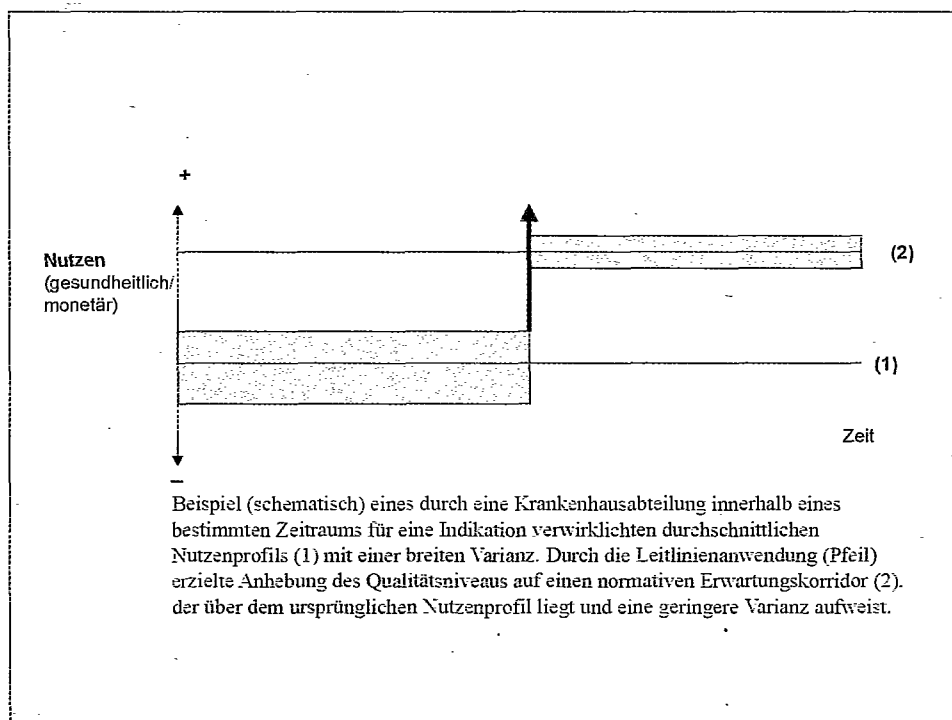
229. Evidenzbasierte Leitlinien lassen sich als flexible und vielseitige Steuerungsinstrumente des medizinischen Leistungsgeschehens mit teils überlappenden, teils komplementären Zielen und Funktionen einsetzen (Brook,

R. H. 1995; Helou, A. u. Schwartz, F.W. 2000; Yöos, H. L. et al. 1997):

- zur Verbesserung der Versorgungsqualität:
 - primär: Gesundheitseffekte auf Morbidität, Mortalität, Lebensqualität, Ressourcenverbrauch, Patientenzufriedenheit,
 - sekundär: Prozessergebnisse im Hinblick auf Art und Umfang der Versorgung, auf Kosten sowie Gesundheitsergebnisse,
- zur Standardisierung von Interventionen, Verbesserung von Entscheidungsgrundlagen, zur Festlegung von *critical pathways* zur Definition optimaler Behandlungsstrategien,
- zur Risikoreduzierung im Hinblick auf Prozessverantwortung für fahrlässige Versorgung,
- zur Budgetkontrolle,
- zur Verbesserung der Effizienz: Eliminierung von Unter- bzw. Überversorgung durch Vermeidung unnötiger und überholter medizinischer Maßnahmen und unnötiger Kosten, aber auch Vermeidung von versäumtem Nutzen oder vermeidbarem Schaden durch unterlassene Maßnahmen,
- zur Verbesserung der Aus- und Weiterbildung von Klinikern und Studenten,

Abbildung 4

Nutzenerwartungen an Leitlinien



Quelle: modifiziert nach Helou, A. u. Schwartz, F. W. (2000)

- zur Reduktion medizinisch und ökonomisch unangemessener geographischer oder institutionenbezogener Variationen in der Erbringung von Gesundheitsleistungen,
- als „Evidenz-Vehikel“ zur schnelleren und vollständigeren Diffusion von wissenschaftlich gewonnenen Informationen in den Praxisalltag (*getting evidence into practice*) (vgl. SG 1997),
- als Instrumente für eine verbesserte Zugangssteuerung zu unterschiedlichen Bereichen der medizinischen Versorgung,
- als Instrumente eines integrierten Disease-Managements an den vielfältigen Schnittstellen zwischen einzelnen Versorgungsbereichen (ambulant/stationär, akutstationär/rehabilitativ), Behandlungsansätzen (präventiv, kurativ, rehabilitativ), Berufs- und Fachgruppen sowie Kostenträgern,
- zur Förderung der Prävention und Rehabilitation als der Kuration gleichgestellte Behandlungsansätze,
- zur Evaluation der medizinischen Versorgung mit Hilfe aus evidenzbasierten Leitlinien abgeleiteter Evaluationskriterien (*medical review criteria*),
- zur Verbesserung der Information und stärkeren Partizipation der Patienten an der klinischen Entscheidungsfindung (*shared decision-making*),
- als Informationsservice für die Öffentlichkeit (mehr Transparenz im Gesundheitswesen),
- zur Aufdeckung von Daten- und Forschungslücken,
- als Instrumente im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements.

2.4.3 Einsatzbereiche und Themenschwerpunkte von Leitlinien

230. Leitlinien werden national und international von verschiedenen Institutionen, Fachgesellschaften und Gruppen für ganz unterschiedliche Versorgungskontexte entwickelt. Dabei handelt es sich aber in vielen Fällen weniger um medizinische Leitlinien in dem in der Einleitung definierten Sinne (s. Abschnitt II-2.4.1), sondern eher um Richtlinien oder nicht näher spezifizierbare Texte mit empfehlendem oder normierendem Charakter. Tabelle 21 gibt eine Übersicht über die Herausgeber von Leitlinien bzw. von normierenden/empfehlenden Texten im deutschen Gesundheitswesen. Der größte Teil der bislang in Deutschland publizierten Leitlinien wurde von Vertretern der Hochschulmedizin entwickelt und liefert in erster Linie klinische Entscheidungshilfen für Probleme der fachärztlichen Versorgung.

231. Hinsichtlich ihrer thematischen Ausrichtung ist die Mehrzahl der in Deutschland existierenden Leitlinien krankheits- bzw. diagnoseorientiert: Sie beschreiben ärztliches Handeln ausgehend von gesicherten Diagnosen oder Syndromen. Symptomorientierte Leitlinien, die thematisch von den Patientenanliegen ausgehen, spielen bislang eine vergleichsweise nachgeordnete Rolle (Abbildung 5, Seite 87).

Die Orientierung an Symptomen wird insbesondere von Allgemeinmedizinern und primärärztlich tätigen Internisten bevorzugt, da sie den Bedürfnissen der primärärztlichen Versorgung eher gerecht wird und hier Tätige weit- aus häufiger mit Patientenbeschwerden konfrontiert werden als mit ausdiagnostizierten Krankheitsbildern (Gerlach, F. M. et al. 1998).

Tabelle 21

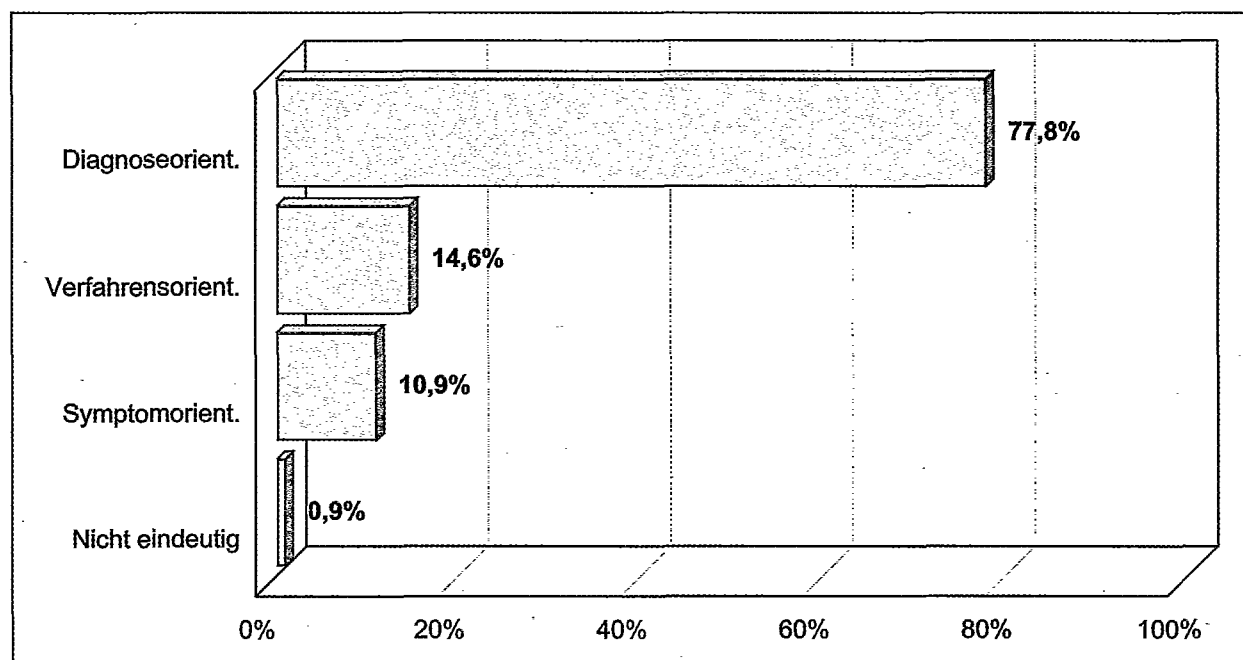
Herausgeber von Leitlinien und anderen Texten mit normierendem oder empfehlendem Charakter

- AWMF/medizinische wissenschaftliche Fachgesellschaften
- Ärztliche Berufsverbände
- Bundesärztekammer: Wissenschaftlicher Beirat, Arzneimittelkommission der Ärzteschaft
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen („Richtlinien“)
- Nachgeordnete Behörden des Bundesministeriums für Gesundheit
- Einzelexperten bzw. Expertengruppen
- Qualitätszirkel/Praxisverbünde
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Kassenärztliche Vereinigungen
- Kostenträger (Berufsgenossenschaften, Rentenversicherer)
- Krankenhäuser/Krankenhausverbünde
- Landesärztekammern
- Medizinindustrie
- Verbände der Fachberufe im Gesundheitswesen
- Wissenschaftliche Institute

Quelle: modifiziert nach Ollenschläger, G. et al. (2000)

Abbildung 5

Thematische Orientierung der von den deutschen medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften entwickelten Leitlinien
(n = 329; Stand 4. November 1997).



Quelle: Helou, A. (1998)

Aus der Sicht des Rates sind beide Typen von Leitlinien notwendig, da sie unterschiedliche Bereiche des ärztlichen Handelns abdecken (Abbildung 6, Seite 88).

232. Symptomorientierte Leitlinien spielen eine wichtige Rolle bei der differentialdiagnostischen Abklärung von Symptomen und Befunden. Das Ziel symptombezogener Leitlinien besteht u. a. darin, einzelne Beschwerden, Symptome und Befunde – in Abhängigkeit vom jeweiligen Versorgungssetting (z. B. Hausarztpraxis, Krankenhaus) – einer oder mehreren Verdachtsdiagnosen sinnvoll zuzuordnen, sofern sich hieraus therapeutische Konsequenzen ergeben können (vgl. Abschnitt II-3.2). Hierbei sollten klinisch-epidemiologische Kriterien (Sensitivität, Spezifität, Krankheitsprävalenz, Prä-Test- und Post-Test-Wahrscheinlichkeit) sowie die mit dem Einsatz der medizinisch-klinischen Diagnostik verbundenen Risiken und Unannehmlichkeiten für den Patienten berücksichtigt werden. Symptombezogene Leitlinien sollten daher auch konkret Antworten auf die Frage geben, welche Konsequenzen sich aus den Untersuchungsergebnissen ergeben und inwieweit sich durch die Diagnostik die Nachtestwahrscheinlichkeit für eine vermutete Diagnose so verändert, dass sich hieraus relevante therapeutische Folgen ergeben (Prinzip der Behandlungsschwellenwahrscheinlichkeit – *treatment threshold probability*). Bei einem mehrstufigen differentialdiagnostischen Vorgehen sollte auf jeder Stufe der Diagnostik der Grad der verbleibenden differentialdiagnostischen Unsicherheit gegenüber den

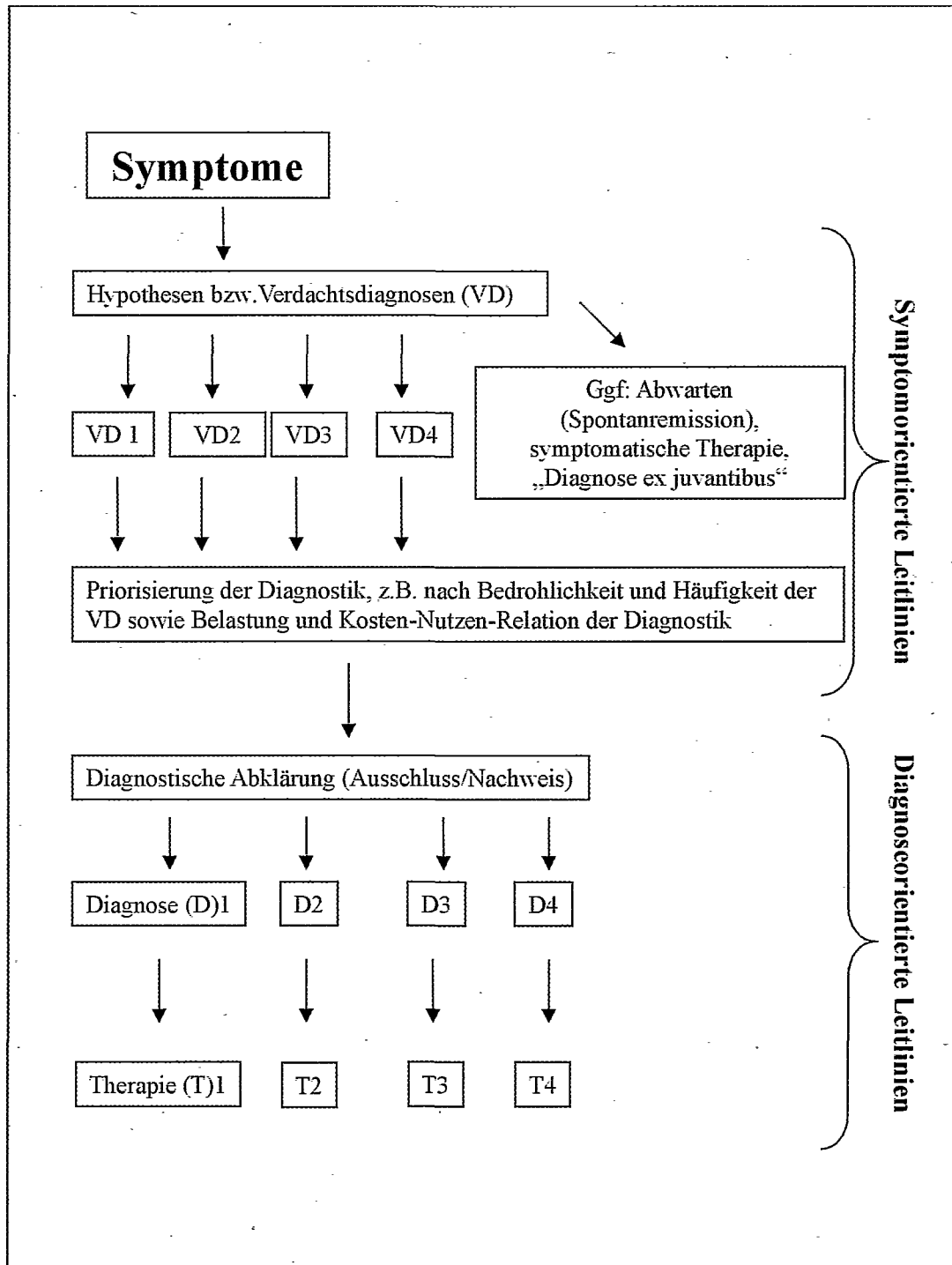
Risiken und dem Nutzen weiterer diagnostischer Schritte jeweils erneut abgewogen werden (Scriba, P. C. u. Pforte, A. 2000). Darüber hinaus können symptomorientierte Leitlinien auch Empfehlungen darüber enthalten, unter welchen Bedingungen ein Zuvarten, eine symptomatische Therapie oder eine „Diagnose ex juvantibus“ gerechtfertigt sind.

Symptomorientierte Leitlinien sollten aber dann (sofern es sich nicht um eine geringfügige Gesundheitsstörung handelt) in ein nosologisches, d. h. diagnoseorientiertes Leitlinienwerk münden, welches den von Verdachtsdiagnosen ausgehenden Prozess der Diagnose und Therapie beschreibt.

Symptomorientierte und diagnoseorientierte Leitlinien stellen somit keine konkurrierende, sondern komplementäre Formen der thematischen Orientierung von Leitlinien dar. Ein Leitlinienkonzept, das beide Betrachtungsweisen miteinander verknüpft, ergibt sich zwangsläufig aus der Natur des ärztlichen Handelns und ermöglicht darüber hinaus eine Verknüpfung zwischen Leitlinien für die Primärversorgung und die spezialisierte Versorgung (Fuchs, C. 1998; Oesingmann, U. 1998; Oldiges, F. J. 1998). Es ist im Hinblick auf den in Abbildung 6 dargestellten Ablauf auch durchaus möglich und empfehlenswert, dass unterschiedliche Arbeitsgruppen (z. B. einzelne Fachgesellschaften) innerhalb eines abgestimmten modularen Leitlinienprogramms korrespondierende symptom- und diagnoseorientierte Leitlinien entwickeln.

Abbildung 6

Stellung symptom- und diagnoseorientierter Leitlinien im ärztlichen Behandlungsprozess



Quelle: Eigene Darstellung

233. Inzwischen hat die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) damit begonnen, Leitlinien für die primärärztliche Versorgung zu entwickeln, die sich thematisch an den Symptomen und Beschwerden der Patienten (u. a. Brennen beim Wasserlassen, Husten, Harninkontinenz, Halsschmerzen, Rückenschmerzen) orientieren (Gerlach, F. M. et al. 1999).

Hinsichtlich ihrer inhaltlichen Orientierung befassen sich die meisten der in Deutschland entwickelten Leitlinien mit kurativ bzw. akutmedizinischen Aspekten der medizinischen Versorgung. Leitlinien zur Rehabilitation und Prävention sind zahlenmäßig noch stark unterrepräsentiert (Helou, A. et al. 1998). Erste Forschungsprojekte sind angelaufen, die sich mit der Entwicklung bzw. Adaptation von evidenzbasierten Leitlinien für die Rehabilitation befassen (Helou, A. et al. 1999a). In der Pflege hat die Entwicklung von Pflegestandards eine lange Tradition. Eine Beschäftigung mit evidenzbasierten Leitlinien hat in der Pflege hingegen erst begonnen. Seit 1999 existiert an der Universität Halle-Wittenberg ein „Deutsches Zentrum für Evidenzbasierte Pflegepraxis“ (Behrens, J. 1999), das sich zukünftig verstärkt der Entwicklung von Leitlinien widmen will (vgl. Abschnitt II-3.4).

2.4.4 Effektivität von evidenzbasierten Leitlinien

234. Es wird angesichts der vorliegenden Studien inzwischen nicht mehr bestritten, dass Leitlinien zu einer Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung beitragen können. In diesem Zusammenhang wird in der Regel auf die vielbeachtete Arbeit von Grimshaw, J. et al. (1995b) hingewiesen, die im Rahmen eines gestuften systematischen Reviews die Ergebnisse von insgesamt 91 Evaluationsstudien aufarbeiteten (Tabelle 22).

Tabelle 22

Ergebnisse einer systematischen Aufarbeitung von 91 Studien zur Anwendung von Leitlinien (1976 bis 1992)

Effekte:	Anzahl bzw. Anteil (%) der Leitlinien
Prozessqualität betrachtet	87 von 91 (96 %)
Prozess verbessert	81 von 87 (93 %)
Ergebnisqualität betrachtet	17 von 91 (19 %)
Ergebnis verbessert	12 von 17 (70 %)

Quelle: Grimshaw, J. et al. (1995b); modifiziert von Selbmann, H. K. (1996b)

Die Übersicht zeigt, dass methodisch sorgfältig entwickelte Leitlinien in einem hohen Maße zu einer Verbesserung der Prozess- und (in einem etwas geringeren Maße) der Ergebnisqualität der medizinischen Versor-

gung führen. Allerdings stand in der Mehrzahl der Studien die Prozessqualität im Vordergrund. Die Autoren dieser Übersichtsarbeit weisen außerdem selbst darauf hin, dass die in den einzelnen Studien evaluierten Leitlinienprogramme von hochmotivierten „Enthusiasten“ und *product champions* durchgeführt wurden. Die Resultate spiegeln somit eher die Idealwirksamkeit (*efficacy*) als die Alltagswirksamkeit (*effectiveness*) der Leitlinienanwendung wider (Grimshaw, J. et al. 1995a). Demgegenüber stehen Übersichten, Studien und Erfahrungsberichte, in denen der Einsatz von Leitlinien unter weniger idealen, alltagsähnlichen Bedingungen nur einen minimalen oder keinen erkennbaren Nutzen zeitigte (u. a. Hetlevik, I. et al. 1997a, 1997b; van der Weijden, T. et al. 1999; Wolfe, C. D. et al. 1997; Worrall, G. et al. 1997).

Die festgestellte Diskrepanz zwischen der unter Idealbedingungen erreichbaren Wirksamkeit von Leitlinien und der unter durchschnittlichen Umgebungsbedingungen erzielten Alltagswirksamkeit wird größtenteils auf vermeidbare Defizite im Bereich der Prioritätensetzung, Planung, Entwicklung, Dissemination, Implementation (insbesondere der unzureichenden Beachtung von Barrieren und Widerständen) und Evaluation von Leitlinien zurückgeführt (Cabana, M. D. et al. 1999; Helou, A. u. Schwartz, F. W. 2000; Klazinga, N. 1994).

235. Zu warnen ist generell vor einer einseitig kostenmotivierten Entwicklung und Anwendung von Leitlinien sowie vor überzogenen Erwartungen hinsichtlich rascher, qualitätssteigernder oder qualitätsneutraler, aber kostenenkender Effekte und beliebig umschichtbarer Rationalisierungsreserven. Die Hoffnung auf rasche medizinische und ökonomische Erfolge der Anwendung von Leitlinien oder anderen qualitätsorientierten Maßnahmen könnte durch ein mögliches zeitliches Auseinanderdriften von Kosten und Nutzen der durchgeführten Interventionen getrübt werden. Sofort anfallenden Kosten können eventuell erst mittel- und längerfristig entsprechende gesundheitliche Outcomes und qualitative Verbesserungen gegenüberstehen. Dies spricht für die Bedeutung langfristig ausgerichteter Leitlinien- und Qualitätsförderungsprogramme. Es besteht andernfalls die Gefahr, dass eine auf allzu schnelle Erfolge ausgerichtete Gesundheitspolitik langfristig lohnenden Maßnahmen der Qualitätsförderung durch Leitlinien ihre Unterstützung vorzeitig versagen könnte.

In der Kostendämpfungsdebatte darf ferner nicht außer Acht gelassen werden, dass Qualität im Gesundheitswesen ein Wert an sich ist. Die Methodik der Erstellung, die Dissemination und die Implementierung von evidenzbasierten Leitlinien bedarf daher auch dann einer nachhaltigen gesundheitspolitischen Unterstützung, wenn sie nicht zu Kostensenkungen, aber doch zu verbesserten gesundheitlichen Outcomes, mehr Patientenzufriedenheit und mehr gesundheitsbezogener Lebensqualität beiträgt.

2.4.5 Prioritätensetzung bei der Entwicklung von Leitlinien

236. Gerade weil Leitlinienprogramme – vergleichbar anderen Maßnahmen der prozess- oder ergebnisorientierten, evaluativen Qualitätssicherung – an beachtlichen

Zeit- und Kostenaufwand gebunden sind, wäre es kontraproduktiv, das gesamte Feld der medizinischen Versorgung flächendeckend mit Leitlinien zu überziehen. Die Frage sinnvoller Schwerpunktbildungen und Prioritätensetzungen liegt auf der Hand: Wo bestehen Versorgungsdefizite und Rationalisierungspotenziale, die den Einsatz von Leitlinien erfolgversprechend erscheinen lassen? Zur Beantwortung dieser Frage wurden von unterschiedlichen Arbeitsgruppen auf dem Feld der Gesundheitstechnologiebewertung und Leitlinienentwicklung systematische, datengestützte Verfahren der Priorisierung entwickelt und erprobt (Bastista, R. N. u. Hodge, M. J. 1995; Field, M. J. 1995). Auch die Leitlinien-Clearingstelle bei der ÄZQ hat 1999 im Rahmen des Deutschen Leitlinien-Clearingverfahrens eine Priorisierung mithilfe eines qualitativen Näherungsverfahren vorgenommen (<http://www.leitlinien.de>).

Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Gesundheitsversorgung und der potenziellen Einflussnahme einzelner Interessengruppen steht der Prozess der Leitlinienpriorisierung unter einem hohen Legitimationsdruck. Bei einem impliziten und ungesteuerten Vorgehen besteht die Gefahr, dass die Themenauswahl intransparent bleibt und auf der Basis von Intuition, verdeckten Gruppenegoismen, Zufall und systematischen Fehleinschätzungen erfolgt. Die beteiligten Institutionen und Gruppen stehen daher vor der Aufgabe, systematische und transparente Priorisierungsmethoden zu entwickeln, um einen optimalen Ressourceneinsatz zu erzielen (Helou, A. et al. 2000b; OSTEBÄ 1996).

Im Rahmen eines solchen systematischen Priorisierungsprozesses wird mittels adäquater Instrumentarien versucht, den Diskussionsprozess zu strukturieren, die relative Bedeutung einzelner Themen zu gewichten und den potenziellen Einfluss der Leitlinienentwicklung abzuschätzen. Hierzu zählen Verfahren der Definition, Auswahl, Gewichtung und Messung von Priorisierungskriterien, der Sammlung und Synthese von Expertenmeinungen, der Rangbildung der formulierten Themenvorschläge und der Konsensfindung.

Im Idealfall werden die für die Leitlinienerstellung verfügbaren Ressourcen durch einen Priorisierungsprozess auf diejenigen Gesundheits- und Versorgungsprobleme verteilt, bei denen die Leitlinienanwendung einen maximalen medizinischen, sozialen und ökonomischen Nutzen erwarten lässt (Helou, A. et al. 2000b).

237. Betrachtet man die wichtigsten Kriterien für eine Prioritätensetzung (Tabelle 23, Seite 91), erscheint der Einsatz von Leitlinien bei chronischen Krankheiten aufgrund ihrer Prävalenz, der durch sie verursachten Kosten und der beschriebenen Versorgungsdefizite besonders aussichtsreich (Helou, A. u. Schwartz, F. W. 2000). Dies gilt insbesondere für chronische Krankheitsbilder, die sowohl ausgabenintensiv als auch potenziell präventiv beeinflussbar sind und daher große und ungenützte Potenziale zur Reduktion der Krankheitslast und Gesundheitsausgaben bergen. Hierzu gehören koronare Herz-

krankheit, Asthma bronchiale, Rückenbeschwerden, Osteoporose, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, Depressionen, Neurosen, funktionelle Störungen, Übergewicht und Adipositas (Schwartz, F. W. et al. 1998b). Zu sehr ähnlichen Ergebnissen kommt die Priorisierung durch die ÄZQ. Demnach gehören koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Rückenbeschwerden, Osteoporose, Nikotinabhängigkeit und Schlaganfall in die Kategorie der Leitlinienthemen mit der höchsten Priorität; Adipositas, Asthma, Demenz und Depression in die Kategorie mit der zweithöchsten Priorität.

238. Aus praktischen Gründen kann es auch durchaus sinnvoll sein, die Verfügbarkeit von wissenschaftlich abgesicherten Daten als Priorisierungsaspekt aufzufassen. In die gleiche Richtung geht der Vorschlag, sich auf umstrittene Gesundheits- und Versorgungsprobleme zu konzentrieren, sofern sie einer Klärung durch empirische Daten zugänglich sind. Es besteht allerdings in beiden Fällen die Gefahr, dass epidemiologisch und ökonomisch irrelevante Themen, zu denen im Entscheidungszeitpunkt empirische Daten vorliegen, prioritär behandelt werden, während andere, dringlichere Probleme vernachlässigt werden.

Für dieses Problem ist eine Forschungslandschaft mitverantwortlich, die bislang häufig dem bevölkerungsmedizinischen Bedarf wenig folgt und oft vorzugsweise anstelle des Häufigen (und gelegentlich als „trivial“ Angesehenen) das Seltene (und unter Umständen „Spektakuläre“) beforscht – ein Phänomen, das von dem britischen Public-Health-Experten Gray, J.A.M. (1997) als *relevance gap* bezeichnet wird.

Es ist möglich und mitunter angebracht, die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien zu epidemiologisch und ökonomisch bedeutsamen Gesundheits- und Versorgungsproblemen zu beginnen, selbst wenn bislang die Datenlage unzureichend erscheint (Field, M.J. 1995). Die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien setzt also nicht zwangsläufig das Vorhandensein qualitativ hochwertiger Studien voraus. Unter „evidenzbasiert“ im Rahmen der Leitlinienentwicklung ist vielmehr zu verstehen, dass eine systematische Recherche und Analyse der relevanten wissenschaftlichen Literatur nach einem transparent gemachten Vorgehen erfolgt und dass der Zusammenhang zwischen einer Empfehlung und der zugrunde liegenden Evidenz sichtbar gemacht wird. Gemäß dem Prinzip der bestvorliegenden Evidenz kann sich z. B. eine Empfehlung durchaus auf Expertenmeinungen stützen, sofern dies explizit gemacht wird. Der Vorteil der Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien in den Bereichen unzureichender Evidenz liegt darin, dass Grauzonen unzureichender Evidenz und damit auch Spielräume für die individuelle ärztliche Entscheidungsfindung sichtbar gemacht werden. Darüber hinaus kann die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien in solchen Grauzonen unzureichender Evidenz einen wichtigen Beitrag zur Identifizierung von Forschungs- und Datenlücken leisten (vgl. Abschnitt II-2.3).

Tabelle 23

Beispiele für Priorisierungskriterien unterschiedlicher Institutionen

Institution/Autoren	Priorisierungskriterien
Field, M. J. (1995)	Allgemeine Kriterien (mit institutionsübergreifender Relevanz): • Die Prävalenz (ggf. auch Inzidenz) des klinischen Problems (Zahl der betroffenen Personen/1000 Personen der Allgemeinbevölkerung) • Die durch das klinische Problem verursachte Krankheitslast (Mortalität, Morbidität, funktionelle Beeinträchtigung) • Kosten für den Umgang mit dem klinischen Problem (Kosten pro Person) • Praxisvariation (signifikante Unterschiede der Inanspruchnahme bzw. Durchführung präventiver, diagnostischer und therapeutischer Leistungen) • Das Potenzial einer Leitlinie zur Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes (der erwartete Effekt auf gesundheitliche Outcomes) • Das Potenzial einer Leitlinie zur Reduzierung von Kosten (der erwartete Effekt auf die Kosten) Institutionsspezifische Kriterien (werden im Einzelnen von der jeweiligen, für die Leitlinienentwicklung verantwortlichen Institution festgelegt; in ihrer Wertigkeit z. T. umstritten): • Die Verfügbarkeit von wissenschaftlich abgesicherten Daten • Umstrittene Gesundheits- oder Versorgungsprobleme, sofern sie einer Klärung zugänglich sind • Gesundheitliche Probleme vulnerabler Bevölkerungsgruppen • Offene soziale, ethische und rechtliche Fragen • Zahl der Arzthaftungsprozesse
Battista, R. N. u. Hodge, M. J. (1995)	• Krankheitslast in der Bevölkerung • Volkswirtschaftliche Belastung • Kosten der Behandlung • Ausmaß der Praxisvariation • Stand des wissenschaftlichen Wissens • Kosten der Leitlinienentwicklung • Interesse der Kliniker an der Entwicklung einer Leitlinie
Scottish Intercollegiates Guidelines Network (1999)	• Bereiche medizinischer Unsicherheit (Variation der klinischen Praxis oder der Outcomes) • Medizinische Probleme, für die eine erwiesenermaßen effektive Behandlung verfügbar ist, die die Mortalität oder Morbidität reduziert • Medizinische Probleme, bei denen die Erbringung einer effektiven Behandlung zu relevanten Veränderungen in den klinischen Outcomes führt • Iatrogene Krankheiten oder Interventionen, die mit signifikanten Risiken oder Kosten verbunden sind • Priorisierungsbereiche des NHS in Schottland (gegenwärtig: koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Krebs und psychiatrische Erkrankungen)

Quelle: Helou, A. et al. (2000b)

239. Ein bislang oft zu wenig beachteter Gesichtspunkt der Priorisierung stellen Themen dar, für die aktuell ein Entscheidungsbedarf besteht. So könnte z. B. die Behandlung eines Gesundheits- und Versorgungsproblems im „Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen“ als Ausgangspunkt für die Erstellung einer evidenzbasierten Leitlinie genutzt werden. Ein solches Vorgehen bietet die Möglichkeit, die Leitlinienentwicklung enger in aktuelle gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse zu integrieren und besser mit Priorisierungsentscheidungen in anderen Bereichen (z. B. im Health Technology Assessment) abzustimmen.

240. Ein Sonderfall der Priorisierung ergibt sich bei der Aktualisierung und Überarbeitung bestehender Leitlinien (Field, M.J. 1995). Während die Korrektur inhaltlicher und interpretativer Fehler sowie die Optimierung des Inhalts und Formats bestehender Leitlinien relativ wenig Aufwand erfordern, sind zur Einarbeitung neuer Forschungsergebnisse beträchtliche Anstrengungen erforderlich. So kann es notwendig sein, das ursprüngliche Leitliniengremium erneut einzuberufen oder ein neues Panel zu konstituieren.

Angesichts der hohen und rapide zunehmenden Zahl von Leitlinien und der zum Teil sehr kurzen „Verfallszeit“ medizinischen Wissens stellt sich das Problem der Machbarkeit einer regelmäßigen Überarbeitung veralteter Leitlinien. Dass diese Sorge nicht unbegründet ist, zeigen frühe Erfahrungen in Schweden, wo 1990 nach 15 Jahren ein Leitlinienprogramm aufgegeben wurde, weil es nicht möglich war, mit dem Stand des Wissens Schritt zu halten (Stephenson, G. 1990).

Es ist daher empfehlenswert, die für eine Aktualisierung in Frage kommenden Leitlinien gemeinsam mit anderen Themenvorschlägen erneut einem Priorisierungsverfahren zu unterwerfen. Da die betreffenden Institutionen aber eine besondere Verantwortung zur Aktualisierung und Fortschreibung bereits erstellter Leitlinien haben, sollte der Pflege und Fortschreibung bestehender Leitlinien ein Sonderstatus gegenüber neuen Themen eingeräumt werden.

2.4.6 Methodik der Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien

241. Die Methodik der Entwicklung von Leitlinien war in den letzten Jahren vor allem intraprofessionell Gegenstand kontroverser Debatten. Unterschiedliche Konzepte der Leitlinienentwicklung weisen dabei unterschiedliche wissenschaftliche und normative Legitimationsniveaus auf (Tabelle 24, Seite 93).

Bei der Mehrzahl der bislang publizierten Leitlinien handelt es sich um „Experten-Leitlinien“ oder „Konsensus-Leitlinien“. Diese Formen der Leitlinienentwicklung gelten aus methodischer Sicht allerdings als überholt, da sie nicht ausreichen, um sich bei der Aufarbeitung und Interpretation der verfügbaren Informationen und bei der Formulierung der Empfehlungen ausreichend gegen Einflüsse des Zufalls sowie gegen systematische Fehler (*bias*) und Störvariablen (*confounding*) zu schützen.

242. Aus diesen Gründen hat sich in den letzten Jahren zunehmend die „evidenzbasierte Strategie der Leitlinienentwicklung“ international etabliert, die darauf abzielt, klinische Erfahrungen, medizinisches Wissen und (Vor-) Urteile anhand der bestvorliegenden Evidenz systematisch und nachvollziehbar zu überprüfen. Die evidenzbasierte Strategie der Leitlinienentwicklung ist gekennzeichnet durch (Helou, A. et al. 1999b)

- die systematische Aufarbeitung und Zusammenstellung der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz (systematische Reviews, eventuell Metaanalysen),
- die Herleitung des in der Leitlinie empfohlenen Vorgehens aus der wissenschaftlichen Evidenz sowie
- die exakte Dokumentation des Zusammenhangs zwischen der jeweiligen Empfehlung und der zugehörigen Evidenz-Stufe.

Da die Entwicklung evidenzbasierter Konsensusleitlinien mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist, sollte im Vorfeld der Leitlinienentwicklung eine Priorisierung vorgenommen werden (Tabelle 24, vgl. auch Abschnitt II-2.4.5).

In Abbildung 7 (Seite 94) wird die evidenzbasierte Strategie am Beispiel der Entwicklung der Diabetes-Leitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) veranschaulicht.

243. Eine ausschließlich evidenzbasierte Strategie der Leitlinienentwicklung ist andererseits auch nicht unproblematisch, da die Generierung, Auswahl, Interpretation und Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse bei der Entwicklung von Leitlinien nicht frei von Interessen ist. Aus diesem Grunde sollte die Entwicklung von Leitlinien von unabhängiger Seite beaufsichtigt werden, z. B. im Rahmen einer Begutachtung durch externe Experten (Steiner, S. u. Lauterbach, K. W. 1999). Dies gilt insbesondere für Leitlinien, bei denen eine generelle Anwendung beabsichtigt ist.

244. An der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien sollten alle betroffenen Gruppen (bzw. deren Repräsentanten) beteiligt werden. Dies ist umso wichtiger, als die Erstellung und Umsetzung von Leitlinien eine Reihe von Fragen berühren, die nicht ausschließlich durch den Rückgriff auf die wissenschaftliche Evidenz, sondern auch durch Konsensbildung gelöst werden müssen. Dies gilt nicht nur für die Grauzonen fehlender oder unzureichender Evidenz, sondern ebenso für die Offenlegung, Wahrung und politische Durchsetzung gesellschaftlicher Ziele oder Grundwerte wie Gerechtigkeit, Gleichheit, Solidarität, freier Zugang, soziale Verträglichkeit und Wirtschaftlichkeit gegenüber möglichen Partikularinteressen einzelner Interessengruppen, Professionen und Verbände (Helou, A. et al. 1999c). Daher sollten die bei der Leitlinienentwicklung unvermeidbaren Interessenkonflikte und Divergenzen in multidisziplinären Leitlinienkommissionen durch die Anwendung formaler Konsensverfahren gelöst werden (Grimshaw, J. et al. 1995a; Grimshaw, J. u. Russel, I. T. 1993; NHS Centre for Reviews and Dissemination 1994; Helou, A. u. Ollenschläger, G. 1998). Der Qualität der Konsensbildung ist unter dem Gesichtspunkt

Tabelle 24

Klassifikation unterschiedlicher Leitlinien-Typen

Leitlinien-Typ	Charakteristika der Leitlinienentwicklung	Wissenschaftliche Legitimation	Politische/normative Legitimation	Aufwand der Leitlinienentwicklung
Experten-Leitlinie	Leitlinien-Gremium nicht repräsentativ Formalisierter Konsens nicht belegt EbM-Strategie nicht belegt	Gering	Gering	Relativ gering
Evidenzbasierte Experten-Leitlinie	Leitlinien-Gremium nicht repräsentativ Formalisierter Konsens nicht belegt EbM-Strategie belegt	Hoch	Gering	Relativ hoch, daher ist eine Priorisierung empfehlenswert
Konsensus-Leitlinie	Leitlinien-Gremium repräsentativ Formalisierter Konsens belegt EbM-Strategie nicht belegt	Gering	Hoch	Relativ hoch, daher ist eine Priorisierung empfehlenswert
Evidenzbasierte Konsensus-Leitlinie	Leitlinien-Gremium repräsentativ Formalisierter Konsens belegt EbM-Strategie belegt	Hoch	Hoch	Sehr hoch! Eine Priorisierung ist daher erforderlich!

Quelle: modifiziert nach Helou, A. et al. (2000a)

einer erfolgreichen Praxisanwendung eine ebenso wichtige Rolle beizumessen wie der Qualität der wissenschaftlichen Fundierung (Murphy, M. K. et al. 1998):

- Durch den Einsatz formaler Konsensverfahren sollen die Nachteile informeller Konsensbildungsprozesse (z. B. Intransparenz, systematische Verzerrungen der Konsensfindung durch gruppenspezifische Prozesse, Status und Persönlichkeitsvariablen der Teilnehmer sowie deren politische und wirtschaftliche Interessen) reduziert werden.
- Multidisziplinarität geht über eine Zusammenarbeit von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen hinaus und beinhaltet die Repräsentanz weiterer Akteure im System und ggf. Professionsgruppen im Leitliniengremium. Hierbei sind auch Patientenverbände und Selbsthilfegruppen einzubeziehen, welche die Interessen von Betroffenen artikulieren.

Es besteht allerdings in Bezug auf die multidisziplinär-partizipative Strategie der Leitlinienentwicklung ein bislang offensichtlich noch nicht befriedigend gelöster Ziel-

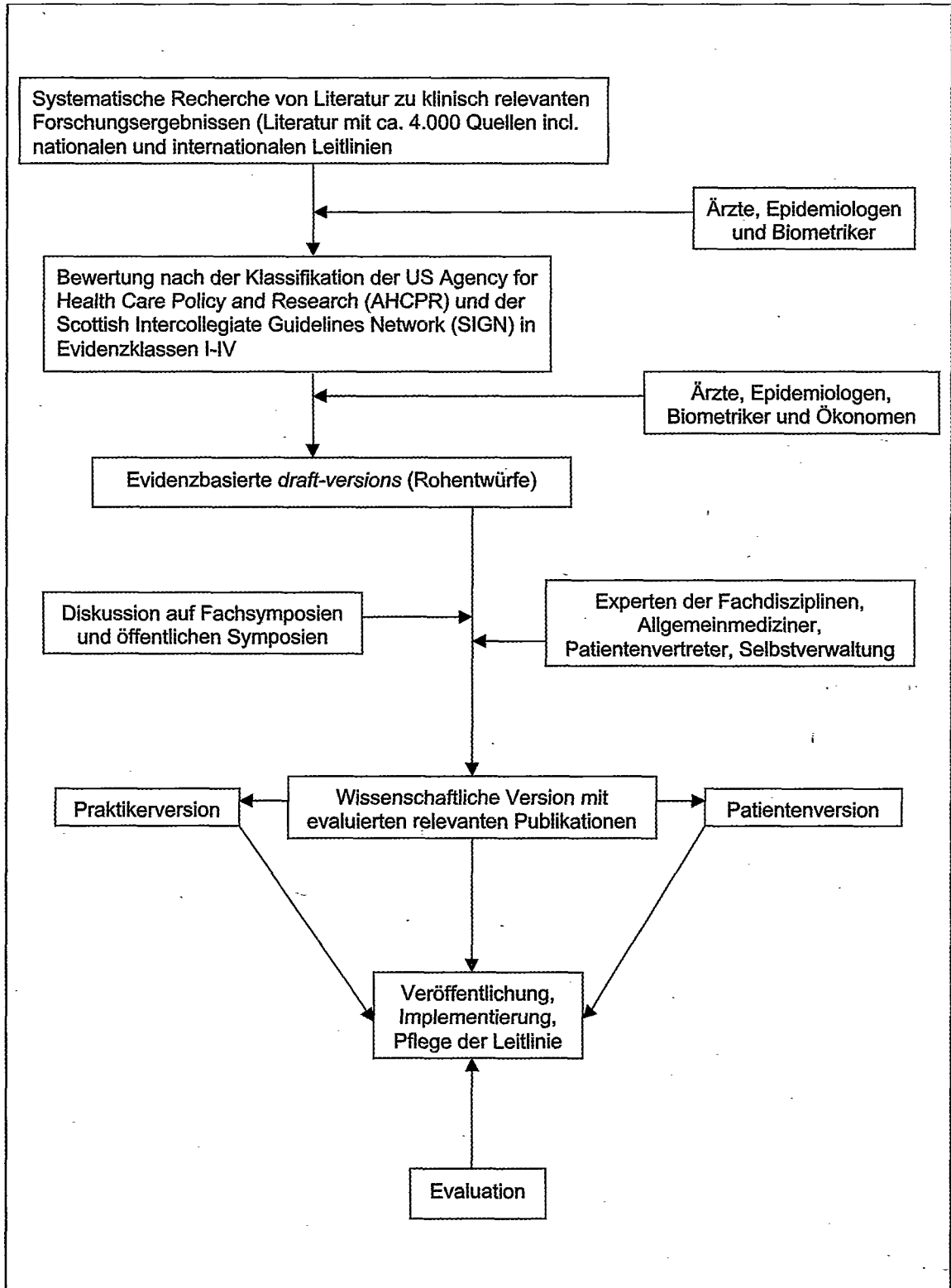
konflikt zwischen einer möglichst breiten Repräsentanz aller relevanten Interessengruppen und der Aufrechterhaltung einer effektiven Gruppengröße des Leitliniengremiums, die nach den bisherigen Erfahrungen zwischen sechs bis zehn Personen liegt (Scott, M. u. Marinker, M. L. 1990). Auch steigen erfahrungsgemäß mit zunehmender Gruppengröße und Multidisziplinarität die Spannungen zwischen den Mitgliedern des Leitliniengremiums, insbesondere aufgrund divergierender Interessen sowie unterschiedlicher beruflicher Erfahrungen und Sichtweisen (Woolf, S. H. et al. 1996).

Die Zusammenarbeit von Professionellen und Patienten bei der Leitlinienentwicklung kann aufgrund von Wissens- und Statusunterschieden sowie asymmetrischen Kommunikationsmustern erschwert sein (Grimshaw, J. et al. 1995a).

245. Kontrovers diskutiert wird derzeit die Frage, in welchem Umfang Leitlinien durch die Anwender selbst (*bottom-up*, dezentral/intern) oder durch nationale Expertengremien und übergeordnete Institutionen (*top-down*, zentral/extern) entwickelt werden sollen.

Abbildung 7

Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung einer evidenzbasierten Leitlinie am Beispiel der Diabetes-Leitlinien der DDG



Quelle: Scherbaum, W.A. et al. (2000)

Inzwischen wird von Experten auf der Basis der vorliegenden Literatur eine Arbeitsteilung zwischen überregionalen Expertengruppen und lokalen Anwendern präferiert und teilweise schon praktiziert (Grimshaw, J. et al. 1995a; Adams, J. L. et al. 1999). Dabei erfolgt zunächst eine zentrale Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien, an die sich dann eine lokale Adaptation anschließt.

Eine zunächst zentrale Leitlinienentwicklung hat sich als sinnvoll erwiesen, da auf lokaler Ebene in der Regel die methodische Expertise und die Ressourcen für die sorgfältige Aufarbeitung der wissenschaftlichen Evidenz nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin sowie für die Durchführung formaler Konsensverfahren nicht in dem Maße vorhanden sind wie auf zentraler Ebene. Gestützt wird diese Ansicht durch die Ergebnisse einer Untersuchung, die zeigte, dass externe Leitlinien nationaler Experten hinsichtlich ihrer methodischen Qualität besser bewertet wurden als interne Leitlinien lokaler Anwender (Cluzeau, F. et al. 1997).

Darüber hinaus ist zu befürchten, dass eine primär dezentrale Leitlinienentwicklung einem „Wildwuchs“ unterschiedlichster Leitlinien Vorschub leisten könnte (Gerlach, F. M. et al. 1998). Solche konkurrierenden Leitlinien zu identischen Versorgungsproblemen führen zu Irritationen und Widerständen bei den Anwendern und konterkarieren die Intention von Leitlinien, die Praxisvariation zu reduzieren (Helou, A. u. Schwartz, F. W. 2000).

Eine lokale (dezentrale) Adaptation bleibt dennoch notwendig, um das Erfahrungspotenzial und die pragmatischen Problemlösungsansätze der Anwender zu nutzen und um die Empfehlungen externer Leitlinien den Alltagsbedingungen entsprechend praktikabel und flexibel anzupassen (Gerlach, F. M. et al. 1998). Außerdem fördert die lokale Adaptation offenbar die Akzeptanz und Verbindlichkeit der Leitlinien, indem es die Anwender vor Ort in den Prozess der Leitlinienentwicklung integriert und somit den *top-down*-Ansatz der externen Leitlinienentwicklung durch einen *bottom-up*-Ansatz komplettiert.

2.4.7 Verbreitung und Implementation von Leitlinien

246. Der Umsetzung von Leitlinien und anderer qualitätswirksamer Maßnahmen wurde bisher vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit entgegengebracht. Dabei zeigen zahlreiche Studien und Erfahrungsberichte, dass selbst qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Leitlinien (z. B. die international als vorbildlich geltenden Leitlinien der US-amerikanischen Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR) ohne adäquate Dissemination und Implementation keine oder nur bescheidene Auswirkungen auf die Patientenversorgung haben (Cabana, M. D. et al. 1999; Cameron, C. u. Naylor, C. D. 1999; Devine, E. C. et al. 1999; Feldman, E. L. et al. 1998; Katz, D. A. 1999; Kimura, S. u. Pacala, J. T. 1997).

Inzwischen wurden die wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Bemühungen verstärkt, geeignete Methoden der Dissemination und Implementation von Leitlinien zu identifizieren, zu evaluieren und weiterzuentwickeln. So befasst sich beispielsweise eine eigene Reviewgruppe der Cochrane Collaboration, die Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) u. a. mit der Frage, mit welchen Implementationsinstrumenten das Versorgungsverhalten der gesundheitspolitischen Akteure wirksam beeinflusst werden kann.

247. Was die Dissemination und Implementation von Leitlinien anbelangt, liegen inzwischen zahlreiche Studien und Übersichtsarbeiten vor, die belegen, dass Publikationen oder konventionelle Fortbildungsveranstaltungen allein nicht zu einer nachhaltigen Akzeptanz, Umsetzung und Befolgung der Leitlinien durch die Anwender führen (NHS Centre for Reviews and Dissemination 1994, NHS Centre for Reviews and Dissemination 1999). So zeigte beispielsweise eine Studie, dass die Dissemination der *Ottawa Ankle Rules* nicht ausreichte, um eine wirksame Veränderung der Versorgungspraxis herbeizuführen. Eine intensive, lokale Implementationsstrategie erwies sich hingegen als effektiv (Cameron, C. u. Naylor, C. D. 1999).

Die erfolgreiche Beeinflussung professionellen Verhaltens durch Leitlinien hat wahrscheinlich nur dann eine realistische Erfolgsaussicht, wenn multidimensionale Implementationsmaßnahmen eingesetzt werden, die eine aktive Mitarbeit der Anwender vor Ort verlangen (Gerlach, F. M. et al. 1998; Onion, C. W. u. Bartzokas, C. A. 1998). Hierzu zählen u. a.:

- spezifische, interaktive und problembezogene Fortbildungsangebote,
- in den Praxisalltag integrierte, patientenzentrierte, konkrete Hinweise zum Zeitpunkt der Konsultation, z. B. durch an den Versorgungsablauf angepasste, computergestützte Informations- und Erinnerungssysteme sowie
- Praxissupervisionen und Diskussionen mit lokalen Meinungsführern.

Ein kürzlich publizierter systematisches Review des NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999) gibt eine Übersicht über die Effektivität unterschiedlicher Disseminations- und Implementationsmaßnahmen, die darauf abzielen, relevante Forschungsergebnisse in die Routineversorgung zu transportieren (u. a. Dissemination und Implementierung von Leitlinien, Verbreitung von Informationsmaterialien, Praxisvisiten, Einschaltung lokaler Meinungsführer, *Audit* und Feedback-Strategien, Erinnerungshilfen):

- Die meisten Interventionen sind unter bestimmten Bedingungen effektiv. Keine Interventionsform erweist sich jedoch unter allen Umständen als wirksam.
- Die Maßnahmen haben größere Erfolgsaussichten, wenn zuvor eine Analyse der möglichen Barrieren und

Widerstände gegen eine Implementation durchgeführt wurde.

- Multidimensionale Maßnahmen, die unterschiedliche Implementationsbarrieren berücksichtigen, sind effektiver als Einzelmaßnahmen.
- Manuelle und computergestützte Erinnerungs- und Entscheidungshilfen stellen flexible, in unterschiedlichen Bereichen effektiv einsetzbare Implementationsinstrumente dar.
- Audit und Feedback-Verfahren sowie die Einschaltung von lokalen Meinungsführern zeitigen uneinheitliche Effekte und sollten daher selektiv eingesetzt werden.
- Die passive Dissemination als Einzelmaßnahme reicht im Allgemeinen nicht aus, um professionelles Verhalten zu verändern. Allerdings erweist sich dieser Ansatz als nützlich, wenn es darum geht, auf neue Forschungsergebnisse aufmerksam zu machen.

248. Als ein weiteres wichtiges, aber bislang noch nicht ausreichend gewürdigtes Verfahren der Implementation ist die Integration von Leitlinien in bereits bestehende Strukturen des internen Qualitätsmanagements zu betrachten (Kibbe, D. C. et al. 1998), um die als richtig erkannten Dinge auch richtig auszuführen („*doing the right things right*“). Allerdings limitieren bislang u. a. die schwierige Kodierbarkeit der in den Leitlinien behandelten Zustände und Interventionen sowie der Mangel an empfohlenen Evaluationskriterien die routinemäßige Umsetzung von Leitlinien im Rahmen von Qualitätsmanagementprogrammen (Balas, E. A. et al. 1994).

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) hat in Kooperation mit der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) ein Verfahren entwickelt, um aus anerkannten Leitlinien Qualitätsindikatoren und entsprechende Datensatzprofile abzuleiten, und hat damit methodische und dokumentationstechnische Voraussetzungen für Implementation, Dokumentation und Monitoring von Leitlinien im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements geschaffen (Brenner, G. u. Altenhofen, L. 1998; Zorn, U. u. Ollenschläger, G. 1999). Für das Qualitätsmanagement bei Patienten mit Diabetes mellitus liegt ein strukturiertes Dokumentationssystem bereits vor; weitere Datensätze zu Asthma bronchiale, Schilddrüsenerkrankungen, Ulcus duodeni und Hypertonie befinden sich in der Phase der Ausarbeitung bzw. Verfeinerung. Dieses für die ambulante Versorgung konzipierte Schema für die Ableitung von Qualitätsindikatoren aus Leitlinien ist universell anwendbar und damit auch für den stationären Sektor relevant.

249. Eine weitere wirksame Form der Dissemination und Implementierung von Leitlinien stellt deren Integration in die medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung dar.

Bei der Verbreitung und Umsetzung von Leitlinien sollte die Zielgruppe der Patienten gesondert berücksichtigt werden. Dies geschieht einerseits durch

- Leitlinien, die konkrete Angaben darüber enthalten, wie die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten zu berücksichtigen sind sowie durch
- laienverständliche Patientenversionen von Leitlinien.

Als ständige Qualitätskontrolle nach der Implementation der Leitlinie ist die begleitende Beobachtung und Dokumentation, das Monitoring, einiger weniger, aber wichtiger Erfolgsparameter des Leitlinienprogramms sinnvoll. Eine Evaluation sollte sowohl die intendierten als auch die unerwünschten Anwendungseffekte erfassen (Baskin, A. S. H. 1995).

250. Damit sind aber lediglich einige wesentliche Schritte der Planung und Durchführung von erfolgversprechenden Leitlinienprogrammen skizzenhaft umrissen. Daneben sind die Bereitstellung der notwendigen (finanziellen, personellen, administrativen) Ressourcen sowie die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen – insbesondere die Beseitigung systembedingter, anwenderseitiger und politischer Barrieren – von entscheidender Bedeutung.

An erster Stelle steht die Bereitschaft aller relevanten Akteure zur Veränderung und zur Kooperation. Hierzu bedarf es einer beträchtlichen Überzeugungsarbeit und der Herstellung einer vertrauensvollen Kommunikation zwischen unterschiedlichen Berufs- und Interessengruppen, um korporatives und professionelles Besitzstands- und Revierdenken zu überwinden (Schwartz, F. W. 1997). Dies gilt insbesondere, wenn es darum geht, professionen-, institutionen- und sektorenübergreifende Leitlinien für ein integriertes Disease-Management chronisch Kranker zu erstellen und zu implementieren.

Unter den zahlreichen Rahmenbedingungen und Determinanten, welche die Akzeptanz und Befolgung von Leitlinien beeinflussen, ist das Vergütungssystem von zentraler Bedeutung. Es ist kaum anzunehmen, dass Leitlinien von den Leistungserbringern befolgt werden, wenn sie gegen deren vitale ökonomische Interessen verstoßen. Die erfolgreiche Anwendung von Leitlinien setzt daher die Schaffung adäquater Vergütungsstrukturen und Honorarsysteme im ambulanten und stationären Bereich voraus, die positive Anreize für eine Befolgung der Leitlinien setzen. Eine solche leitlinienorientierte Vergütung sollte einerseits eine medizinisch unangemessene Über- als auch Unterversorgung wirksam unterbinden und andererseits so flexibel sein, dass medizinisch begründbare Abweichungen von dem in der Leitlinie vorgegeben Vorgehen problemlos möglich sind (SG 1997; Krauth, C. et al. 1998).

2.4.8 Evaluation von Leitlinien

251. Da Leitlinien „sekundäre Technologien“ sind wie andere entscheidungsstützende und ablauforganisatorische Verfahren in der Medizin, sollte vor ihrer generellen

Anwendung eine dem Health Technology Assessment (HTA) entsprechende Prüfung erfolgen. Insofern sollte in Anlehnung an die Maxime „no evaluation – no technology“ (Jennet, B. 1992) auch für Leitlinien „no evaluation – no guidelines“ gelten.

Die medizinischen und ökonomischen Wirkungen der Leitlinienanwendung sind im Einzelfall nur unzureichend vorhersagbar. Noch schwieriger ist die summative Abschätzung der Anwendungseffekte aller derzeit existierenden Leitlinien. Durch eine Evaluation soll daher sichergestellt werden, dass Leitlinien nur in den Bereichen eingesetzt werden, in denen sie mit hoher Wahrscheinlichkeit eine effektive und effiziente Versorgung fördern (NHS Centre for Reviews and Dissemination 1994; Woolf, S.H. 1998). Eine begleitende Evaluation soll zudem überprüfen, in welchem Umfang die von den Leitlinienherausgebern formulierten Ziele und Vorgaben auch tatsächlich erreicht wurden.

252. Basinski, A. S. H. (1995) unterscheidet grundsätzlich zwischen drei Arten der Evaluation von Leitlinien:

- die initiale Evaluation von Leitlinien vor ihrer endgültigen Dissemination und Implementierung (*inception evaluation*),
- die begleitende Evaluation von Gesundheitsprogrammen, in denen Leitlinien eine zentrale Rolle spielen (*guidelines program evaluation*) sowie
- die wissenschaftliche Evaluation grundsätzlicher Aspekte der Erstellung, Dissemination und Implementierung von Leitlinien im Rahmen kontrollierter Studien, welche die empirische Basis für die methodische Weiterentwicklung von Leitlinien schafft (*scientific evaluation*).

Die Evaluation von Leitlinien kann sich auf unterschiedliche Zielbereiche beziehen, z. B. auf Veränderungen im Bereich von Wissen, Einstellungen oder Verhalten, auf medizinische und ökonomische Outcomes, auf potenzielle Schäden oder sogar auf die Zahl von Arzthaftungsprozessen (Woolf, S. H. 1993). Grundsätzlich sollten bei der Evaluation von Leitlinien Indikatoren folgender Bereiche berücksichtigt werden:

- der Prozessqualität,
- der Ergebnisqualität, z. B.:
 - Gesundheitseffekte (erfolgreiche Behandlungsfälle und gewonnene Lebensjahre),
 - ökonomischer Netto-Nutzen (einschließlich direkter, indirekter und intangibler Komponenten),
 - Nutzwerte (qualitätsadjustierte Lebensjahre),
 - Patientenzufriedenheit sowie
 - Personalzufriedenheit.

Wie die Erfahrungen aus den USA zeigen, dominiert im Bereich der Leitlinienerhebung bislang allerdings die Kostenkontrolle (Tabelle 25).

Tabelle 25

Berücksichtigte Wirkungsparameter bei der Evaluation von Leitlinien

Ergebnisse	In % der Fälle
Kostensicherung bzw. -reduzierung	76 %
Patientenergebnisse (Mortalität, Morbidität)	65 %
Patientenzufriedenheit	47 %
zunehmender Nutzen	6 %

Quelle: modifiziert nach Fang, E. et al. (1996)

253. Leitlinien sind aber nicht nur Gegenstand der Evaluation, sondern können auch als Hilfsmittel zur Evaluation medizinischer Versorgung eingesetzt werden (Field, M. J. u. Lohr, K. N. 1992; Abholz, H. H. 1995; Gerlach, F. M. et al. 1998). So können beispielsweise aus den wichtigsten Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien Kriterien entwickelt werden, die zur Evaluation der Versorgungsqualität geeignet sind. Diese Kriterien werden im englischsprachigen Raum als *medical review criteria* bezeichnet. Ein Expertenkomitee des US Institute of Medicine (Field, M. J. u. Lohr, K. N. 1992) definiert *medical review criteria* als „[...] systematically developed statements that can be used to assess the appropriateness of specific health care decisions, services, and outcomes.“

254. Im Vergleich zu der gegenwärtigen Fokussierung auf die Entwicklung von Leitlinien sind die bisherigen Bemühungen um ihre Evaluation erstaunlich dürftig. Auch in vielen deutschsprachigen Leitlinien wird die Thematik der Evaluation von Leitlinien bislang unzureichend berücksichtigt (Helou, A. et al. 1998). Für diese Situation wird eine Reihe von Schwierigkeiten verantwortlich gemacht, u. a. die limitierten finanziellen und zeitlichen Ressourcen, die mangelnde Expertise in der Durchführung methodisch anspruchsvoller Evaluationsstudien, die begrenzte Datenbasis und die Uneinigkeit verschiedener Interessengruppen hinsichtlich der Ziele von Leitlinien (Basinski, A. S. H. 1995).

Der Rat nimmt die bisherigen Defizite im Bereich der Evaluation von Leitlinien mit Besorgnis zur Kenntnis. Er betrachtet die Evaluation als einen obligatorischen Bestandteil eines jeden Leitlinienprojekts, der bereits bei der Planung und Entwicklung von Leitlinien berücksichtigt werden sollte. Der Rat empfiehlt daher den Herausgebern von Leitlinien, sich bereits bei der Planung und Entwicklung Gedanken darüber zu machen, wie eine Evaluation der Leitlinien aussehen könnte, und entsprechende Vorschläge im Leitlinienbericht zu formulieren.

Da die medizinischen und ökonomischen Effekte der Leitlinienanwendung unter Alltagsbedingungen im Einzelfall nur unzureichend vorhersagbar sind, sollte nach

Ansicht des Rates vor einer flächendeckenden Implementierung und Anwendung von Leitlinien zunächst im Rahmen von Modell- und Demonstrationsprojekten eine Prä-Evaluation erfolgen, um Richtung, Größe und Art der Effekte der Leitlinienanwendung zu erfassen. Aber auch die Anwendung von Leitlinien in der Routineversorgung bedarf einer laufenden Dokumentation und Evaluation, um ungeplante und langfristige Effekte zu erfassen und ggf. steuernd eingreifen zu können. Der Rat empfiehlt daher eine phasenhafte Evaluation von Leitlinien in unterschiedlichen Stadien der Anwendungsreife, wie sie sich bei der Arzneimittelprüfung schon seit vielen Jahren bewährt hat.

Bei der Einführung von Leitlinien in die Alltagsversorgung sollte mit dem Beginn der Implementierungsphase ein System zur Erfolgskontrolle und Evaluation der Leitlinienanwendung installiert werden (Kibbe, D. C. et al. 1994). Die Evaluierungsergebnisse (und das Feedback der Leitliniennutzer) sollten bei der periodischen Aktualisierung und Überarbeitung der Leitlinie berücksichtigt werden.

255. Mittlerweile existieren auch in Deutschland Ansätze einer gezielten Evaluation von Leitlinien. So stellt beispielsweise die Evaluation von Folgen und Wirkungen der Leitlinien auf die Patientenversorgung einen festen Bestandteil des DEGAM-Konzepts dar. Die Evaluation soll in mindestens drei Stufen erfolgen. Im Rahmen der Leitlinienentwicklung werden in einem explorativen Praxistest bereits Akzeptanz und Praktikabilität der Leitlinie sowie der Implementierungsmodule evaluiert. Nach Autorisierung und Breitereinführung der Leitlinien gilt es, den tatsächlichen Grad der Umsetzung der einzelnen Empfehlungen in praktisches Handeln durch Ärzte, Patienten und Praxismitarbeiter festzustellen. Auf der letzten und methodisch anspruchsvollsten Evaluationsstufe soll dann schließlich der Frage nachgegangen werden, ob die DEGAM-Leitlinien auch zu einer Verbesserung der Patientengesundheit beitragen (Gerlach, F. M. et al. 1999).

Inzwischen ist auch ein durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Modellprojekt der ÄZQ angelaufen. Im Rahmen dieses Projekts wird die Implementierung interdisziplinärer Leitlinien für wichtige Versorgungsbereiche mithilfe des Leitlinien-Clearingverfahrens der Selbstverwaltungskörperschaften modellhaft erprobt. Schwerpunkt des Projekts ist die Evaluation der Leitlinienimplementierung anhand von Indikatoren der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Dabei sollen mit Unterstützung einer besonders interessierten Gruppe von Hausärzten aus dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, die an ärztlichen Pharmakotherapie-Qualitätszirkeln teilnehmen, die optimalen Bedingungen für die Implementierung und Evaluation von interdisziplinären, regionalen Leitlinien erprobt und erforscht werden.

Aus der Sicht des Rates stellen evaluierte Leitlinienprojekte einen wichtigen Fortschritt bei der Entwicklung und Nutzung von Leitlinien in Deutschland dar, die Vorbildcharakter für zukünftige Leitlinienprogramme besitzen sollten.

2.4.9 Qualität und Qualitätsförderung von Leitlinien

256. Die Erfahrungen mit der Anwendung von Leitlinien haben gezeigt, dass viele Leitlinienprojekte aufgrund von weitgehend vermeidbaren Defiziten und Versäumnissen in den Bereichen der Planung, Entwicklung, Dissemination und Implementation sowie aufgrund der unzureichenden vorausschauenden Berücksichtigung potenzieller Barrieren und Widerstände gegen ihre Anwendung nicht ihr volles Wirksamkeitspotenzial entfalten können. Fehlschläge und Enttäuschungen auf dem Gebiet der Leitlinienanwendung sind somit in der überwiegenden Zahl nicht dem „Qualitätsinstrument Leitlinie“ an sich, sondern seiner unsachgemäßen Entwicklung und Umsetzung anzulasten.

So zeigen mehrere Untersuchungen, dass ein erheblicher Teil der derzeit vorliegenden ausländischen wie deutschen Leitlinien nicht den international geforderten Qualitätskriterien einer multidisziplinären, evidenzbasierten und transparent dokumentierten Leitlinienentwicklung entspricht. Darüber hinaus werden bei der Leitlinienentwicklung Fragen der Berücksichtigung von Patientenpräferenzen sowie adäquater Disseminations-, Implementations- und Evaluationsstrategien nur unzureichend berücksichtigt (Ward, J. E. u. Grieco, V. 1996; Cluzeau, F. et al. 1997; Helou, A. et al. 1998; Shaneyfelt, T. M. et al. 1999).

257. Die Erfahrungen der Neunzigerjahre haben gezeigt, dass Defizite in den unterschiedlichen Phasen der Planung, Entwicklung und Umsetzung von Leitlinien zu folgenden, prinzipiell vermeidbaren Qualitätsproblemen geführt haben:

- Viele Leitlinien werden an dem Bedarf der Nutzergruppen vorbei entwickelt, d. h. sie orientieren sich inhaltlich und formal nur unzureichend an den Informationsbedürfnissen von niedergelassenen Ärzten, Patienten, Kostenträgern und betroffenen Vertretern der nichtärztlichen Gesundheitsberufe.
- Ein Großteil der Leitlinien beschränkt sich inhaltlich auf kurative bzw. akutmedizinische Aspekte der medizinischen Versorgung und vernachlässigt präventive und rehabilitative Behandlungsansätze.
- Die fehlende Abstimmung und Prioritätensetzung bei der Auswahl von Leitlinienthemen hat dazu beigetragen, dass mittlerweile unterschiedliche Leitlinien zu identischen Versorgungsproblemen nebeneinander vorliegen. Dieser „Leitlinien-Wildwuchs“ führt zu erheblichen Irritationen und Akzeptanzproblemen bei den Anwendern und konterkariert eine zentrale Zielsetzung medizinischer Leitlinien: die Qualitätsförderung und -sicherung der medizinischen Versorgung auf einem hohen Niveau durch die Reduktion qualitätsmindernder und unwirtschaftlicher Ungleichheiten der medizinischen Versorgung.
- Leitlinien werden teilweise einseitig interessengeleitet für die fachärztliche Profilierung und für innerärzt-

liche Verteilungskämpfe (Abstecken von „Revieren“) missbraucht (Langhein, S. u. Kern, A. O. 1998).

- Die Inhalte vieler Leitlinien weisen hinsichtlich Evidenzbasierung, Praktikabilität, Flexibilität und Nutzer- bzw. Laienverständlichkeit erhebliche Schwächen auf.
- Die Reportqualität vieler Leitlinien ist mangelhaft, d. h. die bei der Leitlinienentwicklung verwendeten Methoden, die zugrunde liegenden Ziele, Werte, Prämissen und wissenschaftlichen Belege sind unzureichend dokumentiert, sodass das Zustandekommen der Empfehlungen weitgehend intransparent bleibt. Den potenziellen Nutzern von Leitlinien ist somit eine Bewertung der Validität der Leitlinie ohne weitere Hintergrundinformationen oder Insider-Wissen nicht möglich.
- Die Informations- und Partizipationsbedürfnisse der Patienten werden in vielen Leitlinien unzureichend thematisiert.
- Aufgrund einer unzureichenden Dissemination sind Leitlinien den relevanten Nutzergruppen oftmals nicht bekannt (Feldman, E. L. et al. 1998; Kimura, S. u. Pacala, J. T. 1997).
- Die Leitlinienkonkordanz ist aufgrund von Implementierungsdefiziten, Barrieren und Fehlanreizen oftmals sehr gering.

Negative Auswirkungen von qualitativ defizitären Leitlinien sind offensichtlich. So stellen unsachgemäß entwickelte und implementierte Leitlinienprogramme nicht nur eine Verschwendung personeller und finanzieller Ressourcen dar, sondern können auch unerwartete und unerwünschte medizinische, juristische und ökonomische Folgen zeitigen. Darüber hinaus tragen „schlechte“ Leitlinien zu einer Verunsicherung (und Verärgerung) von Patienten, Versicherten, Kostenträgern, Leistungsanbietern und Verbänden bei und können zu einer ungerechtfertigten (aber verständlichen) generellen Diskreditierung des Qualitätsinstruments Leitlinie führen.

Qualitätsförderung von Leitlinien

258. Angesichts der skizzierten Probleme und Defizite wurden in verschiedenen Ländern die Bemühungen zur Förderung der Entwicklung, Dissemination und Implementierung qualitativ hochwertiger Leitlinien intensiviert. Genannt seien die Aktivitäten des National Guideline Clearinghouse (USA), das Leitlinienprogramm des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) und das *Guideline Appraisal Project* (Kanada).

Die Entwicklung eines einheitlichen Konzepts der Qualitätsförderung von Leitlinien in Deutschland wurde hingegen in den letzten Jahren dadurch erschwert, dass Entwickler und Nutzer von Leitlinien teilweise sehr weit auseinandergehende Vorstellungen hinsichtlich der angemessenen Methodik der Leitlinienentwicklung vertraten (Tabelle 24).

Aus der Sicht von Methodikern besitzt der Typ der „evidenzbasierten Konsensus-Leitlinie“ die höchste wissenschaftliche und politische Legitimation. Eine solche Leitlinie basiert einerseits auf einer evidenzbasierten Strategie der Leitlinienentwicklung, berücksichtigt aber andererseits alle maßgeblichen Gruppen und wird im Rahmen eines formalen Konsensverfahrens verabschiedet.

Mittlerweile zeichnet sich aber nicht nur bei Methodikern, sondern auch bei unterschiedlichen gesundheitspolitischen Akteuren ein Konsens hinsichtlich der geeigneten Methoden der Leitlinienentwicklung ab. In diesem Zusammenhang hat sich das Leitlinien-Clearingverfahren bei der ÄZQ als ein zentrales Kommunikationsforum etabliert, auf dem sich Kliniker, Methodiker, Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Repräsentanten der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung) auf einheitliche Standards der evidenzbasierten Leitlinienentwicklung verständigt haben (Helou, A. et al. 2000a).

Es besteht inzwischen eine weitgehende Einigkeit darüber, dass bei der zukünftigen Entwicklung bzw. Überarbeitung von Leitlinien strenge methodische Vorgaben sowohl zur Sicherung der Qualität der wissenschaftlichen Fundierung als auch der Konsensbildung einzuhalten sind.

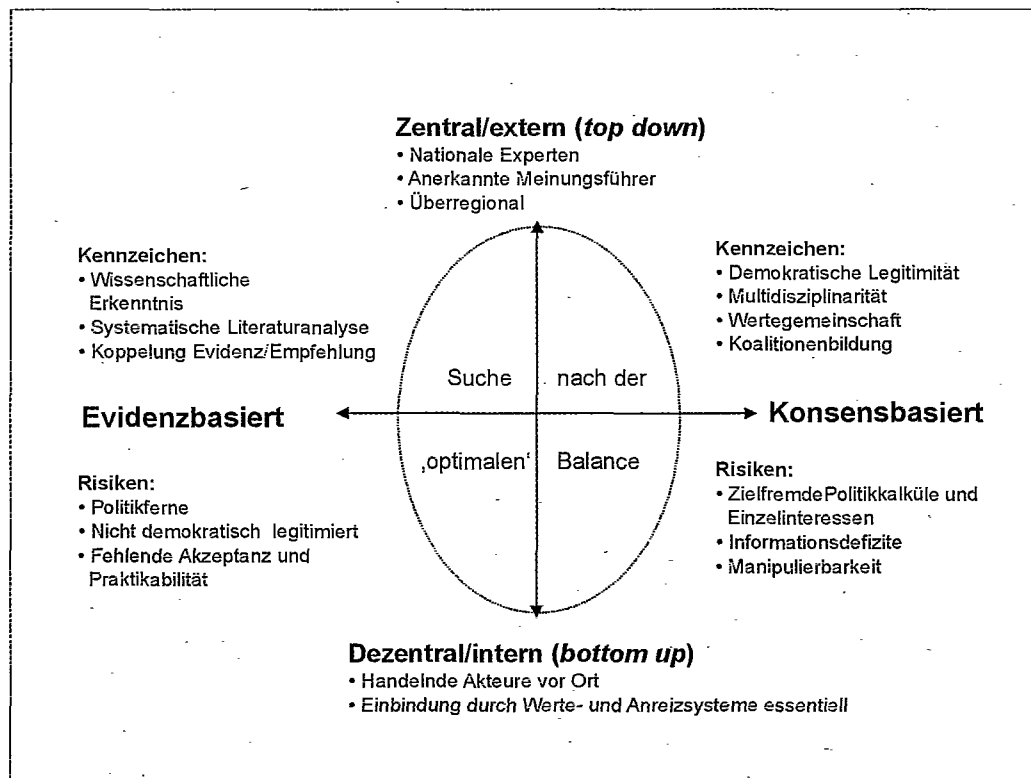
Der favorisierte Typ der „evidenzbasierten Konsensus-Leitlinie“ entspricht den Leitlinien der Stufe S3 der AWMF und steht auch in Übereinstimmung mit dem „integrativen Modell der Leitlinienentwicklung“, das eine Harmonisierung zwischen den Polen einer ausschließlich evidenzbasierten oder einer konsensgestützten Leitlinienentwicklung anstrebt (Abbildung 8, Seite 100).

Programme zur Qualitätsförderung von Leitlinien in Deutschland

259. Neben der Entwicklung und Konsentierung von Standards „guter“ Leitlinien wurden auch in Deutschland – in Anlehnung an internationale Vorbilder – Programme zur gezielten Förderung wissenschaftlich begründeter und praktikabler Leitlinienprogramme in der Medizin initiiert. Die folgende Darstellung konzentriert sich exemplarisch auf die Aktivitäten der AWMF und der ÄZQ (Tabelle 26, Seite 101), ohne dadurch die vielen Initiativen und Aktivitäten anderer Gruppen und Institutionen in ihrer Bedeutung schmälern zu wollen. Hingewiesen sei insbesondere auf das Leitlinienprogramm der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), die im Rahmen eines „Zehnstufenplans“ (DEGAM-Konzept) wissenschaftlich fundierte und zugleich praxiserprobte Leitlinien für die hausärztliche Praxis entwickelt, verbreitet, implementiert und evaluiert (Gerlach, F. M. et al. 1999a).

Abbildung 8

Das integrative Modell der Leitlinienentwicklung



Quelle: modifiziert nach Helou, A. et al. (1999c)

Leitlinienprogramm der AWMF

260. Im Zentrum der Aktivitäten der AWMF steht ein Dreistufen-Konzept zur Qualitätsförderung der Leitlinienentwicklung (Tabelle 27, Seite 102).

Die Mehrzahl der ca. 900 Leitlinien der AWMF-Mitgliedsgesellschaften entspricht der Stufe 1 (informelle Experten- bzw. „S1-Leitlinien“) und Stufe 2 (formal konsentiert bzw. „S2-Leitlinien“), da die sofortige und alleinige Entwicklung von Leitlinien der Stufe 3 (evidenzbasierte Konsensus- bzw. „S3-Leitlinien“) für die Fachgesellschaften aufgrund des hierzu erforderlichen zeitlichen, finanziellen, personellen und methodischen Aufwands nicht machbar war. Für die Zukunft ist jedoch eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Leitlinien auf die jeweils nächst höhere Stufe geplant. Die Kommission der AWMF hat daher eine breit angelegte Umfrage bei ihren Mitgliedsgesellschaften initiiert, um prioritäre Gesundheits- und Versorgungsprobleme zu identifizieren, bei denen die Entwicklung von S3-Leitlinien dringend geboten erscheint (Lorenz, W. 1999).

Im Zuge der Entwicklung von S3-Leitlinien soll auch die interdisziplinäre Abstimmung zwischen den Mitgliedsgesellschaften und die Harmonisierung mit den Selbstverwaltungskörperschaften und Berufsverbänden intensiviert werden.

261. Institutionell gestärkt wird das Leitlinienprogramm durch eine eigene Clearing-Stelle Leitlinien der AWMF (CLA). Diese Clearing-Stelle versteht sich nicht als Konkurrenz oder Substitut des Leitlinien-Clearingverfahrens der ÄZQ, sondern stellt vielmehr ein AWMF-internes Qualitätsmanagement der Leitlinienentwicklung dar. Das Leitlinien-Clearingverfahren bei der ÄZQ ist hingegen eine Form der externen Qualitätssicherung bereits publizierter Leitlinien unterschiedlicher nationaler oder internationaler Fachgesellschaften und Organisationen.

Die Qualitätssicherung der Leitlinienentwicklung durch die AWMF-Leitlinienkommission umfasst u. a. (Müller, W. u. Lorenz, W. 2000)

- die Sicherung der Reportqualität von S3-Leitlinien durch die Publikation eines „Leitlinien-Reports“ (*guideline technical report*) mit ausführlichen methodischen Hintergrundinformationen zur Leitlinienentwicklung,
- die zukünftige Kennzeichnung aller elektronisch publizierten Leitlinien hinsichtlich ihrer aktuellen Entwicklungsstufe S1, S2 oder S3 und der interdisziplinären Abstimmung (IDA),

Tabelle 26

Qualitätssicherung der Entwicklung, Dissemination und Implementation von Leitlinien durch die ÄZQ und die AWMF

Ziele	Instrumente und Aktivitäten	
	ÄZQ	AWMF
„Leitlinien-Clearing“	Leitlinien-Clearingverfahren bei der ÄZQ	Clearing-Stelle Leitlinien der AWMF (CLA)
Sicherung der Interdisziplinarität/ Repräsentativität von Leitlinien	Beteiligung aller relevanten gesundheitspolitischen Akteure am Leitlinien-Clearingverfahren. Bildung von interdisziplinären Expertenkreisen.	Interdisziplinärer Abgleich der Leitlinien zwischen den Fachgesellschaften, insbesondere bei gleichen oder überlappenden Themenfeldern
Sicherung der Berichtsqualität von Leitlinien	Entwicklung eines Schemas für strukturierte Abstracts von Leitlinien	Leitlinien-Report mit methodischen Hintergrundinformationen
Instrument zur Qualitätsbewertung von Leitlinien	Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“	Mitwirkung an der 2. Version der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“
Sicherung der Aktualität von Leitlinien	Monitoring der Aktualität von publizierten Leitlinien	Angabe eines definitiven Aktualisierungsdatums Selbstverpflichtung der Fachgesellschaften zur regelmäßigen Aktualisierung Zurücknahme nicht fristgerecht aktualisierter Leitlinien
Information über die Qualität einzelner Leitlinien	Leitlinien-Berichte über Ergebnisse des Leitlinien-Clearingverfahren	Kennzeichnung der Leitlinien Stufe 1, 2 oder 3 Angaben über den interdisziplinären Abgleich (IDA)
Informationen zu methodischen Grundlagen der Entwicklung und Implementation von Leitlinien	Nutzermanual (2. erweiterte Auflage in Vorbereitung) Programm „Leitlinien-Info“	Methodische Empfehlungen „Leitlinien für Leitlinien“ Entwicklung eines Manuals mit praktischen Ratschlägen zur Erstellung und Weiterentwicklung von Leitlinien
Dissemination von Leitlinien	Umfangreiche Liste von Links zu nationalen und internationalen Leitlinien-Datenbanken (http://www.leitlinien.de oder http://www.azq.de) Medizinische Fachinformationen für Laien im Internet (http://www.leitlinien.de)	Publikation im Internet (http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF) Unentgeltliche Publikation in klinik-internen Intranets Printversionen (Fachzeitschriften, Loseblatt-Sammlung)

Quelle: Helou, A. et al. (2000a)

Tabelle 27

Das Dreistufen-Konzept der Leitlinienentwicklung der AWMF

Stufe	Methodische Merkmale der Leitlinienentwicklung
1. Stufe: Expertengruppe („S1-Leitlinien“)	Informelle Konsensfindung
2. Stufe: Formale Konsensfindung („S2-Leitlinien“)	Formale Konsentierung (Konsensus-Konferenz, Delphi-Konferenz, Nominaler Gruppenprozess) Interdisziplinärer Abgleich
3. Stufe: Leitlinie mit allen Elementen systematischer Entwicklung („S3-Leitlinien“)	Priorisierung im Vorfeld der Leitlinienentwicklung Evidenzbasierte Strategie der Leitlinienentwicklung Formaler Konsens und interdisziplinärer Abgleich Entscheidungsanalyse Klinische Algorithmen Outcome-Analyse Sicherung der Reportqualität durch einen Leitlinienbericht mit Hintergrundinformationen zu Methoden, Evidenz und Werten

Quelle: Helou, A. et al. (2000a)

- die Priorisierung von S1- und S2-Leitlinien, die für eine Weiterentwicklung zu S3-Leitlinien infrage kommen,
- die sukzessive Entwicklung eines Manuals mit methodischen und praktischen Ratschlägen sowie Hintergrundinformationen zur Erstellung, Weiterentwicklung und Implementation von Leitlinien,
- die Verpflichtung der Fachgesellschaften zur Angabe eines definitiven Überarbeitungsdatums älterer Leitlinien sowie
- den interdisziplinären Abgleich von bestehenden Leitlinien zu gleichen oder überlappenden Themenfeldern.

262. Der Rat, der die AWMF und ihre Mitgliedsgesellschaften in seinem Sondergutachten 1995 gebeten hatte, medizinische Leitlinien zu entwickeln, begrüßt nachdrücklich die Initiativen der AWMF zur Qualitätsförderung medizinischer Leitlinien und die in Gang gekommene intensivierte Zusammenarbeit zwischen AWMF und ÄZQ. Er weist aber darauf hin, dass die von den Fachgesellschaften beabsichtigte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen ärztlichen Fachdisziplinen die Forderung nach einer multidisziplinären Leitlinienentwicklung nur partiell erfüllt. Multidisziplinarität bei der Leitlinienentwicklung sollte weit über eine binnenärztliche Interdisziplinarität hinausreichen und auch die Repräsentanz nichtärztlicher Berufs- und Interessengruppen im Leitliniengremium beinhalten (Wray, J. u. Maresh, M. 1997). Hierbei sind auch Patientenverbände und Selbsthilfegruppen einzubeziehen, da sie unmittelbar die Interessen von Betroffenen artikulieren, die sich in ihren Anliegen von den regulären Mechanismen der Definition medizinischer Standards und Leitlinien

häufig unterrepräsentiert sehen. Der Rat fordert daher die Fachgesellschaften auf, bei der künftigen Entwicklung von S3-Leitlinien (bzw. der Weiterentwicklung bestehender S1- und S2-Leitlinien zu S3-Leitlinien) mit Vertretern folgender Gruppen zusammenzuarbeiten:

- Hausärzte (Allgemeinärzte sowie hausärztlich tätige Internisten und Pädiater),
- niedergelassenen Ärzten der von der Leitlinie betroffenen spezialärztlichen Fachrichtungen,
- Methodikern, u. a. klinischen Epidemiologen, Gesundheitswissenschaftlern, Gesundheitsökonomen, Experten für Qualitätsmanagement, Juristen,
- Kostenträgern,
- Betroffenen-Organisationen,
- Organisationen oder Verbänden der Pflegeberufe (sofern diese von der Leitlinie betroffen sind) sowie
- Organisationen oder Verbänden nichtärztlicher Gesundheitsberufe (sofern diese von der Leitlinie betroffen sind).

Das Deutsche Leitlinien-Clearingverfahren bei der ÄZQ

263. Die ÄZQ (eine gemeinsame Einrichtung der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung) hat sich seit ihrer Gründung im März 1995 mit der Förderung wissenschaftlich fundierter und praktikabler Leitlinienprogramme befasst. Die ÄZQ entwickelt allerdings selbst keine Leitlinien, sondern unterstützt die Bemühungen unterschiedlicher Fachgesellschaften (z. B. der AWMF), Institutionen und Gremien um die Entwicklung evidenzbasierter und qualitativ hochwertiger Leitlinien.

nien. Weiterhin berät sie Organisationen und Institutionen im Gesundheitswesen (Körperschaften, Praxisnetze, Kliniken usw.) hinsichtlich der Nutzung von Leitlinien.

Unterstützt wird die Arbeit der ÄZQ durch Expertengruppen, in denen Ärzte, Wissenschaftler, Methodiker (z. B. des Deutschen Cochrane-Zentrums), Repräsentanten der Selbstverwaltungskörperschaften und der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (vor allem der AWMF) ihre Erfahrungen, Perspektiven und Präferenzen einbringen.

Im Mai 1999 haben die Bundesärztekammer (BÄK), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) einen Vertrag über die Einrichtung eines „Leitlinien-Clearingverfahrens“ bei der ÄZQ in Köln geschlossen, um gemeinsam wissenschaftlich begründete und praktikable Leitlinienprogramme in der Medizin zu fördern und zu unterstützen (Tabelle 28):

264. Als formales Bewertungsinstrument des Leitlinien-Clearingverfahrens dienen die von der ÄZQ entwickelten „Beurteilungskriterien von BÄK und KBV für Leitlinien in der medizinischen Versorgung“ (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 1997) und die „Checkliste der ÄZQ zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien“ (Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 1998) sowie das zugehörige Nutzermanual (Helou, A. et al. 1999d). An der Überarbeitung der zweiten Version der Checkliste waren auch Vertreter der AWMF maßgeblich beteiligt. Aus der Zusammenarbeit zwischen der AWMF, der ÄZQ, dem Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) und deutschen Leitlinienexperten ist inzwischen ein umfangreiches Leitlinienmanual entstanden, das auch im Internet verfügbar ist (<http://www.leitlinien.de>). Dieses Manual soll Ärzten und Qualitätszirkeln eine fundierte Wissens- und Arbeitsgrundlage für die kritische Bewertung, lokale Anpassung, Implementation, Anwendung und Evaluation von Leitlinien dienen (Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 2000).

265. Eine der wichtigsten Aufgaben des Leitlinien-Clearingverfahrens besteht nach der Auffassung des Rates darin, die zahlreichen in Deutschland initiierten Aktivitäten der Leitlinienentwicklung und des Qualitätsmanagements zu bündeln und aufeinander abzustimmen. Diese Aufgabe wird entscheidend dadurch erleichtert, dass das Clearingverfahren als Netzwerk organisiert ist, in dem neben den Selbstverwaltungskörperschaften auch Anbieter und Nutzer von Leitlinien sowie wissenschaftlich auf dem Gebiet der Medizin und des Gesundheitswesens Tätige eingebunden sind, u. a. Vertreter AWMF, der ärztlichen Berufsverbände und der Qualitätszirkel.

Methodische Hintergrunddienste

266. Eine wichtige Grundlage für die Erstellung evidenzbasierter Leitlinien ist die Methodik der systematischen Aufbereitung und Analyse der wissenschaftlichen Literatur. Der Rat hält es für wünschenswert, dass sich zum einen Methodiker (u. a. klinische Epidemiologen, Experten für Qualitätsmanagement, Gesundheitsökonom, Gesundheitswissenschaftler, Juristen) stärker als bisher in die Planung, Entwicklung, Implementierung und Pflege von Leitlinien einbringen. Zum anderen empfiehlt der Rat allen mit der Entwicklung und Nutzung von Leitlinien befassten Gruppen, die Expertise von Methodikern zu nutzen, da die klinisch-praktische Erfahrung allein zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für die erfolgreiche Entwicklung und Nutzung von Leitlinien darstellt.

Mit der Einrichtung des Deutschen Cochrane Zentrums in Freiburg, der Etablierung von Health Technology Assessment (z. B. im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts „Aufbau einer Datenbasis „Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien“ in der Bundesrepublik Deutschland“; vgl. Bitzer, E. M. et al. 1998), der Förderung von evidenzbasierter Medizin (z. B. durch das „Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin“) und durch den Ausbau der gesundheitsökonomischen Evaluationsforschung stehen auch in Deutschland kompetente Experten und Methodiker für eine systematische Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Leitlinien zur Verfügung.

Tabelle 28

Ziele und Aufgaben des Leitlinien-Clearingverfahrens bei der ÄZQ

- Bewertung von wichtigen Leitlinien anhand vorab festgelegter Kriterien, ggf. Empfehlungen zur Verbesserung
- Kennzeichnung der für gut befundenen Leitlinien
- Monitoring der Fortschreibung von Leitlinien
- Information über Leitlinien
- Unterstützung bei der Verbreitung von Leitlinien
- Koordination von Erfahrungsberichten über bewertete Leitlinien
- Unterstützung bei der Evaluation von Leitlinien
- Anregung für die Weiterentwicklung der „Beurteilungskriterien für Leitlinien“

Quelle: Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (1998b)

267. Der Rat würdigt die Initiativen der AWMF, ÄZQ und anderer Gruppen auf dem Gebiet der Förderung der Qualität der Leitlinienentwicklung. Er fordert allerdings die an der Entwicklung und Nutzung von Leitlinien beteiligten Gruppen auf, sich künftig stärker als bisher auch den Fragen einer sachgerechten Dissemination, Implementierung, lokalen Adaptation und Evaluation von Leitlinien zuzuwenden. Dies geschieht vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrung, dass Defizite oder Versäumnisse in einem Bereich der Planung, Entwicklung, Implementierung und Evaluation das gesamte Leitlinienprojekt gefährden können.

Darüber hinaus besteht ein Klärungsbedarf hinsichtlich der Frage, welche strukturellen und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen seitens der gesetzgebenden Organe und der Selbstverwaltungskörperschaften geschaffen werden müssen, damit Leitlinien in die Routineversorgung umgesetzt werden können. Zu klären sind hierbei u. a. offene Fragen einer leitlinien- bzw. qualitätsorientierten Vergütung, der Konkretisierung der normativen Verbindlichkeit von Leitlinienempfehlungen und der Sicherung eines leitlinienkonkordanten Verhaltens seitens der Leistungserbringer.

2.5 Fazit und Empfehlungen

268. Der Rat verwendet eine Definition von Qualität der Gesundheitsversorgung, die vor allem die Bedeutung von zuschreibbaren und erwünschten Gesundheitsergebnissen hervorhebt. Im Sinne eines systemisch erweiterten Qualitätsbegriffs ist neben der Qualität von Gesundheitsleistungen, Leistungserbringern und ihren Einrichtungen auch die Qualität von Strukturen und Steuerungsprozessen des Gesundheitssystems einzubeziehen.

Die Qualität der Gesundheitsversorgung wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Dabei ist zwischen jenen qualitätswirksamen Einflüssen zu unterscheiden, die das Gesundheitswesen aus eigener Kraft beeinflussen kann und solchen, die außerhalb seines Einflussbereiches liegen. Gleichmaßen ist zu unterscheiden zwischen den qualitätswirksamen Einflüssen von Strukturen oder Steuerungsprozessen auf der Makro- bzw. Mesoebene und dem Einflussbereich von Steuerungsinstrumenten, welche auf der Mikroebene einzelner Einrichtungen, einzelner Leistungserbringer, einzelner Leistungen oder Verfahren ansetzen. Zu den „Mikrosteuerungsinstrumenten“ zählen auch die derzeit bekannten Verfahren der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements. Von qualitätssichernden Ansätzen kann nicht erwartet werden, dass sie wesentliche qualitätsmindernde Mängel der Makrosteuerung oder der Makrostrukturen im Gesundheitswesen aufheben.

269. In deutschen Gesetzestexten und Vereinbarungen der Selbstverwaltung wird der Begriff „Qualitätssicherung“ für die Gesamtheit aller primär und explizit qualitätsorientierten Maßnahmen und Zielsetzungen verwendet. Der Begriff „Qualitätsmanagement“ wird in diesem Zusammenhang als eine der möglichen Umsetzungsmethoden verstanden. Übereinkünfte in internationalen Nor-

mungsgremien sehen dahingegen vor, dass Qualitätssicherung als eine der Umsetzungsmethoden des übergeordneten Konzepts „Qualitätsmanagement“ aufgefasst wird. Der Rat hält eine Kombination beider Vorgehensweisen im Grundsatz für geboten; er sieht keine einander ausschließende Gegensätzlichkeit.

270. Methoden der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements befassen sich mit der Art und Weise, wie vorhandene Einrichtungen, Verfahren, Maßnahmen und Dienstleistungen zum gesundheitlichen Wohl des Patienten verbessert und wie mögliche versorgungsbedingte Schäden vermieden werden können. Der Rat hält es insofern für sinnvoll, sie als „sekundäre Technologien“ zu bezeichnen, die zur Optimierung so genannter „primärer Technologien“ der Diagnostik, Therapie, Rehabilitation oder Beratung eingesetzt werden. Sie haben den Zweck, Gesundheitsberufe, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Patienten dabei zu unterstützen, gewünschte Gesundheits- bzw. Versorgungsziele zu erreichen.

Angesichts des hohen Aufwands und der mit qualitätssichernden Verfahren verbundenen Kosten ist es jedoch wichtig, die bisherigen Erfahrungen mit qualitätssichernden Verfahren kritisch zu überprüfen. Wie alle anderen Maßnahmen oder Technologien im Gesundheitswesen sind Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirkung und Kostenangemessenheit vor und während ihres Einsatzes im Sinne einer Präevaluation und Reevaluation zu überprüfen.

Dabei geht es insbesondere um die Frage, ob der Nutzen den Aufwand rechtfertigt und wie qualitätssichernde Verfahren zielgerecht eingesetzt werden können, um tatsächlich einen Beitrag zur Verbesserung der Ergebnisse der Gesundheitsversorgung zu leisten.

271. Der Rat hält die folgenden Gütekriterien in der Planung und Durchführung von qualitätssichernden Verfahren für bedeutsam:

- Die Vereinbarung von Zielen von qualitätssichernden Maßnahmen ist unerlässlich. Mögliche Ziele einer ergebnisorientierten Qualitätssicherung im Gesundheitswesen hat der Rat auch bereits in früheren Gutachten formuliert. Hierzu gehören die Verhinderung vermeidbarer Todesfälle, die Verhütung, Heilung und Linderung von Krankheiten und damit verbundener Beschwerden, die Wiederherstellung körperlicher und psychischer Funktionen sowie die „Angstfreiheit“ durch Verfügbarkeit von Leistungen für den Eventualfall (SG 1995, Ziffer 58).
- Qualitätssicherung muss an erster Stelle gesundheitlichen Nutzen stiften und Patienten vor vermeidbaren versorgungsbedingten Schäden bewahren. Patienten- und Ergebnisorientierung steht im Mittelpunkt des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen. Das Leitbild des mündigen, informierten und in seiner Würde und Autonomie respektierten Patienten muss gewahrt werden.
- Qualitätssichernde Maßnahmen sollten sich auf prioritäre Gesundheits- und Versorgungsprobleme kon-

zentrieren. Sie sollten sich auf häufige und schwerwiegende Gesundheitsprobleme sowie auf Kernleistungen der jeweiligen Institution und auf besonders risikobehaftete Interventionen beschränken.

- An der Vereinbarung von Zielen und Prioritäten von qualitätssichernden Maßnahmen sollten alle am jeweiligen Versorgungsprozess beteiligten Gruppierungen angemessen beteiligt sein.
- Qualitätssicherung sollte Akzeptanz bei Leistungserbringern, Patienten und Kostenträgern finden. Die Motivation und Akzeptanz der Beteiligten ist eine wesentliche Voraussetzung, um zu gewährleisten, dass qualitätssichernde Maßnahmen nachhaltige Wirkungen entfalten können. Die Akzeptanz der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen hängt u. a. davon ab, ob sie an der Gestaltung der qualitätssichernden Maßnahmen beteiligt sind, und ob tatsächlich wirksame Methoden zur Anwendung kommen. Schutzwürdige Belange der Patienten und der Leistungserbringer sollten berücksichtigt werden.
- Für qualitätssichernde Maßnahmen sollten angemessene, dem Kenntnisstand entsprechende Methoden gewählt werden. Der Einsatz der qualitätssichernden Verfahren sollte in einen alle Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus umfassenden Ablauf eingebettet sein.
- Die Qualität der medizinischen Versorgung sollte stärker transparent gemacht werden, dabei sollten auch die Informationsbedürfnisse von Patienten berücksichtigt werden.
- Der gestiftete Zusatznutzen von Qualitätssicherung muss transparent gemacht werden. Auch die Risiken und monetären wie nicht monetären Kosten von Qualitätssicherung sollen in angemessener Relation zum gestifteten Zusatznutzen stehen und ebenfalls transparent dargestellt werden. Die Evaluation sollte ex ante, begleitend bzw. ex post im Sinne eines Monitorings mit angemessenen Methoden erfolgen.

272. Die Stärkung der Position der Nutzer des Systems setzt vor allem eine umfassende, verständliche und für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen verfügbare Information über die erreichbare Qualität und über Qualitätsergebnisse voraus. Sie ist für die Entwicklung einer qualitätsorientierten Informationskultur im Gesundheitswesen notwendig. Ihr sollte eine hohe Priorität zukommen.

Methoden der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements

273. Wenn ein Qualitätsproblem prinzipiell erkannt ist und konkrete Ziele zu seiner Verminderung vereinbart worden sind, gibt es eine Vielzahl von Methoden der Qualitätssicherung, mit denen diese Qualitätsziele erreicht werden können. Generell können die meisten Methoden der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements zum Umgang mit sehr verschiedenen Qualitätsdefiziten eingesetzt werden. Qualitätssicherungsinstrumente lassen

sich danach unterscheiden, in welchen Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus sie ihren konzeptionellen Schwerpunkt haben, oder ob sie alle Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus umfassen.

Die Zuordnung kann dabei nicht immer eindeutig erfolgen. Letztlich hängt es von der konkreten Ausgestaltung der einzelnen qualitätssichernden Methoden ab, welche Phasen der Qualitätsverbesserung in welcher Intensität und Formalisierung ausgeführt werden. Es werden daher Möglichkeiten, Grenzen, Akzeptanz, Aufwand und Kosten einiger Qualitätssicherungsmethoden erörtert.

274. Überwiegend aus der internationalen Literatur gibt es Hinweise, dass einzelne Qualitätssicherungsmethoden, wie gezielte Feedback-Maßnahmen, Qualitätszirkel, *peer-review*-Verfahren und in gewissem Maß Audits und Leitlinien, unter bestimmten Bedingungen die Prozess- und Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung verbessern können.

Da es jedoch für den deutschen Kontext wenig gesicherte Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Qualitätssicherungsmethoden gibt, nimmt der Rat an dieser Stelle davon Abstand, bestimmte Methoden als solche zu empfehlen. Vielmehr hält der Rat es für erforderlich, laufende und geplante Qualitätssicherungsprojekte einer intensiven Prä- und Re-Evaluation im Hinblick auf ihren Nutzen für die Gesundheit von Patienten und hinsichtlich ihrer Kosten zu unterziehen. Der „Qualitätssicherung der Qualitätssicherung“ sollte auf lange Sicht ein wesentlich höherer Stellenwert eingeräumt werden, als es bisher im deutschen Gesundheitssystem der Fall war. Der Rat weist auch an dieser Stelle auf den notwendigen Ausbau einer angemessenen Qualitäts- und Versorgungsforschung in Deutschland hin.

275. Darüber hinaus erachtet der Rat einige Grundsätze für das Gelingen von qualitätssichernden Verfahren als wesentlich:

- Die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung von qualitätssichernden Verfahren sollte sich adäquat auf das jeweilige Qualitätsproblem, den Versorgungskontext und auf die vereinbarten Ziele beziehen.
- Die Erfahrungen und Studienergebnisse bei der Realisierung von Qualitätssicherungsprojekten zeigen, dass eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität nur dann erzielt werden kann, wenn alle Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus berücksichtigt werden.
- Da die meisten Qualitätssicherungsmethoden sich von ihrer konzeptionellen Ausrichtung her auf einzelne Phasen des Qualitätszyklus beschränken, ist es zumeist notwendig, mehrere Methoden miteinander zu verbinden, um zu gewährleisten, dass der bewährte Qualitätsverbesserungszyklus erfüllt wird.
- Die Erfahrungen und Studienergebnisse bei der Realisierung von Qualitätssicherungsprojekten zeigen auch, dass die Phasen der Zielsetzung, der Rückmeldung und der Implementierung von Lösungsansätzen häufig vernachlässigt werden, obwohl es entscheidend

von ihnen abhängt, ob Qualitätssicherungsverfahren sich tatsächlich positiv auf den Gesundheitszustand von Patienten auswirken können. Es ist daher wichtig, diesen Phasen bei Qualitätssicherungsprojekten besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

- Bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Qualitätssicherungsprojekten sollten auch in verstärktem Maße Faktoren berücksichtigt werden, die sich förderlich oder hinderlich auf die Wirksamkeit von qualitätssichernden Verfahren auswirken können.

276. Als förderlich haben sich u. a. folgende Vorgehensweisen bei der Durchführung von Qualitätssicherungsprojekten erwiesen:

- Einbeziehung aller Beteiligten bereits in der Ausgestaltungsphase des Qualitätssicherungsprojektes,
- persönliches Engagement von Beteiligten und Entscheidungsträgern,
- verständliche und eindeutige Informationen sowie effektive Kommunikationswege,
- finanzielle und immaterielle Anreize,
- geeignete Foren und Methoden zur kontinuierlichen Überprüfung des Prozesses sowie
- geeignete Foren und Methoden für die kontinuierliche Rückmeldung der Ergebnisse und Erfahrungen.

Die folgenden Barrieren beeinträchtigen häufig den Erfolg von Qualitätssicherungsprojekten:

- inadäquater Zugang zu Informationen,
- geringe Grundkenntnisse und Basisfähigkeiten zur Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen (z. B. kritische Würdigung von wissenschaftlicher Literatur),
- mangelnde Zeit, Ressourcen und Motivation für den Erwerb neuer Fähigkeiten,
- hohe Arbeitsbelastung,
- erhöhte finanzielle Belastungen,
- Zweifel an der Wirksamkeit und Notwendigkeit der jeweiligen Qualitätssicherungsmaßnahme,
- Kommunikationsschwierigkeiten und Kompetenzkonflikte zwischen verschiedenen Hierarchieebenen und Professionen sowie
- Widerstand gegen eine vermutete Bedrohung der professionellen Autonomie.

Jeder Einführung eines Qualitätssicherungsprojekts sollte eine Analyse motivierender und fördernder Faktoren und potenzieller Barrieren vorausgehen, die es im weiteren Verlauf der Umsetzung zu beachten gilt. Dabei ist die Einbeziehung aller an der qualitätssichernden Maßnahme beteiligten Akteure von großer Bedeutung.

277. Insbesondere sollte der Einbeziehung von Patienten in die Beurteilung der Qualität und gegebenenfalls in

die aktive Umsetzung von Qualitätssicherungsverfahren (z. B. ergänzende Patienteninformationen) vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden. Der Rat verweist in diesem Zusammenhang auch auf seine Überlegungen zur öffentlichen Transparenz von Qualitätsdaten (vgl. Abschnitt II-3.6).

Möglichkeiten und Grenzen der evidenzbasierten Medizin – Grauzonen der ärztlichen Entscheidung

278. Angesichts der durch die Versorgungsforschung aufgezeigten Probleme einer unzureichenden Rezeption und Umsetzung wissenschaftlicher Evidenz in die Routineversorgung und angesichts der kaum mehr zu überblickenden Fülle medizinischer Informationen stellt die evidenzbasierte Medizin aus der Sicht des Rates eine dringend notwendige und zeitgemäße Form eines kritischen, effizienten und anwendungsbezogenen Informationsmanagements zur Optimierung der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient dar.

279. Die für die erfolgreiche Anwendung von evidenzbasierter Medizin erforderlichen theoretisch-methodischen (d. h. klinisch-epidemiologischen) und technisch-praktischen Basiskompetenzen sollten bereits frühzeitig im Medizinstudium vermittelt werden. Nur so ist sichergestellt, dass alle Ärzte bereits mit dem Beginn ihrer beruflichen Laufbahn über genügend Routine verfügen, um die Anwendung von evidenzbasierter Medizin effizient in ihre klinische Tätigkeit integrieren zu können. Es müssen auch in Deutschland Aus-, Weiter-, Fortbildungs- und Forschungsangebote geschaffen werden, die zu einer Verbreitung und Weiterentwicklung der Methoden einer angewandten klinischen Epidemiologie und der sie unterstützenden Informationen, Verfahrens- und Entscheidungslehren beitragen.

280. Aus der Sicht des Rates sind ein Großteil der Kritik und der Vorwürfe gegenüber der evidenzbasierten Medizin auf grundlegende Missverständnisse gegenüber den Zielen und Methoden dieses Ansatzes zurückzuführen. Dies gilt u. a. für die Reduktion der evidenzbasierten Medizin auf das Trivialpostulat einer wissenschaftlich fundierten Medizin oder eine „Lehre der Evidenzklassen“ sowie für den Vorwurf des Szientismus im Sinne eines absoluten Gültigkeitsanspruchs von externer wissenschaftlicher Evidenz. Diese Auffassungen werden der zentralen Zielsetzung der evidenzbasierten Medizin, die beste verfügbare externe Evidenz mit der klinischen Erfahrung des Arztes und den Präferenzen des Patienten zu verbinden, nicht gerecht. Gerade die Anwendung der evidenzbasierten Medizin hat verdeutlicht, dass eine ausschließlich auf externe wissenschaftliche Evidenz gründende ärztliche Entscheidungsfindung den komplexen Anforderungen einer auf das Individuum eingehenden Patientenversorgung nicht gerecht wird.

281. Üblicherweise werden unter dem Begriff der „Grauzone“ diejenigen Bereiche ärztlichen Handelns verstanden, in denen die beste verfügbare Evidenz zum diagnostischen und therapeutischen Handeln am Patienten unvollständig oder widersprüchlich ist. Grauzonen beste-

hen auf systemischer Ebene aber auch dort, wo sich Leistungserbringer und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen mit ethischen, juristischen, politischen und ökonomischen Problemen konfrontiert sehen, die allein durch den Rückgriff auf überzeugende wissenschaftliche medizinische Evidenz nicht gelöst werden können. Hierzu zählen z. B. viele Fragen der Allokation knapper Ressourcen, des Ausgleichs zwischen Einzelinteressen und Gemeinwohl sowie der Forderung nach einer humanen und sozial gerechten Gesundheitsversorgung.

Grauzonen stellen einen immanenten Bestandteil der Medizin dar. Sie befinden sich, wie die wissenschaftliche Erkenntnis selbst, mit ständig wechselnden Inhalten und Ausmaßen im Fluss und sind insofern auch Ausdruck dynamischer Prozesse des Umgangs der Medizin mit ihren sachgegebenen Unwägbarkeiten. Sie können zwar verändert und eingeschränkt, grundsätzlich jedoch nicht eliminiert werden. Für die Effektivität der Medizin, auch und gerade des Ausschnitts der evidenzbasierten Medizin, kommt es wesentlich darauf an, wie mit den Unsicherheiten in Grauzonen umgegangen wird. In den Grauzonen ärztlichen Handelns sind aus der Sicht des Rates ein aus einem missverstandenen methodischen Purismus resultierender therapeutischer Minimalismus ebenso unangebracht wie eine Haltung der therapeutischen Beliebigkeit (*anything goes*).

Das Instrumentarium der evidenzbasierten Medizin kann dazu eingesetzt werden, Grauzonen im Sinne einer lückenhaften oder widersprüchlichen Evidenz sichtbar zu machen und zu objektivieren. Dabei kann es im Zuge des in der evidenzbasierten Medizin empfohlenen Vorgehens durchaus möglich sein, dass zu einer vermeintlichen Grauzone medizinischen Handelns doch methodisch belastbare, klinisch relevante und praktisch umsetzbare wissenschaftliche Evidenz gefunden wird. Es ist aber auch umgekehrt vorstellbar, dass sich als „gesichert“ geltende, bislang nicht hinterfragte klinische Routinen in Wirklichkeit in einer Grauzone lückenhafter oder widersprüchlicher Evidenz befinden. Es wird daraus deutlich, dass das, was als „Grauzone“ bezeichnet wird, objektiv von dem aktuellen Wissensstand und subjektiv von dem persönlichen Wissen und der Interpretation des Arztes abhängt. Erst der systematische Rückgriff auf die beste verfügbare Evidenz nach dem in der evidenzbasierten Medizin empfohlenen Vorgehen kann das Vorhandensein bzw. den Umfang von potenziellen Grauzonen erhärten oder widerlegen.

282. Grauzonen ärztlichen Handelns sind jedoch nicht ausschließlich durch das Fehlen belastbarer oder handlungsbegründender Evidenz charakterisiert. Auch methodisch akzeptable, klinisch relevante und praktisch umsetzbare Forschungsergebnisse enthalten forschungs-immanente, methodenbedingte Grauzonen, die bei der Generalisierung von spezifischen Studienresultaten auf Patienten außerhalb der Studienpopulation bzw. der Extrapolation der für Gruppen ermittelten Durchschnittswerte einer Studie auf den individuellen Patienten auftreten (Problematik der *domain effectiveness*).

Auch die in der evidenzbasierten Medizin entwickelten Methoden und Prädiktionsmodelle der Übertragbarkeits-

prüfung können diese methodenbedingten Grauzonen nicht vollständig beseitigen. Dies liegt zum einen daran, dass sich das in der evidenzbasierten Medizin angewandte Vorgehen auch auf klinische Intuition stützt und breite Interpretationsspielräume aufweist. Zum anderen basieren die in der evidenzbasierten Medizin empfohlenen Vorgehensweisen auf bestimmten methodischen Voraussetzungen, die nicht immer erfüllt sind und daher kritisch überprüft werden müssen. Kritisch zu beurteilen sind auch der Aufwand und die Komplexität des in der evidenzbasierten Medizin empfohlenen formalisierten Vorgehens, das Grenzen hinsichtlich seiner Praktikabilität im klinischen Alltag zeigt.

283. Trotz dieser Vorbehalte stellt die Übertragbarkeitsprüfung nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin einen Fortschritt gegenüber dem in der klinischen Versorgung derzeit gebräuchlichen intuitiven und impliziten Vorgehen dar. Sie versucht den aus einer Behandlungsmaßnahme für einen individuellen Patienten zu erwartenden Nutzen zu explizieren, zu objektivieren und zu quantifizieren, indem Informationen aus der wissenschaftlichen Literatur, das klinische Urteil des Arztes und die Patientenpräferenzen bestmöglich genutzt und in einem expliziten, transparenten und systematischen Verfahren zusammengeführt werden. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Übertragbarkeits- und Extrapolationsprobleme unabhängig von evidenzbasierter Medizin auch immer dann entstehen, wenn erfahrungsgestützte eigene oder fremde Beobachtungen am Patienten auf weitere Patienten übertragen werden, d. h. mit dieser Kritik wird ein Grundproblem der Erfahrungsbildung in der Medizin berührt. Evidenzbasierte Medizin trägt dazu bei, dieses Problem explizit und einer kritischen Reflexion zugänglich zu machen.

284. Da sich in der Praxis ebenso wie in der Theorie der Medizin eine weitgehende Vermeidung des Themas Grauzonen bzw. Unsicherheiten feststellen lässt, sollte ein neuer systematischer und offener Umgang mit den Grenzen und Fehlerquellen von Erkennen und Handeln in der Medizin erfolgen. Erwünscht sind hierzu Forschungs- und Lehrangebote der Universitäten, die Verfahren der klinischen Epidemiologie mit denen der klinischen Entscheidungslehre verbinden.

Aus der Sicht des Rates erfordert der Umgang mit Grauzonen auch eine langfristige Umorientierung der Forschungsbemühungen auf praktisch relevante, elementare und weithin anerkannte Leistungen ärztlichen Handelns, die bislang unzureichend oder gar nicht evaluiert wurden. Hierzu gehören komplexe Behandlungsaufgaben mit längerer zeitlicher Reichweite und das gesamte Feld der Zuwendungsmedizin, das viele ärztliche Betreuungsleistungen mit beratendem, unterstützendem und aufklärendem Charakter umfasst, die zum Kernbestandteil einer alltagsgerechten medizinischen Versorgung gehören.

Evidenzbasierte Leitlinien

285. Es liegen inzwischen ausreichende wissenschaftliche Erfahrungen vor, dass Leitlinien in sehr unterschied-

lichen diagnostischen und therapeutischen Bereichen zu einer Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung beitragen können, sofern sie sachgerecht entwickelt, verbreitet und umgesetzt werden.

Allerdings ist der Eintritt intendierter medizinischer und ökonomischer Wirkungen der Leitlinien im Anwendungsfall nur unzureichend vorhersagbar. Noch schwieriger ist die generelle Abschätzung der summierten Anwendungseffekte aller derzeit existierenden Leitlinien. Aus diesen Gründen sollte vor einer flächendeckenden Implementierung und Anwendung von Leitlinien zunächst im Rahmen von Modell- und Demonstrationsprojekten eine Prä-Evaluation erfolgen, um Richtung, Größe und Art der Effekte der Leitlinienanwendung zu erfassen. Aber auch die Anwendung von Leitlinien in der Routineversorgung bedarf einer laufenden Dokumentation und Evaluation, um ungeplante und langfristige Effekte zu erfassen und ggf. steuernd eingreifen zu können. Der Rat empfiehlt eine phasenhafte Evaluation von Leitlinien in unterschiedlichen Stadien der Anwendungsreife, wie sie sich bei der Arzneimittelprüfung schon seit vielen Jahren bewährt hat.

Leitlinien sind „Technologien“ wie andere entscheidungsstützenden und ablauforganisatorischen Verfahren in der Medizin und bedürfen infolgedessen vor ihrer generellen Anwendung einer dem Health Technology Assessment entsprechenden Überprüfung.

286. Die bisherigen Erfahrungen mit der Anwendung von Leitlinien unter den Bedingungen der Routineversorgung haben gezeigt, dass Leitlinien oftmals aufgrund von vermeidbaren Defiziten und Versäumnissen bei der Planung, Entwicklung, Dissemination und Implementierung sowie aufgrund der unzureichenden vorausschauenden Berücksichtigung potenzieller Barrieren und Widerstände gegen ihre Anwendung nicht ihr volles Wirksamkeitspotenzial entfalten können. Fehlschläge und Enttäuschungen sind somit in der überwiegenden Zahl nicht dem „Qualitätsinstrument Leitlinie“ an sich, sondern seiner unsachgemäßen Entwicklung und Umsetzung anzulasten.

287. Mehrere Untersuchungen zeigen, dass ein Großteil der derzeit vorliegenden ausländischen und deutschen Leitlinien nicht den international geforderten Qualitätskriterien einer multidisziplinären, evidenzbasierten und transparent dokumentierten Leitlinienentwicklung entspricht. Darüber hinaus bestehen Defizite hinsichtlich der Beachtung von Patientenpräferenzen und adäquater Disseminations-, Implementations- und Evaluationsstrategien. Vor diesem Hintergrund wurden auch in Deutschland in Anlehnung an internationale Vorbilder Programme zur gezielten Förderung der Qualität von Leitlinien entwickelt. Exemplarisch genannt seien die Leitlinienprogramme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin sowie das deutsche Leitlinien-Clearingverfahren bei der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung.

288. Der Rat misst den laufenden Aktivitäten zur Qualitätsförderung von Leitlinien eine große Bedeutung bei

und unterstützt diese daher nachdrücklich. Er verweist allerdings auf folgende problematische Tendenzen derzeitiger Leitlinienprogramme:

- Der Begriff der Multidisziplinarität wird von vielen Leitlinienentwicklern zu eng gefasst und auf innerärztliche Interdisziplinarität reduziert. Multidisziplinarität bei der Leitlinienentwicklung reicht aber weit über eine binnenärztliche Interdisziplinarität hinaus und umfasst auch die Beteiligung von Repräsentanten nichtärztlicher Gesundheitsberufe und Interessengruppen. Hierbei sind auch Patientenverbände und Selbsthilfegruppen einzubeziehen, da sie unmittelbar die Interessen von Betroffenen artikulieren, die sich in ihrem Anliegen von den regulären Mechanismen der Definition medizinischer Standards und Leitlinien unterrepräsentiert sehen.

- Die bisherigen Programme zur Qualitätsförderung von Leitlinien konzentrieren sich oftmals vorrangig auf offene Fragen der Entwicklung von Leitlinien und vernachlässigen hierbei die Bedeutung einer sachgerechten Dissemination, Implementation, Evaluation und Aktualisierung von Leitlinien. Da aber Defizite oder Versäumnisse in einem Bereich der Planung, Entwicklung, Implementation und Evaluation das gesamte Leitlinienprojekt gefährden, erachtet der Rat die bisherige Fokussierung auf die Sicherung der methodischen Qualität der Leitlinienentwicklung als einseitig.

289. Der Einsatz von Leitlinien in der Routineversorgung hat nach den bislang vorliegenden Erfahrungen nur dann eine realistische Aussicht auf Erfolg, wenn bei der Planung, Priorisierung, Entwicklung, Implementation und Evaluation von Leitlinienprojekten folgende Notwendigkeiten beachtet werden:

- die Beschränkung der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien auf wenige, aber epidemiologisch, klinisch und ökonomisch prioritäre Versorgungsbereiche, bei denen Hinweise auf eine unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann,
- der Einsatz transparenter, systematischer und datengestützter Verfahren bei der Priorisierung von Leitlinien,
- die Verfolgung einer systematischen, evidenzbasierter Strategie der Leitlinienentwicklung,
- die Repräsentanz aller relevanten ärztlichen und nicht-ärztlichen Akteure im Leitliniengremium,
- der Einsatz transparenter und formaler Konsensverfahren bei der Formulierung und Verabschiedung der Leitlinienempfehlungen,
- die Validierung der Leitlinien durch externe Gutachter,
- die Prä-Evaluation der Leitlinien im Rahmen von Modell- und Demonstrationsprojekten,
- die lokale Adaptation externer Leitlinien durch die Anwender vor Ort,

- zielgruppenadäquate, aktive und multidimensionale Maßnahmen der Dissemination und Implementation von Leitlinien,
- die Integration der Leitlinien in bereits bestehende oder im Aufbau befindliche Strukturen eines internen Qualitätsmanagements,
- die Integration von Leitlinien in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und anderer Gesundheitsberufe,
- die begleitende Erfolgskontrolle und Evaluation der Leitlinienanwendung unter Routinebedingungen anhand einiger weniger, aber zentraler Erfolgsparameter,
- die planmäßige Re-Evaluation, Überarbeitung und Aktualisierung der Leitlinien.

290. Aber selbst optimal geplante und umgesetzte Leitlinienprogramme funktionieren möglicherweise nicht, wenn seitens der gesetzgebenden Organe, der Selbstverwaltungskörperschaften sowie der Entwickler und Nutzer von Leitlinien nicht die strukturellen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um systemische, anwenderseitige und (interessen-) politische Barrieren zu beseitigen. Von großer Bedeutung für die erfolgreiche Anwendung von Leitlinien sind vor allem

- der politische Konsens aller relevanten Akteure zur gemeinsamen Entwicklung und Umsetzung von professionen-, institutionen- und sektorenübergreifenden Leitlinien für ein integriertes *disease management*,
- die Abstimmung und Harmonisierung der Leitlinienaktivitäten einzelner Gruppen und Organisationen (Berufsverbände, Fachgesellschaften, Kostenträger),
- die Bereitstellung der notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen zur sachgerechten Planung und Umsetzung wissenschaftlich fundierter und praktikabler Leitlinienprogramme,
- die Unterstützung eines leitlinienkonkordanten Verhaltens seitens der Leistungserbringer durch die Beseitigung von Fehlanreizen und die Schaffung eines leitlinienorientierten Vergütungssystems.

291. Der Rat empfiehlt den Fachgesellschaften, sich künftig verstärkt auf die Entwicklung evidenzbasierter, multidisziplinärer und formal konsentierter Leitlinien zu konzentrieren („S3-Leitlinien“ nach der Klassifikation der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). Aufgrund des erheblichen Aufwands der Entwicklung derartiger Leitlinien werden hierbei die verstärkte Zusammenarbeit der Fachgesellschaften untereinander und mit anderen Akteuren bzw. Organisationen des Gesundheitswesens (z. B. den Gremien der Selbstverwaltung, Berufs- und Betroffenenorganisationen) sowie die Beschränkung auf wenige, aber prioritäre Versorgungsprobleme notwendig sein.

292. Symptomorientierte und diagnoseorientierte Leitlinien stellen keine konkurrierenden, sondern komplementäre Formen der thematischen Orientierung von Leitlinien dar. Ein Leitlinienkonzept, das beide Betrachtungsweisen miteinander verknüpft, ergibt sich zwangsläufig aus der Natur des ärztlichen Handelns und ermöglicht darüber hinaus eine Verknüpfung zwischen Leitlinien für die Primärversorgung und die spezialisierte Versorgung. Es ist durchaus möglich und empfehlenswert, dass unterschiedliche Arbeitsgruppen (z. B. einzelne Fachgesellschaften) innerhalb eines abgestimmten modularen Leitlinienprogramms korrespondierende symptomorientierte und diagnoseorientierte Leitlinien entwickeln.

293. Ein bislang noch nicht zufrieden stellend gelöstes Problem ist die Finanzierung der aufwendigen Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien aus unabhängigen („ethischen“) Quellen. Hier müssen noch adäquate Finanzierungskonzepte entwickelt werden, um einerseits die notwendigen Ressourcen aufzubringen und um andererseits eine unerwünschte Einflussnahme durch Interessengruppen zu verhindern.

294. Der Koordinierungsausschuss sollte sich bei der Beschlussfassung von Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gemäß § 137e Abs. 1 SGB V auf evidenzbasierte, multidisziplinäre und formal konsentierter Leitlinien beziehen.

2.6 Literatur zu Kapitel 2

- Abholz, H.-H. (1995): Die Problematik der Evaluation hausärztlicher Tätigkeit. *Z Allg Med*, Bd. 71, S. 971–973.
- Abholz, H.-H. und Schmacke, N. (2000): Ist mehr Rationalität mittels „bestvorliegender Evidenz“ ausreichend für die Gestaltung der vertragsärztlichen Versorgung?, *Arbeit und Sozialpolitik*, Nr. 5–6, S. 10–15.
- Adams, J.L., Fitzmaurice, D. A., Heath, C.M., Loudon, R.F., Riaz, A., Sterne, A. and Thomas, C.P. (1999): A novel method of guideline development for the diagnosis and management of mild to moderate hypertension, *British Journal of General Practice*, Vol. 49, S. 175–179.
- Agency for Health Care Policy and Research (1992): Acute pain management: operative or medical procedures and trauma. Clinical Practice Guideline Number 1, AHCPR-Publication No. 92-0032.
- Agency for Health Care Quality and Research (1999): CONQUEST. Clinical Performance Measurement Sets, Version 2.0, Washington DC, www.ahrq.gov.
- AQS (Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin) (1999): Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung: eine Kooperationsaufgabe, München.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) (Hrsg.) (2000): Das Leitlinien-Manual: Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin (Sonderheft der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung – ZaeFQ – im Druck).
- Arnold, M. (1999): Editorial, in: Arnold, M., Litsch, M. und Schwartz, F. W. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report '99*, Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker, Stuttgart, S. 1–7.
- Arnold, M., Helou, A. und Schwartz, F.W. (1999): Plädoyer für eine Neuorientierung der medizinischen Prävention und Rehabilitation. Ein Ansatz zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung von chronisch Kranken, in: Arnold, M., Litsch, M. und Schwartz, F. W. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report '99*, Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker, Stuttgart, S. 11–20.
- Arnold, M., Litsch, M. und Schwartz, F. W. (Hrsg.) (1999), *Krankenhaus-Report '99*, Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker, Stuttgart, S. 11–20.
- Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (1998a). Checkliste Methodische Qualität von Leitlinien. *Deutsches Ärzteblatt* 1998, Bd. 94, S. C-1838–1840.
- Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (1998b): Positionspapier zur kritischen Bewertung und zur Erstellung von Leitlinien durch Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, in: *Tätigkeitsbericht 1997/1998 der ÄZQ*, Köln; *Tätigkeitsbericht '98 der BÄK*, Köln, S. 206–209.
- Audet, N., Gagnon, R., Ladouceur, R. and Marcil, M. (1993): L'enseignement de l'analyse critique des publications scientifiques médicales est-il efficace?, *Révision des études et leur qualité méthodologique*, *Can. Med. Assoc. J.*, Vol. 148, S. 945–952.
- Bahrs, O., Gerlach, F.M. und Szecsenyi, J. (1999): *Ärztliche Qualitätszirkel*, 4. überarb. Auflage, Köln.
- Balas, E.A., Puryear, J., Mitchell, J.A. and Barter, B. (1994): How to structure clinical practice guidelines for continuous quality improvement?, *J Med Syst*, Vol. 18, S. 289–297.
- Ballard-Barbash, R., Klabunde, C. et al. (1999): Breast cancer screening in 21 countries: delivery of services, notification of results and outcomes ascertainment, *Eur J Cancer Prev*, Vol. 8, S. 417–426.
- Basinski, A.S.H. (1995): Evaluation of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 153, S. 1575–1581.
- Battista, R.N. and Hodge, M.J. (1995): Setting priorities and selecting topics for clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 153, S. 1233–1237.
- Behrens, J. (1999): Alltägliche Pflegeentscheidungen und „qualitative“ Pflegeforschung. Einführung in evidenzbegründete Pflege: Methoden, Ausgangsprobleme, Ziele, Ressourcen, Vortrag auf dem ersten Workshop des Deutschen Zentrums für evidenzbegründete Pflege, 19.5.1999, Wittenberg.
- Berger, A. (1998): Why audit doesn't work, *BMJ*, Vol. 316, S. 875–876.
- Berger, M., Richter, B. und Mühlhauser, J. (1997): Evidence-based Medicine. Eine Medizin auf rationaler Grundlage, *Internist*, Bd. 38, S. 344–351.
- Bergmann, K.O. und Michalcik, M.Z. (1999): Risikomanagement als Qualitätssicherungsmethode im Krankenhaus, *Z Ärtzl Fortbild Qualitätssich*, Vol 93, S. 57–61.
- Berwick, D.M. (1996): A primer on leading the improvement of systems, *BMJ*, Vol. 312, S. 619–622.
- Beyer M., Gerlach F. und Breull A. (1999). Qualitätsförderung und Qualitätszirkel aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte – repräsentative Ergebnisse aus Bremen und Sachsen Anhalt. *Z Aerztl Fortbild Qualitaets-sich*, Bd. 93, S. 677–87.
- Bitzer, E., Busse, R., Dörning, H., Duda, L., Köbberling, J., Kohlmann, T., Lüthmann, D., Pasche, S., Perleth, M., Raspe, H., Reese, N., Richter, K., Röseler, S. und Schwartz, F. W. (1998): Bestandsaufnahme, Bewertung und Vorbereitung der Implementation einer Datensammlung „Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien“ in der Bundesrepublik, Baden-Baden.
- Blum, K. (1997): Patientenorientierte Qualitätssicherung – Patientenbefragungen als Beitrag zum Total Quality Management im Gesundheitswesen, *Sozialer Fortschritt*, Bd. 46, S. 231–237.

- Blumenstock, G. (1996): Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitätsindikatoren der stationären Versorgung auf der Basis administrativer Daten, Sankt Augustin.
- Bourdillon, P. (1999): Dutch system of peer review is different and effective, *BMJ*, Vol. 318, S. 1143-1144.
- Brenner, G. und Altenhofen, L. (1998): Strukturierte Dokumentation für das Qualitätsmanagement bei Patienten mit Diabetes mellitus. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (ZaeFQ), Bd. 92, S. 123-130.
- Brook, R. H., McGlynn, E. A. and Cleary, P. D. (1996): Quality of health care. Part 2: Measuring the quality of care, *N Engl J Med*, Vol. 335, S. 966-970.
- Brook, R. H. (1995): Implementing medical guidelines, *Lancet*, Vol. 346, S. 132.
- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997): Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung, *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 94, S. C-1622-1623.
- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (1999): Das Leitlinien-Clearingverfahren von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherungen. *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 96, S. C-1561-1562.
- Burls, A.J.E. (1997): An evaluation of the impact of half-day workshops teaching critical appraisal skills. Institute of Health Sciences, Oxford.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N.R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud PA and Rubin, H. R. (1999): Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, Vol. 282, S. 1458-1465.
- Cameron, C. and Naylor, C. D. (1999): No impact from active dissemination of the Ottawa Ankle Rules: further evidence of the need for local implementation of practice guidelines, *Can Med Assoc J*, Vol. 160, S. 1165-1168.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1979): The periodic health examination, *Can Med Assoc J*, Vol. 121, S. 1193-1254.
- Chassin, M. R. (1998): Appropriate use of carotid endarterectomy, *N Engl J Med*, Vol. 339, S. 1468-1471.
- Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J. and Feder, G. (1997): National survey of UK guidelines for the management of coronary heart disease, lung and breast cancer, asthma and depression, *Journal of Clinical Effectiveness*, Vol. 2, S. 120-123.
- Davidoff, F., Haynes, B., Sackett, D.L. and Smith, R. (1995): Evidence-based medicine: a new journal to help doctors identify the information they need. *British Medical Journal*, Vol. 310, S. 1085-1086.
- Deutsches Institut für Normung (1992): ISO-Norm 9004-2, Teil 2. Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätssicherungssystems. Leitfaden für Dienstleistungen, Berlin.
- Devine, E. C., Bevsek, S. A., Brubakken, K., Johnson, B. P., Ryan, P., Sliefert, M. K. and Rodgers, B. (1999): AHCPR clinical practice guideline on surgical pain management: adoption and outcomes, *Res Nurs Health*, Vol. 22, S. 119-130.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, S. 166-203.
- Donabedian, A. (ed.) (1980): Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1: The definition of quality and approaches to its assessment, Health Administration Press, Ann Arbor.
- Dörning, H., Bitzer, E.M., Schwartz, F.W. (1996): Patientenzufriedenheit als Health Care Outcome – das Beispiel der operativen Korrektur der Nasenscheidewand, *Gesundheitswesen*, Bd. 58, S. 510-518.
- Dowie, J. (1999): What decision analysis can offer the clinical decision maker. Why outcome databases such as KIGS and KIMS are vital sources for decision analysis, *Horm Res*, Vol. 51 (Suppl 1), S. 73-82.
- Epstein, A. M. (1990): The outcomes movement – will it get us where we want to go?, *N Engl J Med*, Vol. 322, S. 266-270.
- Ernst, G. (1998): Methoden des Qualitätsmanagements, *Z Med Psychol*, Bd. 7, S. 101-8.
- Evans, J. G. (1995): Evidence-based and evidence-biased medicine, *Age Ageing*, Vol. 24, S. 461-463.
- Evidence-based Care Ressource Group (1994): Evidence-based care: 1. Setting priorities: how important is this problem? *Can. Med. Assoc. J.*, Vol. 150, S. 1249-1254.
- Fang, E., Mittman, B. S. and Weingarten, S. (1996): Use of clinical practice guidelines in managed care physician groups, *Arch Fam Med*, Vol. 5, S. 528-531.
- Feldman, E. L., Jaffe, A., Galambos, N., Robbins, A., Kelly, R. B. and Froom, J. (1998): Clinical practice guidelines on depression: awareness, attitudes, and content knowledge among family physicians in New York, *Arch Fam Med*, Vol. 7, S. 58-62.
- Field, M. J. (1995): Setting priorities for clinical practice guidelines. Washington DC.
- Field, M. J. and Lohr, K.N. (Eds.) (1990): Clinical practice guidelines. Directions from a new program. Institute of Medicine, Washington D.C.
- Field, M. J. and Lohr, K. N. (Eds.) (1992): Guidelines for clinical practice: from development to use, Institute of Medicine, Washington D.C.
- Freemantle, N., Harvey, E. L., Wolf, F., Grimshaw, J. M., Grilli, R. and Bero, L. A. (1997): Printed educational materials to improve the behaviour of health care profes-

- nals and patient outcomes. In: Freemantle N, Bero L, Grilli R, Grimshaw J, Oxman A (eds.) *Effective Professional Practice Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library; Issue 4, Oxford: Update Software.
- Fritsche, L., Jonitz, G., Neumayer, H.-H. und Kunz, R. (2000): Evidenzbasierte Medizin: Umsetzbarkeit und Umsetzung in die deutsche Praxis, *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 97, S. A-776-767.
- Gerlach, F. M. and Beyer, M. (1998): New concept for continuous documentation of development of quality circles in ambulatory care: initial results from an information system in Germany, *Qual Health Care*, Vol. 7, S. 55-61.
- Gerlach, F. M., Beyer, M. and Römer, A. (1997): Quality circles in ambulatory care: state of development and future perspective in Germany, *Int J Qual Health Care*, Vol. 10, S. 35-42.
- Gerlach, F. M., Beyer, M., Berndt, M., Szecsenyi, J., Abholz, H. H. und Fischer, G. C. (1999a): Das DEGAM-Konzept – Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (ZaeFQ)*, Vol. 93, S. 111-120.
- Gerlach, F. M., Beyer, M., Szecsenyi, J. und Fischer, G. C. (1998): Leitlinien in Klinik und Praxis: Welche Anforderungen sollten moderne Leitlinien erfüllen? Welche Strategien zur Entwicklung, Verbreitung und Implementierung haben sich bewährt? Welchen Beitrag können Leitlinien zu einer Qualitätsförderung in der Medizin leisten?, *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 95, S. A-1014-1021.
- Glaserfeld, E. v. (1996): *Radikaler Konstruktivismus – Ideen, Ergebnisse, Probleme*, Frankfurt.
- Glasziou, P. P. und Irwig, L. M. (1995): An evidence-based approach to individualising treatment, *BMJ*, Vol. 311, S. 1356-1359.
- GMDS-Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Medizin. (1996): *Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie*, Bd. 27, S. 200-230.
- Gottlieb, S. S., McCarter, R. J. and Vogel, R. A. (1998): Effect of beta-blockade on mortality among high-risk and low-risk patients after myocardial infarction. *N Engl J Med*, Vol. 339, S. 489-497.
- Gray, J. A. M. (1997): *Evidence-based Health Care*, New York.
- Greenhalgh, T. and Hurwitz, B. (Eds.) (1998) *Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*, London.
- Greenhalgh, T. and Macfarlane, F. (1997): Towards a competency grid for evidence-based practice, *J. Eval. Clin. Pract.*, Vol. 3, S. 161-165.
- Greenhalgh, T. (1999): Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ*, Vol. 318, S. 323-325.
- Grimshaw, J. and Russel, I. T. (1993): Achieving health gain through clinical guidelines. I. Developing scientifically valid guidelines, *Quality in Health Care*, Vol. 2, S. 24-38.
- Grimshaw, J., Eccles, M. and Russel, I. (1995): Developing clinically valid practice guidelines, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 1, S. 37-48.
- Grimshaw, J., Freemantle, N., Wallace, S., Russell, I., Hurwitz, B., Watt, I., Long, A. and Sheldon, T. (1995b): Developing and implementing clinical practice guidelines, *Quality in Health Care*, Vol. 4, S. 55-64.
- Guyatt, G. H., Sackett, D. L. and Cook, D. J. (1994): *Users' guides to the medical literature*, II. How to use an article about therapy or prevention., B. what were the results and will they help me in caring for my patients?, *JAMA*, Vol. 271, S. 59-63.
- Guyatt, G. H., Sackett, D. L., Sinclair, J. C., Hayward, R., Cook, D. J. and Cook RJ; for the Evidence-Based-Medicine Working Group (1995): *Users' guides to the medical literature*. IX. A method for grading health care recommendations, *JAMA*, Vol. 274, S. 1800-1804.
- Hammond, K. R. (1996): *Human judgement and social policy: irreducible uncertainty, inevitable error, unavoidable injustice*, New York.
- Hanneman, S. K. (1998): Pattern recognition – a complex process. *American Journal of Critical Care*, Vol. 7, S. 332-334.
- Hart, D. (1998): Ärztliche Leitlinien – Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen. Gleichzeitig ein Beitrag zum medizinischen und rechtlichen Standardbegriff, *MedR*, Bd. 16, S. 8-16.
- Hartmann, P., Bott, U., Grüßer, M., Kronsbein, P. and Jörgens, V. (1995): Effects of peer-review groups on physicians' practice, *Eur J Gen Pract*, Vol. 1, S. 107-112.
- Haynes, R. B., Sackett D. L., Gray J.-A. M., Cook, D. J. and Guyatt, G. H. (1996): *EBM notebook: Transferring evidence from research into practice*. 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions, *Evidence-based Medicine*, Vol. 1, S. 196-198.
- Helou, A. (1998): *Methodische Qualität der von den deutschen Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften erstellten Leitlinien (1996/1997) aus klinisch-epidemiologischer Perspektive*, Hannover.
- Helou, A. und Ollenschläger, G. (1998): *Ziele, Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätsbewertung von Leitlinien: ein Hintergrundbericht zum Nutzermanual der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“*. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (ZaeFQ)*, Bd. 92, S. 361-365.
- Helou, A., Perleth, M., Bitzer, E. M., Dörning, H. und Schwartz, F. W. (1998): *Methodische Qualität ärztlicher Leitlinien in Deutschland: Ergebnisse einer systematischen Untersuchung deutscher Leitlinienberichte im In-*

- ternet. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (ZaeFQ), Bd. 92, S. 421–428.
- Helou, A., Korsukéwitz, C. und Schwartz, F. W. (1999a): Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse eines Forschungsprojektes, Die Angestelltenversicherung, Bd. 46, S. 563–568.
- Helou, A., Perleth, M. und Schwartz, F.W. (1999b): Evidenzbasierte Medizin und Leitlinienentwicklung: Möglichkeiten und Grenzen der Evidenzbasierten Medizin bei der Entwicklung und Bewertung von Leitlinien, Perspectives on Managed Care, Bd. 2, S. 7–11.
- Helou, A., Wismar, M., Busse, R. und Schwartz, F.W. (1999c): Leitlinien in der Medizin: Wissen, was langgeht. Gesundheit und Gesellschaft, Bd. 2, S. 22–27.
- Helou, A., Kostovic-Cilic, L. und Ollenschläger, G. (1999d): Nutzermanual zur Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“, in: Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (Hrsg.), Leitlinien-In-Fo, München, S. 45–61.
- Helou, A. und Schwartz, F.W. (2000): Der Beitrag von Leitlinien zur Versorgung chronisch Kranker, in: Arnold, M., Litsch, M. und Schwartz, F.W. (Hrsg.), Krankenhaus-Report „99, Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. Stuttgart, Jena, Lübeck, S. 149–161.
- Helou, A., Lorenz, W., Ollenschläger, G., Reinauer, H. und Schwartz, F.W. (2000a): Methodische Standards der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien in Deutschland, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (ZaeFQ), Bd. 94, S. 330–339.
- Helou, A., Perleth, M. und Schwartz, F.W. (2000b): Prioritätensetzung bei der Entwicklung medizinischer Leitlinien. 1. Kriterien, Verfahren und Akteure: eine methodische Bestandsaufnahme internationaler Erfahrungen, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (ZaeFQ), Bd. 94, S. 53–60.
- Helou, A., Perleth, M., Lüthmann, D., Langenberg, C. und Busse, R. (2000c): Evidenzbasierte Medizin erfolgreich praktizieren: Welche Kompetenzen sollte die medizinische Ausbildung vermitteln? Medizinische Ausbildung, in Druck.
- Hetlevik, I., Holmen, J., Kruger, O. and Holen, A. (1997a): Fifteen years with clinical guidelines in the treatment of hypertension – still discrepancies between intentions and practice. Scandinavian Journal of Primary Health Care, Vol. 15, S. 134–140.
- Hetlevik, I., Holmen, J. and Midthjell, K. (1997b): Treatment of diabetes mellitus – physicians' adherence to clinical guidelines in Norway, Scandinavian Journal of Primary Health Care, Vol. 15, S. 193–197.
- Jakubowski, E., Perleth, M. und Busse, R. (1999): „Best practice“ in health care: State of the art and perspectives of the EU in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. Final report to the European Commission, Directorate General V, March 1999.
- Jaster, H.-J. (Hrsg.) (1997a): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Stuttgart, New York.
- Jaster, H.-J. (1997b): Qualitätssicherung im Krankenhaus, in: Jaster, H.-J. (Hrsg.): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Stuttgart, New York, S. 96–119.
- Jennett, B. (1992): Health technology assessment. BMJ, Vol. 305, S. 67–68.
- Jensen, M.C., Brant-Zawadski, M.N., Obuchowski, N., Modic, M.T., Malkasian, D. and Ross, J.S. (1994): Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain, N Engl J Med, Vol. 331, S. 69–73.
- Johnston, G., Crombie, I.K., Alder, E.M., Davies, H.T. and Millard, A. (2000): Qual Health Care, Vol. 9, S. 23–36.
- Jovell, A.J. und Navarro-Rubio, M. D. (1995): Evaluation of scientific evidence, Medicina Clinica, Vol. 105, S. 740–743.
- Jung, K., Gawlik, C., Gibis, B., Pötsch, R., Rheinberger, P., Schmacke, N. und Schneider, G. (2000): Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Ansprüche der Versicherten präzisieren, Deutsches Ärzteblatt, Bd. 97, S. A-365–370.
- Kastenholz, H. (2000): Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Welche Anforderungen kommen auf die Krankenhäuser durch die neuen gesetzlichen Regelungen zu?, Das Krankenhaus, Heft 3, S. 178–181.
- Katz, D. A. (1999): Barriers between guidelines and improved patient care: an analysis of AHCPR's Unstable Angina Clinical Practice Guideline. Agency for Health Care Policy and Research, Health Serv Res., Vol. 34 (1 Pt 2), S. 377–389.
- Kibbe, D.C., Kaluzny, A.D. and McLaughlin, C.P. (1994): Integrating guidelines with continuous quality improvement. Doing the right way to achieve the right goals, Joint Commission Journal on Quality Improvement, Vol. 20, S. 181–191.
- Kimura, S. and Pacala, J. T. (1997): Pressure ulcers in adults: family physicians' knowledge, attitudes, practice preferences, and awareness of AHCPR guidelines, J Fam Pract, Vol. 44, S. 361–368.
- Klazinga, N. (1994): Compliance with practice guidelines: clinical autonomy revisited, Health Policy, Vol. 28, S. 51–66.
- Knorr-Cetina, K. (1991): Die Fabrikation von Erkenntnis, Frankfurt.
- Krauth, C., Schwartz, F.W., Perleth, M., Busse, R. und von der Schulenburg, J.M. (1998): Zur Umsetzung ergebnisorientierter Vergütungselemente in der ambulanten Versorgung, Arbeit und Sozialpolitik, Bd. 52, S. 10–22.
- Langhein, S. und Kern, A.O. (1998): Diskussionsergebnisse, in: Hallauer, J.F. und Beske, F. (Hrsg.), Diagnose- und Therapiestandards in der Medizin: IGSF-Symposium, Bonn 22. September 1997. Würzburg: Trilitsch,

- 1998 (Schriftenreihe/Institut für Gesundheitssystemforschung Kiel; Bd. 62), S. 84–100.
- Logan, R. L. and Scott, P. J. (1996): Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care, *Lancet*, Vol. 347, S. 595–598.
- Lohr, K. N. (ed.) (1990): *Medicare – A strategy for quality assurance*, Institute of Medicine, Washington D.C.
- Lorenz, W. (1999): Bekanntmachungen und Informationen für die Mitglieder der AWMF. *Dtsch Ges Chir Mitteilungen* 4 /99, S. 288–290.
- Mannebach, H. (1997): *Die Struktur des ärztlichen Denkens und Handelns*, London.
- McAlister, F. A., Straus, S. E., Guyatt, G. H. and Haynes, R. B. (2000): Users' guides to the medical literature: XX. Integrating research evidence with the care of the individual patient. Evidence-Based Medicine Working Group, *JAMA*, Vol. 283, S. 2829–2836.
- McColl, A., Smith, H., White, P. and Field, J. (1998): General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey, *BMJ*, Vol. 316, S. 361–365.
- Müller, W. und Lorenz, W. (2000): Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in der AWMF. AWMF, Düsseldorf.
- Murphy, M. K., Black, N. A., Lamping, D. L., McKee, C. M., Sanderson, C. F. B., Askham, J. and Marteau, T. (1998): Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assessment*, Vol. 2(3).
- Naylor, C. D. (1995) Greyzones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine, *Lancet*, Vol. 345, S. 840–842.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination (1994): Implementing clinical practice guidelines: Can guidelines be used to improve clinical practice? *Effective Health Care*, Vol. 1 (8), York/UK.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999): Getting evidence into practice. *Effective Health Care*, Vol. 5 (1), York/UK.
- Norman, G. R. and Shannon, S.I. (1998): Effectiveness of instruction in critical appraisal (evidence-based medicine) skills: a critical appraisal. *Can. Med. Assoc. J.*, Vol. 158, S. 177–181.
- Oesingmann, U. (1998): Anforderungen des Allgemeinarztes an Diagnose- und Therapiestandards, in: Hallauer JF, Beske F (Hrsg.), *Diagnose- und Therapiestandards in der Medizin: IGSF-Symposium*, Bonn 22. September 1997. Würzburg: Trilitisch, 1998 (Schriftenreihe/Institut für Gesundheitssystemforschung Kiel; Bd. 62), S. 77–83.
- Oldiges, F. J. (1997): Sozialpolitische Umschau: 1000 Leitlinien – was nun? *Leitlinien und die Praxis. DOK*, Bd. 21, S. 661–665.
- Ollenschläger, G. und Thomeczek, C. (1999): Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung – Bestandsaufnahme der ärztlichen Selbstverwaltung zur Qualitätssicherung in der Medizin 1955 bis 1995, in: Schmitthenner, H., *Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung*, Bremerhaven, S. 50–78.
- Ollenschläger, G., Helou, A. und Lorenz, W. (2000): Kritische Bewertung von Leitlinien, in: Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G. und Kolkman, F.-W. (Hrsg.), *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis*, Köln, S. 156–176.
- Onion, C. W. und Bartzokas, C. A. (1998): Changing attitudes to infection management in primary care: a controlled trial of active versus passive guideline implementation strategies, *Fam Pract*, Vol. 15, S. 99–104.
- OSTEBA (1996): The prioritisation of evaluation topics of health, Basque Office for Health Technology Assessment.
- Parkes, J., Deeks, J., Milne, R. and Hyde, C. (2000): Teaching critical appraisal skills in health care settings (Protocol), *Cochrane Library*, Issue 4, Oxford.
- Perleth, M. und Schwartz, F. W. (1998): Qualitätssicherung von Krankenhausleistungen, in: Hentze, J., Huch, B., Kehres, E. (Hrsg.), *Krankenhaus-Controlling. Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis*, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 219–264.
- Perleth, M. (1999): Evidenzbasierte Medizin: eine Einführung, in: Perleth M. und Antes, G. (Hrsg.), *Evidenzbasierte Medizin: Wissenschaft im Praxisalltag*, 2. Aufl., S. 13–18.
- Perleth, M. und Raspe, H. (1999): Möglichkeiten und Grenzen der EbM, in: Perleth M. und Antes, G. (Hrsg.), *Evidenzbasierte Medizin: Wissenschaft im Praxisalltag*, 2. Aufl., S. 76–83.
- Perleth, M. und Raspe, H. (2000): Levels of evidence – was sagen sie wirklich aus? *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (ZaeFQ)*, Bd. 94 (in Druck).
- Perleth, M. und Schwartz, F.W. (2000): Methoden des Qualitätsmanagements, in: Eichhorn, Seelos, von der Schulenburg, *Management im Krankenhaus*, München, Wien, Baltimore.
- Pinter E., Stürwold H., Arnold U., Plocek M., Schramm R., Sommer H. (1995) DIN ISO 9004 Teil 2 als Leitlinie für ein zeitgemäßes Qualitätsmanagement im Krankenhaus. *Umfassendes Qualitätsmanagement, Krankenhaus Umschau Special*, S. 22–32.
- Pinter E, Vitt KD (Hrsg.) (1996) *Umfassendes Qualitätsmanagement für das Krankenhaus. Perspektiven und Beispiele*, Frankfurt.
- Raspe, H. (1996): Evidence based Medicine: Modischer Unsinn, alter Wein in neuen Schläuchen oder aktuelle Notwendigkeit? *Z ärztl Fortbild*, Bd. 90, S.553–562.
- Raspe, H. und Ollenschläger, G. (2000): EbM braucht zur Literaturbewertung methodische und klinische Kriterien.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (ZaeFQ), Bd. 94, S. 131–132.

Raspe, H. und Stange, E. F. (1999): Evidence Based Medicine: Kontext und Relevanz „Evidenz-gestützter Medizin“, Z Gastroenterol, Bd. 37, S. 525–533.

Roberts, K. A. (1998): Best practices in the development of clinical practice guidelines, J Healthc Qual, Vol. 20, S. 16–20.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung. Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. Sachstandsbericht, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Sondergutachten, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. 2: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Baden-Baden.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. and Richardson, W. S. (1996): Evidence based Medicine: what it is and what it isn't, BMJ, Vol. 312, S. 71–72.

Sackett, D. L., Richardson, W. S., Rosenberg, W. and Haynes, R. B. (1997): Evidence-based Medicine: how to practice & teach EBM, New York et al.

Sackett, D. L. and Parkes, J. (1998): Teaching critical appraisal: no quick fixes, Can. Med. Assoc. J., Vol. 158, S. 203–204.

Scherbaum, W., Lauterbach, K. W. und Renner, R. (Hrsg.) (2000): Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG, Köln.

Schmitz, H. (2000) Philosophisches Nachwort, in: Berger, M. (Hrsg.), Diabetes mellitus, Jena, S. 822 ff.

Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.) (2000): Arzneimittelverordnungsreport. Ergebnisse des GKV-Arzneimittelindexes, WiDO, Stuttgart.

Schwartz, F. W. (1997): Gesellschaftliches Interesse und Gruppenegoismen im Gesundheitswesen, in: Nagel, E. und Fuchs, C. (Hrsg.), Leitlinien und Standards im Gesundheitswesen: Fortschritt in sozialer Verantwortung oder Ende der ärztlichen Therapiefreiheit? Köln, S. 35–42.

Schwartz, F. W. (1998): Public Health: Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze, in: Schwartz, F. W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. (Hrsg.), Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München et al., S. 2–5.

Schwartz, F. W., Siegrist, J. und Troschke, J. v. (1998a): Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank

sind Bevölkerungen?, in: Schwartz, F.W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. (Hrsg.), Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München et al., S. 8–31.

Schwartz, F. W., Bitzer, E. M., Dörning, H., Grobe, T. G., Krauth, C., Schlaud, M. und Schmidt, T. (1998b): Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland. Krankheitskostenlast und Reduktionspotenziale durch verhaltensbezogene Risikomodifikationen, Hannover.

Scott, M. und Marinker, M. L. (1990): Small group work, in: Marinker, M. L. (Ed.), Medicine audit and general practice, London, S. 185–195.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1999): SIGN Guidelines. An introduction to SIGN methodology for the development of evidence-based clinical guidelines. SIGN Publication 39 (<http://www.scot.nhs.uk/sign/home.htm>).

Scriba, P. C. und Pforte, A. (Hrsg.) (2000): Taschenbuch der medizinisch-klinischen Diagnostik, Berlin.

Selbmann, H. K. (1996a): Viele wollen des Guten zuviel! Zur Lage des Qualitätsmanagements in den Krankenhäusern Deutschlands, Krankenhaus-Umschau Special, Bd. 11, S. 3–9.

Selbmann, H. K. (1996b): Entwicklung von Leitlinien in der Medizin – Kunst oder Können? Chirurg BDC, Bd. 35, S. 61–65.

Selbmann, H. K. (1996c): Zum Stand der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung in Deutschland – Ergebnisse einer analytischen Bestandsaufnahme, in: Das Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung: Workshop zur Vorbereitung eines Demonstrationsprojekts des Bundesministeriums für Gesundheit, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 73, Baden-Baden, S. 23–36

Sens, B. (1997): Verfahren mit externen Vergleichen, Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Hannover.

Sens, B. und Rauskolb, R. (1997): Qualitätssicherung in der Geburtshilfe nach Einführung von Fallpauschalen – Anforderungen und neue Perspektiven, Geburtsh. u. Frauenheilk., Bd. 57, S. M 123–127.

Shaneyfelt, T. M., Mayo-Smith, M. F. and Rothwangl, J. (1999): Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature, JAMA, Vol. 281, S. 1900–1905.

Sonis, J., Doukas, D., Klinkman, M., Reed, B. and Ruffin, M.T. 4th (1998): Applicability of clinical trial results to primary care, JAMA, Vol. 280, S. 1746.

Steiner, S. und Lauterbach, K. W. (1999): Evidenzbasierte Methodik in der Leitlinienentwicklung. Med Klein, Bd. 94, S. 643–647.

- Stephenson, G. (1990): Sweden abandons national practice guidelines, *Rep Med Guidelines Outcomes Res*, Vol. 1, S. 13.
- Straub, C. (1999): Evidence-based Medicine: Perspektiven der Krankenkassen. Gesellschaftspolitische Kommentare, Nr. 8, S. 28-30.
- Szecsényi, J., Broge, B., und Andres, E. (1999a): Steuerung der Arzneimittelversorgung mit Hilfe von Qualitätszirkeln zu rPharmakotherapie. Ergebnisse aus einem Modellprojekt in Sachsen-Anhalt. PRO-Beilage. Offizielles Mitteilungsblatt der KV Sachsen-Anhalt, Magdeburg.
- Szecsényi, J., Magdeburg, Kluthe, B., Weber, C., Bausch, J. und Schindler, H. (Hrsg.) (1999b): Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten. Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried“, Göttingen.
- Taylor, R. S., Reeves, B. and Ewings, P. (1997): How effective is teaching critical appraisal to health care professionals? A systematic review of the literature. 5. Annual Cochrane Colloquium, Poster 263; Amsterdam.
- Thomson O'Brien, M. A., Oxman, A. D., Davis, D. A., Haynes, R. B., Freemantle, N. and Harvey, E. L. (2000a): Audit and Feed-Back versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review), in: *The Cochrane Library*, Issue 4, Oxford: Update Software.
- Thomson O'Brien, M. A., Oxman, A. D., Davis, D. A., Haynes, R. B., Freemantle, N. and Harvey, E. L. (2000b): Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review), in: *The Cochrane Library*, Issue 4, Oxford: Update Software.
- Thorsen, T. and Mäkelä, M. (1999): Changing professional practice. Theory and practice of clinical guidelines implementation, Danish Institute for Health Services Research and Development, Copenhagen.
- Tu, J. V., Hannan, E. L., Anderson, G. M., Iron, K., Wu, K., Vranizan, K., Popp, A. J. and Grumbach, K. (1998): The fall and rise of carotid endarterectomy in the United States and Canada, *N Eng J Med*, Vol. 339, S. 1441-1447.
- Uexküll, T. v. und Wesiack, W. (1998) *Theorie der Humanmedizin*, 3. Aufl., München.
- Van den Hombergh, P., Grol, R., van den Hoogen, H. J. M. and van den Bosch, W. J. (1999): Practice visits as a tool in quality improvement: acceptance and feasibility, Vol. 8, S. 167-171.
- Van der Weijden, T., Grol, R. P. T. M. and Knotterus, J. A. (1999): Feasibility of a national cholesterol guideline in daily practice. A randomized controlled trial in 20 general practices. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 11, S. 131-137.
- Verbeck, A. (1998): TQM versus QM. Wie Unternehmen sich richtig entscheiden, Zürich.
- Viethen, G. (Hrsg.) (1995): *Qualität im Krankenhaus. Grundbegriffe und Modelle des modernen Qualitätsmanagements*, Stuttgart, New York.
- Vincent, C., Tylor-Admas, S., Chapman, E. J., Hewett, D., Prior, S., Strange, P. and Tizzard, A. (2000): How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigations and Risk Management protocol, *BMJ*, Vol. 320, S. 777-781.
- Ward, J.E. und Grieco, V. (1996): Why we need guidelines for guidelines: a study of the quality of clinical practice guidelines in Australia, *Medical Journal of Australia*, Vol. 165, S. 574-576.
- Werner, T., Sens, B. (1996). Dokumentation: Qualitätssicherung in der Medizin. 2. Lübecker Symposium Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Hannover.
- WHO (World Health Organisation, Regional Office for Europe) (1998): *Quality of care & technologies. Activities report 1996-1998*, Copenhagen.
- Wilson, M. C., Hayward, R. S. A., Tunis, S. R., Bass, E. B. and Guyatt, G. H.; for the Evidence-Based Medicine Working Group (1995): Users' guides to the medical literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. B. What are the recommendations and will they help you in caring for your patients?, *JAMA*, Vol. 274, S. 1630-1632.
- Wolfe, C. D., Stojcevic, N., Rudd, A. G., Warburton, F. and Beech, R. (1997): The uptake and costs of guidelines for stroke in a district of southern England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 5, S. 520-525.
- Woolf, S. H. (1993): Practice guidelines: a new reality in medicine. III. Impact on patient care. *Arch. Intern. Med.*, Vol. 153, S. 2646-2655.
- Woolf, S. H. (1998): Do clinical practice guidelines define good medical care? The need for good science and the disclosure of uncertainty when defining „best practices“. *Chest*, Vol. 113 (3 Suppl), S. 166S-171S.
- Woolf, S. H., DiGuseppi, C. G., Atkins, D. and Kamerow, D. B. (1996): Developing evidence-based clinical practice guidelines: lessons learned by the US Preventive Services Task Force, *Annu Rev Public Health*, Vol. 17, S. 511-538.
- Worrall, G., Chaulk, P. and Freake, D. (1997): The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 156, S. 1705-1712.
- Wray, J. and Maresh M. (1997): Multiprofessional guidelines: can we move beyond tribal boundaries? *Quality in Health Care*, Vol. 6, S. 57-58.
- Yoos, H. L., Malone, K., McMullen, A., Richards, K., Rideout, K. and Schultz, J. (1997): Standards and practice guidelines as the foundation for clinical practice. *J Nurs Care Qual*, Vol. 11, S. 48-54.
- Zorn, U. und Ollenschläger, G. (1999): Qualitätsbestimmung in der medizinischen Versorgung – ein universelles Entwicklungsschema für Qualitätsindikatoren, *Z Aerztl Fortbild Qualitaetssich*, Bd. 93, S. 123-8.

3. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Versorgung

3.1 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären spezialärztlichen Versorgung

3.1.1 Bedeutung und Grundbedingungen von Qualitätssicherung in der spezialärztlichen Versorgung

295. Nach § 73 SGB V gliedert sich die vertragsärztliche Versorgung in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Während allerdings die der hausärztlichen Versorgung zugewiesenen Aufgaben und beteiligten Facharztgruppen näher definiert werden, verzichtet der Gesetzgeber auf eine genauere Beschreibung der fachärztlichen Versorgung. Da an der hausärztlichen Versorgung neben praktischen Ärzten überwiegend auch Fachärzte beteiligt sind (Allgemeinärzte, Kinderärzte, Internisten), bevorzugt der Rat für die Abgrenzung zur hausärztlichen Versorgung (anders als das SGB V) anstelle des Begriffs der „fachärztlichen“ den der „spezialärztlichen“ Versorgung. Spezialärzte sind somit alle Fachärzte, die nicht an der hausärztlichen Versorgung beteiligt sind.

296. Im Unterschied zur hausärztlichen Versorgung weist die spezialärztliche Versorgung aufgrund der zahlreichen unterschiedlichen Fachrichtungen, Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen sowie der sehr unterschiedlichen Funktionen von Spezialärzten in verschiedenen Ebenen und Einrichtungen des Gesundheitswesens eine hohe Heterogenität auf. Angesichts dieser Heterogenität kann eine umfassende Analyse und Bewertung der in der spezialärztlichen Versorgung durchgeführten Projekte, Maßnahmen, Ergebnisse und Probleme der Qualitätssicherung nicht geleistet werden. Die nachfolgende Darstellung wird sich notwendigerweise entweder auf allgemein spezialärztlich relevante Aspekte oder auf ausgewählte Beispiele und Entwicklungen in der spezialärztlichen Qualitätssicherung beschränken müssen. Hierbei wird, falls erforderlich, zwischen haus- und spezialärztlicher Versorgung einerseits sowie ambulanter und stationärer spezialärztlicher Versorgung andererseits differenziert.

3.1.1.1 Qualitätsrelevante Besonderheiten

297. Es ist offensichtlich, dass die haus- und spezialärztliche Tätigkeit einander ähnliche oder überschneidende Betätigungsfelder aufweisen. Wenn im Folgenden die für die Qualitätssicherung relevanten Unterschiede zwischen haus- und spezialärztlicher Versorgung herausgearbeitet und akzentuiert werden, handelt es sich notwendigerweise um Vereinfachungen und Reduktionen der komplexen Versorgungswirklichkeit. In der Praxis treten diese Unterschiede selten in der dargestellten idealtypi-

schen Weise auf. Dies gilt auch für die in Abschnitt I-3.1.1.2 dargestellten Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer spezialärztlicher Versorgung.

298. Der Gesetzgeber weist der hausärztlichen Versorgung in erster Linie die kontinuierliche Betreuung eines Patienten, die Koordination medizinischer Maßnahmen und die Zusammenführung der wesentlichen Behandlungsdaten zu. Eine wesentliche Aufgabe der hausärztlichen Versorgung ist somit ihr Beitrag zur Sicherung der Qualität der notwendigen Koordinationsentscheidungen und Weichenstellungen.

299. Eine wichtige Aufgabe der hausärztlichen Versorgung ist aber auch die eigenständige Durchführung von Maßnahmen der medizinischen Grundversorgung, die hinsichtlich der Eindeutigkeit der Indikationsstellung und der Einfachheit der Durchführung keine tiefer gehende Spezialisierung der medizinischen Kompetenz erfordern. Der hausärztlichen Überweisung des Patienten an einen Spezialarzt liegt somit die im Allgemeinen wohlbegründete Annahme zugrunde, dass die Fortführung der Behandlung durch einen Spezialisten eine höhere spezifische Behandlungsqualität aufgrund der spezifischen Ausbildung und der größeren Erfahrung des Spezialisten auf seinem Fachgebiet garantiert. Insbesondere bei der Durchführung technisch besonders aufwendiger und mit dem Risiko schwerer bis lebensbedrohlicher Komplikationen belasteter Eingriffe stellt die spezialärztliche Routine einen wichtigen Qualitätsindikator dar (Abschnitt I-3.1.4.5).

300. Eine weitere wichtige spezialärztliche Funktion liegt darüber hinaus in der weitergehenden Diagnostik von Befunden, die in der hausärztlichen Praxis nicht abgeklärt werden können. Aus klinisch-epidemiologischer Perspektive ist hier zu bemerken, dass die spezialärztliche Klientel im Allgemeinen homogener ist und eine höhere Symptom- und Diagnosenprävalenz aufweist als die Patienten, die beim Hausarzt vorstellig werden. Die durch diese Selektion bedingte höhere A-priori-Prävalenz für bestimmte Zielerkrankungen erhöht den Prädiktionswert der im spezialärztlichen Setting erhobenen Befunde und Testergebnisse.

301. Diesen qualitätswirksamen Vorteilen der spezialärztlichen Behandlung stehen andererseits aber auch bestimmte Probleme gegenüber, die bei der Qualitätssicherung vorausschauend berücksichtigt werden müssen. So steht der Spezialarzt im Allgemeinen häufiger als der Hausarzt vor der Herausforderung, sich in kurzer Zeit ein zutreffendes Urteil von der gesundheitlichen (physischen, psychischen und sozialen) Befindlichkeit eines ihm noch unbekannten Patienten zu machen, der ihm unter einer einengenden diagnostischen Annahme überwiesen wurde.

Hier können sich Probleme aufgrund eines zu fokussierten spezialärztlichen Zugangs zu dem Patienten ergeben. Dies gilt insbesondere in Hinblick auf die medizinischen Bedürfnisse älterer, chronisch kranker und multimorbider Patienten, welche die Grenzen eines Fachgebiets überschreiten. Die im Vergleich zur hausärztlichen Versorgung im Allgemeinen geringere Betreuungskontinuität birgt zudem gerade bei chronischen und protrahierten Erkrankungsverläufen das Risiko eines fehlenden katamnestischen Feedbacks, sodass eine Qualitätssicherung der Langzeitergebnisse diagnostisch-therapeutischen Handelns erschwert ist.

302. Da die in der spezialärztlichen Versorgung eingesetzten (oder veranlassten) Verfahren ihrer Art nach im Durchschnitt invasiver und komplikationsträchtiger sind als in der hausärztlichen Versorgung, kommt der Qualitätssicherung der Indikationsstellung und der sachgerechten Durchführung eine herausgehobene Bedeutung zu. Hierbei begründet die Komplikationsrate der in der spezialärztlichen Versorgung angewandten therapeutischen Interventionen die Bedeutung der Qualitätssicherung. Ebenso wichtig ist aber auch die Qualitätssicherung diagnostischer spezialärztlicher Verfahren, insbesondere wenn sie weit reichende therapeutische Entscheidungen nach sich ziehen. Ein nicht nur in Fachkreisen viel beachtetes Beispiel stellt die nachgewiesene hohe Rate falsch-positiver und falsch-negativer Befundungen bei der mammographischen Früherkennung des Brustkrebses dar (Swart, E. et al. 1995).

303. Auch aus gesundheitsökonomischer Sicht ergeben sich Probleme, die für die spezialärztliche Versorgung relevant sind. So können gerade aufgrund des in diesem Bereich häufiger vorkommenden hohen Preisniveaus für innovative aber auch etablierte Behandlungsverfahren je nach Vergütungsform wirtschaftliche Überlegungen gegenüber medizinischen Aspekten dominant werden und Fehlanreize in Richtung Überversorgung (z. B. bei Einzelleistungsvergütung) oder Unterversorgung (z. B. bei Budgetierung oder pauschalierten Vergütungsformen) setzen. Bei einer budgetierten Versorgung beispielsweise kann es dann zu einer Unterversorgung in der spezialärztlichen Versorgung kommen, wenn neue Behandlungsansätze mit einem klinisch relevanten Zusatznutzen auch mit erheblichen Zusatzkosten verbunden sind, sodass Leistungsanbieter auf den Einsatz solcher für bestimmte Patientengruppen sinnvollen und daher indizierten Verfahren verzichten.

304. Angesichts dieser Probleme ist es für eine gleichermaßen qualitativ hochwertige und wirtschaftlich angemessene spezialärztliche Praxis von entscheidender Bedeutung, dass Spezialärzte in der Lage sind, sich eine fundierte und kritische Meinung von dem medizinischen Zusatznutzen und den Zusatzkosten innovativer Behandlungsansätze auf ihrem Fachgebiet zu verschaffen.

Die evidenzbasierte Medizin gibt den Spezialärzten nützliche Verfahrensregeln des Informations- und Wissensmanagements sowie des *critical appraisal* an die Hand,

um medizinische Verfahren hinsichtlich ihres medizinischen und ökonomischen Nutzens auf der Basis der besten verfügbaren externen wissenschaftlichen Evidenz zu bewerten (vgl. Abschnitt II-2.3). Daneben können auch die Ergebnisse eines sich in Deutschland in den letzten Jahren zunehmend etablierenden Health Technology Assessments (HTA) einen wichtigen Beitrag für den rationalen Einsatz medizinischer Verfahren in der spezialärztlichen Versorgung leisten.

3.1.1.2 Besonderheiten des spezialärztlichen Behandlungssettings

305. Die ambulante Versorgung weist gegenüber der stationären Versorgung Besonderheiten auf, für die andere Formen der Qualitätssicherung nötig sein können. Die Situation des niedergelassenen Spezialisten ähnelt diesbezüglich weitaus mehr der des Hausarztes (s. Abschnitt II-3.2) als der des Krankenhausarztes. Die Situation des niedergelassenen Arztes (Hausärzte und Spezialisten gleichermaßen) ist demnach im Vergleich zum Krankenhausarzt häufig gekennzeichnet durch (vgl. Selbmann, H.K. 1996b)

- eine größere Isolation und eine örtliche Trennung vom mitbehandelnden Arzt,
- die fehlenden Vergleichsmöglichkeiten wegen heterogener Praxisschwerpunkte und unterschiedlicher Zusammensetzung des Patientenkontingents,
- eine primäre Klassifikation nach Symptomen statt Krankheitseinheiten (betrifft eher die hausärztliche Versorgung),
- zu geringe Patientenzahlen pro Symptomklasse, um statistische Analysen mit ausreichendem Detaillierungsgrad durchführen zu können (betrifft eher die hausärztliche Versorgung),
- oft unbekannte Behandlungsergebnisse, weil der Patient den Arzt gewechselt hat (betrifft eher die spezialärztliche Versorgung),
- wenig kontrollierbare Compliance der Patienten.

Ein ganz zentrales Problem besteht ferner darin, dass der niedergelassene Arzt im Vergleich zu seinen Kollegen im Krankenhaus weitaus weniger institutionalisierte Möglichkeiten des kollegialen Austausches und des *peer review* hat (z. B. Röntgenbesprechungen, Chef- und Oberarztvisiten).

306. Eine gezielte Möglichkeit zur Überwindung dieser fachlichen Isolation bieten ärztliche Qualitätszirkel, die in den letzten Jahren stark zugenommen haben (s. Abschnitt II-3.2). Ein anderes in Deutschland selten genutztes Äquivalent der klinischen „Chefvisite“ stellen *educational outreach visits* bei ambulanten Ärzten dar. Dabei handelt es sich nicht um eine Kontrolle, sondern um eine besondere Form der problemorientierten interkollegialen Weiterbildung, bei der Fachleute aus unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung niedergelassene Ärzte besuchen, um gemeinsam vor Ort anhand konkreter

Behandlungsfälle fachliche Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren, zu diskutieren und entsprechende Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Ein *Cochrane Review* zu dieser Intervention, der 18 randomisierte Studien berücksichtigte, gelangte zu dem Ergebnis, dass *outreach visits* eine viel versprechende und für Ärzte akzeptable Form der Qualitätssicherung darstellen (Thomson O'Brien, M.A. et al. 2000b). Allerdings müssen in Deutschland erst noch Erfahrungen mit diesem im angloamerikanischen Raum gebräuchlichen Ansatz gewonnen werden.

307. Die Situation des im Krankenhaus tätigen Spezialarztes wiederum ist dadurch gekennzeichnet, dass aufgrund der größeren Komplexität der Versorgungseinrichtung mehr interne Schnittstellen existieren (z. B. zwischen unterschiedlichen Abteilungen, Funktionsbereichen, Professionen und Fachdisziplinen), an denen gehäuft Qualitätsprobleme auftreten. Hinzu kommt die im Krankenhaus im Vergleich zur ambulanten Versorgung höhere Arbeitsteiligkeit und personelle Fluktuation, die sich negativ auf die Betreuungskontinuität auswirken. Entscheidende Ansatzpunkte für eine Qualitätssicherung im Krankenhaus sind daher die Sicherung eines effizienten Schnittstellenmanagements und die Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation (s. Abschnitt II-3.5).

308. Eine andere für die Krankenhausversorgung typische Qualitätsproblematik ergibt sich insbesondere in akademischen Lehrkrankenhäusern und Universitätskliniken durch die Konkurrenz der Patientenversorgung mit zahlreichen Lehr-, Ausbildungs- und Forschungsverpflichtungen. Ein wichtiger Ansatzpunkt von Qualitätssicherungsmaßnahmen in Krankenhäusern könnte daher darin bestehen, die konkurrierenden Aufgabenbereiche so zu gestalten und aufeinander abzustimmen, dass Ausbildung und Forschung nicht zulasten der Patientenversorgung gehen und umgekehrt. In diesem Zusammenhang sind auch die Mehrfachbelastungen der ärztlichen Führungsebene in Krankenhäusern durch zahlreiche Repräsentations- und Managementverpflichtungen zu erwähnen.

309. Bislang oftmals unterschätzte qualitätsrelevante Aspekte – die generell alle klinisch tätigen Ärzte betreffen, von Krankenhausärzten (insbesondere von Assistenten in frühen Weiterbildungsphasen) aber zunehmend beklagt werden – sind Probleme der ärztlichen Arbeitssituation wie Stress, zunehmende destruktive berufliche Konkurrenz, die routinemäßige Verlagerung von ärztlichen Verpflichtungen (Besprechungen, Arztbriefe, Qualitätssicherung!) in die Freizeit, gestiegener Verantwortungsdruck infolge von Überforderung, unverhältnismäßig viele Überstunden sowie die Tendenz zur (Selbst-) Ausbeutung junger Ärzte (insbesondere in der Phase des „Arztes im Praktikum“ und der Weiterbildung). Diese Probleme der professionellen Situation können qualitätsrelevant werden, wenn durch Stress, Überforderung, Übermüdung und berufliche Unzufriedenheit die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung leidet und Behandlungsfehler gehäuft auftreten. Maßnahmen zur Sicherung akzeptabler Arbeitsverhältnisse von Ärzten in Praxen und Kranken-

häusern dienen somit nicht nur der beruflichen Zufriedenheit, sondern im ganz entscheidenden Maße der Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen unter dem Gesichtspunkt des Patientenschutzes. Bislang wird dieser Aspekt von der organisierten Ärzteschaft zugunsten der einseitigen Vertretung ökonomischer Interessen vernachlässigt.

3.1.2 Rechtlicher und organisatorischer Rahmen

3.1.2.1 Qualitätssicherung als traditionelle ärztliche Verpflichtung

310. Qualitätssicherung in der Medizin ist nicht neu. Verhältnismäßig neu aber ist die Übernahme und Implementierung expliziter und systematischer Ansätze der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements, wie sie nach dem Zweiten Weltkrieg zunächst in der Industrie und Wirtschaft entwickelt wurden.

Zu den traditionellen Verfahren der Qualitätssicherung, die auch in der spezialärztlichen Versorgung (vor allem in Krankenhäusern) praktiziert werden, zählen u. a. (vgl. Abschnitt II-2.2)

- morgendliche Fallbesprechungen, Röntgenbesprechungen,
- Zweitmeinungssystem mit Entscheidungshierarchien,
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Sektionsbesprechungen,
- Oberarzt- und Chefarztvisiten,
- Abteilungsbesprechungen mit qualitätsrelevanten Themen,
- Führen und Diskussion von internen Qualitätsstatistiken (Morbiditäts-, Mortalitäts- und Infektionsstatistiken),
- Einholen von Patientenerfahrungen und Spätergebnissen,
- Konsultationen mit vor- und nachbehandelnden Ärzten,
- Fachkundenachweise sowie
- professionenübergreifende Problembesprechungen.

Die aufgeführten Maßnahmen erhalten oft deshalb nur nicht die ihnen gebührende Aufmerksamkeit, weil ihre qualitätssichernden Wirkungen oftmals nicht quantifiziert und transparent gemacht worden sind (Stobrawa, F. u. Krumpaszy, H.G. 1999) bzw. sie nicht Gegenstand von evaluativen Studien waren.

311. Viele dieser seit Jahren bekannten und erprobten Maßnahmen werden nicht in allen Gesundheitseinrichtungen systematisch gepflegt. Dies gilt in einem besonderen Maße für die klinische Sektion, die derzeit immer stärker rückläufig ist. Sie ist mittlerweile weit unter der aus epidemiologisch-statistischer Sicht notwendigen Quote von 30 % gesunken. Am stärksten war der Rückgang in

dem Gebiet der neuen Bundesländer, in denen die Sektionsquote ursprünglich bei 60 bis 70 % lag. Durch den Verzicht auf die klinische Sektion entfällt ein sehr zuverlässiges Instrument zur Erforschung der konkreten Todesursache und zur Ergebniskontrolle der angewandten diagnostischen und therapeutischen Verfahren.

3.1.2.2 Gesetzliche Grundlagen des SGB V vor dem GKV-Reformgesetz 2000

312. Bereits seit den 70er-Jahren waren in Deutschland Ansätze einer Qualitätssicherung zu beobachten, die in erster Linie den spezialärztlichen Bereich betrafen. Hierzu gehören die Laborring-Versuche, Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Radiologie und Nuklearmedizin, ferner die leistungsbezogenen Qualitätsvergleiche in der Geburtshilfe und der Chirurgie. Eine wichtige Vorreiterrolle hatte hierbei die Labormedizin, die als erste interne Richtigkeits- und Präzisionskontrollen sowie externe Ringversuche verpflichtend durchführte. Die Entwicklung und Umsetzung derartiger Verfahren haben wesentlich zu dem hohen technischen Standard im klinischen Labor beigetragen.

313. Seit Beginn der Neunzigerjahre haben die Aktivitäten, Konzepte und Absichtserklärungen zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung weiter zugenommen. Ausschlaggebend war dabei sicherlich die durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 in Kraft getretene Verpflichtung zur Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung. Das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 hat diese Regelungen teilweise ergänzt und um neue Regelungen erweitert. Für die Qualitätssicherung in der spezialärztlichen Versorgung relevant sind insbesondere die §§ 112, 113 und 115b sowie §§ 135 bis 137 SGB V.

Die Umsetzung der im SGB V festgelegten gesetzlichen Vorgaben erfolgt durch vertragliche Vereinbarungen zwischen den für die medizinische Versorgung zuständigen Partnern, insbesondere den Leistungserbringern, den Kostenträgern und den Krankenhausträgern.

3.1.2.3 Fallpauschalen und Sonderentgelte

314. Mit der Einführung der leistungsbezogenen Krankenhausfinanzierung über Fallpauschalen und Sonderentgelte durch die Bundespflegesatzverordnung von 1995 wurde auf gesetzlicher Basis eine weitere Qualitätssicherungs-Aktivität verbunden, nämlich in der Form der „Vereinbarung über eine Rahmenempfehlung gemäß § 137 in Verbindung mit § 112 zur Sicherung der Qualität der Krankenhausleistungen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten“. Eine speziell auf Fallpauschalen und Sonderentgelte gerichtete vertraglich vereinbarte Qualitätssicherung erschien vor allem den Verbänden der Krankenkassen notwendig, weil von verschiedenen Seiten befürchtet wurde, durch die neuen ökonomischen Anreize könnten Patienten notwendige Leistungen vorenthalten oder Indikationen zu großzügig gestellt werden. Explizit formuliertes Ziel dieser Rahmenempfehlung ist insofern die Sicherstellung der Indikationsstellung und

Qualität für die pauschalierten und Sonderentgelt-Leistungen sowie die Erfüllung der personellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen. Partner der Vereinbarung sind die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

In dieser Rahmenempfehlung, die nach § 112 SGB V auf Länderebene umgesetzt werden muss, wird im Wesentlichen geregelt, für welche Fallpauschalen und Sonderentgelte Qualitätsdokumentationen angefertigt und zentral ausgewertet werden und wie die Rückmeldungen an die Krankenhäuser erfolgen. 1997 waren für 78 Fallpauschalen und Sonderentgelte 23 verschiedene Qualitätsdokumentationen, auch unter Beteiligung von Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer erarbeitet worden.

315. Die im Auftrag des BMG durchgeführte Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995 und zu den zeitgleich eingeführten Qualitätssicherungsverfahren bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ergab keine eindeutigen Ergebnisse, die auf eine Einschränkung der Versorgungsqualität hinweisen würden (Deutsches Krankenhausinstitut 1999). Allerdings sind die Aussagen angesichts des fehlenden Patientenbezugs der Daten mit einer erheblichen Unsicherheit behaftet. Bei der Interpretation der Ergebnisse der Begleitforschung zur neuen Bundespflegesatzverordnung muss ferner berücksichtigt werden, dass die Umsetzung der Rahmenempfehlungen zur Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nicht bundesweit erfolgt ist, sondern nur in wenigen Bundesländern.

Der Bericht hebt jedoch hervor, dass im Zusammenhang mit pauschalierten Vergütungen für die Qualität der Versorgung problematischen Entwicklungen verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Dies betrifft im Einzelnen die Einführung von Wartelisten, die dazu geführt hat, dass sich in einem Teil der Krankenhäuser die zeitliche Zugänglichkeit der stationären Versorgung verschlechtert hat, den Stellenabbau im ärztlichen und Pflegedienst, medizinisch nicht indizierte Verlegungen in die Rehabilitation sowie Stellenstrukturverschiebungen zugunsten erfahrener Fachärzte und damit mittel- bis langfristig die Gefahr einer Überalterung des Ärztekollegiums bzw. Einschränkungen in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Es ergaben sich hingegen bislang keine konkreten Anhaltspunkte auf eine eingeschränkte räumliche Zugänglichkeit infolge einer möglichen Spezialisierung und Schwerpunktbildung. Was die Möglichkeit von Patientenselektionen bzw. Verlegungen zulasten größerer Häuser anbelangt, erlaubt die unzureichende Datenlage keine zuverlässigen Aussagen. Eine mit steigender Krankenhausgröße signifikante Zunahme der Aufnahmen aus anderen Häusern konnte jedoch nicht belegt werden.

316. Der Rat ist der Auffassung, dass bei der erneuten und diesmal flächendeckenden Einführung eines zudem noch umfassenden pauschalierten Entgeltsystems (mit einer weitgehenden Reduzierung des sog. Restbudgets)

eine konsequente Qualitätssicherung unerlässlich ist. Nur so kann den potenziellen Gefährdungen der Versorgungsqualität und medizinischen Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser begegnet werden (vgl. Kapitel II-4).

3.1.2.4 Regelungen des GKV-Reformgesetzes 2000

317. Bislang standen bei den gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung im stationären Bereich neben Vorgaben zur Struktur der Versorgungseinrichtungen überwiegend die in § 137 SGB V geforderten vergleichenden Qualitätsprüfungen anhand von Dokumentationsbögen und vergleichenden Statistiken im Vordergrund. Für die vertragsärztliche Versorgung (einschließlich der belegärztlichen Leistungen und den im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen) sieht der § 136 SGB V (Qualitätsprüfung im Einzelfall) nach wie vor eine externe Qualitätsprüfung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vor.

318. Mit dem GKV-Reformgesetz (GRG) 2000 hat der Gesetzgeber erstmals alle Leistungserbringer auch dann zur Qualitätsverbesserung verpflichtet, wenn keine vertraglichen Regelungen der jeweiligen Vertragspartner vereinbart wurden (§ 135a Abs. 1 SGB V). Darüber hinaus wurden die Krankenhäuser, aber auch die stationäre Vorsorge und die Rehabilitationseinrichtungen verbindlich zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements verpflichtet (§ 135a Abs. 2 SGB V). Der Rat empfiehlt, die Verpflichtung zur angemessenen Anwendung eines internen Qualitätsmanagements bei zukünftigen gesetzlichen Regelungen auch auf die Vertragsärzte auszudehnen.

319. Weitere qualitätsrelevante Veränderungen durch das GRG 2000 betreffen die Einrichtung eines dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen vergleichbaren „Ausschuss Krankenhaus“, der sich mit der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen einer Krankenhausbehandlung befasst und überprüfen soll, inwieweit diese für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind (§ 137c SGB V). Eine wichtige Weichenstellung in Richtung auf ein sektorenübergreifendes Qualitätsmanagement erhofft sich der Gesetzgeber von dem neu einzurichtenden Koordinierungsausschuss (§ 137e SGB V). Weitere Chancen für eine sektorenübergreifende Gestaltung der Qualitätssicherung ergeben sich für die Leistungserbringer und Kostenträger durch die neuen gesetzlichen Regelungen zur integrierten Versorgung (§§ 140a bis h SGB V).

3.1.2.5 Das ärztliche Berufsrecht

320. Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung ist ferner im ärztlichen Berufsrecht verankert und fällt somit in den Zuständigkeitsbereich der Landesärztekammern. Zur Qualitätssicherung hat der Deutsche Ärztetag u. a. fol-

gende zwei Beschlüsse gefasst, die mittlerweile im ärztlichen Berufsrecht jeder Landesärztekammer verankert sind (vgl. auch Selbmann, H.K. 2000a):

- 1988 wurde in die ärztliche „Musterberufsordnung“ aufgenommen, dass jeder Arzt die Pflicht habe, an den von seiner Ärztekammer eingeführten Qualitätssicherungsvorhaben teilzunehmen (Bundesärztekammer 1988). Zahlreiche von der Bundesärztekammer erarbeitete Richtlinien sind – nach der Übernahme durch die Landesärztekammer – über die Berufsordnung für den einzelnen Arzt damit verbindlich, z. B. diejenige zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien, in der Immunhämatologie, in der Mikrobiologie, in der Röntgendiagnostik, in der Computertomographie, in der Zytologie und bei endoskopischen Eingriffen.
- 1992 wurde eine neue „(Muster-)weiterbildungsordnung“ verabschiedet (Bundesärztekammer 1992). Diese fordert u. a. den Nachweis von Kenntnissen über und Erfahrungen in der Anwendung qualitätssichernde(r) Maßnahmen von einem weitergebildeten Arzt.

321. Bislang wird die Thematik einer professionenübergreifenden Qualitätssicherung im ärztlichen Berufsrecht noch nicht ausreichend berücksichtigt (s. Abschnitt II-3.5). Der Rat spricht sich daher dafür aus, die Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen in der ärztlichen Berufsordnung zu verankern.

3.1.2.6 Weitere gesetzliche Grundlagen

322. Neben der Sozialgesetzgebung und dem ärztlichen Berufsrecht existieren weitere rechtliche Grundlagen, die auch die Qualitätssicherung in der spezialärztlichen Versorgung betreffen. Für die stationäre und ambulante Versorgung gelten gleichermaßen das Eichgesetz, das Strahlenschutzgesetz und die Medizingeräteverordnung. Auf dem Eichgesetz basiert die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung im klinisch-chemischen Labor wie z. B. Ringversuche, auf dem Strahlenschutzgesetz diejenige zur Qualitätssicherung in der radiologischen Diagnostik.

3.1.2.7 Finanzierung von QS/QM

323. Ähnlich wie im Bereich der Leitlinienentwicklung werden kontroverse Diskussionen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern geführt, welche Seite für die Übernahme der mit der Entwicklung, Implementation und Durchführung qualitätswirksamer Maßnahmen verbundenen Kosten verantwortlich sein sollte.

Das Sozialgesetzbuch enthält keine konkreten Detailregelungen zur Finanzierung qualitätssichernder Maßnahmen. Es gibt aber Vereinbarungen zwischen den Selbstverwaltungspartnern, dass externe Qualitätssicherungsmaßnahmen (z. B. beim ambulanten Operieren, in der Herzchirurgie) hinsichtlich der Dokumentation vergütet werden.

324. Aus einzelwirtschaftlicher Sicht handelt es sich bei der Einführung qualitätswirksamer Maßnahmen um eine Entscheidung mit investivem Charakter (Oberender, P. u. Daumann, F. 1997). Dabei stehen den teilweise erheblichen Einführungs- und laufenden Kosten (Tabelle 29) bestimmte Nutzenerwartungen gegenüber, z. B.

- Verringerung von Behandlungsfehlern und der hieraus resultierenden Folgekosten (z. B. Nachbehandlungen aufgrund einer schlechten Qualität von chirurgischen Eingriffen),
- Verbesserung der Behandlungsergebnisse und der Patientenzufriedenheit,

- Verminderung von Material-, Betriebs- und Personalkosten durch die Verbesserung der Qualität der Behandlungsstruktur und des Behandlungsprozesses,
- Verbesserung der Qualifikation des Personals durch die entsprechenden Schulungen und Audits,
- Verbesserung der Zufriedenheit und Motivation der Mitarbeiter sowie
- Verschlankung und Optimierung von Prozessen.

Neben Einführungs- und Betriebskosten für ein internes Qualitätsmanagementsystem können zusätzlich Kosten für Maßnahmen der externen Qualitätssicherung einschließlich Zertifizierungen anfallen.

Tabelle 29

Einführungs- und Betriebskosten eines Qualitätsmanagementsystems

Bezeichnung der Kosten	Kostenart (Beispiele)
I. Einführungskosten	
Kosten der Konzeption und Dimensionierung des Qualitätssicherungssystems	Kosten für externe Beratung Personalkosten
Kosten der Auswahl und Beschaffung der Datenverarbeitungsanlage	Anschaffungskosten für EDV-Hardware und -Software Personalkosten
Kosten der Fokussierung sowie der Auswahl der Kriterien und Ermittlung von Standards	Kosten für Beschaffung externen Datenmaterials Personalkosten
Kosten des eigens für das Qualitätssicherungssystem eingesetzten Personals in der Einführungsphase (Qualitätssicherungs-Koordinator, Datenerfasser, Programm-analytiker)	Personalaquirierungskosten Personalkosten
II. Betriebskosten	
Kosten der laufenden Datenerhebung	EDV-Kosten Materialkosten Personalkosten
Kosten der Datenanalyse	EDV-Kosten Personalkosten
Kosten der Ermittlung von qualitätsrelevanten Veränderungen der Behandlungsstruktur und des Behandlungsprozesses und deren Evaluation	Personalkosten
Kosten der Durchsetzung der qualitätsrelevanten Veränderungen der Behandlungsstruktur und des Behandlungsprozesses	Kosten der Beschaffung von Apparaturen Schulungs- und Ausbildungskosten Personalkosten
Kosten der Überprüfung der qualitätsverbessernden Maßnahmen	Personalkosten
Kosten der Anpassung der Fokussierung sowie der Auswahl und Festlegung von Kriterien und Standards	Personalkosten Kosten für externe Beratung
Wartungskosten	Personalkosten Materialkosten

Quelle: Oberender, P. u. Daumann, F. (1997)

325. Der Rat weist darauf hin, dass den bei der Einrichtung und Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen entstehenden Kosten ein nachgewiesener und objektivierbarer Nutzen zum Wohle der Patienten und der Mitarbeiter gegenüber stehen muss. Allerdings reicht der Hinweis darauf, dass es sich um einen objektivierbaren medizinischen Nutzen handelt, nicht aus, die Kostenträger auf eine allgemeine Kostenerstattung von qualitätssichernden Maßnahmen, die diese Nutzenkriterien erfüllen, zu verpflichten. Schließlich würde dadurch den Leistungserbringern jeglicher Anreiz genommen, qualitätswirksame Maßnahmen wirtschaftlich durchzuführen.

Eine angemessene und zukunftssträchtige Möglichkeit der Finanzierung qualitätswirksamer Maßnahmen durch die Kostenträger könnte daher darin liegen, in Abhängigkeit von Qualitätsnachweisen qualitätsorientierte Vergütungszu- und -abschläge vorzusehen (vgl. SG 1997 und Kapitel II-4). Auch transparenzerhöhende Qualitätsvergleiche könnten dazu beitragen, einen Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern zu induzieren. Diese Überlegungen sollten bei der Schaffung eines leistungs-, qualitäts- und ergebnisorientierten Vergütungssystems berücksichtigt werden.

3.1.3 Qualitätsprobleme in der spezialärztlichen Versorgung

326. Bei der Betrachtung von Qualitätsproblemen in der spezialärztlichen Versorgung sollte generell zwischen dem Problem einer angemessenen Indikationsstellung eines Verfahrens und der an sich sachgerechten Durchführung eines Verfahrens unterschieden werden. Bei Ersterem handelt es sich um die Herausforderung, „das

Richtige“ zu tun. Bei Letzterem um die Frage, die als richtig erkannten Dinge auch richtig zu tun (Gray, J.A.M. 1997). So kann beispielsweise eine intravenöse Antibiose bei einer Pulmonie zwar indiziert sein, aber die Umsetzung fehlerhaft erfolgen, weil die Infusion paravenös läuft.

Es lassen sich grundsätzlich folgende vier Beziehungen zwischen der Angemessenheit der Indikation eines Verfahrens und seiner sachgerechten Durchführung unterscheiden (Abbildung 9):

1. Ein indiziertes Verfahren wird sachgerecht durchgeführt (angemessene Indikation/sachgerechte Durchführung)
2. Ein indiziertes Verfahren wird nicht sachgerecht durchgeführt (angemessene Indikation/nicht sachgerechte Durchführung).
3. Ein nicht-indiziertes Verfahren wird sachgerecht durchgeführt (unangemessene Indikation/sachgerechte Durchführung).
4. Ein nicht-indiziertes Verfahren wird nicht sachgerecht durchgeführt (unangemessene Indikation/nicht sachgerechte Durchführung).

Diese Unterscheidung ist insofern bedeutsam, als sie unterschiedliche Ansätze der Qualitätssicherung erforderlich macht.

Auf nationaler und internationaler Ebene gibt es in verschiedenen Bereichen der spezialärztlichen Versorgung Expertenaussagen und empirische Belege für Probleme der angemessenen Indikationsstellung eines Verfahrens und seiner sachgerechten Durchführung.

Abbildung 9

Mögliche Beziehungen zwischen Indikation und Durchführung eines Verfahrens

		Indikation eines Verfahrens	
		angemessen	unangemessen
Durchführung eines Verfahrens	sachgerecht	1.	3.
	nicht sachgerecht	2.	4.

Quelle: Eigene Darstellung

3.1.3.1 Internationale Situation

327. Ausgehend von den USA hat sich als eigene Forschungsrichtung die *appropriateness research* entwickelt, die sich mit der Thematik der angemessenen Indikationsstellung befasst. Das zur Untersuchung der Angemessenheit häufig angewendete von der RAND Corporation (Santa Monica, Kalifornien) und der University of California (Los Angeles) entwickelte Verfahren kombiniert Elemente der systematischen Literaturanalyse mit formalen Konsensmethoden (Expertenschätzungen), um Indikationskriterien für medizinische Interventionen zu erstellen (Brook, R.H. u. Kamberg, C.J. 1993).

Inzwischen wurden in einigen Ländern (u. a. in den USA, Kanada, Schweden, Großbritannien, Deutschland) mithilfe der RAND-Methode für eine Reihe spezialärztlicher Eingriffe Indikationskriterien entwickelt, um in *studies of appropriateness* Bereiche einer Überversorgung (d. h. eines Einsatzes unangemessener Untersuchungs- und Therapiemethoden) oder Unterversorgung (d. h. einer Unterlassung notwendiger medizinischer Eingriffe) zu identifizieren (Tabelle 30). Dabei gibt es Belege für eine unangemessene Indikationsstellung bei einer Reihe verschiedener invasiver spezialärztlicher Verfahren (z. B. koronare Angiographie, koronarer Bypass, PTCA, gastrointestinale Endoskopie, Karotis-Endarteriektomie, Cholezystektomie, Hysterektomie, Katarakt-Operation).

Tabelle 30

Angemessenheit medizinischer Prozeduren

Prozedur	Als angemessen eingestuft (%) nach Herkunft der Experten	Behandlungsland der Patienten (P), Herkunft der Experten (E)	Publikation
Koronare Angiographie	49 bzw. 71	P: UK; E: UK bzw. USA	1993
	58 bzw. 77	P: Kanada; E: Kanada bzw. USA	1994
	51 bzw. 76	P: USA; E: Kanada bzw. USA	1994
	89	P und E: Schweden	1994
	49 bzw. 73	P: USA; E: Schweden bzw. USA	1994
	62	P: Deutschland; E: USA	1996
Koronarer Bypass	57 bzw. 67	P: UK; E: UK bzw. USA	1993
	85 bzw. 88	P: Kanada; E: Kanada bzw. USA	1994
	85 bzw. 91	P: USA; E: Kanada bzw. USA	1994
	92	P und E: Schweden	1994
	57 bzw. 93	P: USA; E: Schweden bzw. USA	1994
	80	P und E: Italien	1997
PTCA	58	P und E: USA	1993
	86	P und E: Schweden	1994
	57	P: Deutschland; E: USA	1996
	40	P und E: Italien	1997
Gastrointestinale Endoskopie	72 bzw. 71	P und E: USA; bei 100 bzw. 149 Prozeduren pro Jahr pro 10.000 Einwohnern	1987
Karotis-Endarteriektomie	34 bzw. 58 bzw. 82	P und E: USA; ‚niedriges‘ operatives Mortalitätsrisiko 3% bzw. 5% bzw. 7%	1997
	33	P und E: Kanada	1997
Hysterektomie	58	P und E: USA	1993
Gonarthroskopie	83/68/90/88/70/74	P und E: Niederlande; bei 4,2/4,3/5,3/6,1/7,6 Prozeduren pro Jahr pro 1000 15-45jährigen Einwohner	1996

Quelle: Schwartz, F.W. u. Helou, A. (1999), modifiziert nach Busse, R. (1998)

Tabelle 31

Qualitätsprobleme nach Fachgebieten in den USA

Fachgebiet	Unterversorgung	Übersorgung
Kardiologie	Gabe von Aspirin, Betarezeptorenblockern und Thrombolytika nach akutem Herzinfarkt	Möglicherweise invasive kardiologische Verfahren (Angiographie, PTCA etc.)
Psychiatrie	Diagnose depressiver Störungen; Verschreibung von Antidepressiva in ausreichender Dosis	Verschreibung von Benzodiazepinen
Endokrinologie	Bei Diabetes mellitus des HbA1c und Screening für Augenerkrankung, Nierenerkrankung und Fettstoffwechselstörung	
Gynäkologie und Geburtshilfe	Hormonersatztherapie; brusterhaltende Operation des Mamma-Karzinoms	Kaiserschnitt, Gebärmutterentnahme
Gastroenterologie	Therapie eines Magen-/Darmgeschwürs mit Antibiotika	Endoskopie des oberen Verdauungstraktes, möglicherweise laparoskopische Entfernung der Gallenblase
Dermatologie	Diagnose gut- und bösartiger Veränderungen	Diagnostische Untersuchungen
Geriatric	Versorgung Sterbender	Übermedikation
Schmerzheilkunde	Nicht ausreichende Schmerzkontrolle	
Präventivmedizin	Impfungen; Screening bösartiger Tumore	

Quelle: Donohoe, M.T. (1998)

Probleme einer unangemessenen Indikationsstellung wurden aber nicht nur für invasive Verfahren untersucht, sondern auch für die klinische Diagnose (einschließlich Labordiagnostik und bildgebender Verfahren) und medikamentöse Therapie unterschiedlicher Zielerkrankungen festgestellt. Eine für die USA von Donohoe, M.T. (1998) zusammengestellte Übersicht vermittelt diesbezüglich eine nach einzelnen Fachgebieten aufgeschlüsselte Übersicht über Bereiche einer Unter- und Übersorgung (Tabelle 31).

3.1.3.2 Situation in Deutschland

328. Im Vergleich zum englischsprachigen Ausland (insbesondere den USA und Kanada) hat die Forschung, die sich mit der Angemessenheit und Qualität der medizinischen Versorgung beschäftigt, in Deutschland noch keine lange Tradition. Es lassen sich aus diesem Grunde bislang nur punktuell und exemplarisch Versorgungsdefi-

zite benennen, die teils auf Expertenaussagen, teils auf empirischen Daten basieren. Der Rat hat daher damit begonnen, eine Befragung von Fachgesellschaften, Mitgliedsorganisationen der Konzentrierten Aktion, Betroffenen-Vereinigungen sowie sonstigen Organisationen des Gesundheitswesens durchzuführen, um sich ein genaueres Bild hinsichtlich Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen zu verschaffen. Die Ergebnisse dieser Befragung werden im Band III des Gutachtens 2000/2001 vorgelegt.

Trotz der im Einzelnen noch ungenügenden Datenlage lassen sich schon zum jetzigen Zeitpunkt Hinweise auf relevante Anteile nicht-indizierter Leistungen und Qualitätsprobleme benennen, die auch die spezialärztliche Versorgung betreffen. In seinem Sondergutachten 1996 hat der Rat bereits Beispiele für Untersuchungen aufgeführt, für die ein nicht unbedeutender Anteil inadäquater Anwendungen bekannt ist, deren Anwendung auf der verfügbaren Datengrundlage aber nicht quantifiziert werden

kann (SG 1996, Ziffer 254). Tabelle 32 und Tabelle 33 geben weitere Beispiele für unangemessene Leistungserbringung, Qualitätsprobleme und Versorgungsdefizite in Deutschland, die teils empirisch gesichert sind, teils auf Expertenaussagen beruhen.

Diese Auflistung ist exemplarisch und punktuell und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Repräsentativität. Eine ausführlichere Analyse dieser Problematik wird der Rat in Band III seines Gutachtens vorlegen. Dennoch wird bereits an dieser lückenhaften Auflistung

deutlich, dass in ganz unterschiedlichen Bereichen der spezialärztlichen Versorgung Qualitätsprobleme und unangemessene Leistungserbringung bestehen. Die Größenordnungen der in einzelnen Studien bestimmten Raten an nicht-indizierten medizinischen Leistungen und den dadurch verursachten medizinischen und ökonomischen Folgen lassen selbst bei zurückhaltender Extrapolation erwarten, dass sich durch problemorientierte Maßnahmen der Qualitätssicherung im spezialärztlichen Bereich erhebliche Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisieren lassen.

Tabelle 32

Hinweise auf relevante Anteile nicht-indizierter Leistungen und Qualitätsprobleme in der spezialärztlichen Versorgung in Deutschland

Fachgebiet/Versorgungsbereich	Hinweise auf relevante Anteile nicht-indizierter Leistungen und Qualitätsprobleme
Arzneimittel	• Dauermedikation mit Tranquilizern • Verordnung von Kombinationspräparaten • Unterversorgung mit Opioiden bei malignombedingten Schmerzen
Chirurgische Eingriffe	• Therapiefehler bei Hodentumoren: unsachgemäße Entfernung der Hoden, unangemessene Chemotherapie, Abweichung von einschlägigen Therapieschemata, zu lange Behandlung mit unzulänglichen Mitteln • Negative Appendektomien • Zu großzügige Indikationsstellung bei Operationen an Eierstöcken und Eileitern • Überflüssige Knieoperationen • Gravierende Unterschiede der Behandlungsergebnisse bei der chirurgischen Behandlung des Enddarmkrebs
Diagnostik	• Überdiagnostik bei Krebsleiden • Überdiagnostik bei Laborleistungen • Vermeidbar hohe Fehlerraten bei der diagnostischen Abklärung akuter Bauchschmerzen mit konsekutiven Behandlungsfehlern (überflüssige Operationen des Bauchraums, zu spät behandelte Komplikationen). • Starker Anstieg arthroskopischer Eingriffe mit fraglichem medizinischen Nutzen • Vermeidbar hohe Fehlerraten bei der radiologischen und pathologischen Diagnostik des Mamma-Karzinoms
Koronarangiographie, Revaskularisierung	• Nicht-indizierte Ballondilatationen • Starke Zunahme der Stentimplantation, ohne dass eine signifikante Verbesserung des Behandlungserfolgs erreicht wurde • Deutliche Überkapazitäten an Linksherzkathetermessplätzen mit der Befürchtung einer medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung
Krankenhaushygiene	• Antibiose ohne Vorliegen einer bakteriellen Infektion • Je nach Art des operativen Eingriffs zu lange, unnötige oder unterlassene perioperative Antibiotikaprophylaxe • Zu selten durchgeführte mikrobiologische Untersuchungen • Lückenhafte Berichterstattung über Infektionen
Notfallversorgung	• Unterlassung indizierter Intubationen, Beatmungen, Thoraxdrainagen bei schweren Brustverletzungen und suffizienter Infusionstherapien • Überschätzung der Verletzungsschwere mit überflüssigen invasiven Folgemaßnahmen
Bildgebende Diagnostik	• Nicht-indizierter, ungezielter Einsatz unterschiedlicher radiologischer Verfahren (konventionelle Röntgenuntersuchungen, Sonographie, Angiographien, CT, MRT) • Qualitätsprobleme in der Sonographie aufgrund mangelnder Qualifikation der Untersucher und unzureichender apparativer Ausstattung

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 33

Beispiele für potenzielle Mängel in der Versorgungsqualität in Deutschland

Qualitätsdefizit	Referenz
Früherkennungsuntersuchungen	
Inanspruchnahme berechtigter Frauen: 50,3 % (GKV West, 1996) Inanspruchnahme berechtigter Männer: 17,9 % (GKV West, 1996)	AOK-Bundesverband (1998)
Koronare Herzerkrankung	
Von geeigneten Patienten mit akutem Herzinfarkt erhalten 53,4 % eine Thrombolyse, 87,6 % Aspirin und 37,1 % einen Beta-Blocker.	Schuster, S. et al. (1997)
Höchste Zahl der Linksherzkatheter-Untersuchungen pro Einwohner in Europa (1997)	Bruckenberg, E. (1998)
15,6 % rauchen, 22,7 % sind adipös, 54,6 % haben einen Bluthochdruck und 31,3 % haben ein Verhältnis Gesamt-/HDL-Cholesterin > 5.	Enbergs, A. et al. (1997)
Diabetes mellitus	
18,5 % bis 32 % mit Indikation werden an einen Augenarzt überwiesen.	Hauner, H. et al. (1994)
Mittelwert für das HbA _{1c} beim Typ I: 8,0 % (Zielwert: 6,1 %)	Berger, M. et al. (1998)
Konstante Inzidenz der Amputationsrate der unteren Extremitäten zwischen 1990 und 1995; ursprüngliches Ziel: Halbierung	Stiegler, H. et al. (1998)

Quelle: Gandjour, A. u. Lauterbach, K.W. (1999)

329. Ein Thema, auf das der Rat in Band III seines Gutachtens ebenfalls näher eingehen wird, betrifft die Qualitätsprobleme in der mammographischen Diagnostik, der operativen Abklärung und Therapie mammographisch entdeckter Veränderungen und der pathohistologischen Befundung der entnommenen Gewebeproben. Die im Zusammenhang mit dem „Essener Brustkrebsskandal“ publik gewordenen und durch eine Expertenstellungnahme¹⁴ sehr wahrscheinlich gemachten gravierenden Fälle von Fehldiagnosen und operativen Überbehandlungen haben die Notwendigkeit einer verstärkten externen und internen Qualitätssicherung deutlich vor Augen geführt. Der Rat begrüßt daher Initiativen und Modellvorhaben, die darauf abzielen, die Qualität der Mammographie, der operativen Entnahme mammographisch entdeckter Läsionen und der pathohistologischen Befundung zu verbessern und internationalen Standards anzupassen.

Eine Qualitätsförderung der Brustkrebsdiagnostik darf sich aber nicht nur auf Früherkennungsprogramme beziehen, sondern sollte sich zwingend auch auf die „kurative Abklärungsdiagnostik“ erstrecken.

3.1.4 Bestandsaufnahme und Bewertung bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1.4.1 Aktueller Stand

330. Die Steuerung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der spezialärztlichen Versorgung setzt eine umfassende, zuverlässige und aktuelle Abbildung und Bewertung des Ist-Zustandes der Qualitätssicherung in Deutschland voraus. Inzwischen wird es allerdings aufgrund der Expansion qualitätssichernder Maßnahmen (bzw. dessen, was als Qualitätssicherung bezeichnet wird) immer schwerer, einen Überblick über die Entwicklung zu behalten.

¹⁴ Vgl. hierzu das im Auftrag der Interessengruppe „Diagnose Brustkrebs“ erstellte Gutachten (Herr Prof. Dr. K.-D. Schulz, Marburg; Frau Priv.-Doz. Dr. I. Schreer, Kiel; Herr Prof. Dr. R. Bässler, Fulda).

So existieren sowohl in der ambulanten als auch in der stationären spezialärztlichen Versorgung eine Vielzahl von Qualitätssicherungsprojekten, die sich in unterschiedlichen Projektphasen befinden (abgeschlossene, laufende und routinereife Projekte). Die laufenden Projekte unterscheiden sich teilweise hinsichtlich ihres Projektstatus (z. B. Machbarkeitsstudien, Pilot-, Demonstrations- oder Modellprojekte) und des Projektumfangs (z. B. Teil- oder Einzelprojekt).

331. Eine aktuelle Bestandsaufnahme und Bewertung der Qualitätssicherungsmaßnahmen in Deutschland liegt allerdings derzeit nicht vor. Die beiden vorliegenden Bestandsaufnahmen beschreiben den Stand von August 1993 und März 1998:

- Es handelt sich hierbei um die vom Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen im Auftrag des BMG durchgeführte Deskription und Evaluation der Qualitätssicherungsmaßnahmen im Gesundheitswesen (Bundesministerium für Gesundheit 1994).
- 1995 hat die Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Medizin (AQS) mit dem Aufbau eines „Dokumentations- und Informationssystem Qualitätssicherung“ (DIQ) begonnen, das u. a. eine Fortschreibung und Weiterentwicklung der obigen Bestandsaufnahme beinhaltet. 1999 wurde eine Projektdokumentation publiziert, die alle aktuellen im DIQ gespeicherten qualitätssichernden Projekte (Stand: Ende März 1998) umfasst (Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin 1999).

Die aktuellere Bestandsaufnahme der AQS beschränkt sich allerdings im Vergleich zum ersten Bericht auf die Auflistung der einzelnen Projekte, ohne den Versuch einer Zusammenfassung und Bewertung der Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie der Ableitung von Empfehlungen zu unternehmen.

332. Die vorliegenden Bestandsaufnahmen verdeutlichen die starke Ausweitung qualitätssichernder Maßnahmen in Deutschland: Wurden in der ersten Bestandsaufnahme 77 qualitätssichernde Maßnahmen der Gesundheitsversorgung beschrieben, so handelte es sich in der zweiten Bestandsaufnahme bereits um 170 qualitätssichernde Projekte. Aktuell sind über 230 detailliert beschriebene Projekte von der Informationsvermittlungsstelle (IVS) in das Dokumentations- und Informationssystem Qualitätssicherung (DIQ) der AQS eingestellt worden. Damit hat sich von 1994 bis 1999 allein die Anzahl der bekannt gewordenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung verdreifacht.

332. Allerdings mangelt es in Deutschland weiterhin an einer aktuellen Übersicht über alle laufenden qualitätssichernden Maßnahmen, die gemäß des durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 mit Wirkung vom 1. Januar 2000 geänderten § 137b SGB V durch die AQS bereitgestellt werden soll. Die Schwierigkeiten einer zuverlässigen und zeitnahen Deskription und Evaluation qualitätssichernder

Maßnahmen in Deutschland sind auf mehrere Gründe zurückzuführen:

- Der Begriff der Qualitätssicherung wird mannigfaltig interpretiert. So wird teilweise bereits jedes Computerprogramm, jeder Erhebungsbogen und jede Fortbildungsveranstaltung zur Qualitätssicherung erklärt.
- Viele Projekte und Aktivitäten sind zeitlich begrenzt, z. B. Qualitätszirkel.
- Die Intransparenz ist teilweise durchaus gewollt. So findet die Entwicklung qualitätssichernder Maßnahmen häufig nicht in der Öffentlichkeit statt, um die Arbeiten nicht zu stören, aus Angst vor dem Bekanntwerden eines möglichen Misserfolgs, um sich Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Leistungsanbietern oder Kostenträgern zu sichern (Qualitätswissen = Herrschaftswissen) und um die mit der Transparenz verbundenen Kosten (z. B. Dokumentationsaufwand) einzusparen.

Es bleibt abzuwarten, ob die gesetzliche Verpflichtung der Vertragspartner auf Bundes- und Landesebene zur Meldung vertraglich vereinbarter Qualitätssicherungsmaßnahmen ausreicht, zumal sie nicht sanktionsbewehrt ist. Es wird wahrscheinlich notwendig sein, auch Anreize für die Meldung qualitätssichernder Maßnahmen an die AQS zu setzen. Es ist fraglich, ob der zurzeit in Realisation befindliche Internet-Zugang zu den Datenbeständen des DIQ über das DIMDI als Anreiz für die Meldung qualitätssichernder Maßnahmen ausreichend ist.

334. Ein weiteres Problem besteht darin, dass bislang nur wenige der dokumentierten Qualitätssicherungsmaßnahmen evaluative Komponenten aufweisen. Dies betrifft sowohl die Präevaluation (Vor- bzw. Pilottestung) qualitätswirksamer Maßnahmen in der Phase vor ihrer routinemäßigen Einführung als auch die Reevaluation bereits etablierter Projekte der Qualitätssicherung.

Aus diesem Grunde liegen bislang nur punktuell und exemplarisch zuverlässige Daten hinsichtlich der medizinischen und ökonomischen Effekte qualitätssichernder Maßnahmen vor. Sofern Daten vorliegen, beziehen sie sich in erster Linie auf Modell- und Demonstrationsprojekte, weniger auf Qualitätssicherungsmaßnahmen, die sich in der Routineanwendung befinden. Es lässt sich hierbei schlecht feststellen, ob evaluierte Modell- und Demonstrationsprojekte die Effektivität der Qualitätssicherungsmaßnahmen überschätzen, weil sie unter optimierten Bedingungen (z. B. besonders motivierte „Pioniere“, ausreichende personelle und finanzielle Unterstützung durch den Projektträger) durchgeführt werden, oder eher unterschätzen, z. B. aufgrund mangelnder Erfahrung mit den angewandten Maßnahmen. Um zuverlässige Aussagen über die Alltagswirksamkeit (*effectiveness*) von Qualitätssicherungsmaßnahmen treffen zu können, ist daher auch die weitergehende Evaluation (bzw. Erfolgskontrolle) von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu fordern, die sich in der Routinephase befinden.

Solange die Erfassung bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen unvollständig ist und eine Evaluation nur in Einzelfällen durchgeführt wird, lassen sich keine zuver-

lässigen Aussagen hinsichtlich Größe, Richtung und Art der durch Qualitätssicherung erzielten Effekte treffen. Ebenso wenig möglich ist eine aus gesundheitspolitischer Sicht eminent wichtige summative Abschätzung der medizinischen und ökonomischen Auswirkungen aller derzeit durchgeführten qualitätsorientierten Maßnahmen.

335. Bei aller berechtigten Kritik an der unzureichenden Evaluationspraxis darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die medizinische und ökonomische Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen mit erheblichen, teilweise noch nicht befriedigend gelösten methodischen und logistischen Schwierigkeiten behaftet ist. Hierzu zählen u. a.

- die methodischen Probleme bei der Erfassung aller Kosten- und Nutzenkomponenten (insbesondere indirekter und intangibler Größen) von Qualitätssicherungsprogrammen sowie
- die Schwierigkeiten bei der Zuschreibbarkeit der erzielten Effekte, zumal sich oftmals keine streng gesetzmäßige Beziehung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung nachweisen lässt.

Diese Probleme sprechen aus der Sicht des Rates keinesfalls gegen die Notwendigkeit einer Evaluation qualitätswirksamer Maßnahmen. Sie verdeutlichen aber, dass sich auch die Evaluation an Aspekten der Machbarkeit und Praktikabilität zu orientieren hat, d. h. sich Kosten-Nutzen-Aspekten unterwerfen sollte.

In der jetzigen Situation wäre es schon als ein Fortschritt zu betrachten, wenn in Qualitätssicherungsprojekten überhaupt ein Evaluationsansatz enthalten wäre und hierzu bestehende Routinedaten konsequenter als bisher genutzt und auch zugänglich gemacht würden. Allerdings darf die berechnete Evaluationsforderung nicht als Argument gegen Qualitätssicherung an sich und als bequeme Ausrede für Untätigkeit missbraucht werden. Die bestehenden Qualitätsprobleme im Gesundheitswesen sind zu dringlich, als dass die (oftmals ohnehin schon geringe) Motivation zur Qualitätssicherung schon im Ansatz durch überzogene Evaluationsforderungen gedämpft werden dürfte.

3.1.4.2 Einsparmöglichkeiten durch Qualitätssicherung

336. Die Frage nach den Einsparmöglichkeiten durch Einführung von Qualitätsmanagementsystemen lässt sich grundsätzlich schwer beantworten, weil bislang nur in wenigen Fällen ökonomische Evaluationen durchgeführt wurden. Die vorliegenden Erfahrungen und Ergebnisse (z. B. des Münchner Modells „Vertrauen durch Qualität“) lassen aber vermuten, dass solche Einsparmöglichkeiten bestehen (z. B. durch die Senkung der Zahl unnötiger Röntgenuntersuchungen, der präoperativen Liegezeit, der Zahl der verwendeten Blutkonserven und der Verweildauer).

337. Ein aktuelles Beispiel für ein in sowohl medizinischer als auch ökonomischer Sicht erfolgreiches Qualität-

sprogramm im Krankenhaus stellt die NIDEP-Studie dar. In dieser kontrollierten Studie in acht Krankenhäusern mittlerer Größe (vier in Berlin und vier in Freiburg) konnte durch Methoden des Qualitätsmanagements die Zahl der nosokomialen Infektionen (NI) signifikant reduziert werden (Bundesministerium für Gesundheit 2000).

In zwei Interventionsperioden von jeweils zehn Monaten wurden durch vier externe Studienärzte in den Studienkrankenhäusern Qualitätszirkel und die Überwachung von NI eingeführt. Die Inzidenzdichte der NI am Beginn der Studie war in den Studien- und Kontrollkrankenhäusern nahezu identisch (7,5 vs. 7,4 pro 1 000 Patiententage). In der Gruppe der Studienkrankenhäuser kam es während des Verlaufs der Studie zu einer signifikanten Reduktion der NI-Rate um 26 %, aber auch in den Kontrollkrankenhäusern wurde eine Reduktion um 10 % beobachtet, die wahrscheinlich auf die bloße Aufmerksamkeit bzw. *surveillance* von NI zurückzuführen ist.

Geht man von der ermittelten durchschnittlichen Senkung der NI von 16 % (nach der 2. Interventionsperiode) bis 27 % (nach der 1. Interventionsperiode) und der kalkulierten Anzahl von 27 bis 46 vermeidbaren NI in den chirurgischen und Intensivstationen pro Jahr in mittelgroßen Krankenhäusern sowie konservativen Kostenschätzungen (je nach Art der NI durchschnittlich mindestens DM 3 000) aus, so bedeutet das eine Einsparung von DM 80 000 bis DM 140 000 pro Jahr in den chirurgischen und den dazugehörigen Intensivstationen pro Krankenhaus. Somit würde bei Einführung eines ähnlichen Qualitätsmanagements zur Prävention von NI eine Hygienepflegefachkraft mit Unterstützung eines regelmäßig vor Ort tätigen Krankenhaushygienikers mehr als kostenneutral für das Krankenhaus sein.

Geht man davon aus, dass ca. 700 mittelgroße Akut-Krankenhäuser mit einem ähnlichen Patientenspektrum in Deutschland existieren, so kann man insgesamt durch Reduktion der NI ein Einsparpotenzial von ca. 70 Mio. DM kalkulieren. Da das Konzept auch auf andere Abteilungen des Krankenhauses (z. B. internistische Stationen) übertragen werden kann, ist mit einem weiteren Effekt zu rechnen. Aber natürlich hat das Interventionsprogramm nicht nur finanzielle Auswirkungen. Die Vermeidung von NI erspart den Patienten zusätzliches Leid und kann sogar zur Vermeidung von Todesfällen führen.

3.1.4.3 Probleme und Defizite qualitätssichernder Maßnahmen

338. Die bisherigen zentralen Probleme bei der Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen, auf die im Folgenden näher eingegangen wird, lassen sich im Wesentlichen folgenden Bereichen zuordnen:

- Die durchgeführten Maßnahmen sind unvollständig, berücksichtigen oftmals nur einen Ansatz der Qualitätssicherung und decken somit nur Teilaspekte des Zyklus der problemorientierten Qualitätssicherung ab.
- Die Erfassung der Langzeitergebnisse diagnostisch-therapeutischen Handelns ist unzureichend.

- Motivationsprobleme und fehlende Anreize erschweren die Entwicklung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen.

Unvollständigkeit qualitätssichernder Maßnahmen

339. Ein Kritikpunkt an vielen der bislang praktizierten Formen der Qualitätssicherung besteht darin, dass die jeweiligen Maßnahmen nicht dem wissenschaftlich allgemein anerkannten Ansatz der problemorientierten Qualitätssicherung entsprechen – es sich folglich um nicht vollständige Qualitätssicherungsmaßnahmen handelt (Selbmann, H.K. et al. 1994). Dem international verwendeten Paradigma folgend sollten Qualitätssicherungsmaßnahmen aus einer bestimmten Abfolge von Elementen bestehen, die zyklisch durchlaufen werden („Zyklus der problemorientierten Qualitätssicherung“, s. Selbmann, H.K. 1983):

1. die retro- oder prospektive Beobachtung des eigenen Handelns,
2. das Erkennen von Problemen und das Setzen von Prioritäten,
3. die Analyse des ausgewählten Problems und die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen,
4. die Auswahl des am geeignetsten erscheinenden Lösungsansatzes und seine Umsetzung in die tägliche Praxis und schließlich
5. die Kontrolle, ob durch die eingeleiteten Maßnahmen das Problem auch beseitigt wurde.

Nur wenn alle genannten Elemente des Qualitätssicherungs-Zyklus vorhanden sind, darf im strengen Sinne überhaupt von einer Qualitätssicherungsmaßnahme gesprochen werden. Viele in der spezialärztlichen Versorgung durchgeführte Maßnahmen sind mithin unvollständig. Dies gilt insbesondere für die externen vergleichenden Datenerhebungsverfahren, bei denen den organisierenden Stellen nur die beiden ersten Schritte des Qualitätssicherungs-Zyklus weitgehend bekannt sind (Monitoring von Indikatoren, vergleichende statistische Informationen zur Problemerkennung). Die jeweils im einzelnen Krankenhaus (z. B. einer chirurgischen Abteilung) theoretisch und praktisch damit verbundenen Maßnahmen der internen Qualitätssicherung dürfen jedoch nicht als bekannt vorausgesetzt werden. Auf jeden Fall ist im Einzelnen schwer beurteilbar, ob und in welcher Intensität die weiteren Schritte des Paradigmas (mit Schwerpunkt auf interner Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagement) vor Ort umgesetzt werden.

340. Eine 1992 durchgeführte Befragung von 159 chirurgischen Kliniken in Baden-Württemberg (Baur-Felsenstein, M. 1995) befasst sich mit dieser Problematik. Von den angeschriebenen Klinikleitern, die antworteten (der Rücklauf betrug 88,7 %), gaben immerhin zwar rund 90 % an, dass die Ergebnisse des externen Qualitätsvergleichs im Rahmen formaler Besprechungen erörtert wurden. Allerdings haben lediglich 22 % der Kliniken als Folge der Statistikerörterungen Veränderungen in ihrer

Ablauforganisation durchgeführt oder beabsichtigen diese. Keine Angaben existieren zu Art, Umfang und Ergebnissen der durchgeführten Maßnahmen.

341. Eine aktuelle Befragung des f&w-Krankenhaus-Kompasses „spezial“ (von Dezember 1999 bis Januar 2000), an der sich 67 von ca. 300 befragten Krankenhäuser beteiligt haben, zeichnet folgendes Bild zum Stand der Umsetzung des Qualitätsmanagements (Schrappe, M. et al. 2000). 64 der 67 Häuser (97 %) gaben an, externe Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen, wobei am häufigsten die Erhebungen zur Perinatalogie, Schenkelhalsfrakturen und zur Hernien-Chirurgie genannt wurden. Instrumente eines internen Qualitätsmanagements, wie Qualitätsmanagement-Kommissionen (58 %) und (z. T. hauptamtliche) Qualitätsmanagement-Beauftragte (72 %) sowie Aktivitäten auf dem Gebiet des Risk-Managements (48 %), wurden verhältnismäßig häufig berichtet. An der Praxis des Qualitätsmanagements sind alle Berufsgruppen beteiligt, wobei Aktivitäten aus dem Pflegebereich etwas häufiger anzutreffen sind als aus dem ärztlichen oder Verwaltungsbereich. Die Qualitätsmanagement-Beauftragten kommen allerdings etwa gleich häufig aus den wichtigsten Berufsgruppen. Nachholbedarf wurde in der Ausbildung der Qualitätsmanagement-Beauftragten konstatiert. So haben lediglich 36 % der Beauftragten eine definierte, nach anerkannten Curricula gestaltete Ausbildung durchlaufen.

Die niedrige Rücklaufquote der an dieser Befragung beteiligten Häuser schränkt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse allerdings ein. Darüber hinaus ist aufgrund der freiwilligen Teilnahme der Häuser mit einem Selektions-effekt zu rechnen: Es ist nicht auszuschließen, dass sich vorwiegend besonders an Qualitätsmanagement interessierte und motivierte Häuser beteiligt haben, sodass die Befragungsergebnisse ein zu optimistisches Bild des gegenwärtigen Stands der Umsetzung des internen Qualitätsmanagements an deutschen Krankenhäusern zeichnen könnten. Die an der Befragung beteiligten Krankenhäuser unterscheiden sich aber hinsichtlich ihrer Basisdaten (Anzahl der Abteilungen, Bettenzahl, Fallzahl, Behandlungstage, Trägerschaft, Trägerverbund) nicht erkennbar von anderen Häusern.

Aufgrund der geltend gemachten Vorbehalte hinsichtlich der Repräsentativität der an der Befragung beteiligten Krankenhäuser kann diese Untersuchung den Eindruck nicht überzeugend entkräften, dass bislang bei den externen Qualitätsvergleichen der Datenerhebung und -samm-lung Priorität vor dem Feedback an und dem Dialog mit den Leistungserbringern eingeräumt wird. Die Projektgeschäftsstellen bemühen sich in vielen Fällen zwar darum, diese Funktionen wahrzunehmen, sind hierfür aber nicht mit den erforderlichen personellen und sächlichen Ressourcen ausgestattet. Insbesondere die Realisierung kürzerer Rückmeldungszeiten wäre mit einem erheblichen zusätzlichen finanziellen Aufwand verbunden.

342. Ein weiteres Problem der im stationären Bereich bislang dominierenden Verfahren der externen Qualitätskontrolle (z. B. der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen

und Sonderentgelten) ist darin zu sehen, dass diese in der Reaktion auf mögliche Qualitätsdefizite außerordentlich schwerfällig sind. Zwischen der Erhebung auffälliger Daten und der Einleitung gezielter Maßnahmen können im Einzelfall Jahre vergehen. Daher ist es offensichtlich unumgänglich, Ansätze der internen und externen Qualitätssicherung zu kombinieren. Die kurzfristige Steuerung von Prozessen kann nur durch eine funktionierende interne Qualitätssicherung mit kurzen Reaktionszeiten geleistet werden. Darüber hinaus ist jedoch eine externe Qualitätssicherung notwendig, die idealerweise durch stichprobenartige Überprüfung sicherstellt, dass die von der internen Qualitätssicherung weitergeleiteten Daten zuverlässig und vollständig sind.

343. Es waren aber bereits vor der mit dem GKV-Reformgesetz 2000 in Kraft getretenen Verpflichtung von Krankenhäusern zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements verstärkte Bestrebungen in Deutschland erkennbar, das bislang im Krankenhausbereich dominierende Prinzip der externen Qualitätssicherung durch Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements zu komplettieren. Exemplarisch hervorgehoben sei das Demonstrationsprojekt des BMG „Qualitätsmanagement im Krankenhaus“. Im Rahmen dieses Modellvorhabens werden seit Mitte 1998 44 deutsche Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen bei der Einführung eines umfassenden internen Qualitätsmanagements unterstützt.

Eine kritische Würdigung dieses Projekts ist derzeit noch nicht möglich, da die wissenschaftliche Betreuung und Evaluation dieses Modellvorhabens noch nicht abgeschlossen ist. Ausdrücklich gewürdigt werden soll allerdings die evaluative Zielsetzung des Projekts. Demnach besteht das Ziel des Modellvorhabens darin, beispielhaft zu zeigen und zu demonstrieren, wie und mit welchem Erfolg ein umfassendes Qualitätsmanagement mit seinen patienten- und mitarbeiterorientierten, berufsgruppen- und hierarchieübergreifenden Eigenschaften eingeführt werden kann. Unter anderem soll der Nachweis erbracht werden, dass sich die Einführung von Qualitätsmanagement für das Krankenhaus unter Qualitäts-, Wirtschaftlichkeits- und Wettbewerbsaspekten lohnt, sowie für die Patienten, einweisenden Ärzte, Kostenträger und alle weiteren Kunden des Krankenhauses eine deutliche Qualitätssteigerung mit sich bringt.

Qualitätssicherung der Langzeitergebnisse diagnostisch-therapeutischen Handelns

344. Die derzeit existierenden qualitätssichernden Maßnahmen (z. B. in der Peri-, Neonatologie, Chirurgie und Herzchirurgie sowie bei Fallpauschalen und Sonderentgelten) erlauben in vielen Fällen keine zufrieden stellende Erhebung und Beurteilung der Langzeitergebnisse diagnostisch-therapeutischen Handelns. Die Gründe hierfür liegen in den fehlenden, unterschiedlichen und widersprüchlichen rechtlichen Regelungen, insbesondere auch den derzeitigen Datenschutzbestimmungen.

1997 wurde von der AQS eine Arbeitsgruppe „Langzeitergebnisse“ eingerichtet, die sich mit den rechtlichen Vo-

raussetzungen zur Erhebung und Beurteilung der Langzeitergebnisse diagnostisch-therapeutischen Handelns befasst und grundsätzliche Verfahrensvorschläge zur Realisation solcher Maßnahmen erarbeitet. Die Arbeitsgruppe geht davon aus, dass zur Erhebung und Beurteilung von Langzeitergebnissen diagnostisch-therapeutischen Handelns der eindeutige Bezug zur Behandlungseinheit (Praxis oder Krankenhaus) nicht ausreicht, da davon auszugehen ist, dass der Patient im Laufe seiner Behandlung (manchmal sogar mehrfach) die Behandlungseinheit wechseln muss. Der Bezug muss deshalb über den Patienten erfolgen, wobei die patientenbezogene Erhebung Anforderungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht genügen muss. Verschiedene Ansätze (z. B. bei Krebsregistern, Herzschrittmachern, Endoprothesen, QuasiNiere) wurden diskutiert und ihre Brauchbarkeit zur Erhebung und Beurteilung der Langzeitergebnisse diagnostisch-therapeutischen Handelns geprüft. Besonders die Übertragbarkeit der Modelle der Krebsregister (Verschlüsselung durch die meldende Stelle, Speicherung der patientenbezieharen Daten in einer Vertrauensstelle und Auswertung der Daten durch eine Registerstelle) auf die Erhebung und Beurteilung von Langzeitergebnissen diagnostisch-therapeutischen Handelns wird derzeit weiter geprüft.

Daneben werden die bislang vorliegenden Modelle durch grundsätzlich mögliche, weitere Verfahrensvorschläge ergänzt, die eine Qualitätssicherung von Langzeitergebnissen ermöglichen. Hierzu zählen

- Patientenbefragungen,
- Kooperationsmodelle mit nachbehandelnden Ärzten im Sinne vernetzter Strukturen oder entsprechend den diskutierten Hausarzt-Modellen,
- Nachuntersuchungsmodelle (z. B. der Langzeitergebnisse der Cholezystektomie 1982 in Baden-Württemberg),
- Modelle der Wiedereinbestellung bei neuen oder gefährdenbehafteten Methoden („registrierte Erfassung“, z. B. in Analogie zum Zahnimplantat-Register) sowie
- Modelle des *case-management* (z. B. Schlaganfall-Modell der AOK in Baden-Württemberg).

Der Rat begrüßt die Aktivitäten der AQS zur Qualitätssicherung der Langzeitergebnisse diagnostisch-therapeutischen Handelns.

Motivationsprobleme

345. Als ein zentrales Hemmnis für die Implementation qualitätssichernder Maßnahmen in die spezialärztliche Routine können Motivationsprobleme und fehlende Anreize betrachtet werden. Für die Motivation der Leistungserbringer erweisen sich gerade der Verzicht auf eine Präevaluation und damit das Fehlen überzeugender empirischer Belege für die Wirksamkeit der qualitätssichernden Maßnahme als Hauptstörfaktoren. Darüber hinaus verbinden viele Ärzte mit Qualitätssicherung die Vorstellung einer sanktionsbewehrten Leistungskontrolle und

eines erhöhten Dokumentationsaufwands. Da die Dokumentation in der Regel durch die Leistungserbringer erfolgt, kann aufgrund dieser Befürchtungen die Validität und Qualität der erhobenen Daten gefährdet sein. Dies gilt insbesondere, wenn in dokumentationsintensiven Bereichen die Dokumentation spürbar zulasten der Patientenversorgung geht. Aus diesem Grunde sollte sich die Datenerhebung (sowohl für externe Qualitätskontrolle als auch für die interne Qualitätssicherung) auf wenige gut erfassbare und aussagekräftige Indikatoren beschränken. Die Dokumentation sollte sich reibungslos in den Praxisablauf einpassen und kompatibel mit der genutzten Praxis-Software sein. Darüber hinaus sollten den Leistungserbringern diese Daten möglichst zeitnah rückgemeldet werden, damit die notwendigen Anpassungsschritte unternommen werden können und das Gefühl vermieden wird, Dokumentation werde aus Selbstzweck betrieben bzw. der Informationsfluss sei ausschließlich unidirektional vom Leistungserbringer zur auswertenden Projektstelle.

346. Besonders in der niedergelassenen Praxis ergeben sich aus mehreren Gründen Motivationsprobleme bei der Implementierung eines internen Qualitätsmanagements:

- Im Unterschied zum stationären Bereich besteht keine gesetzliche Verpflichtung zur Einrichtung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements.
- Im Unterschied zum Krankenhaus, in dem die Entscheidung zur Einrichtung eines internen QM in der Regel vom Krankenhausträger oder der Klinikleitung ausgeht, trifft der niedergelassene Arzt die Entscheidung darüber selbst.
- Es besteht ein Mangel an Beratungsmöglichkeiten und Instrumenten, die speziell auf die Belange eines Qualitätsmanagements in der spezialärztlichen Praxis zugeschnitten sind.

Während die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) beispielsweise symptomorientierte Leitlinien für die hausärztliche Versorgung entwickelt, existieren derzeit nur wenige medizinische Leitlinien, die den Bedürfnissen des niedergelassenen Spezialisten Rechnung tragen. Die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften wurden vorwiegend von Hochschulmedizinern entwickelt und lassen sich in vielen Fällen nicht unmittelbar auf die ambulante spezialärztliche Versorgung übertragen.

347. Allerdings sind in letzter Zeit vermehrt Anstrengungen erkennbar, dem niedergelassenen Arzt den Zugang zum Qualitätsmanagement in der Arztpraxis zu erleichtern. So wurden im Rahmen eines vom BMG geförderten Verbundprojekts speziell auf die Belange des niedergelassenen Arztes zugeschnittene Instrumente des Qualitätsmanagements entwickelt und erprobt. Auf der Grundlage dieses Verbundprojekts wurde ein „Leitfaden Qualitätsmanagement in der Arztpraxis“ erarbeitet, der sich direkt an niedergelassene Ärzte wendet und praxisgerechte Wege der Einrichtung eines Qualitätsmanagements erörtert. Darüber hinaus haben einzelne Ärztekam-

mern (z. B. in Niedersachsen) speziell auf das Qualitätsmanagement in der Arztpraxis zugeschnittene Informationsangebote und Kurskonzepte erarbeitet.

348. Ein Problem, das sowohl die niedergelassene, als auch die stationäre Versorgung betrifft, ist das Fehlen von positiven Anreizen für die Einrichtung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen. Teilweise überwiegt bei den Ärzten vor Ort der Eindruck, Qualitätssicherung bestehe in erster Linie aus mehr Arbeit (insbesondere unbezahlten Überstunden sowie Fortbildung), Kontrolle und Sanktionen. Im Gegensatz zur Industrie, in denen die modernen Konzepte des Qualitätsmanagements entwickelt wurden, fehlt im deutschen Gesundheitswesen der Anreiz, sich durch einen Qualitätswettbewerb positiv von anderen Leistungserbringern abzusetzen.

349. Die derzeitigen Vergütungsformen im ambulanten und stationären Bereich enthalten keine positiven Anreize für Qualitätssicherung. So ist im § 137 Abs. 1 SGB V (Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern) zwar von Vergütungsabschlägen für Krankenhäuser die Rede, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten. Eine entsprechende Bonus-Regelung wurde hingegen nicht festgeschrieben. Lediglich in der vertragszahnärztlichen Vergütung hat der Gesetzgeber sowohl Malus- als auch Bonus-Regelungen zur Sicherung einer qualitativen Versorgung geschaffen (§ 136b Abs. 2 SGB V). So werden die Zahnärzte einerseits dazu verpflichtet, für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr zu übernehmen. Werden in diesem Zeitraum identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz notwendig, so hat sie der Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Andererseits haben die Krankenkassen aber auch die Möglichkeit, den Zahnärzten für längere Gewährleistungsfristen Vergütungszuschläge zu gewähren.

350. Insgesamt besteht nach wie vor die Notwendigkeit, durch ein differenziertes Vergütungssystem positive Anreize für eine leistungs-, qualitäts- und ergebnisorientierte Leistungserbringung zu schaffen. Gerade pauschalisierte Vergütungsformen mit starkem Druck auf die Kosten bergen die Gefahr eines Wettbewerbs zulasten möglicher Qualitätsverbesserungen (solange es keine Qualitätstransparenz gibt). Der Rat hat sich in seinem Sondergutachten 1997 (Ziffer 622ff.) bereits ausführlich zu den Grundsätzen einer qualitäts-, leitlinien- und ergebnisorientierten Vergütung im ambulanten und Krankenhausbereich geäußert (vgl. auch Kapitel II-4).

3.1.4.4 Qualitätswettbewerb durch Transparenz: Zertifizierung und Leistungsberichte

351. Die Forderung nach mehr qualitativem Wettbewerb im Gesundheitswesen ist eng mit der Forderung nach validen Informationen über die Leistungsfähigkeit und Qualität der jeweiligen Leistungserbringer bzw. Einrichtungen verknüpft. In diesem Kontext werden in den

letzten Jahren zwei Ansätze vermehrt diskutiert, die insbesondere die spezialärztliche Versorgung betreffen:

- Zertifizierungen von Krankenhäusern und Arztpraxen sowie
- Leistungsberichte.

Zertifizierungen

352. Ein in den letzten Jahren zunehmend beachteter Ansatz der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen stellt die Zertifizierung von Einrichtungen dar. Auch wenn sich mittlerweile eine Reihe von Krankenhäusern, sozialen Einrichtungen, Praxen, Labors, Instituten und Krankenkassen einer Zertifizierung unterzogen haben, überwiegen die Einrichtungen, die eine Zertifizierung aus unterschiedlichen Gründen ablehnen.

Die gängigen Qualitätspreise und Zertifizierungsverfahren (z. B. European Foundation for Quality Management-EFQM, DIN ISO) werden von vielen Kostenträgern und Leistungserbringern mit dem Argument abgelehnt, dass sie für die Industrie entwickelt wurden und daher die Erfordernisse der ärztlichen und pflegerischen Versorgung nicht adäquat abbilden können. So haben sich die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer gemeinsam Anfang 1996 gegen eine Verwendung der ISO-Norm ausgesprochen, weil eine Bewertung des Qualitätsmanagementsystems nach dieser Norm u. a. die Qualität der Versorgung, die Mitarbeiterorientierung und die gesellschaftlichen Funktionen eines Krankenhauses außer Acht lässt und sich stattdessen auf den Ist-Zustand des Qualitätsmanagementsystems beschränkt. Als weitere Nachteile des ISO-Indikatorensystems werden die Beschränkung auf die Existenz formaler Verfahren des Qualitätsmanagements und die unverhältnismäßig hohen Vorbereitungskosten betrachtet (Selbmann, H.K. 2000b). Das Qualitätspreis-Modell der EFQM zeichnet sich durch eine starke Gewichtung der Kundenzufriedenheit (20 %) und der Mitarbeiterzufriedenheit (9 %) aus. Kritisiert wurde an diesem Modell aber u. a. das willkürliche prozentuale Verhältnis der einzelnen Bereiche.

353. Die Ersatzkassenverbände haben daher mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft einen Vertrag abgeschlossen, im Rahmen einer „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ (KTQ) ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren zu entwickeln und zu erproben. An diesem durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Gemeinschaftsprojekt wirken ferner die Bundesverbände der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Bundesknappschaft, der Deutsche Pflegerat, die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und die proCum Cert GmbH mit.

Charakteristika des KTQ-Konzepts sind

- Orientierung an internationalen Verfahren (u. a. der *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations*),

- Freiwilligkeit der Teilnahme,
- krankenhaushumfassende Zertifizierung (keine Zertifizierung von Teilbereichen),
- Praxisbezogenheit durch Erarbeitung der Kriterien von erfahrenen, klinisch tätigen Experten und Begehung durch beruflich aktive Visitoren,
- Patientenorientierung,
- Mitarbeiterorientierung,
- strukturierte Selbstbewertung als Grundlage für die Fremdbewertung,
- Einbindung externer Leistungsvergleiche (Benchmarking),
- umfassende Zertifizierung,
- dreijährige Gültigkeitsdauer des Zertifikates sowie
- Möglichkeit der validen Außendarstellung durch einen standardisierten Zertifizierungsbericht.

Insbesondere die Veröffentlichung eines standardisierten Zertifizierungsberichts wird vom Rat begrüßt, da dadurch zum einen die geforderte Transparenz für Patienten, niedergelassene Ärzte und Krankenkassen hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements eines Krankenhauses sowie der Qualität der Krankenhausbehandlung hergestellt wird. Zum anderen ermöglicht die Publikation eines Zertifizierungsberichtes eine valide Außendarstellung des Krankenhauses und stimuliert damit einen qualitativen Wettbewerb zwischen den unterschiedlichen Krankenhäusern. Kritisch anzumerken an dem KTQ-Konzept sind aber aus der Sicht des Rates der Verzicht auf eine obligatorische Publikation der Zertifizierungsberichte und das Fehlen überinstitutioneller Ansätze.

Das vom BMG geförderte KTQ-Projekt wird derzeit praktisch erprobt und wissenschaftlich evaluiert, sodass zum jetzigen Zeitpunkt eine Stellungnahme zur und eine Entscheidung für die Überführung in die Routine noch nicht getroffen werden können. Falls sich aber das Konzept auch unter Routinebedingungen bewähren sollte, spricht aus der Sicht des Rates nichts dagegen, auch ein auf die vertragsärztliche Versorgung zugeschnittenes Zertifizierungsverfahren zu entwickeln und zu erproben.

Leistungsberichte

354. Einen ähnlichen Ansatz zur Schaffung von mehr Leistungstransparenz und Wettbewerb stellen obligatorische Leistungsberichte einzelner medizinischer Einrichtungen dar, die in regelmäßigen Intervallen erstellt und publiziert werden sollen (vgl. SG 1997).

Der Rat hat bereits in seinem Sachstandsbericht 1994 (Ziffer 284) darauf hingewiesen, dass eine adäquate Erfassung von Diagnosen und eine daraus abgeleitete Diagnosestatistik nur einen Teil der verfügbaren und erforderlichen krankheitsbezogenen Informationen wiedergibt. Erst eine sinnvolle Verknüpfung der Diagnosen mit anderen Daten ermöglicht eine ausreichende Leistungstransparenz. Aus diesem Grunde sollten Leistungsbe-

richte den Versicherten, den Ärzten und den Krankenkassen auch einen verlässlichen Einblick in das Leistungsspektrum und die Ergebnisse der Einrichtung geben. Im Einzelnen sollten die Berichte beinhalten:

- Angaben zur personellen und sächlichen Ausstattung der Einrichtung (u. a. Abteilungsstruktur, Schwerpunkte, Qualifikation der Mitarbeiter),
- Angaben zu Patientenzahlen (einschließlich *case-mix*),
- eine Diagnosestatistik gemäß ICD (Zahl der Diagnosen pro Jahr),
- eine Prozedurenstatistik (insbesondere für komplikationsträchtige und invasive diagnostische und therapeutische Verfahren),
- speziell für Universitäten: Forschung (Drittmittel, Publikationen mit Zitationsindex) sowie
- Angaben zu Ergebnissen der Behandlung (Erfolgs- und Komplikationsraten invasiver Eingriffe, Krankenhaussterblichkeit, nosokomiale Infektionen).

Um den internen Wettbewerb zu stimulieren, sollten die Leistungsberichte von Krankenhäusern abteilungspezifisch aufgeschlüsselt sein. Die Erstellung und Abfassung der Leistungsberichte sollte nach einem einheitlichen und standardisiertem Vorgehen erfolgen, um einen Leistungsvergleich zwischen den einzelnen Einrichtungen zu ermöglichen. Außerdem sollte bei der Angabe zur Ergebnisqualität eine Risikoadjustierung erfolgen, um eine Konfundierung aufgrund eines unterschiedlichen *case-mix* zu reduzieren und einer Selektion günstiger Risiken vorzubeugen. Aus praktischen Gründen ist es denkbar, sich bei der Erfassung auf die häufigsten Diagnosen und Prozeduren zu beschränken, die etwa 90 bis 95 % der Behandlungsfälle bzw. Interventionen abdecken. Die Leistungsberichte sollten auch medizinischen Laien (z. B. Patienten und Angehörigen) zugänglich (z. B. im Internet) und verständlich sein.

Die mit dem GKV-Reformgesetz 2000 bestimmte Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems könnte eine geeignete Basis für die Erstellung von Leistungsberichten bieten, sofern ein ausreichend differenziertes DRG-System gewählt wird (s. Kapitel II-4).

3.1.4.5 Spezialärztliche Routine als Qualitätsindikator

355. Dem Konzept der Leistungsberichte liegt neben dem Wunsch nach mehr Transparenz und Wettbewerb auch die Vorstellung von einer Beziehung zwischen der Häufigkeit der Durchführung ärztlicher Leistungen und dem klinischen Ergebnis zugrunde.

Gerade bei den im spezialärztlichen Bereich so häufigen technisch schwierigen Eingriffen, die ein hohes Maß an Übung erfordern, wird von Experten ein Zusammenhang zwischen ärztlicher Routine und der Qualität der Leistungen einhellig bejaht. Dieser Zusammenhang basiert aber nicht nur auf Expertenaussagen, sondern konnte für einzelne Verfahren mittlerweile wissenschaftlich belegt werden. So konnte bereits vor über 20 Jahren gezeigt werden,

dass die Krankenhaussterblichkeit nach aorto-coronarem Venenbypass in Krankenhäusern mit großen Eingriffsraten signifikant niedriger lag als in Einrichtungen mit geringerer Operationshäufigkeit (Luft, H.S. et al. 1979). Auch bei der Linksherzkatheterisierung besteht eine inverse Beziehung zwischen der Anzahl durchgeführter Interventionen und der Häufigkeit aufgetretener Komplikationen (Hirshfeld, J.W. et al. 1998). An Daten von 12 998 Koronarinterventionen konnte gezeigt werden, dass sich eine signifikante Verbesserung des angiographischen und klinischen Erfolges mit zunehmender Häufigkeit der Durchführung des Eingriffs durch den einzelnen Arzt erreichen ließ (McGrath, P.D. et al. 1998). Umgekehrt war das Risiko für Patienten, sich nach Koronarinterventionen einer Bypassoperation unterziehen zu müssen, niedriger, wenn der Eingriff von einem häufig intervenierenden Arzt durchgeführt wurde. In einer weiteren Untersuchung aus München an 3 409 konsekutiven Patienten, die mit intrakoronarer Stent-Implantation versorgt wurden, erwies sich die persönliche Erfahrung des Arztes als unabhängiger Einflussfaktor auf die Komplikationsrate (Kastrati, A. et al. 1998). Eingriffe von Ärzten mit großer Interventionsfrequenz wiesen signifikant weniger Komplikationen auf als solche mit geringen Eingriffsraten.

356. Eine systematische Übersicht des NHS Centre for Reviews and Dissemination (1996) deutet allerdings darauf hin, dass es zumindest für den Krankenhausbereich voreilig ist, für alle Behandlungsmethoden und alle Volumengradienten eine generelle Beziehung zwischen Volumen und Qualität anzunehmen. Hinzu kommen methodische Schwierigkeiten bei der Interpretation entsprechender Studien, weil beim Vergleich zwischen unterschiedlichen Häusern häufig keine Adjustierung im Hinblick auf den *case-mix* erfolgte. Ferner wurde in einigen Studien nicht die ärztliche Routine (d. h. die Zahl der von einem bestimmten Arzt durchgeführten Interventionen) zugrunde gelegt, sondern die Zahl der in der Einrichtung generell durchgeführten Interventionen. Schließlich kann eine positive Volumen-Qualitätsbeziehung unterschiedlich interpretiert werden. Sie kann zum einen die „Übung-macht-den-Meister-Hypothese“ stützen, zum anderen aber auch die „Hypothese der selektiven Überweisung“, wonach Einrichtungen oder Ärzte mit guten Behandlungsergebnissen auch mehr Patienten anziehen. Es ist ferner auch möglich, dass größere Einrichtungen bessere Ärzte anziehen.

Diese methodischen Vorbehalte sollen verdeutlichen, dass für jede einzelne Intervention anhand einer umfassenden und systematischen Literaturanalyse überprüft werden muss

- inwieweit eine valide Volumen-Qualitätsbeziehung vorliegt und
- welche durchschnittliche Mindestzahl an Eingriffen erforderlich ist, um die Komplikationsrate bei invasiven diagnostischen und therapeutischen Eingriffen unter dem Gesichtspunkt des Patientenschutzes auf ein akzeptables Maß zu reduzieren.

357. In Deutschland haben KBV und Krankenkassen diesbezüglich mit einer Vereinbarung zur invasiven Kardiologie Neuland betreten, als sie erstmals „ärztliche Rou-

tine“ (gemessen an einer Mindestzahl von Eingriffen pro Jahr) als Indikator der Qualität ärztlicher Leistungserbringung in Form von Mindestanforderungen zur Abrechnungsvoraussetzung machten (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1999a; Kassenärztliche Bundesvereinigung 1999b; Röger, C. 1999). Die Vereinbarung sieht vor, dass ein Arzt in einem Zeitraum von zwölf Monaten mindestens 150 Linksherzkatheterisierungen und bei Durchführung therapeutischer Interventionen von dieser Gesamtzahl eine Mindestzahl von 50 Interventionen durchzuführen hat. Für den Fall, dass diese Auflage nicht erfüllt wird, bleibt dies für die Abrechnungsgenehmigung zunächst ohne Konsequenzen. Kann nach Ablauf weiterer zwölf Monate erneut die erforderliche Anzahl von Eingriffen nicht nachgewiesen werden, wird die Genehmigung zur Durchführung der entsprechenden Leistungen widerrufen. Um unangemessenen Härten vorzubeugen, besteht für den Arzt jedoch die Möglichkeit, sich innerhalb von sechs Monaten nach Widerruf der Genehmigung durch Durchführung der in der Vereinbarung festgelegten Zahl von Katheterisierungen unter Anleitung eines zur Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie befugten Arztes nachzuqualifizieren.

Der Rat begrüßt diese Regelung, da er die Routine bei der Durchführung technisch besonders aufwendiger und mit dem Risiko schwerer bis lebensbedrohlicher Komplikationen belasteter Eingriffe als einen aussagekräftigen Parameter ärztlicher Leistungserbringung betrachtet. Gerade im Falle invasiver kardiologischer Leistungen kann auf der Basis der vorliegenden wissenschaftlichen Studien davon ausgegangen werden, dass die ärztliche Routine grundsätzlich geeignet ist, Verbesserungen der Erfolgsraten zu erzielen und die Komplikationsraten zu senken. Die höheren Anforderungen sind im Sinne des Patientenschutzes gerechtfertigt. Eine identische Regelung erscheint auch für den stationären Sektor sinnvoll.

Allerdings sollten KBV und Krankenkassen sorgfältig analysieren, welche Effekte der hier erstmals beschrittene Weg zeitigen wird. Außerdem sollte bei dieser Regelung zeitgleich eine Qualitätssicherung der Indikationsstellung erfolgen, um einer unangemessenen Leistungsausweitung zur Erreichung der Mindestzahl vorzubeugen.

3.2 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der ärztlichen Primärversorgung

3.2.1 Bedeutung und Grundbedingungen

358. Für den Einsatz von Verfahren der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements¹⁵ bestehen in der

primärmedizinischen¹⁶ Versorgung spezifische Notwendigkeiten und gleichermaßen spezifische Anforderungen. Maßnahmen der Qualitätsförderung werden in der hausärztlichen Versorgung vor allem in Ergänzung zu den üblichen Notwendigkeiten erforderlich durch folgende Bedingungen:

- Hausärztliche Patienten präsentieren häufig Multimorbidität als Behandlungsaufgabe. Dies trifft vor allem für das Klientel älterer Patienten zu, das ungefähr die Hälfte aller hausärztlichen Patienten ausmacht.
- Primärärztliche Gesundheitsprobleme sind durch hohe Komplexität gekennzeichnet (Meyboom de Jong, B. 1996), die sich aus dem Zusammenwirken medizinischer, biografischer, die Lebens- und Arbeitssituation sowie familiäre und soziale Verhältnisse betreffende Faktoren ergeben.
- In der Hausarztpraxis werden häufiger als im gebietsärztlichen Sektor Symptombilder behandelt (Abholz, H. 1998), die sich (noch) nicht eindeutig klinischen Diagnosen zuordnen lassen und für die somit diagnostisch bezogene Leitlinien nicht greifen können. Der Verlauf spielt hierbei als Diagnostikum eine besondere Rolle (Fischer, G. 1987). Eine gezielte Verlaufsbeobachtung wird jedoch nicht immer veranlasst oder durch die Nichteinhaltung von Wiederbestelltermen erschwert.
- Studienergebnisse, die nicht an primärmedizinischen Patienten gewonnen wurden, sind nur begrenzt auf den primärärztlichen Sektor übertragbar.

359. Hinweise auf Defizite der hausärztlichen Versorgung ergeben sich z. B. aus Mitteilungen von Selbsthilfegruppen (SEKIS 1999), wonach Patienten nach eigener Auffassung erst zu spät zum Spezialisten überwiesen werden. Über die Qualität der hausärztlichen Versorgung in Deutschland liegen relativ wenig Erkenntnisse vor. Diese beziehen sich z. B. auf Qualitätsdefizite in der Versorgung von Sterbenden mit Schmerz- und anderen Arzneimitteln (Wagner, H.-P. 1999), auf die Erkennung und Behandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (Kruse, J. et al. 1999), auf die Betreuung von Diabetespatienten (Berger, M., et al. 1998; von Ferber, L. 1997) oder des Hypertonus. So waren nur 12 bis 14 % der im Rahmen der MONICA-Studie befragten Männer mit Bluthochdruck und 20 bis 25 % der Frauen mit Bluthochdruck aus Ostdeutschland ausreichend behandelt. Dieser Anteil änderte sich zwischen 1982 und 1994 – den wiederholten Querschnittbefragungen zufolge – nicht wesentlich (Heinemann, L.A. et al. 1998) (vgl. Abschnitt I-2.3.1).

360. Als wesentliches Merkmal einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung wird international zunehmend deren „Angemessenheit“ im Einzelfall

¹⁵ Für die Bezeichnungen „Qualitätssicherung“ oder „Qualitätsmanagement“ wird in der internationalen primärmedizinischen Diskussion häufig der Begriff „Qualitätsförderung“ benutzt, um den prozessualen, unterstützenden und von der Basis ausgehenden Charakter der Qualitätsbemühungen im primärmedizinischen Praxisalltag zu beschreiben. Der folgende Textbeitrag folgt dieser Begrifflichkeit.

¹⁶ Im folgenden Text wird bewusst von „primärärztlicher“ bzw. „primärmedizinischer“ Versorgung gesprochen, um die Versorgungsebene von hausärztlich tätigen Allgemeinärzten, praktischen Ärzten und Internisten zu bezeichnen. Zugleich bleibt die Kompatibilität mit dem internationalen Sprachgebrauch gewahrt.

verstanden. Auch das bereits 1995 vom Rat thematisierte Ziel eines gleichzeitigen Abbaus von Überfluss und Defiziten im medizinischen Leistungsgeschehen beinhaltet diese Zielvorstellung. Dabei sollten gleichzeitig drei grundlegend unterschiedliche Einflussfaktoren berücksichtigt werden:

- Symptom- oder krankheitsbezogene wissenschaftlich begründete Empfehlungen (z. B. in Form „evidenzbasierter“ Leitlinien),
- die ärztliche Beurteilung der besonderen Bedingungen des Einzelfalls
- sowie individuelle Präferenzen (Werte, Ziele) des einzelnen Patienten.

Erst das Abwägen dieser drei unterschiedlichen Einflüsse erlaubt eine patientenorientierte und damit angemessene Versorgung. Aufgrund ihrer besonderen Patientennähe und oft weit reichender Kenntnisse der medizinischen, beruflichen bzw. familiären Situation des einzelnen Patienten sind Hausärzte als lebensweltnahe Berater ihrer Patienten besonders gut in der Lage, gemeinsam mit ihren Patienten über die Angemessenheit diagnostischer und therapeutischer Interventionen zu entscheiden. Auch dieser Gesichtspunkt unterstreicht die Bedeutung und Notwendigkeit qualitätsfördernder Maßnahmen in der ärztlichen Primärversorgung.

361. Wie wissenschaftliche Studien zeigen, besteht ein besonderes Problem der Qualitätsförderung in der Primärversorgung darin, dass entsprechende Empfehlungen nur unter bestimmten Bedingungen zu einer konkreten Änderung hinsichtlich Arbeitsstil und Sachentscheidungen des Arztes führen (Davis, D. et al. 1999). So konnte z. B. nachgewiesen werden, dass die Verbreitung potenziell qualitätsverbessernder Erkenntnisse auf Wegen der traditionellen Fortbildung und über Fachzeitschriften nur wenig messbaren Einfluss auf das Vorgehen des Arztes haben. Dies gilt vor allem für gedruckte Materialien (Freemantle, M. et al. 2000) (s. Abschnitt II-1.1.3). Entsprechende Wissensinhalte, etwa in Form von medizinischen Leitlinien, erreichen das Ziel einer tatsächlichen Qualitätsverbesserung der Versorgung erst dann, wenn sie zusätzlich von einer angemessenen Implementierungsstrategie begleitet werden (u. a. WHO 1997).

Wie auch in anderen europäischen Nachbarländern (Niederlande, Großbritannien) hatte die Allgemeinmedizin in den neunziger Jahren auch hierzulande eine wichtige Rolle bei der Einführung und Entwicklung von Qualitätszirkeln und im Rahmen der Diskussion um evidenzbasierte Leitlinien. So waren zu Beginn einer breiteren Etablierung von Qualitätszirkeln in Deutschland 1993 im ambulanten Bereich insgesamt 16 Qualitätszirkel bekannt, von denen sich 15 aus Allgemeinärzten zusammensetzten (Bahrs, O. et al. 2000). Die Zahl bekannter Qualitätszirkel im ambulanten Bereich ist in der Folge stark angestiegen und lag 1998 bereits bei 2 311 Gruppen mit Teilnehmern aus mehr oder weniger allen Fachgruppen (Gerlach, F.M. u. Beyer, M. 2000). Befragungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zeigen, dass die ausschlaggebenden Motive zur Bildung von Qualitätszirkeln (vor allem konkrete gegenseitige Hilfe, Erfahrungsaus-

tausch) auch heute noch maßgeblich sind und besondere Beachtung verdienen. Etwaige Bemühungen zum Aufbau qualitätsfördernder Maßnahmen sollten daher vor allem die Chance zu interkollegialem Erfahrungsaustausch und zu konkreter Hilfestellung für die eigene Praxis betonen (vgl. Abschnitt II-2.2).

362. Ein grundlegendes Problem, das es im Interesse einer optimalen Versorgungsqualität zu überwinden gilt, stellt die „Theorie-Praxis-Lücke“ dar, die das Phänomen beschreibt, dass die Ergebnisse klinischer Forschung in der täglichen Praxis nur bedingt berücksichtigt und umgesetzt werden. Das beschriebene Problem besteht prinzipiell auch in umgekehrter Richtung: Probleme, Erfahrungen und Erkenntnisse, die unter den Bedingungen ambulanter Versorgung oder im klinischen Alltag beschrieben werden könnten, werden nur selten aus der Praxis heraus formuliert, an „spezialisiert“ forschende Arbeitsgruppen zurückgemeldet und von diesen bearbeitet („Praxis-Theorie-Lücke“). Es gibt eine Vielzahl von Gründen, die diese Phänomene erklären (vgl. SG 1997, S. 57-174).

Tabelle 34 zeigt Kriterien, die je nach betrachteter Versorgungsstufe unterschiedlich ausgeprägt sind und die auf eine prinzipiell eingeschränkte Übertragbarkeit von Erkenntnissen hinweisen, welche unter Idealbedingungen gewonnen wurden, aber unter Alltagsbedingungen umgesetzt werden sollen. Die Tabelle macht – in Erweiterung einer früheren Darstellung des Rates (SG 1997, S. 100) – deutlich, dass diese Problematik insbesondere für die Übertragung von Erkenntnissen aus der spezialärztlichen auf die primärärztliche Versorgung gilt. Die unter kontrollierten Idealbedingungen ermittelte Effektivität (*efficacy*) muss dabei grundsätzlich von der unter realen Alltagsbedingungen beobachtbaren Effektivität (*effectiveness*) unterschieden werden.

Um die Übertragbarkeit von Ergebnissen klinischer Studien speziell im primärärztlichen Bereich und damit auch die Qualität der ärztlichen Gesundheitsversorgung insgesamt zu verbessern, bieten sich folgende Möglichkeiten an:

- Unter den Bedingungen der primärärztlichen Versorgung sollten vermehrt Studien durchgeführt werden, die gezielt für diesen Versorgungsbereich typische Fragestellungen und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität untersuchen.
- Für die hausärztliche Versorgung sollte eine gezielte Forschungsförderung durch strukturelle, finanzielle und kooperative Maßnahmen etabliert werden.
- Die Fachgesellschaften für Innere Medizin und Pädiatrie könnten durch Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin gemeinsam eine personelle, methodische, organisatorische und finanzielle Stärkung der Forschung in der hausärztlichen Versorgung bewirken. Dazu ist es erforderlich, dass diese Gesellschaften zunehmend ein Bewusstsein für die besonderen Bedingungen der hausärztlichen Praxis im Vergleich zur stationären oder ambulanten spezialistischen Versorgung und ein fachgebietsübergreifendes kooperatives Selbstverständnis entwickeln.

Tabelle 34

Übertragbarkeit von Studienergebnissen in die primär- und spezialärztliche Versorgung

Betrachtung für:	Kriterien	Studien unter Idealbedingungen (<i>efficacy</i>)	Studien unter Alltagsbedingungen (<i>effectiveness</i>)
Spezial-ärztliche Versorgung	Zahl vorhandener, qualitativ hochwertiger Studien	sehr hoch	gering
	Patientencharakteristika	homogen zusammengesetzt: sehr hohe Diagnosenprävalenz sehr hohe Symptomprävalenz in selektiertem Patientengut hohe Altersgruppen meist ausgeklammert keine Komorbidität	heterogen zusammengesetzt relativ hohe Diagnosenprävalenz relativ hohe Symptomprävalenz in vorselektiertem Patientengut alle, auch hohe Altersgruppen häufig Komorbidität
	Prozeduren	standardisiert	variabel
	technische Ausstattung	hoch spezialisiert	weniger spezialisiert
	Qualifikation der Behandler	hoch spezialisiert	weniger spezialisiert
	Fokussierung	sehr starke Fokussierung auf bestimmte Diagnosen und Symptome	geringere Fokussierung
Primär-ärztliche Versorgung	Zahl vorhandener, qualitativ hochwertiger Studien	sehr gering	verschwindend gering
	Patientencharakteristika	homogen zusammengesetzt: niedrigere Diagnosenprävalenz relativ hohe Symptomprävalenz in vorselektiertem Patientengut hohe Altersgruppen häufig ausgeklammert keine Komorbidität	heterogen zusammengesetzt: sehr niedrige Diagnosenprävalenz niedrigere Symptomprävalenz in unselektiertem Patientengut alle, auch hohe Altersgruppen häufig Komorbidität
	Prozeduren	standardisiert	variabel
	technische Ausstattung	wenig spezialisiert	wenig spezialisiert
	Qualifikation der Behandler	teilweise spezialisiert, besonderer Arbeitsschwerpunkt	breiter spezialisiert
	Fokussierung	starke Fokussierung auf bestimmte Diagnosen und Symptome	geringe Fokussierung

Quelle: Eigene Darstellung, modifiziert nach SG 1997, S. 100

3.2.2 Wege der Qualitätsförderung

363. Qualitätszirkel bieten die Chance zur Explizierung impliziter Handlungs- bzw. Lösungsstrategien in der hausärztlichen Praxis. Die auf diese Weise möglichen Erkenntnisse sollten als wertvolle Beiträge, vor allem zur Leitlinienentwicklung bzw. -modifikation und zur explorativ-analytischen Generierung von Forschungshypothesen verstanden und genutzt werden. Insbesondere problem- bzw. fallorientierte Vorgehensweisen in Qualitätszirkeln sollten gefördert werden. Entsprechende Analysen erlauben tief greifende Einblicke in das tatsächliche Handeln und damit u. a. auch die Identifizierung von bisher kaum erkannten *performance gaps*. Die spezifi-

schen Möglichkeiten von Qualitätszirkeln, insbesondere hausärztliche Problemstellungen und ihre Bewältigung zu analysieren und zu verstehen, sollten verstärkt genutzt werden. Die Darstellung spezifisch hausärztlicher Versorgungsprozesse „aus der Praxis für die Praxis“ beinhaltet auch Chancen für eine daran anknüpfende Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin als wissenschaftliches Fach. Hier könnten Forschungs-zirkel eine Rolle spielen.

Die Etablierung von Qualitätszirkeln im Rahmen von „vernetzten Praxen“ bzw. Managed-Care-Strukturen erscheint – unabhängig von einer qualitativen Bewertung bestehender Modelle – viel versprechend. Bestehende Praxisverbünde haben regelhaft interdisziplinäre Qualitätszirkel

etabliert, in denen zum Teil auch Klinikärzte und Vertreter anderer Berufsgruppen mitarbeiten. Da hier die Notwendigkeit zur Kooperation und zur Definition von Schnittstellen weitaus größer ist, als dies bisher zwischen ambulanten Einzelpraxen der Fall ist, ergeben sich für Qualitätszirkel vielfältige Aufgaben. Diese können von der Modifikation der Empfehlungen nationaler Leitlinien zu lokalen Versorgungspfaden bis hin zu einem auf Qualitätsindikatoren gestützten medizinischen Controlling reichen.

364. Bisher unzureichend entwickelt und genutzt ist dabei der Zugang zu Ressourcen einer evidenzbasierten Medizin (EbM), z. B. zu Datenbanken wie MEDLINE oder der Cochrane Library. Für die Anwendung in Qualitätszirkeln ist darüber hinaus die Bereitstellung von EbM-Kondensaten insbesondere aus systematischen Übersichtsarbeiten oder in Form evidenzbasierter Leitlinien hilfreich. Im Rahmen der Etablierung von Qualitätszirkeln sollte sichergestellt werden, dass deren Arbeit und deren Ergebnisse nicht durch einseitig absatzorientierte Beeinflussungsversuche der Industrie diskreditiert werden.

365. Leitlinien sind ein wichtiger Weg, um den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand über die Wirksamkeit, die Angemessenheit und etwaige Risiken ärztlicher Vorgehensweisen in die Praxis zu übertragen. Sie stellen durch systematisch entwickelte Empfehlungen Grundlagen bereit, die (idealerweise) eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärzten und ihren Patienten über die im Einzelfall sinnvolle Versorgung unterstützen. Sie sollten insofern „Kondensate“ einer evidenzbasierten Medizin in dem Augenblick bereitstellen, in dem in der Praxis konkrete Entscheidungen getroffen werden müssen (vgl. auch Abschnitt II-2.3).

Leitlinien für die primärärztliche Praxis müssen dabei zunächst auf die von Patienten tatsächlich vorgebrachten Anliegen (z. B. „Rückenschmerzen“) bezogen sein und können in der Regel nicht von bereits verifizierten Diagnosen (z. B. „Bandscheibenprolaps“) ausgehen. Nur auf diese Weise kann die oft ausschlaggebende frühzeitige Weichenstellung für den weiteren Versorgungsweg bei unter Umständen zunächst schlecht strukturierbaren Patientenproblem wirkungsvoll unterstützt werden. Um den spezifischen – insbesondere epidemiologisch determinierten – Bedingungen in der primärärztlichen Praxis (u. a. niedrige Prävalenz bedrohlicher Krankheitsverläufe im Niedrigrisikobereich) gerecht zu werden, müssen Leitlinien entweder speziell für den Einsatz in hausärztlichen Praxen entwickelt oder entsprechend modifiziert werden. Aufgrund unterschiedlicher Vorhersagewahrscheinlichkeiten, insbesondere diagnostischer Verfahren in der primären bzw. spezialistischen Versorgung, verbietet sich im Sinne des Bayes'schen Theorems die uniforme Formulierung versorgungsstufenübergreifender Leitlinien. So ist z. B. eine ambulant erworbene und primärärztlich diagnostizierte Lungenentzündung – u. a. infolge unterschiedlicher Keimspektren, Resistenzsituationen bzw. Komorbiditäten – grundlegend anders zu betrachten und

zu behandeln als etwa die Lungenentzündung eines Patienten, der auf der Intensivstation einer Klinik der Maximalversorgung maschinell beatmet wird. Da allerdings für beide Situationen spezifische, sich voneinander unterscheidende Leitlinien sinnvoll sein können, würde die Zusammenführung aller Aspekte in einer versorgungsstufenübergreifenden Leitlinie zwangsläufig wesentlich komplexer und damit umfangreicher ausfallen müssen. Wie Studien zur Wirksamkeit von Leitlinien nahe legen, würde auf diese Weise die Praktikabilität im klinischen Alltag und damit auch die Akzeptanz der Anwender stark gefährdet.

Um die trotzdem notwendige Koordination und Integration von Leitlinienempfehlungen auch über Versorgungsstufen hinweg sicherzustellen, ist es daher erforderlich, die Schnittstellen zwischen Leitlinien unterschiedlicher Versorgungsstufen explizit zu definieren. Zu diesem Zweck sollten sich die jeweils betroffenen Fachgesellschaften, auf der Grundlage vorhandener wissenschaftlicher Evidenz, insbesondere auf eine gemeinsame Definition von Indikationen für Überweisungen und Rücküberweisungen bzw. Einweisungen verständigen. Durch sach- und patientenbezogene Definition von Kriterien, z. B. zur ggf. erforderlichen Zusatzdiagnostik bzw. -therapie, in nationalen Leitlinien können Leitlinienanwender dann regional bzw. lokal sinnvolle Versorgungspfade ableiten.

Die Bedeutung der Implementation für das Wirksamwerden von Leitlinien wurde besonders unter Praxisbedingungen wissenschaftlich erarbeitet (z. B. Grimshaw, J.M. u. Russel, I.T. 1993; s. auch Abschnitt II-2.4) und für Leitlinien für den primärärztlichen Sektor aufgegriffen. Diese enthalten in ihrem Konzept auch einen Implementierungsplan und entsprechende Instrumente sowie Informationen für Patienten.

366. Internationale Erfahrungen (z. B. in den Niederlanden oder Großbritannien) zeigen, dass Leitlinien für die ärztliche Primärversorgung in der Lage sind, die Leistungsschwerpunkte bzw. den Versorgungsbereich zu beschreiben und das professionelle Selbstverständnis der Leistungserbringer in diesem Bereich zu schärfen (Böcken, J. et al. 2000) (vgl. Abschnitt II-2.4). Der Rat erkennt hierbei nicht die Schwierigkeiten, die sich für die Formulierung evidenzbasierter Leitlinien für die ärztliche Primärversorgung aus einem durchgängigen Mangel an wissenschaftlichen Studien in diesem Versorgungsbereich ergeben. Er erachtet es auch aus diesem Grund als dringend notwendig, dass die Forschungslage über Morbidität, Interventionsmöglichkeiten und Outcomes etc. durch methodisch gute Studien verbessert wird.

Leitlinien für die ärztliche Primärversorgung sind hierdurch auch für andere Leistungserbringer und Kostenträger im Gesundheitswesen relevant. Bisherige Erfahrungen zeigen bereits, dass sich nach Konsultation von Fachvertretern anderer Versorgungsstufen (spezialärztliche und stationäre Versorgung) sachgerechte und angemessene Schnittstellen definieren lassen. Die Entwicklung von Leitlinien stellt überdies Kriterien für die

Evaluation der vorgeschlagenen Vorgehensweisen bereit. Durch die Evaluation der Leitlinien ist es mithin auch für die Kostenträger im Gesundheitswesen möglich, Ressourcenaufwand und Versorgungsadäquanz konkreter Versorgungspfade zu beurteilen.

Eine Kernfunktion medizinischer Leitlinien ist die Entscheidungsunterstützung über den Versorgungsverlauf und die ggf. notwendige Inanspruchnahme weiterer ärztlicher Leistungen. Durch eine geeignete Umsetzung (gezielte Patienteninformation) tragen Leitlinien auch zur Aufklärung und angemessenen Erwartungsbildung aufseiten der Patienten bei.

367. Die hausärztliche Dokumentation ist zurzeit als unzureichend zu bezeichnen. Im Gegensatz etwa zu den standardisiert abgefassten Aufnahme-Dokumentationsbögen für neue Patienten im Krankenhaus und den Dokumentationsanforderungen bei vielen diagnostischen und therapeutischen Einzelmaßnahmen, existieren im Hausarztsektor – abgesehen von den gesetzlichen Richtlinien – keine verbindlichen Regeln über Inhalte und Systematik zu dokumentierender Tatbestände. Die Dokumentation beschränkt sich vielfach auf abrechnungsrelevante Angaben. Sie lässt ein plausibles Ineingreifen von Gesundheitsproblemen und darauf bezogene Interventionen häufig vermissen und macht es vielfach nicht möglich, Behandlungs- und globalere Versorgungsverläufe nachzuvollziehen und zu begründen. Dies ist um so gravierender als dem Hausarzt weit reichende Steuer- und Koordinationsfunktionen mit der Integration aller patientenbezogenen Befunde aus verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens im Sozialgesetzbuch zugewiesen werden (§ 73 SGB V).

Auf internationaler Ebene wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Klassifikations- und Dokumentationssysteme (insbesondere *International Classification of Primary Care (ICPC)* (WONCA 1998) entwickelt, die geeignet sind, den hausärztlichen Versorgungsprozess abzubilden und zugleich so zu strukturieren, dass wesentliche Qualitätsmerkmale erreicht werden müssen. Wie internationale Studien zeigen, kann davon ausgegangen werden, dass mit der Einführung eines geeigneten Systems auch wesentliche vor allem durchgängig erfüllte Qualitätsziele erreicht werden können. Sie beziehen sich auf eine sachgerechte Problemwahrnehmung einschließlich der Differenzierung von Prädiktoren des Behandlungsergebnisses sowie die Wahl einer angemessenen Intervention. Ein bereits entwickelter Diagnoseschatz ermöglicht eine ggf. notwendige Überführung von ICPC-Kodierungen in eine Verschlüsselung nach ICD-10.

3.2.3 Wege der Qualitätsentwicklung

368. In verschiedenen Phasen eines Etablierungsprozesses gilt es, verschiedenartige Zielgruppen zu involvieren, die auf unterschiedliche Weise motivierbar sind. Zur Erhebung unterschiedlicher motivationaler Bedingungen sind regionale Bedarfs- und Erwartungsanalysen sinnvoll. Darüber hinaus sollten vorliegende Erkenntnisse über die

Diffusion von Innovationen für die Entwicklung zielgruppen- und phasenspezifischer Strategien genutzt werden. Sinnvoll ist in jedem Fall die frühzeitige Berücksichtigung von Widerständen bzw. Barrieren, die einer Etablierung entsprechender Maßnahmen aufseiten der Zielgruppe entgegenstehen. Wiederholte Trainings- bzw. interaktive Schulungsmaßnahmen in denen alle Beteiligten, auch die Entscheidungsträger, entsprechende Kenntnisse und Fertigkeiten erwerben können, sind wichtige Voraussetzungen für zielgerichtete Veränderungen.

369. Eine stärkere bzw. konsequentere Patientenorientierung aller Bemühungen ist auch in der hausärztlichen Versorgung dringend erforderlich. Neben einer konsequenten Zieldefinition gilt es, speziell für den Einsatz in der ambulanten Praxis geeignete Instrumente zur Bewertung der Versorgungsqualität durch Patienten zu entwickeln. Patientenorientierte Kommunikationstechniken sind in der Aus-, Weiter- und Fortbildung verstärkt zu berücksichtigen.

370. Positive Anreize in Form von beruflichen bzw. intellektuellen Befriedigungen oder finanziellen Vergünstigungen haben sich wiederholt als wirksamer erwiesen als die Androhung von Sanktionen bzw. Strafen und sollten schon aus diesem Grund präferiert werden. Systematische Qualitätsförderungsmaßnahmen in der Praxis setzen eine zum Teil tief greifende, nicht erzwingbare Bewusstseinsänderung der Beteiligten voraus. Insbesondere für die sehr komplexe hausärztliche Tätigkeit sollte der Schwerpunkt auf eine Strategie selbstbestimmter Qualitätsentwicklung aus der Praxis heraus (*bottom up*) gelegt werden.

Während Befürworter einer verpflichtenden Teilnahme, z. B. an Qualitätszirkeln, argumentieren, dass letztlich nur ein äußerer Zwang zu einer flächendeckenden Teilnahme führe, weisen Gegner einer verpflichtenden Teilnahme darauf hin, dass Qualitätszirkel als Maßnahme der internen Qualitätssicherung überhaupt nur dann effektiv funktionieren können, wenn eine intrinsische Motivation der Beteiligten vorausgesetzt werden kann. Sowohl im Gesundheitswesen anderer Länder – und hier gerade im primärärztlichen Sektor – als auch in der Industrie gelten Qualitätszirkel daher als prinzipiell freiwillige Initiative, zu deren Teilnahme niemand verpflichtet werden kann (Grol, R. u. Lawrence, M. 1995).

Zu den diskutierten Formen einer stärkeren Verbindlichkeit von Qualitätsentwicklung in der ambulanten Versorgung gehören auch Vorschläge zu einer leitlinienorientierten Versorgung (vgl. Abschnitt II-2.4, II-2.3). In Großbritannien hat man inzwischen erkannt, dass eine stärkere Verbindlichkeit bei Leitlinien auch eine Fehlentwicklung darstellen kann. Deshalb gibt es dort z. B. einzelne Verbünde von Primärärzten (*primary care groups*), die den lokalen Behörden des NHS spezifische Qualitätsangebote zu selbstgewählten medizinischen Problemen aufgrund ihrer örtlichen Kenntnis und Prioritätensetzung machen, die daraufhin für vergütungsrelevant erklärt werden (Rosen, R. 2000).

371. Ungeachtet der Förderung von freiwilligen Qualitätsbemühungen bedarf es zusätzlich einer verbindlichen und besseren Qualitätsüberprüfung der hausärztlichen Versorgung (vgl. Abschnitt II-3.1). Diese könnte z. B. in Form von *peer reviews* bei Praxisbesuchen stattfinden, die sich in den Niederlanden und Großbritannien bewährt haben und dort wahrscheinlich ebenfalls auf verbindlicher Basis fortgeführt werden sollen (Bourdillon, P. 1999). Der Gesetzgeber sieht bereits jetzt eine stichprobenweise Überprüfung der Qualität in der ambulanten Versorgung in Praxis und Krankenhaus vor. Er hat den Bundesausschuss beauftragt, einheitliche Qualitätskriterien zu entwickeln (§ 136 SGB V). Dabei sollten die Evidenz und internationale Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren und externen Qualitätssicherungsmethoden speziell für die ambulante Praxis angemessen berücksichtigt werden.

372. Qualitätsförderung in der Primärversorgung stellt einen lebendigen Prozess an der Basis dar, der von der Motivation der Primärärzte und ihrer Praxisteams lebt. Gleichmaßen erforderlich ist eine flexible, gleichwohl transparente patientenbezogene Anwendung begründeter Empfehlungen. Einige aktuelle Entwicklungen im Bereich der Qualitätsförderung in der Primärversorgung werden dabei kontrovers diskutiert.

373. Eine standardisierte, einheitliche Datenerhebung durch neutrale Institutionen ist Voraussetzung für eine eindeutige Beschreibung des Etablierungsprozesses und der Verbindlichkeit der Umsetzung qualitätsfördernder Maßnahmen. Darüber hinaus schaffen die in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen bereits vorliegenden Ergebnisse einer Basisdokumentation der Prozessqualität der Qualitätszirkelarbeit auch die Voraussetzungen für die Beurteilung von Sinnhaftigkeit und zu erwartendem Nutzen gezielter Fördermaßnahmen sowie der grundsätzlichen Evaluierbarkeit von versorgungsbezogenen Wirkungen einzelner Qualitätszirkel (*evaluability assessment*). Die Evaluation kann durch eine Untersuchung des Entwicklungsstandes ärztlicher Qualitätszirkel und durch Teilnehmerbefragungen vertieft werden. Die methodischen Defizite in der Qualitätszirkelarbeit, insbesondere eine bislang unzureichende Dokumentation und Evaluation der Versorgungsqualität, erfordern spezifische Maßnahmen. So ist eine – z. B. für hausärztliche Qualitätszirkel in Sachsen-Anhalt und Hessen erfolgreich praktizierte – Bereitstellung von Arzneimittelverordnungsanalysen mit individualisierten Vergleichen hilfreich.

374. Mit einer traditionellen arztzentrierten Praxisführung sind moderne Systeme des *total quality management* (TQM) bzw. des *continuous quality improvement* (CQI) unvereinbar. Systematische Qualitätsförderung ist nach diesen Methoden eine Management- bzw. Führungsaufgabe. Praxisinhaber müssen persönliche Verantwortung für das Erreichen von definierten Qualitätszielen übernehmen (*top level commitment*) und dabei gleichzeitig auch Verantwortung sowie Entscheidungskompetenzen – auch im Sinne von Ressourcenverantwortung – weitgehend an die Mitarbeiter in einer Praxis delegieren. Die Suche nach Schuldigen wird – von Extremfällen wie vorsätzlich bzw. kriminell verursachten

Patientenschädigungen abgesehen – durch die Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten ersetzt. Gute Qualität kann in der Praxis nicht nur auf einem festen Niveau geprüft oder gesichert werden, sondern ist überwiegend das Ergebnis eines kontinuierlichen Bestrebens zur Verbesserung aller Teilprozesse durch alle Beteiligten. Die Etablierung eines entsprechenden Systems zur umfassenden Qualitätsförderung in der ambulanten Praxis setzt zielgerichtete Veränderungen des Gesamtsystems voraus. Damit soll die Fähigkeit des „Systems Praxis“ verbessert werden, eine bessere Versorgungsqualität zu erreichen. Veränderungen von Details innerhalb des Systems sind keinesfalls ausreichend.

Die gewählten Methoden sollten sich an den in der Praxis feststellbaren Problemen und Notwendigkeiten und nicht an den verfügbaren Werkzeugen bzw. Daten orientieren. Existierende Konzepte, Strategien und Werkzeuge zum Qualitätsmanagement aus Kliniken oder der Dienstleistungsindustrie müssen vor ihrer Anwendung in der ambulanten Versorgung durch Modifikation bzw. Adaptation den speziellen Bedingungen in der vertragsärztlichen Praxis angepasst werden. Eine geeignete Orientierungshilfe bei der Umsetzung von CQI- bzw. TQM-Prinzipien bieten z. B. die Kriterien des *European Quality Award* (u. a. Radtke, P. und Wilmes, D. 1997). Mit Einschränkungen gilt dies auch für die DIN EN ISO 9004, Teil 2 (Deutsches Institut für Normung 1992). Systematische Qualitätsförderung in der ambulanten Praxis erfordert, dass die Prinzipien Teil des Selbstverständnisses aller Beteiligten und integraler Bestandteil der täglichen Routine werden.

Eine auch international bisher wenig bearbeitete Aufgabenstellung betrifft geeignete Wege zur Einführung von Prinzipien eines umfassenden Qualitätsmanagements (UQM bzw. TQM) in vergleichsweise kleinen Organisationen, wie ambulanten ärztlichen Praxen. Modifikationen bzw. Adaptationen von bekannten Methoden und Werkzeugen des Qualitätsmanagements oder Neuentwicklungen sind erforderlich. Hier besteht ein Erkenntnisdefizit, das aufgearbeitet werden muss.

375. Das Verständnis der Ursachen von Variationen der Prozess- und Ergebnisqualität (Outcomes) zwischen verschiedenen Praxen bzw. Ärzten könnte konsekutiv die Qualität von Entscheidungsprozessen u. a. zur Ressourcenallokation verbessern. Im Sinne einer evaluativen Praxisforschung sollten verstärkt auch Möglichkeiten eines Transfers untersucht werden: Auf der einen Seite sollten geeignete Methoden zur Übersetzung von Ergebnissen klinischer Forschung bzw. einer evidenzbasierten Medizin in die Praxis untersucht werden. Auf der anderen Seite könnte das Studium von Anwendungsschwierigkeiten bzw. spezifischen Problemstellungen unter Alltagsbedingungen als Feedback wichtige Impulse für die klinische Forschung liefern. Evidenzbasierte Medizin sollten verbunden werden mit evidenzbasierten Implementierungsstrategien (s. Abschnitt II-2.2).

376. Obwohl die grundsätzliche Notwendigkeit einer Evaluation von Maßnahmen und Programmen zur Qualitätsförderung unumstritten ist, findet diese hierzulande kaum statt. Mit Blick auf die hausärztliche Versorgung

müssen spezifische Kriterien entwickelt werden, die dem oft schwer operationalisierbaren Evaluationsobjekt angemessen sind. So wird u. a. zu prüfen sein, inwieweit sich aus hausärztlichen Leitlinien Kriterien für eine problemangemessene Evaluation der Versorgung entwickeln lassen.

Der Grundsatz, dass die Ergebnisse der Evaluation den Evaluierten direkt zugute kommen sollen, sollte für evaluative Überlegungen handlungsleitend sein. Die Evaluationsergebnisse sollten neben den unmittelbar Beteiligten, in dann anonymisierter Form auch Entscheidungsträgern, Wissenschaftlern sowie Lehrenden in der Aus-, Weiter- und Fortbildung zugänglich gemacht werden. Von erfolgreicher Evaluation kann auch ein übergreifender Nutzen, z. B. im Sinne von professioneller Sozialisation und Qualifikation erwartet werden, der durch konventionelle Fortbildungsmaßnahmen kaum erzielt werden kann. Evaluation ist teuer, daher kann nur ihr gezielter Einsatz und die Bereitstellung ausreichender finanzieller bzw. personeller Ressourcen zielführend wirken. Zudem ist zu bedenken, dass eine nicht an ihren Ergebnissen gemessene Qualitätssicherung, die unter Umständen ihr Ziel verfehlt, als noch wesentlich teurer einzuschätzen ist.

377. Ein vermeidbarer und zugleich häufiger Fehler im Setting der ambulanten Praxis ist eine zu große Komplexität neu eingeführter Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung. Daraus resultieren nicht selten Demotivierung und Enttäuschung bei den Beteiligten. Gerade neue Maßnahmen zur Qualitätsförderung sollten daher in Form überschaubarer, konkreter Projekte eingeführt werden. Schnittstellen, z. B. zwischen verschiedenen Fach- und Berufsgruppen oder zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verdienen erhöhte Aufmerksamkeit, hier bestehen jedoch auch besondere Möglichkeiten zur Optimierung von Versorgungsprozessen. Wie z. B. in den Niederlanden, Großbritannien und Irland in der ambulanten Versorgung erfolgreich praktiziert, ist eine Beratung und Unterstützung durch *facilitators*, die Praxisteams vor Ort unterstützen und supervidieren, hilfreich und oft unverzichtbar.

378. Fachliche Fortbildung ist eine mögliche aber keineswegs hinreichende Voraussetzung erwünschter Versorgungsqualität und erfolgt in Deutschland durch vielfältige Anbieter auf uneinheitlichem, den primärärztlichen Versorgungsbedingungen noch zu wenig angepassten und nicht selten zu niedrigem Qualitätsniveau, wie empirische Untersuchungen zeigen (von Reis, E. et al. 1999). Hier müssen die Anstrengungen verstärkt werden, die zur Steigerung der Praxisnähe und -relevanz (durch teilnehmeraktivierende Fortbildungsformen), zur Qualitätsbewertung sowie zur Anbieterneutralität der Fortbildung beitragen (s. Abschnitt II-1.1.3).

3.3 Der Umgang des Arztes mit dem Patienten als Qualitätsmerkmal der medizinischen Versorgung

3.3.1 Einführung

379. In der Medizin besteht ein bisher wenig beleuchtetes Qualitätsproblem, das sich aus der mangelhaften Be-

achtung des Patienten hinsichtlich reflexiver und emotionaler Vorgänge, seiner Deutungen und seines Verhalten ergibt. Es betrifft die indirekten Auswirkungen medizinischer Interventionen und umfasst sowohl deren Auswahl als auch vor allem den damit verbundenen Umgang mit dem Patienten.

Entsprechende Qualitätsmängel beruhen im Wesentlichen darauf, dass von ärztlicher Seite zu wenig berücksichtigt wird, welche Wirkung von Informationen und von ärztlichem Verhalten, auch „non-verbalen“ Informationen auf den Patienten, seine Einschätzung der Lage, seine eigenen Vorstellungen über die Krankheit und deren Bedeutung sowie auf Erwartungen, Ängste und Hoffnungen und nicht zuletzt Verhalten und den Umgang des Kranken mit der Krankheit und dem Gesundheitswesen ausgehen. Es geht somit um den immer vorhandenen Einfluss des Arztes auf die psychologischen und irrationalen Komponenten von Krankheit und Heilung.

380. Zahlreiche Arbeiten haben sich in den Siebziger- und Achtzigerjahren mit den Auswirkungen der Arzt-Patient-Beziehung auf den Patienten auseinander gesetzt. Unter der Problemstellung der ärztlichen Aufklärung hinsichtlich einer schwerwiegenden Diagnose werden Reaktionen des Patienten und ihre Auswirkungen auf den weiteren Krankheitsverlauf untersucht. Inhaltlich analoge Informationen werden von Patienten unterschiedlich aufgenommen und interpretiert, je nachdem in welcher kommunikativen Atmosphäre, mit welchem emotionalen Gehalt, mit welchen Verhaltensformen des Arztes und in welchem Setting sie gegeben werden. In einer Studie zeigt sich beispielsweise, dass nur 50 % der in der Sprechstunde erhaltenen Informationen sinngemäß von den Patienten wiedergegeben werden konnte (Roter, D. u. Russel, N. 1994). Zudem zeigte eine Repräsentativ-Befragung des Infas-Instituts, dass für gut ein Viertel der Befragten die Informationen des Arztes nicht hinreichend verständlich sind (Infas-Institut 1998) (vgl. Abschnitt I-3.2).

Bei der Weitergabe von Informationen an den Patienten kann es zu weit reichenden emotionalen Reaktionen von primärer Erstarrung bis Auflehnung, Leugnung und Verzweiflung kommen, die eines professionellen Auffangens bedürfen. (z. B. Beckmann, D. et al. 1982; Jedlicka-Köhler, I. et al. 1996; Kreidler, S. et al. 1995). Damit wird das auf rationale Entscheidungsfähigkeit gegründete Konzept einer quasi wertfrei neutral gegebenen Information und des darauf unabhängig und selbstständig reagierenden „mündigen“ Klienten eingeschränkt (vgl. Kapitel I-3).

Vor allem von primärärztlicher Seite wird betont (Richards, T. 1999), dass Information auch mehr zu Angst und Irritation des Patienten beitragen kann, indem sie die Unsicherheiten und die mangelhafte Vorausschbarkeit im Einzelfall offen legt. Auch geht die patientenbezogene Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen nicht nur von deren spezifischer Wirkung aus, sondern beruht auch auf unspezifischen und teils irrationalen Komponenten („Placebo-Phänomen“), unter denen das Vertrauen in Ärzte

und in das Gesundheitssystem einen hohen Rang einnehmen. Es ist nicht auszuschließen, dass ein im Sinne von *informed consent* veränderter Beratungsstil vom Patienten als weniger empathiegeleitet erlebt wird und damit an therapeutischer Kraft verlieren kann.

Die Informationsbedürfnisse von Patienten sind individuell unterschiedlich, teils differierend nach Erkrankungsform, teils auch innerhalb ähnlicher Krankheitsbilder (Haase, I. et al. 1995; McKinstry, B. 2000) (s. Kapitel II-3). Der Arzt muss dem im Rahmen einer Vertrauen aufbauenden und verstehenden Arzt-Patienten-Beziehung angemessen Rechnung zu tragen versuchen. Gelegentlich werden auch Gefahren einer „zu großen“ Befassung ausgiebig informierter Patienten mit ihrer eigenen Gesundheit (Gerhardt, U. 1993) oder einer Begünstigung psychosomatischer Fixierungsprozesse gesehen. Auch dies kann nur in der individuellen Arzt-Patienten-Situation abgewogen und einer individuellen Lösung zugeführt werden.

381. Keines dieser Argumente kann als generelles Argument gegen den Grundsatz der vollen, entscheidungskompetenten Patienteninformation gewertet werden. Einem Verzicht auf Patienteninformation zur Sicherung einer „Magie des Heilens“ oder zum Schutze vor psychischen Erschütterungen sind außerordentlich enge Grenzen durch die Rechtsprechung gesetzt. Der Rat selbst verfolgt das Konzept einer größtmöglichen Transparenz für den Patienten.

Es entspricht der Erfahrung, dass der Strukturgewinn im Sinn einer verbesserten inneren Ordnungs- und Orientierungsmöglichkeit, den der Patient durch die Vermittlung von Informationen über sein Gesundheitsproblem und dessen Behandlungsmöglichkeiten erfährt, indem er seine Krankheit besser einordnen und deuten kann, sich gesundheitsförderlich auswirkt. Diese Erfahrung wird auch durch wissenschaftliche Studien unterstützt, die darlegen, dass sich eine effektive Kommunikation positiv auf die Gesundheit von Patienten auswirkt und zwar auf das seelische Befinden, auf Schmerzen und anderen Beschwerden, auf körperliche Funktionen sowie auf physiologische Parameter (Blutdruck, Blutzucker) (Übersicht bei Stewart, M.A. 1995; Harder, S.D. et al. 1997). Auch die Patientenzufriedenheit wird maßgeblich durch die Arzt-Patienten-Kommunikation beeinflusst, wobei der Informationsgehalt der Beratungstätigkeit eine wichtige, aber nicht die einzige Rolle spielt (Williams, S. et al. 1998).

Die kommunikative Komponente stellt auch eine unabdingbare Voraussetzung zur Steigerung der Kompetenz und der Partizipation auf der Ebene Patient-Arzt dar. Einige der häufigsten Gründe für das Aufsuchen von Patienteninitiativen sind Kommunikationsstörungen zwischen Patient und Arzt. Patienten fühlen sich häufig nicht ernst genommen und ungenügend aufgeklärt, was das Vertrauensverhältnis stört. Nicht als mündiger Patient wahrgenommen zu werden, trifft in noch viel häufigerem Maße alte und behinderte Menschen, denen aufgrund körperlicher Einschränkungen Kompetenz abgesprochen wird, und die als hilfsbedürftig, unselbstständig und defizitär wahrgenommen werden. Andererseits erfordert dieses Ziel auch verbesserte Kommunikation zwischen verschiedenen Leistungserbringern.

Ebenso von Bedeutung ist auf der Mikroebene der Kompetenzsteigerung die edukative Komponente. Schulungskonzepte liegen heute für viele chronische Krankheiten vor und sollen dem Patienten ein eigenes Management seiner Krankheit ermöglichen. Abgesehen von dem Erlernen bestimmter Techniken ist auch die Vermittlung einer einvernehmlich festgelegten Steuerung der Inanspruchnahmen des Versorgungssystems ausbaubedürftig. Der Patient lernt, welche Erscheinungen für seinen Krankheitsverlauf relevant sind, was er jeweils selbst tun kann und wann ärztliche Hilfe erforderlich ist. Wie das Beispiel holländischer Allgemeinärzte oder auch mehrjährige Kampagnen bei deutschen Krankenkassen (z. B. GEK-Versicherteninitiative zur Nasenspülung) zeigen, lässt sich die Inanspruchnahme z. B. bei Erkältungskrankheiten durch solche edukatorischen Maßnahmen deutlich reduzieren.

Im Zusammenhang mit der geforderten Lotsenfunktion des Hausarztes spielen die Information und die Beratung des Patienten, ebenso wie die Vermittlung von Schulungen im Sinn eines eigenständigen Krankheitsmanagements für chronisch Kranke eine wichtige Rolle. Die häufig langjährige Arzt-Patient-Beziehung und die Kenntnis des sozialen Umfeldes eröffnet Hausärzten besondere Möglichkeiten einer patientengerechten Betreuung.

Zugleich kann jedoch die daraus erwachsende Nähe auch einen Verlust an notwendiger Distanz bzw. Autorität bedeuten und dadurch ggf. die Wirksamkeit der ärztlichen Betreuung mindern, wie die literarische Figur des Arztes Grabow bei Thomas Mann („Die Buddenbrooks“) verdeutlicht.

382. Wissenschaftliche Ansätze zur Beschreibung der relevanten Phänomene finden sich u. a. in den Theorien zum Coping (Krankheitsbewältigung), zu subjektiven Gesundheitstheorien, zur Salutogenese (s. Abschnitt II-2.1), zur Patienten-Arzt-Kommunikation sowie in Theorien zur Erklärung des Placebo-Phänomens. Sie alle belegen die engen Wechselwirkungen zwischen Krankheit, deren Verlauf und Prognose einerseits und Krankheitserleben sowie den psychologischen, biografischen, sozialen und kulturellen Voraussetzungen und Bedingungen andererseits.

Entsprechende Phänomene wurden besonders intensiv in der wissenschaftlichen Literatur der Siebziger- und frühen Achtzigerjahre diskutiert und fanden sowohl in der Balint-Gruppen-Bewegung als auch in vermehrter Anerkennung der psychosomatischen Medizin und im ärztlichen Fortbildungswesen breite Beachtung.

Unter dem Druck knapper werdender Ressourcen erfolgte innerhalb der letzten zehn Jahre auch in Deutschland eine kritische Auseinandersetzung mit dem Nutzen-Aufwand-Verhältnis der Medizin mit der Tendenz, medizinische Interventionen soweit möglich auf den harten Kern von unter bestimmten methodischen Bedingungen in ihrer Wirkung nachgewiesenen Maßnahmen zu begrenzen. Diese Entwicklung hat die Qualitätssicherung wesentlich beeinflusst und stimuliert.

383. Von besonderer Bedeutung ist auch der Placeboeffekt, der die jede therapeutische Intervention begleitenden suggestiven Wirkungskomponenten beschreibt. Dabei zeigt die Placebowirkung Charakteristika, die weitgehend jener des Therapeutikums entsprechen wie Zeit-Wirkungs-Kurven, zirkadiane Rhythmik bei Medikamenten oder auch entsprechende Nebenwirkungen. (Fricke, U. 1983; Ernst, E. 1998; Weihrach, R. 1999). Das mögliche Ausmaß von Placebowirkungen beschreiben folgende Beobachtungen: Bei akuten Wundschmerzen können z. B. bis zu 90 % einer Morphinwirkung durch Placebo erreicht werden (Orne, M.T. 1969). Als besonders gut durch Placebo zu beeinflussen gelten Kopfschmerz, rheumatische Beschwerden und Erkrankungen und Beschwerden im Magen-Darm-Bereich, bei denen jeweils Placebowirkungen zwischen 50 und 80 % beschrieben wurden. Der Placeboeffekt wird beeinflusst durch die Persönlichkeit des Patienten, durch das Verhalten des Arztes sowie durch situative Merkmale wie angsterzeugende oder vertrauensbildende Umgebung und durch die Applikationsform einer Therapie (Fricke, U. 1983; Craen, A. et al. 2000; Harden, R. et al. 1996).

384. Von Bedeutung für die Effektivität der medizinischen Versorgung ist eine sachgerechte Einschätzung der Krankheitsrolle aus der Perspektive des Patienten. Neben der Vorstellung vom „sekundären Krankheitsgewinn“ aus der Psychosomatik ist es ein Alltagsphänomen, dass der Kranke mit seiner Krankheit bestimmte Auswirkungen verbindet, die sein Krankheitsverhalten unter Umständen verlaufsprägend beeinflussen. Das Beispiel des Rückenschmerzpatienten, der seine Krankheit als Anlass wertet, um frühzeitig aus dem Erwerbsleben auszuschcheiden, und auch entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen in der Zielsetzung in ihr Gegenteil verkehrt, indem er sie als Maßnahme nicht gegen, sondern für die frühzeitige Berentung wertet, zeigt die Gefahren einer Fehlversorgung durch mangelnde Beachtung der möglichen Alibifunktion einer Krankheit aus der Patientensicht.

Krankheit kann vielfältige Funktionen erfüllen. Diese Funktionen können von der Rechtfertigung von Wünschen nach Beachtung und Zuwendung, über Leistungsverweigerung bis zu wirtschaftlichen Vorteilen, z. B. Pflegegeld oder Kuren, reichen. Dieses Problem stellt sich auch besonders bei Krankheit im Alter dar. Dabei darf nicht verkannt werden, dass Krankheit im Alter im Sinne eines „geriatrischen Paradoxons“ (Fischer, G.C. 1997) durchaus auch gesundheitsstabilisierende und schützende Funktionen haben kann, z. B. durch vermehrte Anerkennung, Sozialkontakte und ein generelles psychomotorisches und -soziales Training im Rahmen der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.

Entsprechende Erkenntnisse gehören zwar zum anerkannten Wissensbestand der Medizin, haben in ihrer praktischen Konsequenz bisher jedoch, abgesehen von Spezialbereichen wie Psychotherapie und vereinzelte psychosoziale Unterstützungsangebote z. B. in der Onkologie, keine systematische Aufarbeitung und Umsetzung im Praxisalltag erfahren. Dies stellt, gemessen an ihrer Bedeutung, ein Defizit dar.

Entsprechende Qualitätsmängel zeigen sich im Wesentlichen an den Phänomenen:

- iatrogene Chronifizierung
- Somatisierung und Krankheitsfixierung sowie
- (Fehl-)Etikettierung (*labelling*).

wobei die Erscheinungen sich teilweise überlappen und in der Praxis oft miteinander verbundenen sind.

3.3.2 Iatrogene Chronifizierung

385. Als übergeordnetes Ziel der Behandlung chronisch Kranker kann eine möglichst weit reichende Loslösung vom Gesundheitswesen, gleichwohl ohne gesundheitliche Gefährdung, gesehen werden. Hierzu tragen im Wesentlichen zwei Bestandteile bei, nämlich die Selbstständigkeit von Patienten hinsichtlich eines eigenen kompetenten Krankheitsmanagement sowie ein angemessenes Krankheitsbewusstsein.

Die erste Position, dass chronische Krankheit nicht zwangsläufig mit chronischem Kranksein und Einschränkungen der Sozialisierung bzw. gesellschaftlichen Rolle verbunden sein muss, hat in der Literatur der frühen Neunzigerjahre eine besondere Rolle gespielt und schlägt sich z. B. in der Vorstellung der Weltgesundheitsorganisation nieder (Kaplan, A. 1992). In Deutschland gibt es eine Vielzahl von Arbeiten zum Coping und praxisbezogenen Empfehlungen (z. B. bei Engelhardt, D. von 1986; Hartmann, F. 1993). Man kann unterscheiden zwischen „Krankheit“ und „Kranksein“ und diese als nur begrenzt voneinander abhängige Phänomene begreifen. Es besteht die Gefahr, dass beim Übergang von einer akuten Krankheit in einen chronischen Verlauf fälschlicherweise ein Verhaltensmuster von Arzt und Patient aufrechterhalten wird, dass nur für die akute Krankheit angemessen ist (Hartmann, F. 1993).

Während bei beiden Verlaufsformen gegenseitiges Vertrauen zwischen Arzt und Patient etwa gleichgewichtig verteilt ist, überwiegt die Verantwortung für den weiteren Verlauf beim Arzt. Im Falle einer chronischen Krankheit jedoch gilt es, durch rechtzeitige und angemessene Verhaltensänderung des Arztes die Verantwortung wesentlich stärker auf den Kranken zu verlagern. Andernfalls drohen dem Patienten nach Hartmann unnötige Abhängigkeit und mangelndes Vertrauen in seine eigenen Kräfte und gesunden Anteile.

386. Als praktische Folgen entsprechend fehlsteuernder iatrogenen Einflüsse zeigt sich eine Überversorgung mit einer medizinisch nicht begründbaren Inanspruchnahme des Versorgungssystems sowohl hinsichtlich Häufigkeit pro Zeiteinheit als auch der zeitlichen Ausdehnung insgesamt. Hinzu kommt die Tendenz, dass die Problemlösung nicht auf der dafür effizientesten Stufe des Versorgungssystems bearbeitet wird. (z. B. unangemessen lange und ineffektive Behandlung psychischer Probleme durch

Hausärzte, unangemessene Inanspruchnahme von und Fixierung an Spezialisten). Beim Patienten kann sich das Bewusstsein einer dauerhaften Schädigung entwickeln mit entsprechenden Ansprüchen und Erwartungen an die Versorgung.

Als Beispiel für eine iatrogene Chronifizierung wird mitunter der Rückenschmerz angeführt (Abenhain, L. et al. 1995; Pearce, J. 2000), der sich – bei pathologisch-anatomisch gleicher Ausgangslage – in der Versorgung auf wenige, wenn auch beschwerliche, akute Episoden beschränken oder aber als Dauerleiden darstellen kann, welches möglicherweise mit einer hohen Inanspruchnahme von Leistungen oder einer Frühberentung einhergeht (Vendrig, A. 1999).

Auch das Vorliegen einer chronischen Krankheit ist nicht gleichzusetzen mit einem chronischen „Versorgungsverlauf“. Die hohen Inanspruchnahmeraten ärztlicher Behandlung in Deutschland im internationalen Vergleich lassen bei uns unausgeschöpfte Möglichkeiten der Rationalisierung vermuten (Böcken, J. et al. 2000; Beyer, M. et al. 1997). Bei chronisch Kranken kommt es darauf an, dem Patienten möglichst lange Intervalle der Kontakte zum Gesundheitswesen zu ermöglichen, d. h. den chronischen Prozess in einzelne Behandlungsepisoden zu zerlegen. Dies wird z. B. ermöglicht durch Schulung mit Selbstmanagement der Krankheit durch den Patienten (z. B. Diabetes mellitus, Asthma bronchiale). Eine wichtige Rolle spielt dabei die sachgerechte Information des Patienten (z. B. degenerative Veränderungen am Bewegungsapparat bedeuten nicht zwangsläufig chronische Beschwerden).

3.3.3 Somatisierung und Krankheitsfixierung

387. In den frühen Achtzigerjahren wurden von einer holländischen Arbeitsgruppe um (Grol, R. et al. 1981) erste Arbeiten aus der Primärmedizin zur „somatischen Fixierung“ vorgelegt. Die Untersuchungen gingen aus von der Beobachtung und vielfältig bestätigten Erfahrung (z. B. Dreibholz, J. 1982), dass es Patienten gibt, die gemessen an dem medizinischen Befund unangemessen lange in der Krankenrolle verharren und entsprechende medizinische Interventionen erwarten bzw. fordern. Die Vorstellung geht davon aus, dass durch falschen ärztlichen Umgang mit Gesundheitsstörung und Patient eine medizinisch nicht begründete Fixierung an die Krankenrolle und das medizinische System erfolgt.

Im Gegensatz zu psychosomatischen Störungen handelt es sich, wenn auch vielfältige Beziehungen insbesondere im Erscheinungsbild zur Psychosomatik bestehen, primär nicht um ein psychopathologisches Geschehen, sondern um den Vorgang, dass gesunde Menschen iatrogen bedingt zu Patienten werden (Grol, R. 1985). Als Konsequenz aus diesen Erkenntnissen wurde von der Arbeitsgruppe ein Schema typischer Indikatoren für eine drohende oder bereits eingetretene Krankheitsfixierung und eine Anleitung zur Vermeidung dieser Entwicklung

durch einen strukturierten Konsultationsablauf in der Hausarztpraxis erarbeitet.

Wenn auch eine breitere, durch Studien gestützte wissenschaftliche Evidenz zur Theorie der somatischen Fixierung und zur Effektivität empfohlener Interventionen fehlt, muss davon ausgegangen werden, dass es sich um ein der Alltagserfahrung des Hausarztes entsprechendes Phänomen handelt, das folglich in Lehrbüchern der Allgemeinmedizin durchgängig Beachtung findet, dem eine erhebliche Bedeutung hinsichtlich Effektivität, Effizienz und Nutzen-Kosten-Relation im Gesundheitswesen zukommt.

3.3.4 Labelling

388. Mit *labelling* werden die psychologischen und sozialen Folgen bezeichnet, die sich allein aus der Nennung einer Krankheit, der „Etikettierung“ gegenüber dem Kranken ergeben. Das Phänomen wurde eingehend in amerikanischen Studien der späten Siebziger- und frühen Achtzigerjahren untersucht. Beim Hypertonus wurde z. B. nachgewiesen, dass Patienten, nach Mitteilung dieser Diagnose ein verändertes Krankheitsbewusstsein entwickelten, bei geringfügigen Krankheiten häufiger und länger vom Arbeitsplatz fern blieben, und dass ihr generelles Wohlbefinden und ihre Lebenszufriedenheit abnahmen. Auffallend war, dass entsprechende länger anhaltende Effekte sich nicht als unerwünschte Wirkungen der Arzneimitteltherapie deuten ließen, da sie auch bei nicht behandelten Bluthochdruckpatienten auftraten (Haynes, R.B. et al. 1978; Macdonald, L.A. et al. 1984; Taylor, D.W. et al. 1981). Andere Studien beschreiben ähnliche Effekte bei Kindern. Wird z. B. fälschlicherweise ein organischer Herzfehler diagnostiziert, entwickeln die entsprechend „etikettierten“ Kinder die gleichen Veränderungen ihres körperlichen und sozialen Verhaltens wie Kinder, bei denen tatsächlich ein Herzfehler vorliegt (Bergmann, A.B. u. Stamm, S.J. 1967).

Vielleicht am eindrucksvollsten werden die Effekte des *labelling* deutlich an einer Studie, in der die intellektuelle und psychosoziale Entwicklung von Kindern untersucht wurde, die bei ihrer Einschulung auf der Basis standardisierter Testverfahren als mental retardiert eingestuft wurden. Während eine Gruppe nach Offenlegung der Diagnose alle zur Verfügung stehende Hilfe und psychosoziale Unterstützung, z. B. auch seitens der Schule, erhielt, wurde die andere Gruppe trotz nicht mitgeteilter gleicher Ausgangsdiagnose keinerlei Interventionen unterzogen und in der retrospektiven Auswertung mit der ersten Gruppe verglichen. Es zeigte sich, dass die Gruppe mit stützenden Interventionen keine besseren Ergebnisse ihrer schulischen sowie späteren beruflichen bzw. akademischen und sozialen Entwicklung aufwies. Eltern und Lehrer der Interventionsgruppe gaben sogar häufiger Probleme im Verhalten und der Entwicklung der Kinder an (Cadman, D. et al. 1987).

3.4 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Pflege

389. Die soziodemographische Entwicklung, d. h. die absolute und relative Zunahme älterer und hochbetagter Menschen sowie die Zunahme von Einpersonenhaushalten, ist für die zunehmende Bedeutung der Pflege in unserer Gesellschaft ebenso determinierend wie die Zunahme chronischer und multimorbider Krankheitsgeschehen. Darüber hinaus tragen steigende Ansprüche der Nutzer an die Versorgung zum Bedeutungszuwachs professioneller Pflege bei (SG 1997, Ziffer 284). Mit dieser Entwicklung einher ging ein Wandel des Pflegeverständnisses vom organbezogenen medizinisch-technischen zu einem interaktionsintensiven ganzheitlichen Verständnis sowie ein Wandel im Selbstverständnis der Pflegenden. Ziel der Pflege ist es, die Selbstpflegefähigkeit des Betroffenen zu erhalten, zu aktivieren und, so weit es möglich ist, wieder herzustellen oder ihn zu befähigen; mit Einschränkungen in der eigenen Lebensgestaltung umzugehen (SG 1997, Ziffer 288).

Trotz dieser Entwicklungen waren weniger Impulse aus der professionellen Pflege selbst als vielmehr gesetzliche Anreize dafür verantwortlich, dass zu Beginn der Neunzigerjahre pflegerische Qualitätssicherung zu einem wichtigen Thema innerhalb der Profession wurde. Zeitgleich mit der gesetzlichen Festschreibung von Aufgaben der Qualitätssicherung (QS) begann die Pflegewissenschaft, sich als eigenständige Disziplin in Deutschland zu etablieren. International spielte die Entwicklung der Pflegewissenschaft und -forschung eine wichtige Rolle in der Qualitätsdebatte, weil Fragen der Qualität eng mit der Wissens- bzw. Evidenzbasierung verknüpft sind. In Deutschland kamen mit der gesetzlichen Fixierung Themen auf die Tagesordnung, für deren Beantwortung es an wissenschaftlichen Voraussetzungen mangelte (Ewers, M. u. Schaeffer, D. 2000).

In den Achtzigerjahren waren die ersten Initiativen der Qualitätsdebatte in der deutschen Pflege noch durch eine sehr begrenzte Wirkung vereinzelter Praxismodellprojekte oder weniger wissenschaftlicher Studien gekennzeichnet (Schiemann, D. 1990; Bundesministerium für Arbeit 1985; Ewers, M. u. Schaeffer, D. 2000). Erst in den vergangenen zehn Jahren entwickelte sich eine umfangreiche Diskussion zur Qualitätsentwicklung in der Pflege. Dennoch gibt es bis heute keinen einheitlichen Qualitätsbegriff. Nicht zuletzt zeigt sich damit auch in der pflegerischen Diskussion, wie schwierig es ist, den Begriff „Qualität“ im Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Dienstleistungen zu definieren. Durchgesetzt hat sich die Kategorisierung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian, A. 1966) (s. Abschnitt II-2.1). Sie wie auch der Ansatz „Qualität „als Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens und der wirklich geleisteten Versorgung“ zu verstehen, dient heute über alle Berufs- und Interessengruppen hinweg der Verständigung über die Qualität gesundheitsrelevanter Dienstleistungen, so auch in der Pflege (vgl. Ewers, M. u. Schaeffer, D. 2000).

3.4.1 Qualitätssicherung in der Pflege als gesetzliche Verpflichtung

390. Im Jahr 1989 wurde mit der ersten Stufe der Gesundheitsreform für den Krankenhausbereich eine Qualitätsverpflichtung in der damaligen Fassung des § 137 Sozialgesetzbuch (SGB V) niedergelegt. 1993 fanden mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (2. Stufe) die Pflegenden als Akteure der Qualitätssicherung im Gesetz erstmals explizit Erwähnung (§ 137 SGB V in seiner damaligen Fassung). Im Januar 1995 folgte mit dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) ein weiterer entscheidender Impuls für die Qualitätsdebatte in der Pflege: Das Gesetz schreibt den Spitzenverbänden der Pflegekassen, den örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern sowie den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene vor, „gemeinsam und einheitlich Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen“ zu vereinbaren (§ 80 Abs. 1 SGB XI).

391. Die Sicherung der Qualität pflegerischer Leistungen nach SGB XI soll in Kürze in einem neuen Gesetz geregelt werden. Mit dem geplanten Gesetz sollen die geltenden vertrags- und vergütungsrechtlichen Vorschriften sowie die Vorschriften zur Qualitätssicherung differenziert und ergänzt werden. Den Kern bildet neben der Einführung neuer Vertragsinstrumente, wie z. B. Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, Personalrichtwertvereinbarungen oder Personalabgleiche, die Pflicht zur Vorlage von Leistungs- und Qualitätsnachweisen. Insgesamt ist das Vorhaben auf eine Stärkung der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger ausgerichtet. Auf diese Weise erhofft man sich zum einen eine stärkere Berücksichtigung von Qualitätsaspekten in der pflegerischen Leistungserbringung und zum anderen eine direkte Koppelung der Qualität an die Vergütung. Gleichzeitig werden in dem Gesetz Regelungen zur Einbeziehung der Heimbeiräte in die Qualitäts- und Leistungsvereinbarungen und zur Überprüfung der Qualität durch Heimaufsicht und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen getroffen. Entsprechende Qualitätsvereinbarungen sehen die Qualitätssicherungsverpflichtungen für alle Einrichtungen und Dienste gemäß § 93 BSHG vor, die von Sozialhilfeträgern finanziert werden.

392. Bezüglich zugelassener Krankenhäuser wurde mit dem GKV-Reformgesetz 2000 die grundsätzliche Qualitätssicherung in § 135 Abs. 2 SGB V geregelt, der die Krankenhäuser sowohl zur Einführung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätssicherungsmanagements (QM) als auch zur Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung verpflichtet. § 137 SGB V sieht vor, dass die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft sektor- und berufsgruppenübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung vereinbaren, die für die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar und unabhängig von vertraglichen Vereinbarungen ver-

bindlich sind. Die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe sollen an diesen Vereinbarungen beteiligt, die Kassenärztliche Bundesvereinigung angehört werden. Pflegerische Versorgung wird in die Qualitätssicherung aufgenommen, gleichzeitig aber nicht einer gesonderten Qualitätssicherung unterstellt, sondern in die gesamten Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Rahmen der zugelassenen Krankenhäuser integriert.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben zusammen mit dem Deutschen Pflegerat und der Bundesärztekammer im Oktober 2000 Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Krankenhaus gemäß § 137 SGB V vereinbart. Zusätzlich werden nach § 137b SGB V die Berufsorganisationen der Pflege per Gesetz in die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung aufgenommen. Diese hat unter anderem „Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppentübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten“. Vertragliche Vereinbarungen über die Qualität und Qualitätssicherung auf Bundes- oder Landesebene sind der Arbeitsgemeinschaft vorzulegen.

393. Nachdem der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die neuen Richtlinien über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ im Sinne von Krankenhausersatz- und Behandlungssicherungspflege (§ 37 SGB V) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V beschlossen hat und diese in Kraft getreten sind, ist es nun Aufgabe der Spitzenverbände der Krankenkassen und der für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen, gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben. In diesen Rahmenempfehlungen sind auch die Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu regeln.

3.4.2 Perspektiven und Reichweite von Qualitätssicherung

394. Qualitätssicherung kann zum einen als professionelles Anliegen der Pflege betrachtet werden. Hierbei geht es um die Etablierung beruflicher Standards, berufsständischer Selbstkontrollen und wirksamer Qualitätssicherungsmethoden. Qualitätssicherung ist u. a. in die Autonomisierung der Pflege im Sinne von explizit wahrgenommener Eigenverantwortlichkeit und in die Professionalisierung, die ohne Qualitätssicherung nicht möglich ist, eingebettet. Eine einheitliche Strategie aller pflegerischen Berufsverbände ist dabei in Deutschland bislang nicht zu konstatieren.

Qualitätssicherung ist zum anderen aus der Perspektive der Unternehmen, Träger und Einrichtungen zu betrachten. Hier ist die Diskussion stärker eingebunden in Qua-

litätsmanagementansätze. Zentrales Ziel von Qualitätsmanagement ist die Optimierung von Qualität für die Nutzer. Dieser Ansatz verlangt professionsübergreifende Maßnahmen. Qualitätsmanagementdiskussionen stehen vor allem im Kontext der Rationalisierung von Betriebsabläufen, der Delegation von Aufgaben und der Enthierarchisierung.

Qualitätssicherung hat darüber hinaus eine gesellschaftliche Dimension. In der Gesellschaft haben sich bestimmte Qualitätserwartungen an Pflege durchgesetzt. Die Maßstäbe der Qualität und deren Einhaltung sind Themen gesellschaftlicher Diskussionen mit Wirkungen auf die Standards der sozialen Sicherung und der sozialen Kontrolle pflegerischer Leistungen.

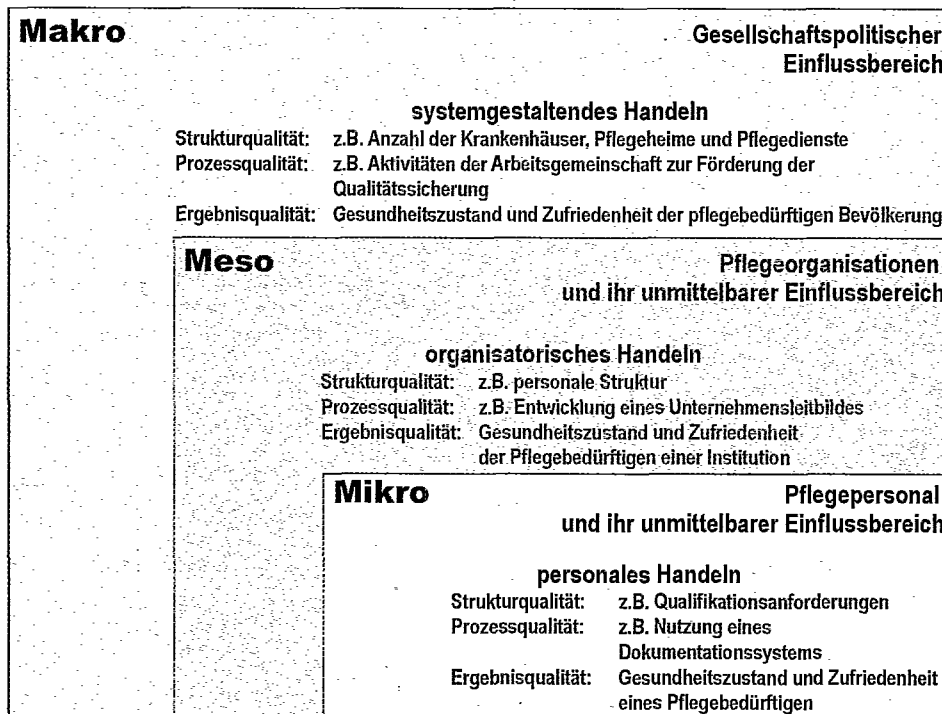
395. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement werden allgemein in interne und externe Maßnahmen unterteilt sowie nach ihrer Reichweite (Makro-, Meso- und Mikroebene) unterschieden (vgl. Abschnitt II-2.1). Interne Maßnahmen sind alle binnenorganisatorischen Anstrengungen zur Entwicklung bzw. Sicherung von Pflegequalität z. B. Qualitätszirkel, Fallkonferenzen usw. Externe Maßnahmen sind alle von außen an die Einrichtungen herangetragenen Bestrebungen zur Weiterentwicklung oder Sicherung von Pflegequalität z. B. Qualitätssicherungsmaßnahmen berufsständischer Organisationen, Zertifizierungsverfahren, Kontroll- und Überprüfungsmaßnahmen der Kostenträger. Im Idealfall korrespondieren interne und externe Maßnahmen und lösen einen innovativen Prozess der Qualitätsentwicklung aus, in dem sich externe formale Kriterien und von innen gewachsene Prozesse der QS/QM gegenseitig Impulse geben. Gegenwärtig dominieren allerdings formale externe Kriterien zur Überprüfung der Qualität von Pflege, die von den Pflegenden häufig als Kontrolle erlebt werden. In diesem Zusammenhang treffen dann Maßnahmen der QS/QM häufig bei den Pflegeakteuren auf Ablehnung, weil sie als zusätzliche Arbeitsbelastung betrachtet werden.

Die Reichweite qualitätssichernder Maßnahmen ist sehr unterschiedlich, da diese sich auf unterschiedliche Ebenen beziehen können. Unter Maßnahmen auf der Makro-Ebene fallen z. B. rechtliche Entscheidungen. Qualitätssichernde Maßnahmen können auch auf der Meso-Ebene wirken und institutionelles Handeln steuern. Hierzu zählen z. B. Festlegungen zur personalen Struktur der Einrichtungen oder auch Entwicklungen von Standards und die Verträge eines Unternehmens. Nicht zuletzt können Qualitätssicherungsmaßnahmen personales Handeln auf der Mikro-Ebene steuern, z. B. über festgelegte Qualifikationsanforderungen der Pflegekräfte oder den Einsatz bestimmter Dokumentationssysteme sowie die Erreichung geplanter Pflegeziele bei einzelnen Patienten.

Abbildung 10 verknüpft die verschiedenen Handlungsebenen von Pflege mit Qualitätssicherungsmaßnahmen auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsebene.

Abbildung 10

Ansatzebenen qualitätssichernder Maßnahmen in der Pflege



Quelle: Modifiziert nach Ewers, M. (1998)

3.4.3 Ausgewählte Qualitätsmängel in der Pflege

Pflegesystem

396. Noch immer wird in Deutschland in Krankenhäusern überwiegend nach dem Konzept der Funktionspflege gearbeitet, bei der die Tätigkeiten auf verschiedene Krankenpflegepersonen nach ihrer Funktion verteilt werden (Schlettig, H.-J. u. von der Heide, U. 1995). Auch wenn viele Einrichtungen sich inzwischen zur Bereichs- oder Bezugspflege¹⁷ bekennen und diese vermeintlich eingeführt haben, stellt sich bei näherer Betrachtung jedoch meist heraus, dass der postulierte Wechsel von einem Pflegesystem in das andere sich lediglich auf einzelne Aspekte bezieht (Windel, A. et al. 1999).

Die Probleme und Nachteile der Funktionspflege sind vielfältig und seit längerem bekannt (Elkeles, T. 1994):

- Einschränkung des Entscheidungs- und Kontrollspielraums für die Mehrzahl der Beschäftigten,

- Überlastung der Stationsleitungen mit Koordinationsaufgaben,
- Senkung der Arbeitsmotivation durch fehlende Berücksichtigung des Gestaltungsinteresses sowie der Normen der Berufsausübung bei den Pflegenden,
- mangelnde Effektivität (einzelne Maßnahmen werden aufgrund fehlender Informationsweitergabe doppelt oder gar nicht vorgenommen),
- Förderung einer Passivierung anstelle einer Aktivierung beim Patienten durch eine grundsätzlich diskontinuierliche Pflege und insbesondere
- ein erschwerter Aufbau von Beziehungen zwischen Pflegepersonal und Pflegebedürftigen.

In einer Studie zur Gruppenarbeit im stationären Alltag, bei der Stationen, die in unterschiedlichen Pflegesystemen (von klassischer Funktionspflege über Mischformen bis zu ganzheitlicher Bereichs- oder Bezugspflege) arbeiteten, miteinander verglichen wurden, zeigte sich, dass Pflegekräfte, die in der arbeitsteiligen Funktionspflege arbeiteten, ihren Arbeitsalltag mit geringerer Anforderungsvielfalt, Ganzheitlichkeit, Entscheidung und Verantwortung beschrieben. Auch die Zufriedenheit war bei Patienten, die nach der klassischen Funktionspflege versorgt wurden, signifikant geringer (Windel, A. et al. 1999).

¹⁷ In der Bezugspflege wird die Kontinuität der Pflege durch die Fallmethode gewährleistet, d. h. die Pflegekraft ist nur für eine kleine Gruppe von Patienten zuständig und behält diese Zuständigkeit für die gesamte Verweildauer der Patienten (vgl. Manthey, M. 1992; Kellnhauser, E. 1994; Tewes, R. 1998).

Personalmangel sowie ein relativ hoher Anteil an nicht ausgebildetem Pflegepersonal werden als maßgeblich dafür betrachtet, dass die Funktionspflege immer noch nicht überall durch Bereichs- oder Bezugspflege abgelöst wurde (s. Abschnitt II-1.2).

Leistungstransparenz

397. Auch im Bereich der Leistungstransparenz sind Qualitätsmängel zu verzeichnen. Besonders im Bereich der ambulanten Pflege soll durch eine solche Transparenz der Leistungen und der Kosten ein Wettbewerb entstehen, der sich positiv auf die Qualität auswirkt. So sind z. B. die Pflegekassen durch den § 7 SGB XI verpflichtet worden, die Versicherten und ihre Angehörigen über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger zu unterrichten und zu beraten.

Dieses System weist aus verschiedenen Gründen Mängel auf: Aufgrund des jeweils feststehenden Betrages (DM 750 bis 2 800), der im Rahmen der Pflegeversicherung für die Erbringung von Sachleistungen zur Verfügung steht, wird häufig keine qualitätsbewusste Auswahl der Leistungen vorgenommen. Der Preis scheint hier aufgrund des Sachleistungsprinzips vielfach kein Regulium und damit auch kein Qualitätssignal darzustellen. Dies ist sicher zum Teil darauf zurückzuführen, dass Kostenträger und Auftraggeber im Falle der Sachleistung nicht identisch sind. Zudem wird häufig aus Unkenntnis oder Hilflosigkeit der Pflegedienst ausgewählt, der sich als Erster meldet, im Falle der Verkürzung der Krankenhauspflege ist dies grundsätzlich der Pflegedienst, der mit dem jeweiligen Krankenhaus zusammenarbeitet (Wensing-Schmitz, P. u. Heinser, R. 2000).

Ein Vergleich zwischen Anbietern von Pflegeleistungen wird für Pflegebedürftige häufig zusätzlich dadurch erschwert, dass Werbematerial von Pflegeeinrichtungen zu wenig Informationen enthalten. Aus Sicht der Nutzer ist auch eine vorhandene Zertifizierung einer Einrichtung kein sicherer Ausweis für die Qualität der Leistungen, da das Ergebnis der Pflege bisher nicht Gegenstand der Zertifizierung ist. Zertifizierung bestätigt lediglich, dass ein funktionsfähiges Qualitätsmanagementsystem in der jeweiligen Einrichtung etabliert wurde, stellt aber keine Gewähr für die angemessene Nutzung der vorhandenen Strukturen dar (Böning, A. 1999).

Spezialisierung der Pflegedienste

398. Auffällig ist in Deutschland, dass ambulante Pflegedienste überwiegend ein sehr einheitliches Angebot an Pflegeleistungen vorhalten. Obwohl in den letzten zehn Jahren vereinzelt hoch spezialisierte ambulante Pflegedienste für besondere Patientengruppen (z. B. Aids- und Krebspatienten) gegründet wurden, fällt es einem großen Teil der Einrichtungen nach wie vor schwer, spezifischen Patientengruppen eine angemessene Versorgung anzubieten. Die Patientengruppe der Schwer- und Schwerstkranken mit spezifischen Beeinträchtigungen, wie sie im Rahmen von Erkrankungen wie Aids, Krebs oder Demenz-Erkrankungen entstehen, stellt sowohl an die vor-

gehaltene Zahl als auch an die Qualifikation des Personals sowie die zur pflegerisch-medizinischen Betreuung notwendigen technischen Hilfsmittel andere Anforderungen als die Pflegedienste es aus ihrer üblichen Tätigkeit gewohnt sind. Gerade die umfassende und komplexe Versorgung Schwer- und Schwerstkranker bildet eine Lücke im Angebotsprofil ambulanter Pflegedienste (Schaeffer, D. 1997).

Soll die pflegerische Versorgung Schwerstkranker durch Pflegedienste abgedeckt werden, so ist eine pflegerische Betreuung zurzeit nur bis zu einem bestimmten Grad der körperlichen Einschränkung möglich. Wird dieser überschritten, so ist eine pflegerische Bedarfsdeckung durch ambulante Dienste, obwohl theoretisch denkbar, praktisch nicht immer umsetzbar. Eine Ursache liegt darin, dass Sozialstationen ursprünglich als Einrichtungen der Akutversorgung geplant waren, heute aber den Bereich der ambulanten Langzeitpflege mit versorgen. Dies konfrontiert sie mit Problemen, auf die sie sich teilweise institutionell und organisatorisch erst noch einstellen müssen (Garms-Homolová, V. u. Niehörster, G. 1996).

Anleitung für pflegende Angehörige¹⁸

399. Nach den Ergebnissen der Infratest-Repräsentativumfrage 1998 (Schneekloth, U. u. Müller, U. 2000) tragen in neun von zehn Fällen Angehörige aus dem engeren Familienkreis die Hauptverantwortung für die Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Person. Bei einem Drittel sind es die Partnerin (20 %) oder der Partner (12 %), bei einem weiteren Drittel eine Tochter (23 %) oder Schwiegertochter (10 %), und 13 % werden hauptsächlich von der Mutter (11 %) oder dem Vater (2 %) gepflegt. 80 % der pflegenden Angehörigen sind Frauen. Gut die Hälfte der Hauptpflegepersonen ist zwischen 40 und 64 Jahren alt, ein Drittel älter.

Am häufigsten werden Elternteile, am zweithäufigsten der Partner gepflegt. Dabei steht die Pflegekonstellation „Frau pflegt eigene Mutter“ an erster Stelle, gefolgt von „Frau pflegt Ehemann“ und „Frau pflegt Schwiegermutter“; die Konstellation „Mann pflegt Mutter“ steht an sechster Stelle (Fuchs, J. 1999). 1998 erhielten von den 1,3 Millionen Leistungsempfängern der Pflegeversicherung, die ambulant versorgt wurden, 83 % entweder Pflegegeld oder kombinierte Geld- und Sachleistungen. Diese Ergebnisse beweisen die zentrale Funktion Angehöriger bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit.

400. Demgegenüber steht, dass nur die wenigsten pflegenden Angehörigen jemals professionell geschult und damit auf die Pflegeaufgaben vorbereitet worden sind. Für die Anleitung, Einweisung und Schulung der pflegenden Angehörigen oder anderer Laien sieht das SGB XI lediglich in § 45 das unentgeltliche Angebot von Schulungskursen vor, die Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln sollen. Auch wenn

¹⁸ Hiermit sind nicht nur Angehörige im engeren Sinne gemeint, sondern jeder, der privat Pflege übernimmt.

das Gesetz vorsieht, dass eine solche Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden kann, sie also theoretisch auf die spezifischen Bedürfnisse des pflegenden Laien zugeschnitten werden kann, zeigt der Umfang der Ausgaben für solche Schulungsmaßnahmen (1998: acht Millionen), dass diese nur in unerheblichem Ausmaß stattfinden. An dieser Einschätzung kann auch die deutliche Zunahme der Ausgaben für Pflegekurse (1999: zwölf Millionen; im ersten Halbjahr 2000: bereits 7,5 Millionen) noch nichts ändern.

401. Die Gründe für die geringe Teilnahme pflegender Angehöriger an Schulungsmaßnahmen liegen vermutlich in fehlender Information, in der Hochschwelligkeit des Angebotes (es muss von den Pflegenden initiativ nachgefragt werden) und in der Vielzahl der Belastungen, denen pflegende Angehörige ausgesetzt sind.

Hilfe und Unterstützung zu leisten und zu empfangen kann für alle Beteiligten erhebliche Belastungen beinhalten. Dies wird in der familialen Pflege besonders sichtbar. In der Infratest-Erhebung von 1998 kennzeichneten neun von zehn pflegenden Angehörigen diese Aufgabe als belastend, 48 % empfanden die Situation sogar als sehr stark belastend (Schneekloth, U. u. Müller, U. 2000). Die Belastungskategorien von Pflegenden folgen nach den Ergebnissen einer anderen Studie (Boeger, A. u. Pickartz, A. 1998) folgender Rangfolge: Einschränkung des eigenen Lebens, Gebundenheit ans Haus, Verhalten und Zustand des Pflegebedürftigen, negative Auswirkungen auf die Familie, Pflegeaufgaben, gesundheitliche Krisen und Hilflosigkeit gegenüber Schmerzen, eigene gesundheitliche Verfassung, mangelnde institutionelle Unterstützung, fehlende soziale Unterstützung oder soziale Konflikte, ungewisse Zukunft, Verlust unwiederbringlicher Jahre des eigenen Lebens.

Dabei korrespondieren folgende Merkmale der Pflegesituation mit einer zunehmenden Belastung der Pflegenden: Je schlechter der Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen ist, je höher ihr Pflegebedarf eingestuft wurde und je älter die zu Pflegenden sind, desto stärker fühlen sich Familienangehörige belastet. Diese Untersuchungsergebnisse verweisen auf wesentliche Bereiche, in denen pflegende Angehörige durch die professionelle Pflege Anleitung erfahren sollten. Damit könnte einerseits die Qualität der Pflegearbeit durch Angehörige verbessert werden, zugleich aber auch eine Entlastung dieser Personen erfolgen.

402. Im Bereich der häuslichen Pflege haben pflegende Angehörige zweifelsohne für die Überprüfung der Leistungen der professionellen Pflege eine wichtige Funktion. Da die häusliche Pflege aber zu einem wesentlichen Teil durch die Angehörigen selbst geleistet wird, sollte die professionelle Pflege die Anleitung, Beratung und Qualitätsüberprüfung der Angehörigenpflege, verstanden als partnerschaftliche Unterstützung, zu einem wichtigen Bestandteil ihrer Aufgabe in der ambulanten Versorgung machen.

Schnittstellenproblematik

403. Die Qualität der pflegerischen Versorgung wird bei chronischem Krankheitsgeschehen wesentlich durch die Integration und Kontinuität der Pflege bestimmt. Die Praxis zeigt vor allem Defizite an den Schnittstellen, beispielsweise zwischen ambulantem und stationärem Sektor, bei der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Vernetzung verschiedener Versorgungssegmente.

Es gibt erste Ansätze, die Qualität der Versorgung an den Schnittstellen zu verbessern. Hierzu zählen beispielsweise die Einführung von *case-* und *care-management-*Modellen, die Einführung von Patientenbegleitbüchern, der Einsatz von Patientenüberleitungsbögen sowie die Etablierung von Patienteninformationszentren in Krankenhäusern.

404. Zur Umgehung der Schnittstellenproblematik bei Pflegebedürftigen, die aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflege übergehen, könnte es sich als besonders günstig erweisen, wenn die notwendige Anleitung der Patienten und Angehörigen bereits im Krankenhaus erfolgt. Ihre Bereitschaft Pflegehandlungen zu erlernen, ist in der aktuellen Situation besonders groß. Daher stoßen die entsprechenden Angebote in Krankenhäusern auf eine hohe Akzeptanz (Risse, G. 1999). Hier zeigt sich ein Aufgabengebiet, auf das die Fachpflege verstärkt reagieren muss und durch das sie einen Beitrag zur Sicherung der Qualität häuslicher Pflege leisten kann. Dies könnte sich auch positiv auf die durch die Pflegeversicherung gesetzlich vorgeschriebenen Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI bei Pflegebedürftigen, die Geldleistungen aus der Pflegeversicherung beziehen, auswirken. Durch Anleitung, die bereits im Krankenhaus erfolgt, würde das Angebot der Hilfestellung durch die Pflegedienste in den Vordergrund gerückt. Gleichzeitig könnten sich zum Teil unbegründete Ängste vor einer Kontrolle durch die Pflegedienste reduzieren lassen (Wünsche, H. 1999).

3.4.4 Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Pflege

3.4.4.1 Internes Qualitätsmanagement

405. Internes Qualitätsmanagement bezeichnet die Bestrebungen einer Einrichtung, eigene Vorstellungen hinsichtlich der Qualität ihrer Produkte und Dienstleistungen zu entwickeln und diese zu realisieren. Zu den Instrumenten des internen Qualitätsmanagement gehören der Einsatz von Pflegekonzepten, Pflegediagnosen und Pflegestandards, Qualitätszirkel, Fallkonferenzen und Qualitätssicherungsbeauftragte, Patientenbefragungen und die multiprofessionelle Entwicklung von Leitlinien nach den Kriterien der evidenzbasierten Pflege (*evidence-based nursing*).

Innerhalb der *professional community* der Pflege hat sich unter der Bezeichnung „Pflegeprozess“ ein Instrument zur Organisation und Erfassung des pflegerischen Handelns etabliert. Bei diesem derzeit am häufigsten eingesetzten Instrument vollziehen sich Anamnese, Diagnose,

Intervention und Evaluation in reflexiven Schleifen und ermöglichen so ein systematisches Pflegehandeln mit zielgerichtetem Charakter. Der „Pflegeprozess“ bleibt jedoch ohne pflegetheoretischen Bezugsrahmen ein inhaltsleeres Instrument (Landenberger, M. 1997).

Pflegekonzepte

406. Ein Pflegekonzept ist die „aktivierende Pflege“. Aktivierende Pflege ist eine Methode, die Eigenständigkeit des Klienten und seine Gesundheitsressourcen zu sichern und zu fördern. Aufgabe der Pflegenden ist es, den hilfsbedürftigen Menschen hierbei zu unterstützen (Weh, B. u. Sieber, H. 1995). Der Leitgedanke der aktivierenden Pflege hat Eingang gefunden in das Pflegeversicherungsgesetz.

Heute bestehen im Pflegesystem allerdings wenig wirtschaftliche Anreize zur Durchführung der aktivierenden Pflege, da eine aktivierende Pflege, die zu einer Ergebnisqualitätsverbesserung führen würde, weniger Einnahmen für den Pflegedienst bedeuten (Görres, S. u. Luckney, K. 1998). Es fehlen Anreizstrukturen für die Träger von Pflegeeinrichtungen zur Umsetzung einer aktivierenden Pflege, da die durch die Pflege erbrachten rehabilitativen Leistungen derzeit Bestandteil der sehr gering bemessenen Grundpflegepauschale sind. Darüber hinaus werden Rehabilitationsleistungen im psychosozialen Bereich wenig berücksichtigt und entsprechend nicht vergütet (Gabanyi, M. 1995). Die praktische Umsetzung der aktivierenden Pflege scheitert zudem heute häufig an dem nicht entsprechend bemessenen Personalbestand an den Einrichtungen.

407. Ein weiteres Konzept, das die Verbesserung der Qualität der pflegerischen Versorgung anstrebt, ist das Bezugspflegemodell. In Deutschland wird nach wie vor zu großen Teilen noch nach dem Modell der Funktionspflege gearbeitet, obgleich seit langem bekannt ist, dass sich die Qualität der Pflege durch Modelle der Bezugspflege verbessern lassen (Ersser, S. u. Tutton, E. 2000; Lynich, M. u. Knipfer, E. 1998; Jong-Duk, K. 1996a; Jong-Duk, K. 1996b; Andraschko, H. 1996). Bezugspflegemodelle beschreiben die Rückbesinnung auf die Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft. Durch eine Kontinuität der Verantwortung einer Pflegekraft bzw. einer kleinen Gruppe von Pflegekräften für den betreffenden Patienten soll die Kontinuität des Pflegeprozesses sowie die direkte Kommunikation und Einbeziehung des Patienten in seine Pflegeplanung sichergestellt werden. Für den Patienten ist erkennbar, wer seine Pflege plant, wer für ihn zuständig ist. Umstellung bedeutet die Bezugspflege für das ärztliche Personal. Ärzte können bei diesem System nicht mehr davon ausgehen, dass jede Pflegekraft einer Station über jeden Patienten im gleichen Umfang informiert ist. Bezugspflege erfordert daher eine erhöhte Kooperationsbereitschaft auf beiden Seiten, die sich jedoch durch einen erhöhten Informationsaustausch bei gemeinsamen Visiten ausahlt, da das Pflegepersonal zwar über weniger Patienten, dafür aber jeweils umfangreicher informiert ist.

Pflegerisch relevante Daten, die bei der Funktionspflege gerade in den Bereichen der Aktivierung verloren gehen, können erfasst werden.

Durch einen festen Ansprechpartner in der Pflege können Angehörige wesentlich besser angeleitet und in die Pflegehandlungen einbezogen werden. Der pflegerische Aufgabenbereich der Koordination von und Beratung über Pflegeleistungen ist durch dieses Modell umsetz- und ausbaubar. Qualitätssichernd wirkt sich im Bezugspflegesystem die feste Zuordnung zu einer überschaubaren Gruppe von beruflich in der Pflege tätigen, nicht ausgebildeten Pflegekräften aus, da es für diese Pflegekräfte wichtig ist zu wissen, wer für die Pflegeplanung der von ihnen mitbetreuten Patienten zuständig ist und wen sie daher bei Rückfragen kontaktieren müssen und wer sie im Zweifelsfall anleitet. Eine Studie im ambulanten Bereich weist nach, dass nicht examinierte Pflegekräfte in fast allen Aufgabengebieten der Pflege eingesetzt werden (Polak, U. et al. 1999). Eine sichere Einbindung gerade dieser nicht examinierten Kräfte in das Pflegesystem ist daher unbedingt erforderlich.

Pflegediagnosen

408. Zur Beurteilung der Qualität von pflegerischen Leistungen sowie von Über-, Unter- und Fehlversorgung ist es unumgänglich, Ziele und Indikatoren der pflegerischen Leistung zu definieren. Hierzu ist eine pflegerische Diagnosestellung notwendig von der aus die Pflegeinterventionen geplant werden. Daher ist die Entwicklung von pflegerischen Klassifikationssystemen eines der zentralen Themen innerhalb der Profession Pflege.

Unter Pflegediagnosen werden standardisierte pflegerische Klassifikationssysteme verstanden. Die bekanntesten Diagnosesysteme sind das Diagnosesystem der *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) und die *International Classification of Nursing Practice* (ICNP). Mit ihrem detaillierten Aufbau ermöglichen Pflegediagnosen sehr präzise und weitgehend normierte Beschreibungen einzelner Pflegeprobleme des Patienten und tragen somit zu einer einheitlichen Begriffsentwicklung in der Pflege bei. Die entsprechenden Klassifikationssysteme der pflegerischen Interventionen und der Outcomes befinden sich in der Entwicklung. Durch die mit der Klassifizierung verbundene Begriffsbildung werden Studien zur Wirksamkeit von Pflegemaßnahmen und somit zur Qualitätssicherung möglich sein. Ebenfalls werden durch Pflegediagnosen epidemiologische Pflegeforschung sowie der Aufbau von Statistiken zur Pflege realisierbar (Höhm, U. 1995). Ein pflegerischer Bedarf könnte anhand dieser Daten ermittelt werden. Zugleich wird von einer einheitlichen Terminologie erwartet, dass sie sowohl die professionelle als auch die interprofessionelle Kommunikation im Rahmen von Übergaben, Pflegevisiten, Entlassungsplanung fördern (Georg, J. 1997). Darüber hinaus sind pflegerische Klassifikationssysteme eine wesentliche Voraussetzung zur Anwendung von Telematik in der Pflege (König, P. 2000).

409. Trotz dieser Vorteile sind die Klassifikationssysteme der NANDA und das ICNP in Deutschland nicht

unumstritten. Da sie nicht in Deutschland entwickelt wurden, ergeben sich Übertragbarkeitsprobleme, auch weil amerikanische Pflegekräfte andere Tätigkeits- und Aufgabenprofile innerhalb des dortigen Gesundheitswesens wahrnehmen. So gibt es seit längerem Bemühungen, ein europäisches Klassifikationssystem aufzubauen mit dem Ziel einer europäischen Terminologie und Taxonomie von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen (Association for Common European Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes [ACENDIO]).

Ein weiterer Kritikpunkt an Pflegediagnosen ergibt sich aus der starken Zergliederung der zu beurteilenden Phänomene. Die pflegediagnostischen Konzepte erlauben keine Schlussfolgerungen über die Bedeutung der ermittelten Einzeldiagnosen für den Patienten. Bei den Pflegephänomenen werden mindestens acht verschiedene Klassifikationsinteressen unterschieden, u. a. solche wie Häufigkeit oder anatomischer Ort. Eine integrierte Gesamtschau der durch die Einzeldiagnosen beschriebenen Zustände ist jedoch nicht möglich. Um eine Interpretation der Situation des Patienten zu ermöglichen, sind die Pflegediagnosen in Pflege-theorien einzubinden. Nur in deren Rahmen sind die durch Pflegediagnosen beschriebenen Zustände in ihrer Bedeutung für den Patienten inhaltlich interpretierbar (Hömann, U. 1995). Ohne diese theoriegeleitete Interpretation ist eine qualitativ hochwertige, auf den individuellen Patienten bezogene Pflege mithilfe von Pflegediagnosen nicht möglich. Ein weiterer Kritikpunkt sowohl an der NANDA als auch an der ICNP Klassifikation ist ihre Defizitorientierung (Kean, S. 1999). Der Pflegeprozess soll sich jedoch nicht nur an den Defiziten, sondern auch an den Ressourcen der Patienten orientieren.

In Deutschland steht die Einführung von Pflegediagnosen erst am Anfang. Bisher haben nur wenige Krankenhäuser mit einer Einführung von Pflegediagnosen begonnen.

Pflegeanamnesen

410. Grundlage des diagnostischen Prozesses ist die Pflegeanamnese. Sie zielt auf die Planung der Gesundheitsfürsorge und der Pflege sowie auf die Einschätzung der Krankheitsauswirkungen auf den Patienten und sein soziales Umfeld.

411. Ein Instrument, das zur Klientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege entwickelt wurde, das *Resident Assessment Instrument* (RAI), soll an dieser Stelle exemplarisch genannt werden. Ziel des RAI ist es, sowohl die verbleibenden Fähigkeiten als auch Bedürfnisse in den wichtigsten Lebensbereichen von Klienten systematisch aufzudecken und in der Pflegeplanung adäquat zu berücksichtigen (Ristok, B. 1997). Das Instrument trägt der Erkenntnis Rechnung, dass einer fördernden, klientenzentrierten Pflege im Kontext der Langzeitversorgung eine strukturierte Klientenbeurteilung mittels vorgegebener, genau definierter Kriterien vorausgehen muss. Zu diesem Zweck wird innerhalb des RAI das *Minimum Data Set* (MDA) mit 250 Items eingesetzt (Niehörster, G. et al. 1998). Neben dem MDA enthält das RAI die

Funktion des *Resident Assessment Protocol*. Dieser Teil ist das eigentliche Qualitätssicherungsinstrument. Mit dem Protokoll werden die vorhandenen Potenziale des Klienten systematisch aufgedeckt, sodass sie durch gezielte Maßnahmen der Aktivierung und Rehabilitation gefördert werden können (Ristok, B. 1997). Durch eine regelmäßige Beurteilung eines Klienten mit dem RAI wird das Protokoll zu einer Verlaufsbeurteilung. Eine Ressourcensteigerung oder eine kritische Entwicklung können so rechtzeitig erkannt werden. Der Einsatz des RAI hat zu nachweisbaren Effekten geführt. So gingen in den USA nach Einführung des RAI der Einsatz von Psychopharmaka um 30 % und von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen um 50 % zurück (Ristok, B. 1997; Sowinski, C. 1997).

Erste Erfahrungen mit dem RAI im ambulanten Bereich zeigen, dass pro Anamnese durchschnittlich 63 Minuten (Spannbreite: 15 bis 180 Min.) und durchschnittlich zwei Besuche benötigt werden. Das Instrument ist daher nach entsprechender Schulung des Personals in der Praxis einsetzbar. RAI als Methode zur Klientenbeurteilung und Pflegediagnosen sind Instrumente, die unabhängig voneinander eingesetzt werden können. Ein kombinierter Einsatz ist jedoch möglich.

Pflegestandards

412. Eine viel diskutierte Maßnahme zur Qualitätssicherung im Rahmen des Pflegeprozesses ist die Vereinheitlichung des pflegerischen Handelns mittels so genannter Pflegestandards. Diese dienen einer systematischen und gleichförmigen Durchführung geplanter Pflege sowie der Transparenz. Bei der Bemühung um einen hohen Grad an Objektivität war die Pflege lange Zeit auf sich selbst beschränkt (Schaeffer, D. 2000). Die Pflegestandards, die häufig in der Form von minutiösen Beschreibungen vorliegen, sind in der Regel Verrichtungsstandards für einzelne pflegerische Handlungen. In die Kritik geraten sind diese, weil sie individuelle Ressourcen des Patienten nicht berücksichtigen. Darüber hinaus wird pflegerisches Handeln auf die Summe von Einzelverrichtungen reduziert.

Der Einsatz von Pflegestandards ist in den Fällen sinnvoll, wo durch sie eine Entscheidungshilfe angeboten werden kann, wenn aus fachlicher Sicht ein breites und höchst unterschiedliches Spektrum an Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung steht. Ebenfalls zweckmäßig sind sie, wenn sie in komplexen Organisationen Management- und Arbeitsabläufe regeln und so ein möglichst rationelles Arbeiten ermöglichen (Bartholomeyczik, S. 1999). Darüber hinaus können sie wegen ihrer Detailgenauigkeit bei wenig qualifiziertem Personal in der täglichen Arbeit einen großen Nutzen stiften, z. B. im Fall der Dekubitusprophylaxe.

413. Alternativ zu den Verrichtungsstandards als Qualitätssicherungsinstrument werden heute Leitlinien diskutiert. Die Pflegeverbände haben z. B. einen Pflegestandard zur Dekubitusprophylaxe vereinbart. Sie zeichnen sich durch größere Flexibilität aus, fordern allerdings auch hohes Fachwissen bei ihrer Entwicklung. Darüber

hinaus ist ihre Verwendung mit umfangreicheren Entscheidungsbefugnissen verbunden, da sie zu Aushandlungsprozessen mit anderen Professionen und den betroffenen Klienten führen. Die Organisation pflegerischer Arbeit nach Leitlinien setzt fundiertes theoretisches Wissen bei Pflegenden voraus sowie die Fähigkeit, dieses anzuwenden (Höhmnn, U. 1998). Neben Verrichtungsstandards und Leitlinien sind Strukturstandards bedeutsam, z. B. Tagesablaufstrukturen, Dienstpläne, Dokumentationen, Übergabebesprechungen.

Evaluation

414. Evaluation der Pflege soll u. a. die Ergebnisqualität (Outcome) erfassen. Komponenten der Ergebnisqualität sind u. a. die Zufriedenheit und die Lebensqualität der Patienten und der Nutzer. Wenn Qualitätssicherung bedeutet, Qualität für den Nutzer herzustellen, dann müssen die Qualitätsanforderungen auch gemeinsam mit ihm definiert werden.

Diese individuelle Dimension von Pflegequalität wird zu meist vernachlässigt und bislang nur selten im Rahmen von pflegerischer Qualitätsentwicklung berücksichtigt, obwohl Studien zeigen, dass die Präferenzen und Perspektiven der Pflegenden sich von denen der Patienten unterscheiden. Eine Untersuchung in 400 baden-württembergischen Altenpflegeheimen verglich Qualitätskriterien aus der Sicht der Bewohner mit denen der Heimleitungen und konnte beispielsweise zeigen, dass bei folgenden vier Qualitätsfaktoren die Differenz der Wichtigkeitsbeurteilung zwischen befragten Heimleitungen und befragten Bewohnern bei über 30 % lag: die Räumlichkeiten des Heimes (für 62 % der Bewohner aber nur für 17 % der Heimleitungen waren sie ein wichtiges Kriterium für die Qualität eines Heimes), ein Einzelzimmer zu bekommen, therapeutische und rehabilitative Möglichkeiten (45 % der Bewohner gaben dies als wichtigen Faktor an, aber nur 10 % der Heimleitungen), Vertrauen in die Fähigkeit des Pflegepersonals werden von 78 % der Bewohner, aber nur von 36 % der Heimleitungen als sehr wichtig beurteilt (Cook, A. u. Klein, B. 1997).

415. Werden die wenigen Befunde zur Nutzer- und Patienteneinschätzung der pflegerischen stationären und ambulanten Versorgung zusammenfassend betrachtet, dann ist auffällig, dass sie überwiegend sehr zufriedenstellend ausfallen (Aust, B. 1994; Schaeffer, D. 2000; Knäpple, A. 2000). Der Aussagewert dieser Befunde muss allerdings kritisch betrachtet werden. Es zeigt sich, dass allein Zufriedenheitsuntersuchungen in der pflegerischen Versorgung keine hinreichenden Aufschlüsse für die Qualitätsbeurteilung aus Patientensicht zulassen. Die Antworten der Patienten sind beeinflusst von ihrem aktuellen Gesundheitszustand (Dankbarkeit/Verbitterung), den bisherigen Erfahrungen mit Gesundheitseinrichtungen, ihrem Eingebundensein in soziale Netze. Darüber hinaus können hohe allgemeine Zufriedenheitswerte große Unzufriedenheit im Detail gegenüberstehen („Soziale Erwünschtheit“ der Antworten sowie Autoritätsgläubigkeit vor allem älterer und sozial schwacher Patienten).

416. Die dennoch in Patientenbefragungen ermittelten Qualitätsmängel beziehen sich meistens auf die folgenden vier Bereiche der pflegerischen Versorgung:

- Erstens wird die wenig nutzerfreundliche Arbeitsorganisation von ambulanten Diensten und stationärer Pflege bemängelt. Im ambulanten Bereich werden die Einsatzzeiten der Dienste als unbefriedigend empfunden, in der stationären Pflege steht ein Tagesablauf, der sich an der Organisation und nicht am Patienten orientiert in der Kritik.
- Zweitens wird die personelle Diskontinuität der pflegerischen Betreuung seitens der befragten Patienten bemängelt. Gerade in der ambulanten Pflege empfinden Patienten und Angehörige den ständigen Wechsel der Pflegepersonen als störend.
- Zeitmangel des Pflegepersonals ist der dritte wesentliche Kritikpunkt, das betrifft die ambulante und die stationäre Versorgung gleichermaßen.
- Als vierter Qualitätsmangel wird aus der Nutzerperspektive überdurchschnittlich häufig fehlende soziale Kompetenz des pflegenden Personals (Interaktionsgestaltung) genannt (vgl. Stiftung Warentest 1995; Kuhlmei, A. u. Landenberger, M. 1997; Schaeffer, D. 2000; Knäpple, A. 2000).

417. Die vorliegenden Befunde der Nutzer- und Patientenbefragungen zeigen, dass sie geeignet sind, Schwachstellen der Versorgung zu ermitteln und Verbesserungspotenziale aufzudecken. Sie beweisen aber auch, dass Nutzererwartungen im Vergleich zur professionellen Qualitätsdebatte andere Perspektiven priorisieren können und von daher ein wesentlicher Maßstab für die Qualitätsentwicklung in der Pflege sein müssen.

3.4.4.2 Externe Qualitätssicherung

418. Unter externer Qualitätssicherung in der Pflege werden alle Maßnahmen subsumiert, die von außen unternommen werden, um eine Qualitätsverbesserung zu erreichen. Dazu gehören freiwillige Aktivitäten, z. B. eine selbstinitiierte Zertifizierung oder Sektionen, ebenso wie sämtliche Maßnahmen, die auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien vorgenommen werden, z. B. die Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

Zertifizierungen

419. Ein wesentliches Element der externen Qualitätssicherung in der Pflege sind Zertifizierungen geworden. Zertifizierung bedeutet, dass bei Nachweis der notwendigen Unterlagen und der systematischen Arbeit nach der Norm, z. B. ein Altenheim das Qualitätszertifikat einer akkreditierten Zertifizierungsgesellschaft erhalten kann. Für den Nutzer dokumentiert das Qualitätszertifikat lediglich die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems der Einrichtung und belegt die Qualitätsfähigkeit des Dienstleisters, nicht aber die Qualität einzelner Pflegeleistungen. Zertifizierungen ermöglichen Qualitätssicherung, sie garantieren sie jedoch nicht und sagen zudem nichts über die Ergebnisse der Pflege aus.

Die Zahl der Zertifizierungseinrichtungen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Gab es 1996 gerade 14 Einrichtungen für die Zertifizierung von Pflegeeinrichtungen, waren es ein Jahr später bereits 30 (Vespermann, S. 1999). Der so entstandene neue Markt von Qualitätsprüfern bedarf wiederum selbst einer Kontrolle bezüglich der Kostenstruktur aber auch der fachlichen Prüffähigkeit.

Gütesiegel

420. Ein weiteres Element externer Qualitätssicherung ist die Vergabe von Gütesiegeln durch Nutzerbeurteilungen, berufsständische Organisationen oder staatliche Einrichtungen. Ein so vergebenes Qualitätszeichen garantiert dem Nutzer die Prüfmöglichkeit, ob ein Anbieter zu diesem Verbund gehört. Ein Beispiel für die Qualitätsbeurteilung durch Nutzer ist das Gütesiegel „Seniorenge-rechtes Leben und Wohnen“ vergeben durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (Böning, A. 1999).

Der Deutsche Berufsverband für Pflege (DBfK) verleiht seit 1995 an ambulante Pflegedienste, die ihre Pflegeleistungen entsprechend den Gütekriterien des DBfK anbieten, das Gütesiegel „Qualitätsgeprüfter ambulanter Pflegedienst“. Dieses Siegel wird für zwei Jahre verliehen und danach erneut überprüft. Ein vergleichbares Gütesiegel verleiht auch der Bundesverband privater Alten-/Pflegeheime und ambulanter Dienste. In den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg ist die Vergabe von Gütesiegeln für Pflegeeinrichtungen geplant.

Insgesamt ist festzustellen, dass über den Aufbau von Qualitätsprüfungseinrichtungen ein wesentlicher Ausbau externer Pflegequalitätssicherung erreicht wurde. Im Vergleich zu regionalen Pflegekonferenzen oder den örtlichen Koordinationsstellen sowie dem Einsatz regionaler Qualitätssicherungsbeauftragten ist davon auszugehen, dass der Aufbau von Zertifizierungseinrichtungen, durch die z. B. die Einrichtungen entsprechend der DIN ISO 9000ff-Normen oder EQA-Norm beurteilt werden, die externe Qualitätssicherung in der Pflege standardisiert. Damit wird für die Nutzer in Zukunft eine bessere Vergleichbarkeit der Leistungen der Einrichtungen möglich sein.

Sektionen

421. Wie verschiedene Studien zeigen, könnten Leichenschauen als Instrument der externen Qualitätssicherung für Pflegefehler, wie z. B. Unterernährung, Austrocknung, Gewalteinwirkungen und Dekubitalgeschwüre, eingesetzt werden. Eine Studie an 10 222 Verstorbenen, die in Hamburg einer zweiten Leichenschau vor Kremation unterzogen wurden, erbrachte eine Prävalenz von 11,2 % in Bezug auf alle Schweregrade des Dekubitus, davon 1,1 % für Grad III- und 0,9 % für Grad IV-Geschwüre. Damit entsprachen die Ergebnisse den in verschiedenen Risikokollektiven beschriebenen Prävalenzraten. Über 50 % der Grad III- bzw. Grad IV-Geschwüre kamen aus dem Pflegeheimbereich, nur 11,5 %

aller Grad IV-Fälle aus dem Krankenhausbereich, auf den privaten Bereich entfielen etwa ein Drittel der Fälle. Die Häufung bei Bewohnern von Pflegeheimen war statistisch signifikant (Heinemann, A. et al. 1999) und wurde zum Anlass für Einzelfallanalysen der Struktur- und Prozessqualität in den betroffenen Institutionen genommen (Matschke, J. et al. 1999).

Eine Hamburger Studie mit 2 341 Leichenschauen vor Kremation erbrachte 4 % Dekubitalgeschwüre vom Grad III und Grad IV, die jedoch nicht bestimmten Pflegekontexten zugeordnet werden konnten. Es wurde weiterhin festgestellt, dass nur 50 % der gefundenen Dekubitalgeschwüre auf den Todesbescheinigungen angegeben worden waren. Auch dies spricht für einen flächendeckenden Ausbau der Leichenschauen vor Kremation mit einer Dokumentation, die weitere Schritte zur Sicherung der Pflegequalität erlaubt (Kleemann, W. J. 2000).

In Niedersachsen wird derzeit ein Modellprojekt durchgeführt, bei dem die Gesundheitsämter aufgefordert sind, bei den im Zeitraum von März bis August 2000 durchgeführten Krematoriumsleichenschauen Pflegefehler zu dokumentieren. Gleichzeitig soll der Pflegekontext erfasst werden, sodass geklärt werden kann, ob eine Häufung von Pflegefehlern im Umfeld der Sterbephase in bestimmten Bereichen existiert. Das Modell wird zeigen, mit welchem Aufwand ein solches Dokumentationssystem verbunden ist und ob es sich für eine flächendeckende Ausweitung auf ganz Deutschland eignet. Einer solchen Ausweitung müsste jedoch eine Absprache der einzelnen Bundesländer voraus gehen.

Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen

422. Das Pflegeversicherungsgesetz (§ 80 SGB XI) sieht Qualitätsprüfungen in stationären und ambulanten Einrichtungen der Pflege vor. Der MDK wird regional unterschiedlich von den Verbänden der Pflegekassen mit der Durchführung dieser Prüfungen beauftragt, die sowohl anlassbezogen als auch stichprobenmäßig oder flächendeckend sein können.

So wurden beispielsweise in Hessen nach Angaben des medizinischen Dienstes der Krankenkassen überwiegend anlassbezogene Prüfungen durchgeführt, bei denen die Qualitätsprobleme vorrangig in den Bereichen Pflegedokumentation, Qualifikation des Personals und der Führungspersonen, Pflegekonzept, dem Pflegeleitbild und dem Qualitätsmanagement gefunden wurden.

In Schleswig-Holstein kam eine landesweite Prüfung aller Einrichtungen mit einem Versorgungsauftrag nach SGB XI zu so besorgniserregenden Ergebnissen, dass ein Aktionsprogramm veranlasst wurde, das u. a. die Erhebung der Pflegequalität in allen 571 Einrichtungen vorsieht. Es handelt sich hierbei jedoch nach Angaben des MDK Schleswig-Holstein um eine rein qualitätsbezogene Bestandserhebung ohne rechtliche Konsequenzen für die Einrichtungen.

In Baden-Württemberg entschieden die Landesverbände der Pflegekassen, flächendeckend alle zugelassenen

ambulanten Pflegeeinrichtungen einer Qualitätsprüfung zu unterziehen, deren Ergebnisse 1999 dem Landespflegeausschuss vorgelegt wurden. Es zeigte sich, dass ambulante Pflegedienste ihre Patienten im Mittel mit einem Fachpersonalanteil von immerhin 55 % versorgten, wobei dieses Fachpersonal rund drei Viertel aller Pflegeleistungen erbrachte. Die Auswertung der begleiteten Pflegebesuche zeigte, dass ganz überwiegend versucht wurde, dem Gedanken der aktivierenden Pflege Rechnung zu tragen. Verbesserungspotenzial zeigte sich im Bereich der Dokumentation. So war nur bei rund 35 % der überprüften Pflegedokumentationen der Pflegeprozess jederzeit und nachvollziehbar abzulesen. Darüber hinaus zeigte sich, dass erst 37 % der Pflegekräfte zum Zeitpunkt der Untersuchung die geforderten Weiterbildungsvoraussetzungen von 460 Stunden erfüllten. Problematisch ist auch der Befund, dass die wirtschaftliche Basis einer Vielzahl von Pflegeeinrichtungen erkennbar nicht im Bereich des SGB XI liegt. Für die Mehrzahl der Pflegeleistungen gibt es entsprechend derzeit im ambulanten Bereich keinerlei Qualitätsprüfungen oder -kontrollen (Zink, J. et al. 2000).

3.5 Sektoren-, institutionen- und professionen-übergreifendes Qualitätsmanagement

3.5.1 Übergreifendes Qualitätsmanagement

423. Der Rat hat wiederholt zum Ausdruck gebracht, dass Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement kein Selbstzweck sein können, sondern vielmehr als „Sekundärtechnologien“ im Gesundheitswesen zu betrachten sind, die den Zweck haben, Professionsgruppen und Institutionen zu unterstützen, übergeordnete Gesundheits- bzw. Versorgungsziele mithilfe von Verfahren, Organisationsabläufen, Personalentwicklungs- und Qualifizierungsmaßnahmen zu erreichen. Wie alle anderen Maßnahmen oder Technologien im Gesundheitswesen sind Maßnahmen der Qualitätssicherung (QS) bzw. des Qualitätsmanagements (QM) auf ihre Wirkung und Kostenangemessenheit vor und während ihres Einsatzes im Sinne von Prä- und Reevaluation zu überprüfen (s. Abschnitt II-2.1).

424. Ihre Wirkungs- oder Qualitätsziele müssen den übergeordneten Gesundheits- oder Versorgungszielen entsprechen. Allerdings setzen hierbei die Akteure des Gesundheitswesens unterschiedliche Prioritäten: Für Patienten stehen die Ergebnisqualität als objektive und subjektive Veränderung des Gesundheitszustandes und die subjektive Zufriedenheit mit Serviceeigenschaften der Versorgung im Vordergrund. Die professionellen medizinischen Leistungserbringer wünschen die Versorgung nach dem gegenwärtigen Stand des medizinischen Wissens und den Regeln der eigenen Profession sowie die Möglichkeit, trotz Grenzen durch das System oder durch Institutionen im vollen Interesse der Patienten behandeln zu können. Für die Kostenträger geht es vor allem um den effizienten Einsatz der bereitgestellten Mittel.

Man kann daraus die Schlussfolgerung ziehen, dass keiner der Akteure Qualitätsziele allein definieren sollte.

QM-Maßnahmen sollten idealiter in einem gesellschaftlichen Konsens zwischen beteiligten Professionen, Patientenrepräsentanten und Institutionen, übergeordneten Verbänden und der Politik festgelegt werden. Hierbei ist eine partnerschaftliche Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren unter dem Primat der Ergebnis- und Patientenorientierung erstrebenswert, allerdings müssen Interessenkonflikte zwischen den einzelnen Partnern berücksichtigt werden.

425. Vor diesem Hintergrund hat die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) mit den Organisationen der Selbstverwaltung, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat sowie mit Verbraucherverbänden und einzelnen Selbsthilfegruppen „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ vereinbart und 1999 beschlossen, die als Rahmen für weitere koordinierte Qualitätsbemühungen fungieren sollen. Der Zusammenschluss dieser Organisationen, die „Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung“ (AQS) ist mit der Konkretisierung und Umsetzung beauftragt. Die Qualitätsstrategie umfasst Zielsetzungen zum Aufbau von Patienten- und von Qualitätssicherungsberatungsstellen, der Veröffentlichung von Qualitätsberichten, der Vergabe von Qualitätspreisen und der Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Leitlinien bzw. Pflegestandards (GMK 1999). Mit dem GKV-Reformgesetz 2000 wurden viele dieser Ziele und Verantwortlichkeiten rechtlich gestützt bzw. geklärt (§§ 135 bis 137 SGB V).

426. Abgesehen von der Repräsentanz einiger Verbraucher- und Patientenorganisationen an der Entwicklung der Qualitätsstrategie der GMK und in der „Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung“ (AQS) sind Patientenvertreter in anderen über Qualitätssicherung entscheidenden Gremien (z. B. im Bundesausschuss, Qualitätssicherung von Fallpauschalen) jedoch bisher nicht vertreten (vgl. Abschnitt I-1.3.1 und Kapitel I-3).

427. Moderne QS/QM-Planung muss auch die Interessen der Krankenkassen integrieren. Die Krankenkassen sind als Träger der Mehrheit der Ausgaben im Gesundheitswesen direkt oder mittelbar wesentliche Mitbetroffene bzw. auch Kostenträger der Qualitätssicherungsverfahren. Als Kostenträger sind sie idealtypisch daran interessiert, hoch qualifizierte Leistungen mit bestmöglicher Ergebnisqualität zu vergüten, um Wiederholungs- und Zusatzleistungen zu vermeiden und im Wettbewerb mit anderen Kassen positive Effekte zu bewirken. Ein einseitig auf Beitragssatzniveaus fixierter Kassenwettbewerb bei gleichzeitig geringer externer, öffentlich perceptuierter Qualitäts- und Leistungstransparenz kann bei den Kassen aber auch zu einer Vernachlässigung des Qualitätsinteresses führen (vgl. Kapitel II-4).

In beiden Fällen können Konflikte bei der gemeinsamen Festlegung der Qualitätskriterien und Qualitätsstandards mit den Leistungsanbietern entstehen. Im Aushandlungsprozess der Krankenversicherer mit den Leistungserbringern besteht auch die Gefahr, dass lediglich externe Qua-

litätssicherung gefordert und finanziell begünstigt wird, dass jedoch zugleich die komplementäre interne Qualitätssicherung ausgeblendet bleibt und dass damit die Entwicklung einer selbstverständlichen betrieblichen und überbetrieblichen Qualitätskultur unterbleibt zugunsten externer parameterzentrierter Vorzeigeeffekte oder Standards.

428. Wie schon in früheren Gutachten ist der Rat der Auffassung, dass das Ziel von QS/QM-Maßnahmen prioritär auf die patientenorientierte Ergebnisqualität, d. h. auf Verbesserungen des Gesundheitszustandes oder der Lebensqualität, auszurichten ist. Diese Zielrichtung wurde auch mit dem GKV-Reformgesetz 2000 in Bestimmungen zur einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung verankert (Kastenholz, H. 2000).

Die Ausrichtung an der patienten- und gesundheitsbezogenen Ergebnisqualität schließt nicht aus, dass Maßnahmen auch zur Verbesserung bzw. Einhaltung nachgeordneter Qualitätsdimensionen, also fachlicher Konformität und effizientem Mitteleinsatz, beitragen sollen. So ermöglicht ein auf die medizinische Qualität ausgerichtetes QS/QM-Programm auch eine Verbesserung der Effizienz, wenn Maßnahmen ohne nachweisbaren Nutzen unterbleiben.

3.5.2 Institutionenübergreifendes Qualitätsmanagement

429. Ein ergebnisorientiertes QS/QM darf nicht nur institutionsspezifischen Merkmalen, Eigeninteressen und Grenzen Rechnung tragen, sondern muss auch institutionenübergreifende Verfahren, Verlaufsbeobachtungen und -bewertungen ermöglichen. Dies ergibt sich zwingend aus der hohen Arbeitsteiligkeit vieler Versorgungsabläufe bei sinkenden Kontaktzeiten mit Verlegungen, Entlassungen oder Überweisungen vor definitivem Behandlungsabschluss oder bei oft langfristigen (chronischen) Behandlungsverläufen (vgl. Kapitel II-4).

Auch kann die traditionelle strikte Einteilung von Versorgungsleistungen zwischen ambulanten und stationären Versorgungsleistungen nicht mehr aufrechterhalten werden. Die Zunahme ambulanter Operationen an Krankenhäusern oder in Praxen erfordert eine qualifizierte Nachsorge, in die in der Regel auch der Hausarzt einbezogen werden sollte. Das Vordringen vernetzter und integrierter Versorgungskonzepte erfordert per se eine stärkere behandlungszentrierte Koordination von Versorgungsinstitutionen. Aus diesem Grund sollten Qualitätszirkel zunehmend institutionenübergreifend und multidisziplinär gestaltet und verankert werden (vgl. Abschnitt II-2.2, II-3.1 und II-3.2).

430. Auch Abteilungen innerhalb eines Krankenhauses arbeiten zunehmend in fachübergreifenden Einheiten zusammen. Ein Beispiel dafür stellen die *stroke units* zur Diagnose, Therapie und Frührehabilitation des akuten Schlaganfalles dar. Steht hier in der Regel noch eine ge-

meinsame übergreifende Institution, das Krankenhaus, im Hintergrund, so gilt bei sehr vielen Krankheitsbildern heute, dass zumeist mehrere Institutionen konsekutiv oder gleichzeitig an der Versorgung eines Patienten beteiligt sind. Die medizinische Ergebnisqualität hängt daher, zumindest mittel- und langfristig, zumeist von der Leistung einer ganzen Versorgungskette ab. Hinzu treten auf allen Versorgungsstufen auch patientenseitige Faktoren (z. B. Patientenpräferenz, Therapiekohärenz).

431. Hier kann also nicht allein die Performance einer einzelnen Institution im Vordergrund stehen. Ein entsprechendes institutionenübergreifendes QM kann auch zu einer stärkeren Koordination von Versorgungsleistungen zwischen medizinischen Versorgungsinstitutionen und zu einer gesteigerten Patienten- und Ergebnisorientierung im Gesundheitswesen beitragen (Kastenholz, H. 2000).

432. Um die heutigen QS/QM-Ansätze konsequent anhand von (längerfristigen) gesundheitlichen Ergebnissen weiterzuentwickeln, wären zukünftig angemessene Maßnahmen zu planen und hinsichtlich ihrer Effektivität und Kosten zu evaluieren, die eine institutionenübergreifende Beobachtung, Bewertung und Steuerung von Verläufen zwischen Institutionen unterschiedlicher Versorgungsebenen ermöglichen (z. B. gemäß §§ 135-137 SGB V). Es wird weder möglich noch sinnvoll sein, entsprechende QS/QM-Maßnahmen für alle Versorgungsleistungen zu entwickeln und zu evaluieren, da der Dokumentations- und Koordinationsaufwand im Allgemeinen höher als bei institutionellen Einzelmaßnahmen liegt. Aber die raschen Entwicklungen der elektronischen Arbeitsdokumentationen lassen hier Fortschritte erwarten und eine medizinische Ergebnisorientierung von QS/QM macht diese auch nötig. Sie stellt die Sinnhaftigkeit etablierter oder neuer Maßnahmen in Frage, die an Institutionengrenzen abbrechen.

433. Außerdem ist die Entwicklung von institutionsübergreifenden Maßnahmen für Indikationen bzw. Versorgungsleistungen empfehlenswert, bei denen nicht nur die Ergebnisqualität individueller Versorgungsleistungen, sondern auch ein qualitativ hochwertiger Ablauf einer gesamten Versorgungskette zwischen Leistungserbringern und Patienten eine entscheidende Rolle spielt. Derartige Indikationen bzw. Indikationsgebiete lassen sich auch aus Behandlungsleitlinien ableiten und entwickeln. Geeigneten Behandlungsleitlinien sollten auch institutionenübergreifende Vereinbarungen zur Kooperation und zur gemeinsamen Qualitätssicherung an die Seite gestellt werden (vgl. Abschnitt II-2.4).

434. Zu bedenken ist auch, ob innovative institutionsgrenzenüberschreitende Versorgungsleistungen (z. B. nach §§ 140a bis h oder §§ 63 bis 65 SGB V) nur dann in die Routinepraxis eingeführt werden sollten, wenn auch gleichzeitig ein System zu ihrer Qualitätssicherung etabliert wird. Sofern diese neuen Versorgungsformen beanspruchen, die Versorgungsqualität zu verbessern, sollte die Einführung eines Qualitätsmanagements mit aussagekräftigen Ergebnisparametern zur Bedingung gemacht

werden. Dadurch wird zwar möglicherweise die Schwelle für Innovationen erhöht, gleichzeitig jedoch auch die Erfolgchance innovativer Versorgungsformen verbessert.

3.5.3 Professionenübergreifendes Qualitätsmanagement

435. Qualitätssicherung ist im medizinischen Bereich in hohem Grade auch eine professionelle Kooperationsaufgabe (Bundesärztekammer 1997). Die medizinische Versorgung erfordert eine enge Kooperation einer Reihe von Berufsgruppen, ihrer jeweiligen Subdisziplinen und eine Kooperation der in verschiedenen Versorgungsinstitutionen (Rehabilitation, ambulante Versorgung) tätigen Personen.

436. Aus dem Grundsatz einer ergebnisorientierten Qualitätsförderung folgt, dass QS/QM, wo immer nötig, professionenübergreifend organisiert werden muss. Dazu sind auch Abstimmungen auf der Verbändeebene nötig. Verbände sollten das QM nicht zum Schauplatz der eigenen Profilierung und Abgrenzung wählen, sondern das gemeinsame Ziel eines ergebnisorientierten QS/QM verfolgen. Sie sollten ihre Mitglieder zur multiprofessionellen Kooperation bei der Qualitätsförderung ermutigen.

Professionsorientierte Abgrenzungen zwischen und innerhalb von Gesundheitseinrichtungen erschweren die Planung und Verwirklichung einer umfassenden Qualitätsstrategie: je stringenter die Abgrenzung der Professionen, desto schwieriger wird das Verfolgen eines umfassenden Qualitätsmanagements. Auch innerprofessionelle Abgrenzungen können eine umfassende Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung erschweren, z. B. an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung oder zwischen verschiedenen Disziplinen.

437. Auch in einem umfassenden Qualitätsmanagement sollte allerdings die Verantwortung einzelner Professionen und Professionsgruppen für die Erreichung von Qualitätszielen klar erkennbar bleiben und festgelegt werden. Die Verantwortung für die Qualität der eigenen Leistungen kann nicht delegiert werden. Allerdings sollten alle an der Versorgung Beteiligten sich verpflichtet fühlen, ihren Kooperationspartnern bei der Erreichung der Qualitätsziele zu helfen.

Entsprechende Grundsätze enthält auch die Berufsordnung der Ärzte (Deutscher Ärztetag 1997, § 29). Ärztliche Berufsordnungen, aber auch intraprofessionelle Verpflichtungen anderer Berufsgruppen sollten den Grundsatz der kollegialen Hilfe bei der Erreichung von Qualitätszielen auch auf andere Berufsgruppen ausdehnen. Auch alle Mitarbeiter einer Institution der Gesundheitsversorgung haben, unabhängig von ihrer Professionszugehörigkeit und ihrer funktionalen Einstufung, eine Mitverantwortung für die Erreichung der Gesamtziele der Gesundheitseinrichtung. Dazu bedarf es aber auch innerhalb der Institutionen gezielter und fortlaufender Investitionen in Organisationsentwicklung, Personalqualifikation und Personalentwicklung.

3.6 Ergebnisse von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement als Nutzerinformation und als Beitrag zur Förderung einer Qualitätskultur

438. Patienten und Versicherte als potenzielle Patienten haben ein Recht, über die Qualität von Versorgungsangeboten informiert zu werden. Als qualitätsbewusste und informierte Nutzer könnten sie zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen. Sie erhalten Informationen über die Versorgungsqualität heute überwiegend über ihr informelles Netzwerk und über Leistungserbringer, die sie betreuen. Zugleich geben sie diesen ein subjektives Feedback über die selbst erfahrene Qualität bei Inanspruchnahme von Dienstleistungen (vgl. Kapitel I-3).

Eine systematische, angemessene und verständliche Veröffentlichung von Informationen über die Versorgungsqualität kann diese informellen Informations- und Beratungsquellen sinnvoll ergänzen und unterstützen. Die Veröffentlichung von Daten zur Versorgungsqualität unterschiedlicher Anbieter muss dabei das Ziel verfolgen, auf faire und verständliche Weise zuverlässige, valide und relevante Daten zur Verfügung zu stellen, die Versicherten und Patienten bei Entscheidungen und Leistungserbringer bei ihrer Tätigkeit und ihren Koordinationsaufgaben zu unterstützen, ebenso die Reflexion und die Diskussion über die derzeitige Versorgungsqualität unter allen Beteiligten auf sachlicher Basis anzuregen und eine Informationsgrundlage für Steuerung und politische Entscheidungen zu bieten. Sie kann informelle Informationswege und Beratungsquellen über die Versorgungsqualität nicht ersetzen, sondern sinnvoll ergänzen und unterstützen (Donabedian, A. 1976).

439. Der Rat befürwortet eine Veröffentlichung von Informationen über die Versorgungsqualität im Rahmen von Leistungsberichten von Krankenhäusern (s. Abschnitt II-3.1), von Zertifizierungsverfahren (s. Abschnitt II-3.1 und II-3.4) und von anderen extern-vergleichenden Datenerhebungsverfahren gemäß § 135 a und § 112 SGB V (s. Abschnitt II-3.1), ferner prospektiv im Rahmen der Qualitätssicherung von fallpauschalierten Vergütungssystemen (s. Kapitel II-4).

Die Veröffentlichung von qualitätsbezogenen Daten hat insbesondere bei stationären Einrichtungen und bei Zusammenschlüssen von Leistungserbringern zu verstärkten Qualitätssicherungsmaßnahmen und zu nachweisbaren Erfolgen bei der Verbesserungen der Versorgungsqualität geführt (Marshall, M.N. 2000b). Die Möglichkeit, mit Qualitätsauszeichnungen (z. B. Zertifizierungen und Qualitätspreisen) in der Öffentlichkeit zu werben, sollte sich nicht nur auf das Endresultat, sondern auch auf die Kriterien und Bewertungsergebnisse beziehen. Der Rat sieht in der Anbindung an formale und standardisierte Verfahren und Projekte der Qualitätssicherung (QS) bzw. des Qualitätsmanagements (QM), wie sie z. B. von der „Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung“ (AQS) erfasst und dokumentiert werden, die Möglichkeit, Gefahren der Datenmanipulation zu minimieren. Dabei ist darauf zu achten, dass nicht nur über negative, sondern auch über

positive Versorgungs- und Ergebnisqualität bzw. erreichte Versorgungsziele berichtet wird. Auf diese Weise werden Anreize für einen positiven Qualitätswettbewerb geschaffen.

440. Darüber hinaus hält der Rat eine Verpflichtung der Leistungserbringer auf eine ausschließliche Verwendung entsprechender valider Daten für unabdingbar. Die Nichteinhaltung dieser Verpflichtung stellt eine Irreführung von Nutzern dar und erfüllt mindestens den Tatbestand des unlauteren Wettbewerbs.

441. Des Weiteren empfiehlt der Rat, dass Versicherten veröffentlichte Qualitätsinformationen zur Verfügung gestellt werden, sofern ihre Entscheidung zur Teilnahme an neuen Versorgungsformen im Rahmen des §§ 140a bis h SGB V gefragt ist, die explizit eine Qualitätsverbesserung beanspruchen und daher auch, so die Ratsforderung, über Qualitätsmanagementstrukturen verfügen sollten (vgl. Abschnitte I-3.2.2 und II-3.5). Im Interesse einer verstärkten Qualitätsorientierung des Wettbewerbs wäre es wünschenswert, wenn zudem die gesetzlichen und privaten Versicherer in höherem Masse über die Qualität ihrer eigenen Dienstleistungen öffentlich berichteten, sofern diese sich auf besondere gesundheitliche Programme und Leistungsangebote beziehen.

Es liegt an der Qualität und Relevanz der Daten, der Verfügbarkeit und Verständlichkeit der Informationen und an ihrem beabsichtigten Verwendungszweck, ob Patienten und andere Akteure im Gesundheitswesen die Informationen über die Versorgungsqualität tatsächlich nutzen (Marshall, M.N. et al. 2000a; Hibbard, J.H. et al. 1998; Hibbard, J.H. u. Jewett, J.J. 1997). Evaluationen bestätigen die Grundsätze des Qualitätsverbesserungszyklus (s. Abschnitt II-2.2), dass es notwendig ist, nach der Erhebung und Veröffentlichung der Daten auch ihre Dissemination und die Implementation von Verbesserungsansätzen zielgruppengerecht in das QS-Vorhaben einzubeziehen, um Akzeptanz und Erfolge erzielen zu können (Rosenstein, A. 2000; Epstein, A.M. 2000).

442. Je nach der bei Nutzern, Öffentlichkeit, Leistungserbringern, Finanzierern und in der Politik vorzufindenden Kultur der Transparenz kann die Akzeptanz und der Nutzen von Qualitätsdaten, -maßnahmen und -bemühungen unterstützt oder gemindert werden (Marshall, M.N. et al. 2000a). Es muss daher eine Transparenzkultur gefördert werden, die der Seite der Patienten bzw. Nutzer, der Leistungserbringer, der Leistungsfinanzierer und der Politik gerecht wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Akteure unterschiedliche Präferenzen zur Reichweite und Zielrichtung, zur Akkuratheit, Verständlichkeit und Verwendung der Informationen über die Qualität der Versorgung bzw. über QS-Maßnahmen haben. Eine Beteiligung von Patientenvertretern in Gremien, die über die Transparenz von Qualitätssicherungsmaßnahmen entscheiden, ist daher zu fordern (vgl. Kapitel I-3 und Abschnitt II-3.5).

443. Die Transparenz über Qualität wird nicht nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und Gremien zur Qualitätssicherung, sondern auch bei Fragen der Da-

tentransparenz, der Leistungsvergütung im stationären Sektor oder eines Patientengesetzes (mit einer eventuellen verschuldensunabhängigen Haftung, s. Kapitel I-3) berührt.

Es ist zu empfehlen, dass der Gesetzgeber im Zuge der Vorbereitung des Datentransparenzgesetzes Überlegungen darüber anstellt, wie neben den Präferenzen der Leistungsfinanzierer, der Leistungserbringer und der Politik auch der Bedarf der Nutzer (Patienten) und der zuweisenden Ärzte (als Nutzer im Patientenauftrag) eingebracht werden kann. Eine darüber angeregte Debatte könnte auch Ängste der Beteiligten vor unzumutbarer oder missbräuchlicher Verwendung der Informationen mildern und dieses Thema positiv besetzen.

444. Die Förderung der Transparenz stellt einen wichtigen Weg für alle Beteiligten im Gesundheitswesen dar, sich Rechenschaft abzulegen über die Qualität und die Risiken, die Potenziale und Grenzen der derzeitigen Gesundheitsversorgung und darüber in einen konstruktiven Austausch zu treten. Es gilt, eine Kultur der Qualitätsorientierung zu unterstützen, in der die Bereitschaft und Fähigkeit aller Akteure, Qualitätsdefizite zu erkennen, zu benennen, aus ihnen zu lernen und gezielte Veränderungen vorzunehmen, gestärkt wird. Wenn man nicht anfängt, wird sich diese Kultur nicht entwickeln.

3.7 Fazit und Empfehlungen

Qualitätssicherung in der spezialärztlichen Versorgung

445. In der ambulanten und stationären spezialärztlichen Versorgung in Deutschland existieren Hinweise auf relevante Anteile nicht-indizierter Leistungen und Qualitätsprobleme. Qualitätssichernde Maßnahmen sind für die spezialärztliche Versorgung daher von eminenter Bedeutung. Dies gilt insbesondere für die Fächer, in denen invasive oder technisch besonders aufwendige oder mit dem Risiko schwerer bis lebensbedrohlicher Komplikationen belastete Eingriffe durchgeführt werden.

446. Derzeit mangelt es an einer umfassenden und laufend aktualisierten Bestandsaufnahme qualitätssichernder Maßnahmen im spezialärztlichen Versorgungsbereich. Die gesetzliche Verpflichtung der Vertragspartner auf Bundes- und Landesebene zur Meldung vertraglich vereinbarter Qualitätssicherungsmaßnahmen an die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin reicht bislang nicht aus, zumal sie nicht sanktionsbewehrt ist.

Darüber hinaus weisen nur wenige der dokumentierten Qualitätssicherungsmaßnahmen evaluative Komponenten auf. Ein Großteil der bisher in Deutschland in die Routine eingeführten bzw. sich in Entwicklung befindlichen qualitätssichernden Maßnahmen hat dementsprechend den Rechtfertigungsnachweis in Hinblick auf Effektivität und Effizienz nicht oder nur unzureichend erbracht. Qualitätswirksame Maßnahmen der Qualitätssicherung und

des Qualitätsmanagements sind aber Sekundärtechnologien wie andere entscheidungsstützende und ablauforganisatorische Verfahren in der Medizin und bedürfen als solche einer dem Health Technology Assessment entsprechenden Überprüfung vor oder während ihrer generellen Anwendung. Neben dieser berechtigten Kritik an der unzureichenden Evaluationspraxis darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die medizinische und ökonomische Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen mit erheblichen, teilweise noch nicht befriedigend gelösten methodischen und logistischen Schwierigkeiten behaftet ist. Diese Probleme sprechen aus der Sicht des Rates aber nicht gegen die Notwendigkeit einer Evaluation qualitätswirksamer Maßnahmen.

447. Die bisherigen Probleme bei der Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen lassen sich im Wesentlichen auf folgende Defizite zurückführen:

- Die durchgeführten Maßnahmen sind unvollständig und decken nur einzelne Phasen des problemorientierten Qualitätszyklus ab.
- Die Erfassung der Langzeitergebnisse diagnostisch-therapeutischen Handelns ist unzureichend.
- Motivationsprobleme und fehlende Anreize erschweren die Entwicklung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen.
- Die qualitätssichernden Maßnahmen brechen an Grenzen von Institutionen und Professionen ab.

448. Ein weiteres Problem der im stationären Bereich bislang dominierenden Verfahren der externen Qualitätskontrolle (z. B. der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten) ist darin zu sehen, dass diese in der Reaktion auf mögliche Qualitätsdefizite außerordentlich schwerfällig sind. Zwischen der Erhebung evtl. auffälliger Daten und der Einleitung gezielter Maßnahmen können im Einzelfall Jahre vergehen.

449. Die geplante Umstellung der Krankenhausvergütung auf ein einheitliches, fallpauschalierendes und diagnoseorientiertes Vergütungssystem erhöht aus der Sicht des Rates die Notwendigkeit einer konsequenten Qualitätssicherung, um potenziellen Gefährdungen der Versorgungsqualität durch eine Unterversorgung wirksam zu begegnen (vgl. Kapitel II-4).

450. Ein Problem, das sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung betrifft, ist das Fehlen von positiven Anreizen für die Einrichtung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen. Teilweise überwiegt bei den Ärzten vor Ort der Eindruck, Qualitätssicherung bestehe in erster Linie aus mehr Arbeit, Kontrolle und Sanktionen. Im Gegensatz zu anderen Wirtschaftszweigen, für welche die modernen Konzepte des Qualitätsmanagements entwickelt wurden, fehlt im deutschen Gesundheitswesen der Anreiz, sich durch einen Qualitätswettbewerb positiv von anderen Leistungserbringern abzusetzen.

451. Der Rat empfiehlt daher Folgendes:

- Traditionelle Instrumente der spezialärztlichen Qualitätssicherung, die sich bewährt haben, sollten gepflegt und weiterentwickelt werden. Der Rat nimmt mit Besorgnis zur Kenntnis, dass die klinische Sektion als ein solches bewährtes Instrument der Qualitätssicherung klinischer Diagnose und Therapie immer stärker rückläufig ist. Es ist zu prüfen, inwieweit dem weiteren Rückgang von Obduktionen und den damit verbundenen unerwünschten Auswirkungen auf die Qualitätssicherung der Krankenhausbehandlung durch eine einheitliche Sektionsgesetzgebung begegnet werden kann, welche die fortdauernde rechtliche Unsicherheit behebt.
- Für die Meldung qualitätssichernder Maßnahmen an die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin sollten Anreize gesetzt werden.
- Neue Ansätze der Qualitätssicherung sollten nicht unkritisch und wahllos übernommen werden, sondern hinsichtlich Effektivität, Praktikabilität und Kosten bewertet werden. Aber auch etablierte und in der Routineversorgung eingeführte Maßnahmen der Qualitätssicherung bedürfen einer Re-Evaluation und laufender Kontrollen.
- Es sollten Ansätze der externen und internen Qualitätssicherung kombiniert werden. Die kurzfristige qualitätswirksame Steuerung von Prozessen kann nur durch eine funktionierende interne Qualitätssicherung mit kurzen Reaktionszeiten geleistet werden. Darum sollte bei den externen Qualitätsvergleichen neben der Datenerhebung und -sammlung der Rückmeldung und dem Dialog mit den Leistungserbringern Priorität eingeräumt werden. Die Projektgeschäftsstellen sollten mit den erforderlichen personellen und sächlichen Ressourcen ausgestattet werden, um neben der Datensammlung auch beratende Funktionen für einzelne Häuser übernehmen zu können.
- Ein Ansatz zur Förderung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs zwischen den Anwendern besteht darin, mehr Transparenz für Versicherte, Ärzte und Krankenkassen hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements eines Krankenhauses bzw. einer Arztpraxis zu schaffen. Aus der Sicht des Rates stellen einheitliche und standardisierte Zertifizierungen sinnvolle Instrumente zur Schaffung von mehr Leistungstransparenz und qualitätsorientiertem Wettbewerb im Gesundheitswesen dar. Ebenso notwendig sind standardisierte und obligatorische Leistungsberichte, die folgende Angaben beinhalten sollten:
 - Angaben zur personellen und sächlichen Ausstattung der Einrichtung (u. a. Abteilungsstruktur, Schwerpunkte, Qualifikation der Mitarbeiter),
 - Angaben zu Patientenzahlen (einschließlich *case-mix*),

- eine Diagnosestatistik gemäß der *International Classification of Diseases* (Zahl der Diagnosen pro Jahr),
- eine Prozedurenstatistik (insbesondere für komplikationsträchtige und invasive diagnostische und therapeutische Verfahren),
- speziell für Universitäten: Forschung (Drittmittel, Publikationen mit Zitationsindex) sowie
- Angaben zu Ergebnissen der Behandlung (Erfolgs- und Komplikationsraten invasiver Eingriffe, Krankenhaussterblichkeit, nosokomiale Infektionen).

Um aber einen in Hinblick auf den *case-mix* weitgehend unverzerrten Vergleich zwischen unterschiedlichen Einrichtungen zu ermöglichen und einer Selektion erwünschter Risiken vorzubeugen, sollte bei der Erstellung von Zertifizierungs- und Leistungsberichten eine Risikoadjustierung erfolgen. Die Leistungsberichte sollten auch medizinischen Laien (z. B. Patienten und Angehörigen) zugänglich (z. B. über Internet) und verständlich sein.

452. Der Rat betrachtet die ärztliche Routine bei der Durchführung technisch besonders aufwendiger und mit dem Risiko schwerer bis lebensbedrohlicher Komplikationen belasteter Eingriffe als einen aussagekräftigen Parameter ärztlicher Leistungserbringung. Er empfiehlt daher eine auf Einrichtungen und Leistungserbringer bezogene Dokumentationspflicht für Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen Volumen und Qualität der Leistungserbringung empirisch belegt ist. Für solche Leistungen könnte aus der Sicht des Rates erwogen werden, die ärztliche Routine (gemessen an einer Mindestanzahl von Eingriffen pro Jahr) vermehrt zur Abrechnungsvoraussetzung zu machen. Dabei sollte aber zeitgleich eine Qualitätssicherung der Indikationsstellung erfolgen, um einer unangemessenen Leistungsausweitung zur Erreichung der Mindestzahl vorzubeugen.

453. Die im Zusammenhang mit dem „Essener Brustkrebskandal“ publik gewordenen und durch eine Expertenstellungnahme sehr wahrscheinlich gemachten gravierenden Fälle von Fehldiagnosen und operativen Überbehandlungen haben die Notwendigkeit einer verstärkten externen und internen Qualitätssicherung der mammographischen Diagnostik, der operativen Abklärung und Therapie mammographisch entdeckter Veränderungen und der pathologischen Befundung der entnommenen Gewebeproben deutlich vor Augen geführt. Der Rat begrüßt daher Initiativen und Modellvorhaben, die darauf abzielen, die Qualität der Mammographie, der operativen Entnahme mammographisch entdeckter Läsionen und der pathohistologischen Befundung zu verbessern und internationalen Standards anzupassen. Eine Qualitätsförderung der Brustkrebsdiagnostik darf sich aber nicht nur auf Früherkennungsprogramme beziehen, sondern sollte sich zwingend auch auf die kurative Diagnostik erstrecken.

454. Der Rat weist darauf hin, dass den bei der Einrichtung und Durchführung von qualitätssichernden Maßnah-

men entstehenden Kosten ein nachgewiesener und objektivierbarer Nutzen zum Wohle der Patienten und der Mitarbeiter gegenüber stehen muss. Allerdings reicht der Hinweis darauf, dass es sich um einen objektivierbaren medizinischen Nutzen handelt, nicht aus, die Kostenträger auf eine allgemeine Kostenerstattung von qualitätssichernden Maßnahmen, die diese Nutzenkriterien erfüllen, zu verpflichten. Schließlich würde dadurch den Leistungserbringern jeglicher Anreiz genommen, qualitätswirksame Maßnahmen wirtschaftlich durchzuführen. Eine angemessene und zukunftssträchtige Möglichkeit der Finanzierung qualitätswirksamer Maßnahmen durch die Kostenträger könnte daher darin liegen, in Abhängigkeit von Qualitätsnachweisen qualitätsorientierte Vergütungs- und -abschläge vorzusehen (SG 1997). Diese Überlegungen sollten bei der Schaffung eines leistungs-, qualitäts- und ergebnisorientierten Vergütungssystems berücksichtigt werden.

Qualitätsförderung in der ärztlichen Primärversorgung

455. Besondere Anforderungen für den Einsatz von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der ärztlichen Primärversorgung ergeben sich vor allem aus der hohen Komplexität der zu versorgenden Gesundheitsprobleme bei dem häufig multimorbiden Kranksein der hausärztlichen Klientel sowie aus einer im Vergleich zum Spezialisten häufigeren Konfrontation des Hausarztes mit Symptombildern ohne eindeutige klinische Diagnose.

456. Ein vermeidbarer und zugleich häufiger Fehler bei der Etablierung von Qualitätsförderung in der hausärztlichen Praxis ist eine zu große Komplexität neu eingeführter Maßnahmen. Daraus resultieren nicht selten Demotivation und Enttäuschung bei den Beteiligten. Gerade neue Maßnahmen zur Qualitätsförderung sollten daher in Form überschaubarer, konkreter Projekte eingeführt werden. Wie z. B. in den Niederlanden, Großbritannien und Irland in der ambulanten Versorgung erfolgreich praktiziert, ist eine Beratung und Unterstützung hilfreich – gegebenenfalls durch *facilitators* bzw. Supervisoren, die Praxis-teams vor Ort unterstützen.

457. Eine konsequentere Patientenorientierung aller Bemühungen ist auch in der hausärztlichen Versorgung dringend erforderlich. Neben einer konsequenten Zieldefinition gilt es, speziell für den Einsatz in der ambulanten Praxis geeignete Instrumente zur Bewertung der Versorgungsqualität durch Patienten zu entwickeln.

458. Die Umsetzung von Konzepten zur Qualitätssteigerung fordert in der Praxis geeignete Anreizsysteme. Diese sollten vor allem auch die Chance zu interkollegialem Erfahrungsaustausch und zu konkreter Hilfestellung für die eigene Praxis betonen.

459. Ein für die Primärversorgung besonders relevanter Weg der Qualitätsförderung sind Qualitätszirkel. Sie bieten die Chance zur Explizierung impliziter Handlungs- bzw. Lösungsstrategien in der hausärztlichen Praxis. Die

auf diese Weise möglichen Erkenntnisse sollten als wertvolle Beiträge, vor allem zur Leitlinienentwicklung bzw. -modifikation und zur explorativ-analytischen Generierung von Forschungshypothesen verstanden und genutzt werden. Insbesondere problem- bzw. fallorientierte Vorgehensweisen in Qualitätszirkeln sollten gefördert werden.

Der Rat spricht sich für die Verbesserung der Qualität von Qualitätszirkeln durch stärkere Orientierung an externer Evidenz und an einer Evaluation der Versorgungstätigkeit in Zirkelpraxen aus. Dies gilt auch im Hinblick auf die Etablierung von Qualitätszirkeln im Rahmen von „vernetzten Praxen“ bzw. Managed-Care-Strukturen. Bestehende Praxisverbünde haben häufig interdisziplinäre Qualitätszirkel etabliert. Da hier die Notwendigkeit zur Kooperation und zur Definition von Schnittstellen weit aus größer ist als bisher, ergeben sich für Qualitätszirkel vielfältige Aufgaben. Diese können von der Modifikation der Empfehlungen von nationalen Leitlinien oder von lokalen Versorgungspfaden bis hin zu einem auf Qualitätsindikatoren gestützten medizinischen Controlling reichen.

460. Mit einer traditionellen arztzentrierten Praxisführung sind moderne *total-quality-management*- bzw. *continuous-quality-improvement*-Systeme wenig vereinbar. Systematische Qualitätsförderung mit dem Ziel eines *continuous quality improvement* bzw. eines umfassenden Qualitätsmanagements ist eine Management- bzw. Führungsaufgabe. Praxisinhaber müssen persönliche Verantwortung für das Erreichen von definierten Qualitätszielen übernehmen. Qualitätsförderung in der Primärversorgung stellt einen lebendigen Prozess an der Basis dar, der von der Motivation der Primärärzte und ihrer Praxisteams lebt.

461. Die hausärztliche Dokumentation ist zurzeit als unzureichend zu bezeichnen. Im Gegensatz etwa zu den standardisiert abgefassten Aufnahme-Dokumentationsbögen für neue Patienten im Krankenhaus und den Dokumentationsanforderungen bei vielen diagnostischen und therapeutischen Einzelmaßnahmen, existieren im Hausarztsektor – abgesehen von den gesetzlichen Richtlinien – keine verbindlichen Regeln über Inhalte und Systematik von zu dokumentierenden Tatbeständen. Die Dokumentation beschränkt sich vielfach auf abrechnungsrelevante Angaben. Sie lässt ein plausibles Ineinandergreifen von Gesundheitsproblemen und darauf bezogene Interventionen häufig vermissen und macht es vielfach nicht möglich, Behandlungs- und globalere Versorgungsverläufe nachzuvollziehen und zu begründen. Der Rat empfiehlt deshalb die Einführung einer hausarztspezifischen Dokumentation mit der Möglichkeit, Krankheits- und Versorgungsverläufe abzubilden, die zugleich als Voraussetzung und Ausgangspunkt für interne Audits und Controllingmaßnahmen fungiert.

462. Leitlinien für die primärärztliche Praxis müssen auf die von Patienten tatsächlich vorgebrachten Anliegen (z. B. „Rückenschmerzen“) bezogen sein und können in der Regel nicht von bereits verifizierten Diagnosen (z. B.

„Bandscheibenprolaps“) ausgehen. Nur auf diese Weise kann die oft ausschlaggebende frühzeitige Weichenstellung für den weiteren Versorgungsweg bei unter Umständen zunächst schlecht strukturierbaren Patientenproblemen wirkungsvoll unterstützt werden. Um den spezifischen – insbesondere epidemiologisch determinierten – Bedingungen in der primärärztlichen Praxis (u. a. niedrige Prävalenz bedrohlicher Krankheitsverläufe im Niedrigrisikobereich) gerecht zu werden, müssen Leitlinien entweder speziell für den Einsatz in hausärztlichen Praxen entwickelt oder sekundär entsprechend modifiziert werden.

463. Um die Übertragbarkeit von Ergebnissen klinischer Studien speziell in den primärärztlichen Bereich und damit auch die Qualität der ärztlichen Gesundheitsversorgung insgesamt zu verbessern, empfiehlt der Rat die Förderung von Studien, die Ergebnisse einer selbstbestimmten Qualitätsentwicklung und -evaluation aus der Praxis heraus (*bottom up*) versus extern entwickelter Maßnahmen (*top down*) untersuchen. Es sollten verstärkt Studien unmittelbar unter den Bedingungen der primärärztlichen Versorgung durchgeführt werden, die sich gezielt mit für diesen Versorgungsbereich typische Fragestellungen und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität befassen. Zu diesem Zweck sollte Forschung in der hausärztlichen Versorgung gezielt durch strukturelle, finanzielle und kooperative Maßnahmen gefördert werden.

Umgang mit Patienten als Qualitätsmerkmal der Gesundheitsversorgung

464. Angesichts der in vielen Studien belegten und erfahrungsgestützten Beobachtung, dass Deutungen, Erwartungen, Wunsch- und Zielvorstellungen des Patienten sowie weitere psychosoziale Faktoren im Informations- und Deutungs Austausch zwischen Patient und Arzt den Krankheitsverlauf maßgeblich mitsteuern, ist eine stärkere Beachtung der personalen Interaktion als Qualitätskriterium ärztlicher Interventionen erforderlich.

Der Rat weist darauf hin, dass diese Interaktion gleichermaßen in anderen Gesundheitsberufen von Bedeutung ist und Berücksichtigung finden sollte.

In der Aus-, Weiter und Fortbildung gilt es, ein breites Bewusstsein für die steuernden Einflüsse ärztlichen Verhaltens im Umgang mit dem Patienten auf Krankheitsverläufe und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu erzeugen.

Qualitätssicherung in der Pflege

465. Qualitätsentwicklung setzt eine bestimmte Entwicklung der Profession voraus. Die Pflege befindet sich zum Teil im Übergang von einem traditionellen Helferberuf in eine moderne Gesundheitsprofession. Der Rat empfiehlt in diesem Zusammenhang, die Etablierung der Pflegewissenschaft in Deutschland voranzubringen, z. B. durch Weiterentwicklung von Studiengängen und verstärkte Forschungsförderung (vgl. Abschnitt II-1.2).

466. Es gibt in der Pflege ein deutliches Missverhältnis zwischen der Breite der Diskussionen über Qualitätssicherung und deren Umsetzung. Untersuchungen zur Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Pflege zeigen, dass Unsicherheit und Skepsis gegenüber der Qualitätssicherung deren Wirkung deutlich einschränkt. Anders als z. B. im angloamerikanischen Bereich gehört das Qualitätsmanagement noch nicht selbstverständlich zur Arbeitskultur und zur professionellen Handlungsweise.

In Deutschland gibt es so gut wie keine berufsrechtlichen Regelungen für die Pflege, die sicherstellen könnten, dass fachpflegerische Aufgaben auf dem zu fordernden Niveau erbracht und einer Qualitätssicherung zugeführt werden. Der Rat empfiehlt daher, berufsrechtliche qualitätsbezogene Regelungen zu Vorbehaltsaufgaben und Organisationsformen zu erarbeiten und zu implementieren.

467. Professionelle Pflege ist besonders im Krankenhaus eingebettet in einen Prozess der gesundheitlichen Versorgung, an dem die unterschiedlichsten Professionen beteiligt sind. Diesem Prozess ist eine wechselseitige professionenübergreifende Kontrolle im Sinne einer Qualitätssicherung inhärent (vgl. Abschnitt II-3.5). Dies gilt besonders für die Überschneidungen der Tätigkeiten unterschiedlicher Professionen, die gegenseitiger Kontrolle bedürfen. Dennoch ist in Deutschland eine übergreifende Qualitätssicherungsdiskussion aller Gesundheitsberufe, die sowohl relevante methodische Ansätze miteinander verbindet als auch die unterschiedlichen strategischen Perspektiven zusammenführt, bislang noch unzureichend entwickelt. In der Pflege zeigt sich dies durch die überwiegend auf den Pflegekontext bezogene und nur vom Pflegepersonal geführte Qualitätsdiskussion unter Ausschluss z. B. der Ärzte. Der Rat empfiehlt deshalb, die in § 137b SGB V gesetzlich verankerte sektor- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung praktisch umzusetzen. Entsprechendes gilt für die Novellierung der Qualitätssicherung der Pflege nach SGB XI.

468. Die individuelle Dimension der Pflegequalität (Patientenzufriedenheit) wird gegenwärtig nicht genügend beachtet. Der Rat empfiehlt daher, in Zukunft solche Qualitätssicherungsmaßnahmen zu bevorzugen, die den Nutzer in den Mittelpunkt stellen. Dazu gehören neben der weiteren Ablösung der Funktionspflege durch die Bezugspflege auch eine verpflichtende, flächendeckende, wirksame und zielgruppenspezifische Anleitung von pflegenden Angehörigen. Erfahrungen und Urteile der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sollten als entscheidender Faktor eines funktionierenden Qualitätsmanagements begriffen werden. Ebenso kann die Einrichtung von Internet-Plattformen zum Austausch von Informationen (negativer und positiver Art) dazu beitragen, die Qualität der Pflege im Hinblick auf eine größere Nutzerorientierung zu verbessern (s. Kapitel I-3, Abschnitt II-3.6).

469. Auch wenn Einigkeit darüber besteht, dass die Qualität und das Qualitätsbewusstsein in den Einrichtungen

selbst wachsen müssen, ist Qualitätssicherung in der Pflege heute vor allem durch eine Vielzahl externer Maßnahmen gekennzeichnet, d. h. sie folgt vorrangig dem Druck gesetzlicher Vorgaben und kann zu kontraproduktiven Effekten in den Institutionen führen. Qualitätssicherung und -verbesserung ist jedoch eine originäre Aufgabe der Pflegeeinrichtungen und der Pflegeberufe. Eine Qualitätsgarantie muss perspektivisch zum Selbstverständnis jeder Pflegeeinrichtung gehören. Externe Prüfungen können diesen Prozess nur begleiten. Letztendlich sind es die Pflegenden vor Ort, die die Optimierung von Qualität gewährleisten müssen.

470. Sektionen zur Ermittlung von Pflegeschäden (z. B. Dekubitalgeschwüre) und unangemeldete Kontrollbesuche sind wirksame externe Maßnahmen, um Qualitätsmängel in der Pflege zu identifizieren. Bei ihrem Einsatz sollte jedoch beachtet werden, dass Qualitätsentwicklung nicht allein von außen in eine Einrichtung „hineinkontrolliert“ werden kann. Unter Beachtung dieses Vorbehalts spricht sich der Rat für den Einsatz der oben genannten Maßnahmen der Qualitätssicherung aus.

471. Nach Ansicht des Rates sollten bei Zertifizierungen den pflegespezifischen Parametern der Ergebnisqualität eine stärkere Beachtung geschenkt werden. Diese Zertifikate sollten nach objektiv nachvollziehbaren Kriterien von unabhängigen Kommissionen vergeben werden und für die Nutzer transparent sein.

Sektoren-, institutionen- und professionenübergreifende Qualitätssicherung

472. Die Wirkungs- oder Qualitätsziele von Maßnahmen der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements sollten nach Möglichkeit übergeordneten Gesundheits- oder Versorgungszielen entsprechen und sich primär an der patientenbezogenen Ergebnisqualität orientieren.

Aus dem Grundsatz eines ergebnisorientierten Qualitätsförderung folgt, dass Qualitätssicherung, wo immer nötig, professionen- und institutionenübergreifend organisiert werden muss. Dazu sind auch Abstimmungen auf der Verbändeebene nötig. So sollten beispielsweise Qualitätszirkel zunehmend sektorenübergreifend und multidisziplinär durchgeführt werden (vgl. Abschnitte II-2.2, II-3.1 und II-3.2).

Bei der Entwicklung und Einführung von Dokumentationssystemen und von Datenverarbeitungssystemen sollte in Zukunft darauf geachtet werden, dass diese professionen-, institutionen-, sektoren- und kostenträgerübergreifend kompatibel gemacht werden und entsprechend genutzt werden können. Belange der qualitätsorientierten Dokumentation und Datenanalyse sollten bereits zu Beginn der Planung berücksichtigt werden.

473. Außerdem ist die Entwicklung von institutionenübergreifenden Maßnahmen für Indikationen bzw. Versorgungsleistungen empfehlenswert, bei denen nicht nur die Ergebnisqualität individueller Versorgungsleistungen,

sondern auch ein qualitativ hochwertiger Ablauf einer gesamten Versorgungskette zwischen Leistungserbringern und Patienten eine entscheidende Rolle spielt. Derartige Indikationen bzw. Indikationsgebiete lassen sich auch aus Behandlungsleitlinien (vgl. Abschnitt II-2.4) ableiten bzw. entwickeln. Geeigneten Behandlungsleitlinien sollten auch Leitlinien für die institutionenübergreifende Qualitätssicherung und Kooperation an die Seite gestellt werden.

474. Um die heutigen Qualitätssicherungsansätze konsequent anhand von (längerfristigen) gesundheitlichen Ergebnissen weiterzuentwickeln, wären zukünftig Maßnahmen für einige prioritäre Versorgungsleistungen zu planen und hinsichtlich ihrer Effektivität und Kosten zu evaluieren, die eine institutionenübergreifende Beobachtung, Bewertung und Steuerung von Verläufen zwischen Institutionen unterschiedlicher Versorgungsebenen ermöglichen.

475. Sofern neue institutionenübergreifende Versorgungsformen (z. B. gemäß §§ 63 bis 65, §§ 140a bis h SGB V) beanspruchen, die Versorgungsqualität zu verbessern, sollte die Einführung eines Qualitätsmanagements mit aussagekräftigen Ergebnisparametern ebenso zur Bedingung gemacht werden wie eine unabhängige externe Evaluation. Dadurch wird zwar möglicherweise die Schwelle für Innovationen erhöht, gleichzeitig jedoch auch die Erfolgchance innovativer Versorgungsformen verbessert.

476. Qualitätssicherungsmaßnahmen sollten in einem möglichst weit gehenden gesellschaftlichen Konsens zwischen beteiligten Professionen, Patientenrepräsentanten und Institutionen, übergeordneten Verbänden und Institutionen und der Politik festgelegt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Gremien handlungsfähig gestaltet werden und produktiv arbeiten können.

477. Repräsentanten von Patienten- und Konsumentenverbänden sollten in allen Gremien vertreten sein (s. Kapitel II-3), die Entscheidungen über Ziele, Konzepte und Durchführung von Qualitätssicherung fällen, z. B. auch im Rahmen der Planung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für das fallpauschalierende diagnoseorientierte Vergütungssystem im stationären Sektor (s. Kapitel II-4).

Transparenz und Förderung einer Qualitätskultur durch Nutzerinformationen

478. Patienten und Versicherte haben ein Recht, über die Qualität von Versorgungsangeboten informiert zu werden. Als qualitätsbewusste und informierte Nutzer könnten sie zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen (s. Kapitel II-3).

479. Der Rat begrüßt in diesem Zusammenhang, dass die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und einiger Bundesländer künftig verstärkt die Versorgungsqualität berücksichtigen soll. Er befürwortet eine Veröffentlichung von Informationen über die Versorgungsqualität im

Rahmen von Leistungsberichten der Krankenhäuser, von Zertifizierungsverfahren und von anderen extern-vergleichenden Datenerhebungsverfahren gemäß §§ 135a und 112 SGB V (s. Abschnitt II-3.1), ferner prospektiv im Rahmen der Qualitätssicherung von fallpauschalierenden diagnosebezogenen Vergütungssystemen (s. Kapitel II-4).

480. Die Veröffentlichung von qualitätsbezogenen Daten hat insbesondere bei stationären Einrichtungen und bei Zusammenschlüssen von Leistungserbringern zu verstärkten Qualitätssicherungsmaßnahmen und zu nachweisbaren Erfolgen bei der Verbesserung der Versorgungsqualität geführt. Die Möglichkeit, mit Qualitätsauszeichnungen (z. B. Zertifizierungen und Qualitätspreisen) in der Öffentlichkeit zu werben, sollte sich nicht nur auf das Endresultat, sondern auch auf die Kriterien und Bewertungsergebnisse beziehen. Der Rat sieht in der Anbindung an formale und standardisierte Verfahren und Projekte zur Qualitätssicherung, wie sie z. B. von der „Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung“ erfasst und dokumentiert werden, die Möglichkeit, Gefahren der Datenmanipulation zu minimieren. Dabei ist darauf zu achten, dass nicht nur über negative, sondern auch über positive Versorgungs- und Ergebnisqualität bzw. erreichte Versorgungsziele berichtet wird. Auf diese Weise werden Anreize für einen positiven Qualitätswettbewerb geschaffen.

Darüber hinaus hält der Rat eine Verpflichtung der Leistungserbringer auf eine ausschließliche Verwendung entsprechender valider Daten für unabdingbar. Die Nichteinhaltung dieser Verpflichtung stellt eine Irreführung von Nutzern dar und erfüllt mindestens den Tatbestand des unlauteren Wettbewerbs.

481. Des Weiteren empfiehlt der Rat, dass Versicherten veröffentlichte Qualitätsinformationen zur Verfügung gestellt werden, sofern ihre Entscheidung zur Teilnahme an neuen Versorgungsformen im Rahmen der §§ 140a bis h SGB V gefragt ist, die explizit eine Qualitätsverbesserung beanspruchen und daher auch über Qualitätsmanagementstrukturen verfügen sollten (s. Abschnitt II-3.5). Im Interesse einer verstärkten Qualitätsorientierung des Wettbewerbs wäre es wünschenswert, wenn zudem die gesetzlichen und privaten Versicherer in höherem Masse über die Qualität ihrer eigenen Dienstleistungen öffentlich berichteten, sofern diese sich auf besondere gesundheitliche Programme und Leistungsangebote beziehen.

482. Je nach der bei Nutzern, Öffentlichkeit, Leistungserbringern, Finanzierern und in der Politik vorzufindenden Kultur der Transparenz kann die Akzeptanz und der Nutzen von Qualitätsdaten, -maßnahmen und -bemühungen gefördert oder gemindert werden. Es muss daher eine Transparenzkultur gefördert werden, die der Seite der Patienten bzw. Nutzer, der Leistungserbringer, der Leistungsfinanzierer und der Politik gerecht wird.

Der Rat empfiehlt, dass der Gesetzgeber im Zuge der Vorbereitung eines „Gesetzes zur Verbesserung der Datentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung“

Überlegungen darüber anstellt, wie neben den Präferenzen der Leistungsfinanzierer, der Leistungserbringer und der Politik auch der Bedarf der Nutzer (Patienten) und der zuweisenden Ärzte (als Nutzer im Patientenauftrag) eingebracht werden kann.

Es gilt, eine Kultur der Qualitätsorientierung zu unterstützen, in der die Bereitschaft und Fähigkeit aller Akteure gestärkt wird, Qualitätsdefizite zu erkennen, zu benennen, aus ihnen zu lernen und gezielte Veränderungen vorzunehmen.

3.8 Literatur zu Kapitel 3

- Abenheim, L., Rossignol M. et al. (1995): The prognostic consequences in the making of the initial medical diagnosis of work-related back injuries. *Spine*, Vol. 20, S. 791–795.
- Abholz, H.H. (1998): Epidemiologische und biostatistische Aspekte der Allgemeinmedizin, in: Kochen, M. (Hrsg.), *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*, Stuttgart.
- AHQR (Agency for Health Care Quality and Research) (1999): CONQUEST. Clinical Performance Measurement Sets, Version 2.0, Washington D.C., www.ahrq.gov.
- Andraschko, H.-G. (1996): Das System der Bezugspflege, *Pflegezeitschrift* (Beilage), Bd. 49, S. 12–16.
- AOK-Bundesverband (1998): Früherkennungsuntersuchungen bei Frauen und Männern, Bonn.
- Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (1999): Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung: eine Kooperationsaufgabe, München.
- Arnold, M., Litsch, M., Schwartz, F.W. (Hrsg.) (1999): Krankenhaus-Report '99, Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker, Stuttgart.
- Aust, B. (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung, Berlin.
- Bahrs, O., Gerlach, F.M., Szecsenyi, J. et al. (Hrsg.) (2000): Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für Klinik und Praxis. 4. überarbeitete Auflage, Köln.
- Ballard-Barbash, R., Klabunde, C. et al. (1999): Breast cancer screening in 21 countries: delivery of services, notification of results and outcomes ascertainment, *Eur J Cancer Prev*, Vol. 8, S. 417–426.
- Bartholomeyczik, S. (1999): Anlass zum Mitdenken, Über Sinn und Unsinn von Pflegestandards, *Pflegen Ambulant*, Bd. 10, S. 33–36.
- Baur-Felsenstein, M. (1995): Externe Qualitätssicherung. Zwischen externer Überprüfung, Selbstkontrolle und kundenorientierter Dienstleistung. Eine Umfrage an 159 chirurgischen Kliniken in Baden-Württemberg, *Arzt und Krankenhaus*, Heft 5, S. 152–157.
- Beckmann, D., Davies-Osterkamp, S. und Scheer, J.W. (Hrsg.) (1982): *Medizinische Psychologie. Forschung für Klinik und Praxis*. Berlin, Heidelberg, New York.
- Berger, M., Mühlhauser, I. und Jörgens, V. (1998): Versorgungsqualität bei Typ-1-Diabetes mellitus. Eine Bevölkerungserhebung im Ärztebezirk Nordrhein. *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 95, S. A-2270–2274.
- Bergman, A. B. and Stamm, S. J. (1967): The morbidity of cardiac nondisease in school children, *N Engl J Med*, Vol. 276, S. 1008.
- Bergmann, K.O. und Michalcik, M.Z. (1999): Risikomanagement als Qualitätssicherungsmethode im Krankenhaus, *Z Ärztl Fortbild Qualitätszich*, Vol 93, S. 57–61.
- Berwick, D.M. (1996): A primer on leading the improvement of systems, *BMJ*, Vol. 312, S. 619–622.
- Beyer M., Gerlach F. und Breull A. (1999). Qualitätsförderung und Qualitätszirkel aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte – repräsentative Ergebnisse aus Bremen und Sachsen Anhalt, *Z Aerztl Fortbild Qualitätszich*, Bd. 93, S. 677–87
- Beyer, M. Perleth, M., Pullwitt, D. and Fischer, G.C. (1997). Continuity and longitudinality in primary health care – The EGPRW study in Germany, *Fam Pract*, Vol. 14, S. 96–97.
- Böcken, J., Butzlaff, M. und Esche, A. (Hrsg.) (2000): Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche, Gütersloh.
- Boeger, A. und Pickartz, A. (1998): Die Pflege chronisch Kranker in der Familie – Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen, *Pflege*, Bd. 11, S. 319–323.
- Böning, A. (1999): QMS – Quatsch mit Sauce? Vom Sinn und Unsinn moderner Qualitätsmanagementsysteme. *Heim und Pflege*, Bd. 30, S. 300–303.
- Bourdillon, P. (1999): Dutch system of peer review is different and effective, *BMJ*, Vol. 318, S. 1143–1144.
- Braun, U., Dreyer, K. und Schmidt, R. (1999): Zur Entwicklung von pflegerischen Rahmenstandards auf der Grundlage einer Beschwerdeanalyse in der Stadt München., in: Schmidt, R., Entzian, H., Giercke, K.-I. et al. (Hrsg.), *Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune*, Frankfurt am Main.
- Brook, R.H., McGlynn, E.A. and Cleary, P.D. (1996): Quality of health care, Part 2: Measuring the quality of care, *N Engl J Med*, Vol. 335, S. 966–970.
- Brook, R.H. and Kamberg, C.J. (1993): Appropriateness of the use of cardiovascular procedures: a method and results of this application, *Schweiz. med. W.schr.*, Bd. 123, S. 249–253.
- Bruckenberg, E. (1998): Herzbericht 1997 mit Transplantationschirurgie. 10. Bericht des Krankenhausausschusses der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden der Länder, Hannover.
- Bundesärztekammer (1988): Berufsordnung für die deutschen Ärzte, *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 85, S. C-2192–2202.
- Bundesärztekammer (1992): (Muster-)Weiterbildungsordnung – Nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992 in Köln, *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 89, S. C2192–2202.
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (1997): *Leitfaden Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus*, München, Bern, Wien, New York.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1985): *Qualitätssicherung pflegerischer Arbeit im Krankenhaus. Forschungsbericht Gesundheitsforschung*, Band 128, Bonn.

- Bundesministerium für Gesundheit (2000): Nosokomiale Infektionen in Deutschland – Erfassung und Prävention (NIDEP-Studie). Teil 2: Studie zur Einführung eines Qualitätsmanagementprogramms, Abschlussbericht, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 126, Baden-Baden.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1994): Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland: Bestandsaufnahme, Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit/ Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 38, Baden-Baden.
- Busse, R. (1998): Anwendung und Weiterentwicklung von Konzepten und Methoden der Gesundheitssystemforschung im deutschen Kontext. Habilitationsschrift zur Erlangung der Venia legendi für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover.
- Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., Wu, A.W., Wilson, M.H., Abboud, P.A. et al. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement, JAMA, Vol. 282, S. 158–165.
- Cadman, D., Chamber, L.W. and Walter, S.D. (1987): Evaluation of public health preschool child development screening: the process and outcomes of a community program, Am J Publ Health, Vol. 77, S. 45–50.
- Cook, A. und Klein, B. (1997): Bewohner sehen vieles anders, Altenheim, Bd. 95, Nr. 12, S. 16–25.
- Craen, A. et al. (2000): Placebo effect in the acute treatment of migraine: subcutaneous placebos are better than oral placebos, J Neurol, Vol. 247, S. 183–188.
- Davis, D.A., Thomson, M.A., et al. (1996): Einfluss der Fortbildung auf ärztliches Handeln. Ein systematischer Überblick über die Auswirkungen medizinischer Fortbildungsmaßnahmen, Z ärztl Fortbild, Bd. 90, S. 371–381.
- Deutsches Institut für Normung (1992): ISO-Norm 9004-2, Teil 2. Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätssicherungssystems. Leitfaden für Dienstleistungen, Berlin.
- Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.) (1999): Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995 – Abschlussbericht – , Düsseldorf.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care, Milbank Memorial Found Quarterly, Vol. 2, S. 166–206.
- Donabedian, A. (1976): Evaluating physician competence. Conference on assessing physician performance in ambulatory care, American Society of Internal Medicine, San Francisco, USA.
- Donohoe, M.T. (1998): Comparing generalist and specialty care: discrepancies, deficiencies and excesses, Arch. Intern. Med., Vol. 158, S. 1596–1608.
- Dreibholz, J. (1982): Funktionelle Störungen, in: Dreibholz, J., Haehn, K.D. (Hrsg.), Hausarzt und Patient, Frankfurt, S. 295–308.
- Elkeles, T. (1994): Arbeitsorganisation in der Krankenpflege – Zur Kritik der Funktionspflege, 5. überarbeitete Auflage, Frankfurt.
- Enbergs, A., Liese, A., Heimbach, M., Kerber, S., Scheld, H.H., Breithard, G., Kleine-Katthofer, P. and Keil, U. (1997): Evaluation of the EUROSPIRE study in the Munster region. Z. Kardiol., Vol. 86, S. 284–291.
- Engelhardt, D. von (1986): Mit der Krankheit leben, Mannheim.
- Epstein, A.M. (2000): Public release of performance data. A progress report from the front, JAMA, Vol. 283, S. 1884–1886.
- Ernst, E. (1998): Towards a risk-benefit evaluation of placebos, Wien Med Wochenschr, Bd. 148, S. 461–463.
- Ernst, G. (1998): Methoden des Qualitätsmanagements, Z Med Psychol, Bd. 7, S. 101–108.
- Ersser, S. und Tutton, E. (2000): Primary Nursing, Bern, Göttingen.
- Ewers, M. (1998): Pflegequalität – Arbeitsbuch für die ambulante Pflege bei Aids (hrsg. von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.), Hannover, S. 159.
- Ewers, M. und Schaeffer, D. (2000): Qualitätsentwicklung in der Pflege, in: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirchen von Westfalen (Hrsg.), Qualitätsentwicklung in der Pflege und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI, Münster, S. 5–22.
- Fischer, G.C. (1987): Fehldiagnosen durch mangelnde Verlaufskontrolle, in: Schrömbgens, H. (Hrsg.), Die Fehldiagnose in der Praxis, Frankfurt a.M.
- Fischer, G.C. (1997): Paradigmenwechsel im Hausarztverständnis bei der Betreuung alter Patienten. Geriatriekongress, München, Oktober 1997.
- Freemantle, N., Harvey, E.L., Wolf, F., Grimshaw, J.M., Grilli, R. and Bero, L.A. (2000): Printed educational materials to improve the behaviour of health care professionals and patient outcomes, in: The Cochrane Database of systematic reviews. Cochrane Library, Issue 4, Oxford: Update Software.
- Fricke, U. (1983): Placebo – ein Aspekt der Pharmakotherapie. Med. Monatsschrift für Pharmazeuten, Bd. 12, S. 356–368.
- Fuchs, J. (1999): Die Situation von Pflegenden, NDV Nachrichtendienst, Bd. 79, S. 337–341.
- Gabanyi, M. (1995): Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, Augsburg.
- Gandjour, A. und Lauterbach, K.W. (1999): Systematische Qualitätssicherung durch Evidenz-basierte Medizin. Arbeit und Sozialpolitik, Heft 11–12, Jg. 1999, S. 12–18.

- Garms-Homolová, V. und Niehörster, G. (1996): Pflegedokumentation – ein Instrument der Potenzialaufdeckung und Qualitätssicherung?, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Dokumentation des 2. Symposiums, Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“, München, S. 77–90.
- Georg, J. (1997): Pflegediagnosen – die Verbindung von Forschung und Praxis, Forum Sozialstation, Bd. 86, S. 38–42.
- Gerhardt, U. (1993): Gesundheit – ein Alltagsphänomen. Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, S. 93–206.
- Gerlach, F.M. and Beyer, M. (1998): New concept for continuous documentation of development of quality circles in ambulatory care: initial results from an information system in Germany, Qual Health Care, Vol. 7, S. 55–61.
- Gerlach, F.M. und Beyer M. (2000): Wie haben sich Qualitätszirkel in Deutschland etabliert?, in: Bahrs, O., Gerlach, F.M., Szecsenyi, J. et al. (Hrsg.), Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für Klinik und Praxis. 4. überarbeitete Auflage, Köln.
- Gerlach, F.M., Beyer, M. and Römer, A. (1997): Quality circles in ambulatory care: state of development and future perspective in Germany, Int J Qual Health Care, Vol. 10, S. 35–42.
- Gesundheitsministerkonferenz (72.) (1999): Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen, 9./10. Juni 1999 in Trier, abrufbar unter: www.degam.de/Aktuelles.
- GMDS-Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Medizin. (1996): Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie, Bd. 27, S. 200–230.
- Görres, S. und Luckney, K. (1998): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege und die Einführung der Pflegeversicherung, Hochschulforum Pflege, Bd. 27, S. 8–14.
- Grimshaw, J. and Russel, I.T. (1993): Achieving health gain through clinical guidelines. I. Developing scientifically valid guidelines. Quality in Health Care, Vol. 2, S. 24–38.
- Grol, R. (1985): Die Prävention somatischer Fixierung. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio.
- Grol, R. et al. (1981): Huisarts en Somatische Fixatie, Nederlands. Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen.
- Grol, R., Lawrence, M. (1995): Quality improvement by peer review. Oxford General Practice Series, Vol. 32, Oxford.
- Haase, I., Dierks, M.-L., und Schwartz, F.W. (Hrsg.) (1995): Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen, Sankt Augustin.
- Haltenhof, H., Oswald, F., Bühler, K.-E. und Geyer, S. (2000): Psychosoziale Kompetenz von Hausärzten und Versorgung psychisch Kranker: erste Ergebnisse einer Fragebogenstudie, Gesundheitswesen, Bd. 62, S. 463–467.
- Harden, R., Gracely, R. et al. (1996): The placebo effect in acute headache management: korolac, meperidine, promethazine and saline injection, Headache, Vol. 36, S. 352–356.
- Harder, S.D., Kelly, P. and Dunkelblau, E. (1997): Patient-physician communication: a selective literature review, J Oncol Manag, Vol. 6, S. 13–17.
- Hartmann, P., Bott, U., Grüßer, M., Kronsbein, P. and Jörgens, V. (1995): Effects of peer-review groups on physicians' practice. Eur J Gen Pract, No. 1, S. 107–112.
- Hartmann, F. (1993): Chronisch krank oder bedingt gesund?, in: Hammer, C. und V. Schubert (Hrsg.) Chronische Krankheit und ihre Bewältigung. Starnberg.
- Hauner, H., Ferber, L. v. und Köster, I. (1994): I. Ambulante Versorgung von Diabetikern. Eine Analyse von Krankenkassendaten der AOK Dortmund. Dtsch. Med. Wochenschr., Bd. 119, S. 129–134.
- Haynes, R.B., Sackett, D.L. et al. (1978): Increased absenteeism from work after detection and labelling of hypertensive patients, New Engl J Med, Vol. 299, S. 741–743.
- Heinemann, A., Seibel, O. Lockemann, U., Matschke, J., Tsokos, M. und Püschel, K. (1999): Epidemiologie des Decubitus im Umfeld der Sterbephase: Analyse im Rahmen der Leichenschau und Rechtsmedizin, Bd. 9, Suppl. 1, S. A 61.
- Heinemann, L.A., Garbe, E., Classen, E., Willich, S.N., Barth, W. und Thiel, C. (1998): Trends im kardiovaskulären Risikofaktorenprofil in Ostdeutschland. Drei unabhängige Bevölkerungsuntersuchungen im Rahmen des Projekts MONICA Ostdeutschland. MONItoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Disease, Dtsch Med Wochenschr, Bd. 123, S. 889–895.
- Hibbard, J.H. and Jewett, J.J. (1997): Will quality report cards help consumers?, Health Aff (Millwood), Vol. 16, S. 218–228.
- Hibbard, J.H., Jewett, J.J., Engelman, S. and Tusler, M. (1998): Can Medicare beneficiaries make informed choices? Health Aff (Millwood), Vol. 16, S. 181–193.
- Hirshfeld, J.W., Ellis, S.G. and Faxon, D.P. (1998): Recommendations for the assessment and maintenance of proficiency in coronary interventional procedures, J Am Coll Cardiol, Vol. 31, S. 722–743.
- Hömann, U. (1995): Pflegediagnosen – Herausforderung oder Irrweg?, in: Hömann, U. (Hrsg.) Pflegediagnosen. Irrweg oder effektives Instrument professioneller Pflegepraxis?, Eschborn, S. 7–21.
- Hömann, U. (1998): Pflegequalität durchsetzen. Einflussgrößen und Gestaltungschancen aus wissenschaftlicher Sicht, Forum Sozialstation, Bd. 94, S. 40–42.

- Infas (1998): Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung im Auftrag der AOK – Die Gesundheitskasse Hessen.
- Jaster, H.-J. (Hrsg.) (1997a): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Stuttgart, New York.
- Jaster, H.-J. (1997b): Qualitätssicherung im Krankenhaus, in: Jaster, H.-J. (Hrsg.) (1997): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Stuttgart, New York, S. 96–119.
- Jedlicka-Köhler, I., Götz, M. and Eichler, I. (1996): Parents' recollection of the initial communication of the diagnosis of cystic fibrosis in their child. *Pediatrics*, Vol. 97, S. 204–209.
- Johnston, G., Crombie, I.K., Alder, E.M., Davies, H.T. and Millard, A. (2000): *Qual Health Care*, Vol. 9, S. 23–36.
- Jong-Duk, Kim (1996): Gruppenpflege – Wege zur patientenorientierten Pflege, Teil 1. Die Schwester/ Der Pfleger, Bd. 35, S. 308–318.
- Jong-Duk, Kim (1996): Gruppenpflege – Wege zur patientenorientierten Pflege, Teil 2. Die Schwester/ Der Pfleger, Bd. 35, S. 728–732.
- Kaplun, A. (ed.) (1992): *Health Promotion and Chronic Illness*, WHO Regional Publications, Kopenhagen.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (1999a): Neue Qualitätsvereinbarung zur invasiven und interventionellen Kardiologie, *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 96, Heft 38, S. A-2384–2386.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (1999b): Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie) vom 3. September 1999, *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 96, Heft 38, S. A-2386–2388.
- Kastenholz, H. (2000): Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Welche Anforderungen kommen auf die Krankenhäuser durch die neuen gesetzlichen Regelungen zu?, *Das Krankenhaus*, Heft 3, S. 178–181.
- Kastrati, A., Neumann, F.J. and Schöming, A. (1998): Operator volume and outcome of patients undergoing coronary stent placement. *J Am Coll Cardiol*, Vol. 32, S. 970–976.
- Kean, S. (1999): Pflegediagnose: Fragen und Kontroversen, *Pflege*, Bd. 12, S. 209–215.
- Kellnhauser, E. (1994): Primary Nursing. Ein neues Pflegemodell, *Die Schwester/ Der Pfleger*, Bd. 33, S. 747–749.
- Kessler, D., Lloyd, K., Lewis, G. and Gray, D.P. (1999): Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care, *BMJ*, Vol. 318, S. 436–439.
- Kleemann, W.J. (2000): [Persönliche Kommunikation über zwei Doktorarbeiten]
- Knäpple, A. (2000): Verbesserung der Qualität der Pflege, *Die Ersatzkasse*, Heft 3, S. 102–104.
- König, P. (1999): Implementation von Pflegediagnosen in die Praxis, *Pflegeinformatik PR-Internet* 5, S. 100–106.
- Kreitler, S., Chaichnik, S. et al. (1995): Psychosocial effects of level of information and severity of disease on head and neck cancer patients, *J Cancer Educ*, Vol. 10, S. 144–154.
- Kuhlmei, A., Landenberger, M. et al. (1997): Wettbewerbsorientierte Dienstleistungsstrategien und Unternehmenskonzepte von Pflegeeinrichtungen in den neuen und alten Bundesländern, *Forschungsbericht*, Berlin.
- Lamoulle, M. and Roland, M. (1995): Quarternary Prevention and the Glossary of General Practice/Family Medicine, Paper WONCA classification Committee, Hong Kong.
- Landenberger, M. (1997): Pflegende als innovativ Handelnde: Beitrag der Pflegewissenschaft zur patientenorientierten Gestaltung der Pflegearbeit und ihrer Rahmenbedingungen durch die Pflegeprofession, in: Landenberger, M. (Hrsg.), *Pflegewissenschaft und Medizin, Synergie und Kooperation in Wissenschaft und Praxis*, Wittenberg, S. 179–192.
- Luft, H.S., Bunker, J.P. and Enthoven, A.C. (1979): Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality, *N Engl J Med*, Vol. 301, S. 1364–1369.
- Lynich, M. und Knipfer, E. (1998): Professionelle Pflege durch Primary Nursing?, *Heilberufe*, Bd. 50, S. 34–35.
- Macdonald L.A., Sacket D.L. et al. (1984): Labelling in hypertension: A review of the behavioral and psychological consequences, *J. Chron. Dis*, Bd. 37, S. 933–936.
- Manthey, M. (1992): *The Practice of Primary Nursing*, King's Fund Centre, London.
- Marshall, M.N., Shekelle, P.G. and Leatherman, S. (2000a): In reply to: Rosenstein, A.H. (2000): Use of performance data to change physician behavior, *JAMA*, Vol. 284, S. 307.
- Marshall, M.N., Shekelle, P.G., Leatherman, S. and Brook, R. (2000b): The public release of performance data. What do we expect to gain? A review of the evidence, *JAMA*, Vol. 283, S. 1866–1874.
- Matschke, J., Heinemann, A., Tsokos, M. und Püschel, K. (1999): Rechtsmedizinisch-gutachterliche Aspekte bei der Bewertung der Pflegequalität: Möglichkeiten und Grenzen der Prävention und Therapie höhergradiger Decubitalulcera im Umfeld der Sterbephase. *Rechtsmedizin*, Bd. 9, Suppl. 1, A 61.
- McGrath, P.D., Wennberg, D.E., Malenka, D.J., Kellett, M.A. Jr., Ryan, T.J. Jr., O'Meara, J.R., Bradley, W.A., Hearne, M.J., Hettelman, B., Robb, J.F., Shubrooks, S., VerLee, P., Watkins, M.W., Lucas, F.L. and O'Connor, G.T. (1998): Operator volume and outcomes in 12 988 percutaneous coronary interventions. *J Am Coll Cardiol*, Vol. 31, S. 570–576.

- McKinstry, B. (2000): Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes, *BMJ*, Vol. 321, S. 867–871.
- Meyboom de Jong, B. (1992): General Practice in Europe after 1992: Enabling and Hindering Factor, in: SIMG (ed.), *General Practice without borders*. Societas Internationalis Medicinæ Generalis, Klagenfurt.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999): Getting evidence into practice, *Effective Health Care*, Vol. 5 (1), York/UK.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination (1996): Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access. *Effective Health Care*, Vol. 2 (8), York/UK.
- Niehörster, G.; Garm-Homolová, V. und Vahrenhorst, V. (1998): Identifizierung von Potenzialen für eine selbständigere Lebensführung, *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen, Senioren und Jugend* (Hrsg.), Bd. 147.4, Stuttgart.
- Oberender, P. und Daumann, F. (1997): Ökonomische Aspekte der Qualitätssicherung, in: Jaster, H.-J. (Hrsg.), *Qualitätssicherung im Gesundheitswesen*, Stuttgart, New York, S. 210–248.
- Orne, M.T. (1969): Demand, characteristic and the concept of quasi-controls, in: Rosenthal, R. and Rosnow, R.L. (eds.): *Artefact in behavioral research*, New York, S. 147–181.
- Overland, J., Yue, D.K. and Mira, M. (2000): The pattern of diabetes care in New South Wales: a five-year analysis using Medicare occasions of service data, *Aust N Z J Public Health*, Vol. 24, S. 391–395.
- Pearce, J. (2000): Aspects of the failed back syndrome: role of litigation; *Spinal Cord*, Vol. 38, S. 63–70.
- Perleth, M. und Schwartz, F.W. (1998): Qualitätssicherung von Krankenhausleistungen, in: Hentze, J., Huch, B. und Kehres, E. (Hrsg.), *Krankenhaus-Controlling. Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis*, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 219–264.
- Perleth, M. und Schwartz, F.W. (2000): Methoden des Qualitätsmanagements, in: Eichhorn, Seelos, von der Schulenburg, *Management im Krankenhaus*, München, Wien, Baltimore.
- Pinter, E., Stürwold, H., Arnold, U., Plocek, M., Schramm, R. und Sommer, H. (1995) DIN ISO 9004 Teil 2 als Leitlinie für ein zeitgemäßes Qualitätsmanagement im Krankenhaus. *Umfassendes Qualitätsmanagement, Krankenhaus Umschau Special*, Nr. 2, S. 22–32.
- Pinter, E. und Vitt, K.D. (Hrsg.) (1996): *Umfassendes Qualitätsmanagement für das Krankenhaus. Perspektiven und Beispiele*, Frankfurt
- Radtko, P. und Wilmes, D. (1997): *European Quality Award. Die Kriterien des EQA umsetzen. Praktische Tips zur Anwendung des EFQM-Modells*, München.
- Reis, E.O. von, Bott, U. und Sawicki, P.T. (1999): Qualität und Struktur der ärztlichen Fortbildung in der Inneren Medizin am Beispiel des Ärztekammerbezirks Nordrhein, *Z ärztl Fortbild Qual sich*, Bd. 93, S. 569–579.
- Richards, T. (1999): Patients' priorities, *BMJ*, Vol. 318, S. 277.
- Risse, G. (1999): Patienteninformation-Zentrum. Krankenhaus Lüdenscheid startet pflegerisches Modellprojekt in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke, *Dr. med. Mabuse*, Bd. 119, S. 20.
- Ristok, B. (1997): Individuellen Fähigkeiten, Krisen und Bedürfnissen auf der Spur, *Heim und Pflege*, Bd. 28, S. 12–14.
- Röger, C. (1999): Invasive Kardiologie: Ärztliche Routine wird zum Qualitätsindikator. *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 96, Heft 38, S. A-2334–2336.
- Rosen, R. (2000): Clinical governance in primary care. Improving quality in the changing world of primary care, *BMJ*, Vol. 321, S. 551–554.
- Rosenstein, A.H. (2000): Use of performance data to change physician behavior, *JAMA*, Bd. 284, S. 305–306.
- Roter, D. and Russel, N. (1994): Validity of physician self-report in tracking patient education objectives. *Health Education Quarterly*, Vol. 21, S. 27–38.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen*, Sachstandsbericht 1994, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996): *Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Sondergutachten 1996*, Bd. 1, Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): *Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche*. Bd. 2. Fortschritte und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. *Sondergutachten 1997*, Baden-Baden.
- Schaeffer, D. (1997): Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung, *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, Bd. 59, S. 85–97.
- Schaeffer, D. (2000): *Qualitätsentwicklung und Nutzorientierung in der Pflege*, Vortrag auf der Fachtagung „Gerontologische Forschung in Dortmund“, Bielefeld, unveröffentlichtes Manuskript.
- Schiemann, D. (1990): Zur Qualitätssicherung in der Krankenpflege, *Deutsche Krankenpflegezeitschrift*, Bd. 40, S. 526–529.

- Schlettig, H.-J. und von der Heide, U. (1995): *Bezugs-
pflege*, Berlin.
- Schneekloth, U. und Müller, U. (2000): *Wirkungen der
Pflegeversicherung*. Schriftenreihe des Bundesministeri-
ums für Gesundheit (Hrsg.), Band 127, Baden-
Baden.
- Schrapp, M., Wolf-Ostermann, K., Schlichthöfer, S.
und Lauterbach, K.W. (2000): *Ergebnisse des f&w-Kran-
kenhaus-Kompass „Spezial“ zum Thema Qualitätssiche-
rung und -management im Krankenhaus*. Das interne
Qualitätsmanagement nimmt zu, Führen und Wirtschaften
im Krankenhaus (f & w), Bd. 17 (Heft 5), S. 478-480.
- Schuster, S., Koch, A., Burczyk, U., Wagner, S., Zahn, R.,
Glunz, H.G., Heinrich, F., Stuby, K., Berg, G., Voigtlander,
T., Gieseler, U., Jakob, M., Hauptmann, P. and Senges, J.
(1997): Early treatment of acute myocardial infarct: im-
plementation of therapy guidelines in routine clinical
practice, MITRA pilot phase, *Z. Kardiol.*, Vol. 86,
S. 273-283.
- Schwartz, F.W. und Helou, A. (1999): Welche Behand-
lungsansätze und Verfahren sind verzichtbar?, in: Arnold,
M., Litsch, M., Schwartz, F.W. (Hrsg.), *Krankenhaus-Re-
port '99*, Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker,
Stuttgart, New York, S. 133-147.
- SEKIS (Hrsg.) (1999): *Qualitätsanforderungen an die ge-
sundheitliche Versorgung aus Patientensicht*. Entwurf ei-
ner Mängelliste, Berliner Selbsthilfe-Forum chronisch
kranker und behinderter Menschen bei SEKIS-Selbsthilfe
Kontakt- und Informationsstelle, Berlin.
- Selbmann, H.K. (1983): Die Rolle der medizinischen In-
formationsverarbeitung in der Qualitätssicherung ge-
burtshilflichen Handelns, *Gebh. u. Frauenheilk.*, Bd. 43,
S. 82-86.
- Selbmann, H.K. (1996a): Viele wollen des Guten zuviel!
Zur Lage des Qualitätsmanagements in den Kranken-
häusern Deutschlands, *Krankenhaus-Umschau Special*,
Bd. 11, S. 3-9.
- Selbmann, H.K. (1996b): Zum Stand der Qualitätssiche-
rung in der ambulanten Versorgung in Deutschland – Er-
gebnisse einer analytischen Bestandsaufnahme, in: Das
Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *Qualitätssi-
cherung in der ambulanten Versorgung: Workshop zur
Vorbereitung eines Demonstrationsprojekts des Bundes-
ministeriums für Gesundheit*, Schriftenreihe des Bundes-
ministeriums für Gesundheit, Bd. 73, Baden-Baden,
S. 23-36.
- Selbmann, H.K. (2000a): Gesetzliche und professionelle
Vorgaben, in: Eichhorn, P., Seelos, H.-J. und Schulenburg,
J.-M. v.d (Hrsg.), *Krankenhausmanagement*, München,
Jena, S. 304-309.
- Selbmann, H.K. (2000b): Messen der Qualität, in:
Eichhorn, P., Seelos, H.-J. und Schulenburg, J.-M. v.d
(Hrsg.), *Krankenhausmanagement*, München, Jena,
S. 309-321.
- Selbmann, H.K., Pietsch-Breitfeld, B., Blumenstock, G.
und Geraedts, M. (1994): Evaluation der Qualitätssiche-
rungs-Maßnahmen im Gesundheitswesen, in: Bundesmi-
nisterium für Gesundheit (Hrsg.), *Maßnahmen der medi-
zinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik
Deutschland: Bestandsaufnahme, Projekt im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit /Institut für Medizi-
nische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen*,
Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesund-
heit, Bd. 38, Baden-Baden, S. II-3-II-21.
- Sens, B. (1997): *Verfahren mit externen Vergleichen*, Zen-
trum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen,
Hannover.
- Sens, B. und Rauskolb, R. (1997): *Qualitätssicherung in
der Geburtshilfe nach Einführung von Fallpauschalen –
Anforderungen und neue Perspektiven*. Geburtsh. u. Frau-
enheilk., Bd. 57, S. M 123-127.
- Sowinski, C. (1997): *Altenpflegerin und Altenpfleger*,
Bd. 5, S. 92-93.
- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient com-
munication and health outcomes: a review. *CMAJ*, Vol.
152, S. 1423-1433.
- Stiegler, H., Standl, E., Frank, S. and Mendl, G. (1998):
Failure of reducing lower extremity amputations in dia-
betic patients: results of two subsequent population based
surveys 1990 and 1995 in Germany, *Vasa*, Vol. 27,
S. 10-14.
- Stiftung Warentest (1995): Heft 11, Berlin.
- Stobrawa, F. und Krumpaszy, H.G. (1999): *Zertifizie-
rung von Krankenhäusern – Qualitätssicherung und Qua-
litätsmanagement im Gesundheitswesen*, aus Sicht der
Bundesärztekammer, Informationsdienst der Gesellschaft
für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., ID-
Nr. 270, S. 11-25.
- Swart, E., Robra, B.P., Dierks, M.L. und Frischbier, H.J.
(1995): *Qualitätssicherung durch bessere Kooperations-
strukturen. Das Beispiel der dezentralen Früherkennungs-
Mammographie, Geburtshilfe und Frauenheilkunde*,
Bd. 55, S. 556-565.
- Taylor D.W., Haynes R.B. et al. (1981): Long-term fol-
low- up of absenteeism among working men following the
detection and treatment of their hypertension, *Clin In-
vest Med*, Vol 4, S. 173.
- Tewes, R. (1998): *Primary Nursing – die Voraussetzung
zur Einführung eines Pflegemodells*, in: Osterbrink, J.
(Hrsg.), *Erster internationaler Pflegetheoriekongress*,
Nürnberg, Bern, S. 231-241.
- Thomson O'Brien, M.A., Oxman, A.D., Davis, D.A.,
Haynes, R.B., Freemantle, N. and Harvey, E.L. (2000a):
Audit and Feed-Back versus alternative strategies: effects
on professional practice and health care outcomes
(Cochrane Review), in: *The Cochrane Library*, Issue 4,
Oxford: Update Software.
- Thomson O'Brien, M.A., Oxman, A.D., Davis, D.A.,
Haynes, R.B., Freemantle, N. and Harvey, E.L. (2000b).
Educational outreach visits: effects on professional prac-
tice and health care outcomes (Cochrane Review), in: *The
Cochrane Library*, Issue 4, Oxford: Update Software.
- van den Hombergh, P., Grol, R., van den Hoogen, H.J.M.
and van den Bosch, W.J. (1999): Practice visits as a tool
in quality improvement: acceptance and feasibility, Vol. 8,
S. 167-171.

- van der Velde, E.F., Kraaijenhagen, R.A., van Weert, H.C., Turkstra, F. and Buller, H.R. (2000). Survey of the management of deep vein thrombosis in general practice in Netherlands, *Neth J Med*, Vol. 57, S. 135–141.
- Vendrig, A. (1999): Prognostic factors and treatment-related changes associated with return to work after multimodal treatment of chronic back pain. *J Behav Med*, Vol. 22, S. 217–232.
- Vespermann, S. (1999): Qualitätsmanagement nach Normen der DIN ISO 9000-Familie – eine Methode zur Qualitätssicherung in der Pflege. *Pflege und Gesellschaft*, Bd. 4, S. 1–7.
- Vincent, C., Tylor-Admas, S., Chapman, E.J., Hewett, D., Prior, S., Strange, P. and Tizzard, A. (2000): How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigations and Risk Management protocol, *BMJ*, Vol. 320, S. 777–781.
- Wagner, H.-P. (1999): Hausärztliche Versorgung von Finalkranken: Analyse von Lebensqualität, Arzneimittelseinsatz und Schmerztherapie, Dissertation, Medizinische Hochschule Hannover.
- Weh, B. und Sieber, H. (1995): *Pflegequalität*, München.
- Weihrauch, R. and Gauler, T. (1999): Placebo – efficacy and adverse effects in controlled clinical trials. *Arzneimittelforschung*, Bd. 49, S. 385–393.
- Weltermann, B.M., Rogalewski, A., Homann, J., Berger, K., Schulte, H., Assmann, G. und Ringelstein, E.B. (2000): Wissen über Schlaganfall in der deutschen Bevölkerung, *Dtsch Med Wochenschr*, Bd. 125, S. 416–420.
- Wensing-Schmitz, P. und Heinser, R. (1999): Qualität in der Pflege. *Die BKK*, Bd. 4, S. 159–162.
- Werner, T. und Sens, B. (1996). *Dokumentation: Qualitätssicherung in der Medizin. 2. Lübecker Symposium Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen*, Hannover.
- WHO (World Health Organisation), Regional Office for Europe (1998): *Quality of care & technologies. Activities report 1996 bis 1998*, Kopenhagen.
- WHO (World Health Organization) (1997): *Leitlinien in der gesundheitlichen Versorgung. Bericht von der Tagung der WHO, Schloss Velen, Westfalen, 26. bis 28. Januar 1997* (english Version: EUR/ICP NHP O22VD96 POLCO2 02 04) WHO Regional Office for Europe, Copenhagen).
- Williams, S. Weinman, J. and Dale, J. (1998): Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract*, Vol. 15, S. 480–492.
- Windel, A., Wolf, D., Teichert, C. und Zimolong, B. (1999): *Gruppenarbeit im Gesundheitswesen. Abschlussbericht. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege*, Hamburg.
- WONCA International Classification Committee (1998): *International Classification of Primary Care ICPC-2, 2nd Edition*, Oxford, New York, Tokyo.
- Wünsche, H. (1999): Pflegeeinsatz nach § 37.3 Pflegeversicherungsgesetz, *Pflege aktuell*, Bd. 8, S. 346–349.
- Zink, J., Zenz, A., Bokelmann, M., Mohrmann, M und Schwoerer, P. (2000): Qualitätsprüfung ambulanter Pflegeberufe, *Gesundheitswesen*, Bd. 62, S. 329–334.
- Zorn, U. und Ollenschläger, G. (1999). Qualitätsbestimmung in der medizinischen Versorgung – ein universelles Entwicklungsschema für Qualitätsindikatoren, *Z Aertzl Fortbild Qualitaetssich*, Bd. 93, S. 123–128.

4. Zur Fortentwicklung der fallpauschalierenden Leistungsvergütung im Krankenhaus

4.1 Die aktuelle Situation

483. Mit dem am 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Reformgesetz bestimmt der Gesetzgeber in § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems ab dem 1. Januar 2003. Dieses Entgeltsystem wird das in der Bundespflegesatzverordnung verankerte, seit Januar 1995 geltende Vergütungssystem von Fallpauschalen und Sonderentgelten sowie von krankenhausindividuell vereinbarten tagesgleichen Pflegesätzen ablösen.

484. Zur Vorbereitung der Einführung des neuen Entgeltsystems waren die deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherungen (im Folgenden Vertragspartner genannt) gehalten, bis zum 30. Juni 2000 zu entscheiden über:

- die Grundstrukturen des Vergütungssystems, insbesondere die zugrunde liegenden Fallgruppen. Dabei schreibt das Gesetz eine Orientierung an einem international bereits eingesetzten System auf der Grundlage von *diagnosis related groups* (DRGs)¹⁹ vor. Die Fallklassifikation soll Komplexitäten abbilden sowie in ihrem Differenzierungsgrad praktikabel sein.
- ein Verfahren zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene. Bewertungsrelationen sowie Zu- und Abschläge sind bis zum 31. Dezember 2001 festzulegen.
- die Grundzüge des Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems.

485. Eine erste Vereinbarung der Vertragspartner ist am 27. Juni 2000 mit einer Entscheidung für das australische Patientenklassifikationsverfahren der AR-DRGs zustande gekommen. Das Gesetz lässt offen, was unter „Grundstrukturen“, „Grundzüge“ und „Verfahren“ konkret zu verstehen ist, sodass den Vertragspartnern auch nach dieser Vereinbarung noch Handlungsspielraum für weitere Konkretisierungen bzw. Nachbesserungen mindestens bis zum 31. Dezember 2001 bleibt. Die Rubrik „Pflege des Systems“ könnte schließlich bemüht werden, um auch noch Änderungen nach dem 31. Dezember 2001 vorzunehmen.

486. In ihrer Vereinbarung vom 27. Juni 2000 fordern die Vertragspartner den Gesetzgeber dazu auf, auf der Basis

der in der Vereinbarung getroffenen Festlegungen die erforderlichen ergänzenden gesetzlichen Regelungen²⁰ festzulegen, die ab der Einführung des neuen Vergütungssystems zum 1. Januar 2003 gelten sollen. Gemeint ist die Verbindung zwischen dem Verfahren zur Ermittlung der Punktwerte und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität bzw. einer Budgetierung im stationären Bereich. Wegen der Zustimmungspflichtigkeit im Bundesrat hat die Bundesregierung im Jahre 1999 eine Außerkraftsetzung der Bundespflegesatzverordnung zugunsten einer neuen Entgeltordnung nicht in Angriff genommen. Die isolierte Einführung von § 17b KHG hat insofern eine gesetzliche Regelungslücke verursacht, die sinnvollerweise bis Mitte des Jahres 2002, dem Beginn der Budgetverhandlungen zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern, zu füllen wäre.

Der Abdeckungsgrad und insbesondere der Zeitplan für die Einführung DRG-basierter Fallpauschalen in deutschen Krankenhäusern sind in dieser Weise international beispiellos. Die Auswirkungen auf die zukünftige stationäre Versorgung in Deutschland dürften weit greifend sein. Aus Sicht des Rates bedarf es von Beginn an flankierender angemessener Maßnahmen der Qualitätssicherung (QS) bzw. des Qualitätsmanagements (QM) sowie vorausschauender Konzepte und Implementierungsmaßnahmen hinsichtlich adäquat entwickelter nachgehender Versorgungsangebote (Nachsorge, Rehabilitation, Pflege). Der vorhandene Gestaltungsspielraum für Selbstverwaltung und Gesetzgeber sollte daher vorausschauend, d. h. mit dem Wissen um die massiven Auswirkungen genutzt werden.

4.2 Fallpauschalen: Effizienzpotenziale und Fehlanreize

4.2.1 Fallpauschalen unter dem Aspekt einer leistungsgerechten Vergütung

487. Unter der vereinfachenden Annahme, dass Leistungserbringer die Strategie der Einkommensmaximierung verfolgen, besitzen unterschiedliche Vergütungssysteme unterschiedliche Anreizwirkungen. So kann die Maximierung des Einkommens in einem System tagesgleicher Pflegesätze über die Ausdehnung von Verweildauern erfolgen. Fallpauschalen setzen den ökonomischen Anreiz zu einer Ausdehnung von Fallzahlen, einer Verkürzung der Verweildauer, unter Umständen zu qualitätsmindernden Reduktionen des Ressourceneinsatzes pro Fall sowie zu einer Einstufung von Patientenfällen in eine möglichst hoch vergütete Fallgruppe.

¹⁹ DRG-Systeme sind Klassifikationssysteme, in denen stationäre Behandlungsfälle nach der zugrunde liegenden Diagnose (und weiteren Kriterien) gruppiert werden. Ein Behandlungsfall wird genau einer DRG zugeordnet.

²⁰ Die Vertragspartner verwenden in ihrer Vereinbarung hier den Begriff der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen.

In einem System der Einzelleistungsvergütung besteht der ökonomische Anreiz zu einer Ausdehnung von Einzelleistungen. Diese von den unterschiedlichen Grundvergütungssystemen ausgehenden prinzipiellen Verhaltensanreize sind vielfach und auch in der Lehrbuchliteratur analysiert worden (u. a. Breyer, F. u. Zweifel, P. 1997).

488. Die Begründung, die der Gesetzgeber für die Ablösung der Pflegesätze durch Fallpauschalen anführt, greift auch auf diese Überlegungen zurück: Das Ziel der Einführung des neuen Vergütungssystems besteht in der angestrebten Reduzierung von Krankenhausbetten infolge verkürzter Verweildauern, die als eine Voraussetzung zur Erreichung stabiler Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung betrachtet wird (Bundesrat 1999). Nach Auffassung des Rates greift diese Zielsetzung zu kurz und gibt die Interessen der Versicherten und Patienten (auch in ihrer Rolle als Wähler) an einer qualitätsorientierten und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung nicht angemessen wieder.

Das Ziel einer Umstellung der Vergütung stationärer Leistungen auf Fallpauschalen kann nur in einer effizienteren Versorgung gesehen werden. Eine Leistung wird effizienter erbracht als eine Vergleichsleistung, wenn sie bei gleichem Outcome zu geringeren Kosten erbracht wird, wenn sie bei gleichem Aufwand zu einem besseren Outcome führt, oder wenn eine bessere Kosten-Nutzen-Relation²¹ erreicht wird. Ein zu enges Festhalten am Prinzip der Beitragssatzstabilität kann die nicht lediglich ressourcenbezogen, sondern auch nutzenbezogen verstandene Effizienz der Leistungserbringung gefährden.

489. Eine Grundvoraussetzung für eine effiziente Leistungserbringung ist eine „leistungsgerechte“ Vergütung. Eine Vergütung kann als leistungsgerecht bezeichnet werden, wenn sie u. a. vier Voraussetzungen erfüllt:

- Die der Vergütung zugrunde liegenden Leistungseinheiten müssen kontrollierbar und vergleichbar sein, um beim Anbieter der Leistung den Anreiz zu setzen, diese effizient zu erbringen.
- Durch die Form der Vergütung wird der Anreiz gesetzt, nur Leistungen zu erbringen, die nach dem Stand des medizinischen Wissens indiziert sind. Eine Vergütung nicht indizierter Leistungen kann demnach per se nicht leistungsgerecht sein.
- Durch die Form der Vergütung wird ein Anreiz zu qualitätsorientierter Leistungserbringung gesetzt. Wenn relevante Qualitätsunterschiede in der Leistungserbringung bestehen, die gleichzeitig mit höheren Kosten verbunden sind, müsste auch die Leistungsvergütung entsprechend höher sein.
- Das Entgelt setzt den Anreiz zu kostenminimaler Leistungserstellung (bei gegebenem Output). Diese Effizienz-

enzbedingung erfüllt unter bestimmten Bedingungen in idealer Weise nur die wettbewerbliche Preisbildung. Ob eine Vergütungshöhe, die – wie ein zentral festgelegter, an Durchschnittskosten orientierter Einheitspreis – nicht unter (idealen) Wettbewerbsbedingungen zustande gekommen ist, als leistungsgerecht gelten kann, lässt sich nur nach weiterführenden Analysen entscheiden.²²

490. Die alternativen Leistungseinheiten Pfl egetage, Einzelleistungen und Behandlungsfälle stellen vor diesem Hintergrund unterschiedliche Voraussetzungen für eine leistungsgerechte Vergütung dar. Sie unterscheiden sich insbesondere in Bezug auf die erste Bedingung, die engen Bezug zu den Bedingungen zwei und drei aufweisen. Bei Pfl egetagen ist die Leistungstransparenz am geringsten, da diese keinen Rückschluss auf die erbrachten medizinischen und pflegerischen Leistungen ermöglichen. Die Vergütung von Pfl egetagen regt kaum zur Erbringung nicht ärztlicher Leistungen (z. B. Herzkatheter) an. Andererseits setzt sie wenig Anreize zu gezielter qualitätsorientierter Leistungserbringung. Ein Kosten- bzw. Qualitätsvergleich von Einzelleistungen ist nur in Bezug auf die gestellte Indikation sinnvoll. Die Transparenz und Kontrollierbarkeit bei Einzelleistungsvergütung hängt daher von der Transparenz der Indikation ab. Eine nach Möglichkeit ergebnisorientierte Qualität der Leistungserbringung lässt sich über eine Vergütung von Einzelleistungen allein nicht erreichen. Aus Transparenzgründen und den Möglichkeiten zur Begrenzung nicht indizierter Leistungen eignet sich die Leistungseinheit diagnoseorientierter Behandlungsfälle im Vergleich besser. Aus diesen Gründen folgt der Rat der Aussage früherer Gutachten, diagnoseorientierte Fallpauschalen in der stationären Versorgung als am ehesten leistungsgerecht anzusehen (SG 1995, Ziffer 402). Diese generelle Aussage befreit nicht davon, in Spezialfällen zu überprüfen, ob sich nicht andere Vergütungsformen wie z. B. die Einzelleistungsvergütung oder Mischformen besser eignen (Abschnitt II-4.4.2).

491. Diese Ausführungen weisen bereits daraufhin, dass die Entscheidung über die betrachtete Leistungseinheit (Pfl egetage, Einzelleistungen, Behandlungsfälle) trotz ihrer Bedeutung nicht ausreicht, um eine effiziente Leistungserbringung zu gewährleisten. Vielmehr sind die Rahmenbedingungen für den Prozess relevant, in dem sich die Leistungen selbst, ihre Qualität und ihre Preise im Detail konkretisieren. Jeweils geltende Regeln zur Beschränkung der Vertragsfreiheit zwischen den Akteuren der Krankenhäuser, Krankenversicherungen, Versicherten und Patienten, Regeln zur Gewährleistung der „Sicherstellung“, Regeln zur Investitionsfinanzierung sowie Budgetierungsregeln spielen in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle.

²¹ Dieser Fall tritt ein, wenn sich z. B. eine wesentlich bessere Qualität durch einen etwas höheren Ressourceneinsatz erreichen lässt. Dies erfordert jedoch den Vergleich mit einer alternativen Verwendung des zusätzlichen Ressourceneinsatzes erforderlich (Prinzip der Opportunitätskosten).

²² Entsprechend argumentiert auch Neubauer, G. (2000): „Am bundesweiten Kostendurchschnitt orientierte Fallpreise können nur dann als leistungsgerecht angesehen werden, wenn funktionsfähiger Wettbewerb unter Krankenhäusern unterstellt wird. Dies geht jedoch an der Realität des Krankenhausmarktes in Deutschland weit vorbei.“

4.2.2 Mögliche Fehlanreize von Fallpauschalen: ein kursorischer Überblick

492. So positiv die theoretische Einschätzung von Fallpauschalen auch zunächst ausfällt, so kritisch gilt es in einem weiteren Schritt zu verdeutlichen, welche Fehlanreize von der Vergütung über Fallpauschalen ausgehen können und wie diesen begegnet werden kann. Nur unter der Bedingung, dass den Fehlanreizen adäquate Gegenmechanismen entgegenwirken, lässt sich die These von Fallpauschalen als eine adäquate Vergütungsform für eine effiziente stationäre Leistungserbringung aufrechterhalten.

Die im Folgenden erläuterten Fehlanreize, die von einer Vergütung über Fallpauschalen ausgehen können, umfassen den Anreiz zu Ressourceneinsparungen mit qualitätsmindernder Wirkung, Anreize zu Patienten- bzw. Fallselektion, zur Kostenverlagerung auf benachbarte Versorgungssektoren, zur Indikationsausweitung und Fallhöhergruppierung sowie zur Fallzahlenausdehnung. Alle Fehlanreize können sowohl qualitäts- als auch ausgabenwirksam sein.

Qualitätswirksame Fehlanreize von Fallpauschalen

493. Jedes Vergütungssystem, das den Qualitätsunterschieden erbrachter Leistungen nicht Rechnung trägt, birgt die Gefahr, dass Kosteneinsparungen zulasten der Versorgungsqualität gehen. Dies gilt für eine Vergütung von Pflegetagen ebenso wie für eine Vergütung von Einzelleistungen bzw. eine pauschalierte Vergütung von Behandlungsfällen. Unterschiedlich ist jedoch die jeweilige Art der möglichen negativen Qualitätswirkungen und mithin auch deren Problemgehalt. Der Problemgehalt der möglichen qualitätswirksamen Nebeneffekte bei Pflegesätzen ist im Vergleich zu den beiden anderen Grundvergütungsformen zwar geringer einzuschätzen; dennoch sollten diese nicht unerwähnt bleiben: Mit einer unnötig langen Verweildauer, zu der eine Vergütung nach Pflegetagen ökonomisch anregt, können einerseits gesundheitlich negative Wirkungen verbunden sein, außerdem könnte sie den Präferenzen des Patienten widersprechen, was sich ebenfalls als Qualitätsminderung betrachten lässt. Zudem könnte es durchaus auch bei Pflegesätzen ökonomisch rational sein, Kosteneinsparungen durch eine Unterlassung aus qualitativer Sicht sinnvoller, jedoch kostenintensiver Leistungen zu erreichen. Während bei einer Vergütung von Einzelleistungen tendenziell der ökonomische Anreiz zu einem „Zuviel“ gegeben ist, zeigt sich bei fallpauschalierender Vergütung der gegenteilige Anreiz zu einem „Zuwenig“. Unter der Annahme, dass sich das „Zuwenig“ auf den nach dem Stand der Medizin adäquaten Leistungsumfang bezieht, kommt der von Fallpauschalen ausgehenden Qualitätsminderungsgefahr im Vergleich der größte Problemgehalt zu.

Eine Dimensionierung der von Fallpauschalen ausgehenden Qualitätsminderungsgefahr auf der Basis empirischer Studien ist sehr problematisch. In den USA durchgeführte Studien liefern keine zuverlässigen Belege für eine Verschlechterung der Behandlungsqualität durch die Ein-

führung einer fallpauschalierenden Vergütung (Kahn, K. L. et al. 1990; Kosecoff, J. et al. 1990; Rogers, W. H. et al. 1990 zit. nach Lauterbach, K. W. u. Lungen, M. 2000a). Es sei zwar zu einer Zunahme der Entlassungen in einem nicht genügend stabilen Zustand gekommen. Aufgrund des langfristigen Trends der Qualitätsverbesserung der Rehabilitation habe sich dieser Tatbestand jedoch nicht negativ auf das Gesamtergebnis der Krankenbehandlung ausgewirkt. Um diese Ergebnisse für deutsche Verhältnisse nutzbar zu machen, müssten zumindest die wesentlichen Rahmenbedingungen und deren Einflüsse auf die Korrelation zwischen Fallpauschalen und Behandlungsqualität bekannt sein, die in den USA gelten, wie z. B. dort zum Einsatz kommende Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren bei der Leistungsvergütung, das Ausmaß und die Verfahren einer komplementären Verbesserung von Nachsorge und Rehabilitation sowie insbesondere auch der Grad der Flexibilisierung der Verhandlungsstrukturen zwischen Krankenversicherungen und Krankenhäusern.

494. Häufig unbeachtet bleibt eine weitere Form des Qualitätsverlusts, dessen Wahrscheinlichkeit die Einführung einer fallpauschalierenden Vergütung in Krankenhäusern möglicherweise erhöht: Es geht dabei um eine Verminderung qualitätswirksamen Kooperationswillens unter behandelnden Ärzten im Sinne von fachärztlichen Konsilien oder Zweitmeinungen (Scriba, P. 1997). Wäre ein Krankenhaus in der Lage, die qualitätserhöhenden Effekte solcher Kooperationsleistungen den Krankenversicherungen und Patienten bzw. Versicherten gegenüber einnahmenwirksam darzustellen, würde der Anreiz für die Krankenhausleitung bestehen, krankenhausinterne Instrumente zur Förderung der Kooperationswilligkeit unter den behandelnden Ärzten zu entwickeln.

495. Die Ansätze, der von Fallpauschalen ausgehenden Qualitätsverschlechterungsgefahr entgegenzuwirken, umfassen:

- Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements (Kapitel II-2 und II-3 sowie Abschnitt I-2.3.2);
- die über Auswertungen von im Rahmen der Patientenklassifikation erfassten Daten erzeugbare Verbesserung von Leistungs-, Qualitäts- und Kostentransparenz (Abschnitt II-4.3.1). In diesem Zusammenhang spielt auch die Stärkung der Nutzerkompetenz durch mehr Transparenz und Patientenrechte eine Rolle (Kapitel I-3);
- die Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren bei der Leistungsvergütung (Abschnitt II-4.4.2) und
- eine Flexibilisierung der Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Krankenhäusern mit dem Zweck, die Qualität der stationären Versorgung zum zentralen Parameter von Verträgen und damit zum Wettbewerbsparameter der Krankenkassen zu machen (Abschnitt II-4.4.1).

496. Die fortschreitende Verbreitung pauschalierender Vergütungssysteme hat sicherlich dazu beigetragen, dass

bei den QM-Maßnahmen ein Zielwandel von der Vermeidung eines Zuviel zur Vermeidung eines Zuwenig stattgefunden hat. In Deutschland wurde mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten zum 1. Januar 1995 eine Rahmenvereinbarung für eine speziell auf Fallpauschalen ausgerichtete Qualitätssicherung auf Bundesebene geschlossen (Abschnitt II-3.1.1). Ein flächendeckender Einsatz blieb jedoch bisher aus, da die einzelnen Bundesländer ihrer Verpflichtung zur Umsetzung dieser Rahmenvereinbarung unterschiedlich nachgekommen sind. Mit einem Ausbau der Qualitätssicherung durch das GKV-Reformgesetz 2000 (§§ 135-137 SGB V) hat der Gesetzgeber zumindest die Voraussetzungen geschaffen, das Instrument der Qualitätssicherung im Hinblick auf eine Begrenzung negativer Qualitätswirkungen durch die Einführung einer durchgängigen fallpauschalierenden Vergütung stationärer Leistungen zu schärfen.

497. Wirksame Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in hohem Maße von validen und vollständigen Daten abhängig. Deutschland weist in dieser Hinsicht großen Nachholbedarf auf. Der Einsatz von Fallklassifikationssystemen und die damit notwendigerweise verbundene Falldokumentation würde automatisch zu einer verbesserten Datenqualität beitragen²³. In den USA bildete die verbesserte Anwendung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Fallklassifikationsverfahren aufgrund der erleichterten Identifikation des Vergleichsobjekts „Patientenfall“ eine zentrale Motivation für die Entwicklung von DRG-Verfahren. Qualitätssicherungsdaten könnten unter Wahrung datenschutzrechtlicher Bestimmungen öffentlich zugänglich gemacht werden. Auf diese Weise würden Sekundärauswertungen ermöglicht, die im Rahmen von wissenschaftlichen Diskussionen bewertet werden und für eine bessere Qualitätskontrolle durch Kassen, Versicherte bzw. Patienten genutzt werden könnten (z. B. Krankenhausvergleiche). Für die Messung der Ergebnisqualität sind zunächst aussagekräftige Indikatoren zu entwickeln²⁴, zu erfassen und über adäquate Auswertungen der Behandlungsfalldaten zu messen. Ein Ansatz zur Verbesserung der Prozessqualität besteht in einer Verknüpfung der Fallklassifikationscodes mit Leitlinien (Abschnitt II-2.4). Es wäre zudem wünschenswert, Aussagen über relevante Qualitätsveränderungen durch die Einführung fallpauschalierender Vergütungssysteme anhand von Veränderungen der Struktur-, Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualitäten zu dokumentieren.

498. Da die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems nicht nur Auswirkungen auf den stationären Sektor hat, sondern über die Anreize zur Indikationsausweitung, Patienten- bzw. Fallselektion und Kostenverlagerung auf

andere gesundheitliche Versorgungsbereiche wie den ambulanten Bereich, die Rehabilitation, die Pflege sowie auf die Arzneimittelausgaben bzw. -preise ausstrahlt, sollten Qualitätssicherungsmaßnahmen ebenfalls sektorübergreifend ansetzen. Um den Erfolg einer stationären Behandlung festzustellen, müssten demnach die gesamten Versorgungsstrukturen entlang der Behandlungskette mit ihren Ergebnissen in die Bewertung einbezogen werden.

Fehlanreize zur Patienten- bzw. Fallselektion

499. Eine fallpauschalierende Leistungsvergütung setzt Krankenhäusern den ökonomischen Anreiz, Patienten abzulehnen, bei denen im Vorfeld eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Behandlung ihres „Falls“ höhere Kosten als die abrechenbare Fallpauschale erzeugt. Dieser Anreiz hängt in hohem Maße von der Ausgestaltung des Fallklassifikationssystems im Sinne der Kriterien der Kostenhomogenität und der medizinischen Homogenität der abrechenbaren Fallgruppen ab. Der Anreiz ist umso geringer, je stärker ausgabenrelevante Patientenmerkmale (Schweregrad einer Erkrankung, Nebenerkrankungen) sowie differenzierte ökonomische Schweregrade im Klassifikationsverfahren berücksichtigt werden und je weniger die Kosten einzelner Behandlungsfälle den durchschnittlich angesetzten Ressourcenverbrauch unter- und/oder übersteigen (Abschnitt II-4.3.1).

Wenn ein bei Aufnahme identifizierbares Patientenmerkmal unberücksichtigt bleibt, das einen allgemein bzw. in dem betreffenden Krankenhaus bekannten und erheblichen (positiven) Einfluss auf den Ressourcenverbrauch hat, bei der Vergütung nicht berücksichtigt wird, entsteht auf diese Weise für das Krankenhaus der ökonomische Anreiz, Patienten, die eines oder mehrere dieser Merkmale aufweisen, abzulehnen bzw. nach Aufnahme unterzuversorgen, um Kosten zu sparen. Der Fehlanreiz zur Patienten- bzw. Fallselektion kann nicht nur bei Aufnahme eines Patienten, sondern auch bei Entscheidungen über seine Verlegung bzw. Weiterverweisung in vor- oder nachgelagerte Versorgungseinrichtungen bzw. Abteilungen innerhalb des Hauses wirksam werden. Diesem Aspekt muss bei der Ausgestaltung der fallpauschalierenden Vergütung ebenfalls besondere Aufmerksamkeit zukommen (Abschnitt II-4.4.2).

Die Handlungsmöglichkeiten von Krankenhäusern, den möglichen Anreizen zu Patienten- bzw. Fallselektion nachzugehen, hängen u. a. davon ab, wie Krankenhäuser rechtzeitig an die notwendigen Informationen über den betreffenden Patienten gelangen können. Zudem wird ein Krankenhaus bei einer Selektionsentscheidung wohl auch erwägen, dass eine Ablehnung von Patienten medienwirksam zum Prestigeverlust des Krankenhauses führen kann. Weiterhin ist in diesem Kontext zu berücksichtigen, dass Krankenhäuser auch heute schon die Behandlung bestimmter Patienten ablehnen²⁵, ohne dass die Ablehnungsgründe transparent wären. Kapazitätsaspekte können einen Grund für eine Ablehnung darstellen, was dann jedoch zum Wohle des betreffenden Patienten wäre.

²³ Ein weiterer Ansatz zur Verbesserung der Datenqualität besteht darin, die Datenlieferungen zur Qualitätssicherung den gleichen rechtlichen Bestimmungen zu unterwerfen wie die Abrechnungsdaten. Die finanziellen Sanktionsmöglichkeiten bei fehlerhaften Lieferungen sollten einen deutlichen Anreiz zur Aufrechterhaltung einer hohen Datenqualität setzen.

²⁴ Amerikanische Erfahrungen zeigen, dass die relativ unspezifischen allgemeinen Suchkriterien für Auffälligkeiten (*generic screens*) zu hohen Fehlerquoten sowohl in Richtung falsch positiv als auch falsch negativer Fälle führen.

²⁵ Lediglich im Rahmen der Notfallversorgung besteht für die Krankenhäuser Kontrahierungszwang.

Diese Hinweise mindern jedoch nicht die Notwendigkeit, ein fallpauschalierendes Vergütungssystem von vorn herein fehlanreizbegrenzend auszugestalten.

Fehlanreize zur Kostenverlagerung auf benachbarte Versorgungsbereiche

500. Bei einer durchgängigen Umstellung der Vergütung auf ein pauschalierendes System droht die Gefahr weitergehender Kostenverlagerungen, zu deren Vermeidung adäquate Gegenmaßnahmen ergriffen werden müssen. Die internationalen Erfahrungen mit DRGs haben gezeigt, dass es durch eine Umstellung der Vergütung auf pauschalierende Entgelte schon nach kurzer Zeit zu einer erheblichen Verkürzung der Verweildauer kommt. Eine Mehrbelastung für nachbehandelnde Einrichtungen, z. B. der Rehabilitation, der haus- und spezialärztlichen Weiterbehandlung und der extendierten Hauspflege entsteht in dem Maße, als Patienten vermehrt in einem instabilen Zustand entlassen werden.

Diesen Gefahren muss durch wirksame versorgungsreichsübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen, die unter anderem eine praktikable Festlegung von medizinischen Kriterien für die Entlassung von Patienten umfassen sollten, vorgebeugt werden.

Die Vermeidung des Anreizes zur Kostenverlagerung in benachbarte Versorgungsbereichen wurde bereits bei Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte verfolgt, z. B. mit einer „Teilung von Fallpauschalen“ mit nicht abschließend transparent aufgearbeiteten ökonomischen und gesundheitlichen Wirkungen.

Fehlanreize zur Indikationsausweitung und Fallhöhergruppierung

501. Im Gegensatz zu einer Vergütung von Pflegetagen setzt eine Vergütung von Fallpauschalen den Fehlanreiz zu einer entgeltwirksamen medizinisch nicht notwendigen Ausweitung der Indikation. Dies kann z. B. über eine Höherstufung der Fallschwere bei der Erfassung eines Behandlungsfalles erreicht werden. Dieses Phänomen bezeichnet man als DRG-upcoding oder auch *DRG-creep*. In der medizinischen Klassifikation existieren erhebliche Ermessensspielräume bei der Wahl von Diagnosen, Nebendiagnosen und auch Prozeduren.

Wenn bewusst verzerrende Codierungen vorgenommen werden, die sich ausschließlich aus den geänderten Anreizen des DRG-Verfahrens ergeben und nicht durch Ermessensspielräume gedeckt sind, wie z. B. das Vertauschen von Haupt- und Nebendiagnosen, das Missachten von Codierregeln oder das Manipulieren unvollständiger Patientenunterlagen, liegen illegale Aktivitäten vor. Die Vielschichtigkeit des *up-coding* erschwert die Trennung von legalen und illegalen Aktivitäten. In den USA wurden zur Ermittlung der Höhe des *up-coding* vielfältige und aufwendige Untersuchungen²⁶ mit dem Ergebnis durch-

geführt, dass im Zeitablauf eine Verbesserung der Codierqualität eintrat, da diese von der Erfahrung des Arztes und dem Einsatz von *groupern* (EDV-Software) stark abhing. Da zudem der Dokumentationseffekt und der Einschätzungseffekt nach Ablauf von etwa drei bis vier Jahren ihr Maximum erreichen (Iezzoni, L.I. 1994), ist die Steigerungsfähigkeit des *up-coding* begrenzt. Bei dem Anstieg handelt sich also um ein temporäres Problem, welches durch entsprechende Abstufungen der Vergütungshöhe ausgeglichen werden könnte. Ein hoher Kontrollaufwand lohnt unter Umständen nicht, da er häufig nur geringe Erfolge in der Eindämmung illegaler Codierungen bringt. Eine Überwachung der Codierung nach dem amerikanischen Modell der *peer review organizations* bietet sich daher nicht oder nur unter Vorbehalten an. Lauterbach und Lungen kommen bei der Umrechnung der US-amerikanischen Kosten, die für die stichprobenartige Überprüfung der Richtigkeit der Patienteneinstufungen des Jahres 1986 auf Betrag von ca. 625²⁷ Mio DM bzw. 800²⁸ Mio DM (Lauterbach, K. u. Lungen, M. 2000b). Der Rat weist daraufhin, dass eine externe indikationsbezogene Bewertung stationärer Versorgungsaufgaben auf der Basis von Routinedaten dauerhaft eingeschränkt sein wird.

Gefahr einer Fallzahlenausdehnung

502. Eine fallpauschalierende Vergütung setzt einen ökonomischen Anreiz zu einzelwirtschaftlicher Fallzahlenausdehnung. Dabei ist zu unterscheiden, ob ein Krankenhaus Gewinn- oder Umsatzmaximierung betreibt. Bei Umsatzmaximierung ist der Anreiz zur Mengenausdehnung theoretisch unbegrenzt. Bei Gewinnmaximierung wird die Mengenausdehnung begrenzt durch Ergebnisse der Deckungsbeitragsrechnung. Allerdings besteht für Krankenhäuser ein ökonomischer Anreiz zu diesem Verhalten bei jedem Vergütungssystem, dass die Behandlung zusätzlicher Patienten finanziell belohnt. Es handelt sich daher nicht um ein speziell fallpauschalierenden Entgelten eigenes Phänomen.

Der Fallzahlenausdehnung einzelner Krankenhäuser sind in Deutschland durch die größtenteils gelenkte Einweisung über niedergelassene Ärzte Grenzen gesetzt. Sehr wohl möglich sind jedoch verdeckte Arrangements mit zuweisenden Ärzten oder auf Patienten zielende Marketingmaßnahmen von Krankenhäusern. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass insbesondere am Wochenende die Selbsteinweisungsquote von Patienten eine relevante Größenordnung hat. Einzelwirtschaftliche, auf das einzelne Krankenhaus bezogene Fallzahlenausdehnungen haben nur dann einen insgesamt mengenerhöhenden Effekt, wenn die in einigen Krankenhäusern zusätzlich behandelten Fälle nicht durch Fallzahlenrückgänge in anderen Krankenhäusern kompensiert werden, somit also auch gesamtwirtschaftlich gesehen eine Fallzahlenausdehnung vorliegt.

In den USA war nach Einführung der DRG-basierten Vergütung ein Rückgang der Patientenaufnahmen um 4 %

²⁶ U.S. Congress, Office of Technology Assessment 1985; Louis, D.Z. et al. 1999; Hsia, D.C. et al. 1988 und 1992; Schechter, C. B. u. Kliensky, M. M. 1988; Doremus, H.D. et al. 1983; Corn, R. F. 1989; Colin, C. et al. 1994.

²⁷ nicht inflationsbereinigt.

²⁸ bei Berücksichtigung einer Inflationsrate von 2 %.

von 1983 gegenüber 1984 zu verzeichnen, wobei in den Jahren zuvor stetig steigende Fallzahlen festgestellt wurden (U.S. Congress, Office of Technology Assessment 1985; Russell, L. B. 1989). Für den Rückgang der Fallzahlen wurden folgende Gründe angegeben: (1) die ambulante Behandlung wurde finanziell attraktiver gestaltet, (2) den Krankenhäusern drohte vonseiten der Gesundheitsbehörde bei Fallzahlensteigerungen starker Druck und (3) die Krankenversicherer beobachteten die Einweisungen im Rahmen von Managed Care und die Qualitätssicherungsorganisationen im Rahmen von *peer reviewing* die Einweisungen streng.

In Deutschland wird bei Fallpauschalen und Sonderentgelten im Rahmen der korporativen Verträge der Krankenkassenverbände mit einzelnen Krankenhäusern bereits heute ein Instrument der Fallzahlenbegrenzung eingesetzt. Behandelte Fälle, die die geplante Fallzahl überschreiten, werden degressiv vergütet; der Anreiz, weniger als die vereinbarte Planmenge zu erreichen, wird durch einen Vergütungszuschlag pro eingespartem Fall gesetzt.

4.2.3 Fallpauschalen und räumliche Sicherstellung

503. Neben das Ziel einer effizienten stationären Versorgung tritt zusätzlich das sozialpolitische Ziel einer in räumlicher Hinsicht bedarfsgerechten stationären Versorgung der Bevölkerung. In Deutschland unterliegen die Länder der gesetzlichen Verpflichtung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung der Bevölkerung. Nach § 6 KHG müssen sie zu diesem Zwecke Krankenhauspläne erstellen, in die alle bedarfsgerechten Krankenhäuser zwingend aufzunehmen sind.

504. Die (nahezu) durchgängige Einführung der Leistungseinheit Patientenfälle für die Vergütung stationärer Leistungen dürfte dazu führen, dass sich einkommensorientierte Entscheidungen von Krankenhäusern wesentlich stärker als bisher auf einzelne Fallgruppen beziehen. Betriebswirtschaftlich rational ist dann vereinfacht ausgedrückt die Ausweitung von Kapazitäten für gewinnbringende Fallgruppen und die Rückführung von Kapazitäten für verlustbringende Fallgruppen. Letzteres kann bis hin zu einer Schließung einzelner Krankenhausabteilungen oder aber zur Schließung bzw. zum Konkurs ganzer Krankenhäuser führen. Im Vergleich zur bisherigen Situation kann auf diese Weise ein massiver Strukturwandel in der deutschen Krankenhauslandschaft ausgelöst werden, der große Veränderungen im Hinblick auf die Frage, welches Krankenhaus welche Leistungen anbietet, erwarten lässt. Außerdem lohnt sich für Krankenhäuser bei fallpauschalierender Vergütung die Ausnutzung von Kostendegressionseffekten, die sich bei steigenden Fallzahlen einstellen (höhere Kapazitätsauslastung z. B. bei teuren medizintechnischen Geräten, günstigere Bezugsbedingungen für Inputfaktoren, geringere Vorhaltekosten) (JG 1989, Ziffer 336) einstellen. Ein auf diese Weise ausgelöster bzw. beschleunigter Prozess der Konzentration und Spezialisierung in der Krankenhauslandschaft ist unter dem Aspekt zunehmender Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wünschenswert.

505. Diese Veränderungen berühren den räumlichen Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung der Bundesländer. Es ist und bleibt Aufgabe der Bundesländer, in bereits jetzt schwach versorgten Regionen die Entwicklung aufmerksam zu verfolgen und rechtzeitig gegenzusteuern. Jedoch können die derzeitigen Verfahren der Krankenhausplanung auf schnelle Veränderungen in der Krankenhauslandschaft nicht zeitnah reagieren. Über kurz oder lang werden Anpassungen der in den Bundesländern eingesetzten Verfahren der räumlichen Planung stationärer Kapazitäten erforderlich sein. Anzusetzen wäre dann u. a. bei den Vorgaben für eine Kapazitätsplanung, die in Zukunft möglicherweise eine regionale Fallzahlenplanung sein wird und nicht zuletzt epidemiologisch gestützte Prognosedaten einbeziehen sollte.

506. Es wäre jedoch nicht angemessen, die notwendigen Veränderungen bei der stationären Bedarfsplanung als Argument gegen die Einführung des neuen Vergütungssystems anzuführen. Die stationären Kapazitäten gemessen in Bettenzahlen sind in Deutschland im Vergleich zu anderen wohlstandsmäßig vergleichbaren Ländern noch immer sehr hoch (OECD 2000). Insofern wären weitergehende Reduzierungen der Bettenzahlen aus versorgungspolitischer Sicht vermutlich in der nächsten Zeit nicht bedenklich. So ist es aus Sicht des Rates zu verantworten, wenn die Bundesländer nicht zeitgleich mit der Einführung des neuen Vergütungssystems eine Anpassung der stationären Bedarfsplanung einleiten.

4.3 Die Entscheidung für das australische Klassifikationssystem

4.3.1 Die Entscheidung für AR-DRGs im Lichte relevanter Beurteilungskriterien

507. In ihrer Vereinbarung vom 27. Juni 2000 haben sich die Vertragspartner auf das australische Patientenklassifikationssystem der AR-DRGs (der 4. Generation) festgelegt. Dieser Entscheidung ging ein Vergleich mit folgenden anderen DRG-Systemen voraus: US-amerikanische HCFA-DRGs, AP-DRGs, APR-DRGs und R-DRGs, die internationale Version der IAP-DRGs, französische GHM, skandinavische Nord-DRGs und österreichische LDF²⁹. Die Vertragspartner haben zunächst bis zum 31. Dezember 2005 (Ende der Konvergenzphase) eine Begrenzung auf insgesamt 800 abrechenbare Basis-DRGs sowie auf jeweils in nur drei (anstelle von fünf programmtechnisch möglichen) Schweregraden abrechenbare DRGs beschlossen.

²⁹ Die Abkürzungen bedeuten im Einzelnen: HCFA: Health Care Financing Administration, AP-DRG: *all patient* DRG, APR-DRG: *all patient refined* DRG, R-DRG: *refined* DRG, IAP-DRG: *international all patient* DRG, AR-DRG: *australian refined* DRG, GHM: *groupes homogènes de malades*, LDF: leistungsbezogene Diagnose-Fallgruppen.

Erfüllen AR-DRGs das Kriterium der medizinischen Homogenität?

508. Eine Fallgruppe gilt dann als medizinisch homogen, wenn die Behandlungsfälle dieser Fallgruppe ein ähnliches Leistungsgeschehen im Krankenhaus auslösen, d. h. wenn der Ablauf der Behandlung und die zu erbringenden Leistungen vergleichbar sind, wenn ähnliche klinische Kapazitäten genutzt werden. Die Planung, Steuerung und Qualitätssicherung von Behandlungsabläufen erfolgt zwar im Wesentlichen auf der Basis von im Rahmen der Falldokumentation erfassten Einzelleistungen, die dann jeweils mit Bezug zur Fallgruppe für diverse Auswertungen zur Verfügung stehen sollten. Das aggregierte Niveau der Fallgruppen muss jedoch ebenfalls aussagekräftige Daten für die Planung, Steuerung und Qualitätssicherung des Leistungsgeschehens im Krankenhaus liefern.

Bei den in Deutschland seit 1995 verwendeten Fallpauschalen stellt sich die klinische Homogenität über eine Orientierung der Fallgruppenzuordnung an den medizinischen Leistungen (Prozeduren) ein. In einem DRG-System wird eine zunächst noch grobe medizinische Homogenität durch die Gruppierung über die Hauptdiagnose erreicht, die dem Verfahren seinen Namen gibt (*diagnosis related*). Zusätzlich wird zwischen einer chirurgischen und konservativen Behandlung sowie dem Diagnosespektrum unterschieden. Das AR-DRG-System berücksichtigt 409 Basisfallgruppen. Darüber hinaus werden besonders kostenträchtige Einzelprozeduren (z. B. Transplantations- und Trachestomiefälle) nicht nach Diagnosen gruppiert. Auf einer weiteren Verfahrensstufe bei der Fallgruppierung werden Nebendiagnosen (Komorbiditäten), Komplikationen und weitere Patientenmerkmale berücksichtigt. Dieser Schritt dient primär der Bildung kostenhomogener Fallgruppen. Das australische AR-DRG-System lässt insgesamt 3.215 Diagnosen als relevante Komplikationen oder Komorbiditäten zu. Für jede Nebendiagnose wird unter Berücksichtigung weiterer Patientenmerkmale (Alter, Geschlecht, Entlassungsart, Geburtsgewicht) ein klinischer Schweregrad vergeben. Die Nebendiagnosen werden über einen Algorithmus ausgewertet, gewichtet und in Verbindung mit der Hauptdiagnose und deren Schweregrad zu einem patientenbezogenen Gesamtschweregrad zusammengefasst (DTHG und DKG 2000). Ein positiver Nebeneffekt des komplexen Algorithmus für die Ermittlung der Schweregrade könnte darin bestehen, dass er eine finanziell motivierte Manipulation der Codierung erschwert.

509. Zur Beantwortung der Frage, wie hoch der medizinische Homogenitätsgrad sein sollte, können insbesondere die Anforderungen der Qualitätssicherung einen Beitrag leisten. Einerseits sollte die durch das DRG-Verfahren ermöglichte Falldokumentation genügend detailliert sein, um ohne zusätzlichen Datenerfassungsaufwand konkrete Ansatzpunkte für die Qualitätssicherung zu liefern; andererseits sollte eine Aggregation der Falldaten möglich sein, die für eine auf dem Vergleich von Behandlungsfällen basierende Qualitätssicherung notwendig ist. So sollte z. B. die Verlegungsrate pro medizinischer Fall-

gruppe so aussagefähig sein, dass darauf ein leistungsorientierter Vergütungszuschlag/-abschlag gewährt werden kann (Neubauer, G. 2000). Ein ausreichend differenziertes DRG-System erhöht zudem die Vergleichbarkeit von Ergebnissen externer Qualitätsprüfungen, von Leistungsberichten und Zertifizierungen, wenn Unterschiede im Behandlungsspektrum eines Krankenhauses, die auf unterschiedliche Patientenmerkmale zurückzuführen sind, bereits automatisch berücksichtigt werden.

Was die im Rahmen der Dokumentation eines Patientenfalls erfassten Daten angeht, so erfüllt das australische Patientenklassifikationssystem der AR-DRGs das Kriterium der medizinischen Homogenität weit reichender als alternative DRG-Systeme. Ein Defizit besteht jedoch darin, dass Auswertungsalgorithmen bisher lediglich auf der Ebene der Basisfallgruppen, die für die Qualitätssicherung zu hoch aggregiert sind, oder aber auf der Ebene der erfassten Einzelleistungen ohne Fallgruppenbezug, deren Aggregationsgrad für die Qualitätssicherung wiederum zu gering ist, verfügbar sind. Bei den DRG-Verfahren des amerikanischen Typs *all patient* (AP) stellt sich dieses Problem nicht, da die erfassten Nebendiagnosen mit der Hauptdiagnose nicht fest verknüpft sind, sondern beliebige Verknüpfungen erst zum Zeitpunkt der Auswertung hergestellt werden können. Die Verfahren des Typs *all patient refined* (APR) haben den Vorteil gegenüber alternativen DRG-Verfahren, dass sie Aussagen über das Mortalitätsrisiko zulassen. So ist ein Vergleich der zu erwartenden mit der tatsächlichen Mortalität pro Fallgruppe möglich (Lauterbach, K. W. u. Lungen, M. 2000a). Die Mobilisierung von Qualitätssicherungspotenzialen, die das System der AR-DRGs grundsätzlich aufweist, hängt schließlich essenziell von der Entwicklung adäquater Auswertungsinstrumente ab, die als sehr aufwendig einzuschätzen ist.

510. Die Fallgruppenzuordnung eines Patientenfalls wird in allen derzeit international verfügbaren DRG-Verfahren aufgrund der Einweisungsdiagnose vorgenommen. Die Diagnosestellung kann sich jedoch im Behandlungsverlauf verändern. Vor diesem Hintergrund wäre es z. B. wünschenswert, die Erfassung der Diagnose hinreichend differenzieren zu können nach ihrem Verlaufsstatus „Verdacht“, „zum Ausschluss“ und „gesichert“ (vgl. SG 1994, Ziffer 275ff.). Diese Möglichkeit bietet das System der AR-DRGs bisher nicht. Eine im Behandlungsverlauf veränderbare Diagnose, die für die Fallgruppenzuordnung ausschlaggebend ist, wäre jedoch mit dem Nachteil verbunden, dass sich dadurch der Spielraum für ökonomisch motivierte nachträgliche Codiermanipulationen erheblich ausdehnen würde.

511. § 17b Abs. 1 Satz 2 KHG fordert eine Begrenzung der Fallgruppenanzahl aus Gründen der Praktikabilität: „der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein“. Die Forderung nach Praktikabilität steht insbesondere in Konflikt mit der Forderung nach klinischer Homogenität. In der Familie der DRG-Fallgruppierungsverfahren erreichen die Verfahren mit einer relativ geringen Zahl an Fallgruppen zwar eine akzeptable Kostenhomogenität (HCFA-DRGs, AP-DRGs), doch die klinische Homogenität wird

erst akzeptabel bei den Verfahren mit über 1 000 Fallgruppen (APR-DRGs, IAP-DRGs). Angesichts der Bedeutung einer ausreichenden medizinischen Homogenität einerseits und den Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung andererseits, sollte für eine Entscheidung, ob 500 oder 1 000 Fallgruppen sinnvoll sind, die medizinische Homogenitätsforderung ausschlaggebend sein und nicht der administrative Aufwand (Neubauer, G. 2000).

Erfüllen AR-DRGs das Kriterium der Kostenhomogenität?

512. In Bezug auf ihren Ressourcenverbrauch homogene Fallgruppen bilden die Voraussetzung dafür, dass eine einzige Pauschale für alle Behandlungsfälle einer Fallgruppe als leistungsgerecht betrachtet werden kann, und dass der in Abschnitt II-4.2.2 erläuterte Anreiz für Krankenhäuser zur Patienten- bzw. Fallselektion begrenzt wird. Kostenrechnungstechnisch relevant sind in diesem Zusammenhang lediglich die direkt zurechenbaren Kosten (ärztliches und pflegerisches Krankenhauspersonal, medizinische und pflegerische Leistungen, erforderliche Geräte, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel, etc.).

Bei jeder Form der Fallgruppierung werden die Fälle, die einer Fallgruppe zugeordnet werden, Abweichungen vom mittleren Ressourcenverbrauch aufweisen. Es kann demnach nicht darum gehen, diese ganz zu vermeiden, sondern nur darum, die Abweichungen in einem akzeptablen Rahmen zu halten.

Das australische AR-DRG-System gestattet die Erfassung besonders kostenintensiver Einzelleistungen, die nicht weiter gruppiert werden, und schließt damit eine finanzielle Benachteiligung von Krankenhäusern aus, bei denen eine Häufung solcher Behandlungsfälle auftritt. Eine gesonderte Vergütung von Fällen, in denen durch die Vertragspartner noch festzulegende Grenzen von Verweildauern überschritten werden, lässt sich bei dem Verfahren der AR-DRGs ebenfalls berücksichtigen (Abschnitt II-4.4.2).

513. Der Grad an Kostenhomogenität eines DRG-Systems liegt in seinen rechnerischen Vorgaben (z. B. zulässige Varianz, Regeln zur Varianzreduktion) für die Fallgruppenbildung und die Zuordnung von Schweregraden. Um prospektiv eine Kostenhomogenität von Behandlungsfällen einer Fallgruppe zu erreichen, müssen über statistische Korrelationsrechnungen die Patientenmerkmale ermittelt werden, die Unterschiede im Ressourcenverbrauch am besten erklären. Ein inhaltlicher Zusammenhang zwischen medizinischer Homogenität und Kostenhomogenität lässt sich über die Korrelationsparameter herstellen: „Das beste Fallgruppensystem ist das, welches den höchsten Anteil von Kostenvarianzen pro Fallgruppe über medizinische Faktoren erklären kann.“ (Mansky, T. 2000). Über die für australische Behandlungsfälle im Rahmen des AR-DRG-Systems geltenden Kostenvarianzen existieren keine Studien, während für die in AP- und APR-DRG-Systeme auf tretenden Kostenvarianzen Untersuchungen vorliegen (vgl. u. a. Averill, R. F. et al. 1998).

514. Mit der Entscheidung für das australische System der AR-DRGs ist für Deutschland automatisch auch die Entscheidung für australische Rechenregeln gefallen und darüber hinaus auch eine implizite Akzeptanz der australischen Kostengrößen, die der Fallgruppenbildung zugrunde liegen. Dieselben Rechenregeln angewandt auf deutsche Fallkosten würden nicht zwingend zu identischen Fallgruppen führen. Genau genommen müsste der Einfluss der von den Vertragspartner noch zu beschließenden besonderen fallbezogenen Vergütungsregeln (Zu-/Abschläge) auf die verfahrensinternen Rechnungen zur Fallgruppenbildung explizit berücksichtigt werden. Fälle mit Merkmalen, z. B. Langlieger, wären bei den Berechnungen kostenhomogener Fallgruppen auszu schließen, sobald es Sonderregelungen für die Vergütung dieser Fallmerkmale gibt. Eine Überprüfung der Unterschiede auf der Basis deutscher Kostengrößen wäre von daher von großem Interesse, jedoch vermutlich mit großem Aufwand verbunden. Die für die Fallgruppenbildung verwendeten Kostengrößen beziehen sich auf die Ebene von Komorbiditäten, Komplexitäten und weiteren Patientenmerkmalen, werden von daher im Rahmen der Kalkulation der Bewertungsrelationen und Punktwerte nicht automatisch erhoben, da sich diese Erhebung auf die aggregierte Ebene abrechenbarer Fallgruppen bezieht.

Internationale Vergleichbarkeit zur Verbesserung der Leistungstransparenz

515. Die Transparenz über Fallgruppen als „Krankenhausprodukte“ bildet aus der Sicht der Versicherungen, Versicherten und Patienten eine wichtige Voraussetzung für die Vergleichbarkeit von Krankenhausleistungen, welche wiederum Steuerungswirkungen im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige und kostengünstige stationäre Versorgung entfalten kann (vgl. u. a. SG 1997, Ziffer 655 sowie Abschnitt II-4.4.2). Notwendige Bedingung für Transparenz ist die Einheitlichkeit der Leistungsdefinition. Diese aber wird bereits durch den Einsatz eines einheitlichen Klassifikationssystems erfüllt. Um nicht nur innerhalb von Deutschland, sondern international eine Vergleichbarkeit stationärer Leistungen zu erreichen, wäre eine Übereinstimmung der Klassifikationssysteme mit dem jeweiligen Vergleichsland erforderlich. Einschränkung sei jedoch bemerkt, dass es sehr unwahrscheinlich wäre, dass – setzt man abweichende Kostenstrukturen in den einzelnen Ländern und eine Erfüllung des Kriteriums der Kostenhomogenität voraus – sich eine exakte Übereinstimmung in Art und Anzahl der Fallgruppen ergäbe. Die internationale Vergleichbarkeit deutscher Fallgruppen ist bei Einsatz des australischen AR-DRG-System äußerst gering, da dieses System bisher ausschließlich in Teilen Australiens im Einsatz ist.

4.3.2 Zur Anpassung des AR-DRG-Systems an deutsche Verhältnisse

516. Vielfältige Aktivitäten sind erforderlich, um das System der AR-DRGs in Deutschland einsetzen zu können. Dazu zählen sowohl Vorbereitungen auf deutscher

Seite, als auch Anpassungen in der australischen Spezifikation³⁰ des AR-DRG-Systems für einen Einsatz in Deutschland. Die Kalkulation der durchschnittlichen Kostengewichte pro abrechenbarer Fallgruppe stellt dabei einen der aufwendigsten Aufgabenblöcke dar. Zeitintensiv ist vor allem aber der immense organisatorische Anpassungsbedarf, den die Einführung des neuen Vergütungssystems für die einzelnen Krankenhäuser verursacht (z. B. Umstellung auf Kostenträgerrechnung). Eine Einführung des AR-DRG-Systems in Deutschland zum 1. Januar 2003 würde einen Abschluss aller Vorarbeiten bis zu den im Herbst 2002 beginnenden Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassenverbänden erforderlich machen. Aus Sicht des Rates ist dieses Zeitkorsett zu eng, insbesondere wegen der von Beginn an notwendigen, flankierenden QM-Maßnahmen sowie vorausschauender Konzepte und Implementierungsmaßnahmen für nachgehende Versorgungsangebote sowie unter dem Aspekt, dass die Steuerungswirkungen des Fallpauschalensystems schließlich im Wesentlichen von den Entgelten für die einzelnen Fallgruppen ausgehen, die auf Basis der Kostenkalkulation festzulegen sind.

517. In Australien hat das Gesundheitsministerium eine Spezifikation für das System der AR-DRGs entwickelt, die öffentlich zugänglich ist. Die Umsetzung in konkrete Anwendungssoftware wurde auf diese Weise unabhängigen Software-Unternehmen überlassen, die ihre Grouper-Software auf der Grundlage der einheitlichen Spezifikation entwickeln. Das Gesundheitsministerium zertifiziert die Grouper-Software nach erfolgreichem Bestehen eines standardisierten Testlaufs.³¹

Ein von den Vertragspartnern in Auftrag gegebenes Gutachten über die vergabe- und kartellrechtliche Beurteilung der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems gelangt zu dem Ergebnis, dass aus wettbewerbs- und kartellrechtlicher Sicht ein Handeln der Vertragspartner geboten ist, das genügend Raum für einen Wettbewerb unter Softwareherstellern ermöglicht: „Die Vertragsparteien müssen strikt darauf achten, dass ihre Vereinbarung noch ausreichenden Raum für Wettbewerb lässt. Daher müssen sie versuchen, die in einzelnen Bereichen des Verfahrens zur Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems erforderlichen Leistungen abstrakt und doch zugleich ihren Wünschen ausreichend Rechnung tragend zu definieren.“ (Boesen, A. 2000). Diese wettbewerbsrechtlich begründete Empfehlung wird zusätzlich gestützt durch das Argument, dass eine wettbewerbliche Softwareentwicklung als überlegen bei der Mobilisierung von Innovationspotenzialen auf dem Gebiet der informationstechnischen Implementierung von Spezifikationen (z. B. Bedienungskomfort) anzusehen ist (Freitag, A. 2000).

Der Rat empfiehlt den Vertragspartnern daher nachdrücklich die Anwendung des australischen Modells der Software-Zertifizierung. Das australische Pflichtenheft sollte im Hinblick auf die notwendigen Anpassungen überarbeitet werden. Die Funktion der Zertifizierungsstelle könnte in Deutschland die Selbstverwaltung wahrnehmen. Die deutschen Krankenhäuser würden von der Selbstverwaltung verpflichtet werden, ausschließlich zertifizierte DRG-Software einzusetzen.

4.3.3 Kosten der Einführung des AR-DRG-Systems in Deutschland

518. Die Vertragspartner haben sich in ihrer Vereinbarung vom 27. Juni 2000 auf die Festlegung eines Systemzuschlags der Krankenkassen an die Krankenhäuser verständigt, der die Kosten der „Implementierung, Adaption und Pflege des Klassifikationsansatzes sowie der Kalkulationskosten zur Ermittlung der Relativgewichte“ (§ 6 der Vereinbarung vom 27. Juni 2000), abdecken soll. Hier werden verschiedene Kostenarten vermischt, die eine differenzierte Betrachtung verlangen.

Kosten der Anpassung und laufenden Pflege des Verfahrens

519. Wenn die Anpassung und die laufende Pflege des Patientenklassifikationsverfahrens nach dem zuvor empfohlenen Modell einer Zertifizierungsstelle abläuft, sind die Kosten der Anpassung und laufenden Pflege gleichzusetzen mit den Kosten des Betriebs einer solchen Zertifizierungsstelle. Die Zertifizierungsstelle könnte sich finanziell selbst tragen über Einnahmen aus Gebühren für die Verleihung eines Zertifikates an DRG-Software-Anbieter. Die DRG-Software-Anbieter würden versuchen, die Kosten, die ihnen aus den Zertifikatsgebühren entstehen, an ihre Kunden, die Krankenhäuser (bzw. in einer Zwischenstufe auch Beratungsunternehmen auf dem Gebiet der Krankenhausinformationssysteme) weiterzuwälzen. An dieser Stelle lassen sich die Kosten der Verfahrensanpassung und -pflege nicht mehr von weiteren informationstechnischen Implementierungskosten (Hardware und Software) für Krankenhäuser trennen. Ein weiterer Kostenüberwälzungsschritt würde stattfinden, indem Krankenhäuser die auf diese Weise gestiegenen Verwaltungskosten auf ihre Kunden (Krankenkassen, private Krankenversicherungen und privat zahlende Patienten) überwälzen. In einem letzten Überwälzungsschritt würden Anpassungen bei den Beitragssätzen bzw. Prämien bei den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen ausgelöst werden.

520. Die entscheidende Frage besteht darin, wie der Kostenüberwälzungsprozess von den Krankenhäusern auf die Krankenversicherungen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben mit der Einführung des neuen Vergütungssystems ablaufen könnte. Eine Möglichkeit bildet der von den Vertragspartnern vorgeschlagene Systemzuschlag. Eine alternative Lösung besteht in der Einbeziehung der erhöhten Verwaltungskosten in die Kostenkalkulation zur Ermittlung der Bewertungsrelationen. Das für die Wahl

³⁰ Der Begriff „Spezifikation“ hat hier dieselbe Bedeutung wie der Begriff „Pflichtenheft“. Ein Pflichtenheft enthält detaillierte fachliche Vorgaben für die EDV- bzw. informationstechnische Umsetzung.

³¹ vgl. <http://www.health.gov.au/casemix/grouper1.htm> (Internet-Homepage des australischen Gesundheitsministeriums).

der Vergütungsform relevante Entscheidungskriterium sollte sein, inwieweit der Anreiz für Krankenhäuser gesetzt und erhalten wird, möglichst geringe Implementierungskosten zu erzeugen. Welcher Vergütungsansatz in diesem Sinne anreizkompatibler ist, hängt davon ab, wie der Systemzuschlag ausgestaltet wird.

Kosten der Implementierung

521. Unter die Kosten der Implementierung fallen insbesondere die Organisationskosten in einzelnen Krankenhäusern, z. B. für die Einführung einer Kostenträgerrechnung, für Personalschulungen bzw. für die Finanzierung neuer Stellen im Rahmen der Datenerfassung. (Die informationstechnischen Kosten (Hardware und Software) wurden bereits unter der Rubrik „Kosten der Anpassung und Pflege“ aufgeführt). Die Überlegungen zur Überwälzung von Kosten der Implementierung ergeben sich analog zum vorigen Abschnitt.

Kosten der Kalkulation und Ermittlung der Relativgewichte

522. Die Kosten der Kalkulation und Ermittlung einheitlicher Bewertungsrelationen werden induziert durch die administrativen Vorgaben des Gesetzgebers für die Preisbildung für stationäre Leistungen und wären unter diesem Aspekt aus Bundesmitteln zu finanzieren. Da der Gesetzgeber der Selbstverwaltung die inhaltliche Aufgabe übertragen hat, ist implizit davon auszugehen, dass er auch die Finanzierung dieser Aufgabe durch die Selbstverwaltung erwartet. Die Kosten der Kalkulation und Ermittlung werden entscheidend von der Ausgestaltung des Verfahrens abhängen. Neubauer und Nowy, die von einem *bottom-up*-Ansatz ausgehen, bei dem die Kalkulation eines durchschnittlichen Fallwertes pro Fallgruppe auf der Basis einer statistisch repräsentativen Menge von Fällen vorgenommen würde, schätzen einen Kostenumfang von ca. 100 Mio DM (Neubauer, G. und Nowy, R. 2000).

Kosten der Einführung und dauerhaften Implementierung von QM-Maßnahmen

523. Die Anteile von QM-Maßnahmen, die ausschließlich zur Abwendung von Nachteilen eines pauschalierenden Vergütungssystems entwickelt und implementiert werden müssen, sollten zumindest in ihren Entwicklungskosten gemeinsam von den Vertragspartnern getragen werden. Sobald die Implementation dieser QM-Maßnahmen flächendeckend erfolgt ist, sollten die Kosten in die Kalkulation einfließen und ggf. über Zu- bzw. Abschläge bei der Vergütung berücksichtigt werden.

Erhöhung der Verwaltungskosten in den Krankenhäusern

524. Ausländische Erfahrungen weisen daraufhin, dass auch nach erfolgreicher Einführung eines DRG-Systems die administrativen Kosten der Krankenhäuser dauerhaft oberhalb des Niveaus bei tagesgleichen Pflegesätzen liegen (Simon, M. 2000).

Kosten einer auszubauenden nachgehenden Versorgung

525. Verkürzte Verweildauern im Krankenhaus werden zusätzliche Kapazitäten in nachgehenden Versorgungsbereichen erzeugen. Dies betrifft schnittstellengenaue Aufgaben der Nachbetreuung durch Fachärzte und Hausärzte, im Rahmen der stationären und ambulanten Rehabilitation, der ambulanten Krankenpflege und der häuslichen Behandlung, ggf. auch apparativer Behandlung (*home-treatment*). Zu nennen ist zudem der Mehrbedarf an familiärer Pflege außerhalb von Leistungen nach SGB IX und der Freistellungsanspruch von Eltern kranker Kinder gemäß § 45 SGB V.

Für die Pflege nach SGB IX ergeben sich zusätzliche finanzielle Belastungen dadurch, dass Patienten zukünftig früher als bisher vom Krankenhaus in die ambulante oder stationäre Pflege entlassen werden. Die übrigen Mehrkosten sind gesetzlich geregelt. Zusätzliche Ausgaben für Rehabilitationsmaßnahmen werden zulasten der Rentenversicherungsträger gehen, solange es sich um Maßnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit handelt. Die gesetzliche Rentenversicherung muss diese Konsequenzen akzeptieren, es sei denn, sie gelangt mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer anderen Einigung.

526. Den Verweis auf die Kosten als Argument gegen die Einführung des neuen Vergütungssystems anzuführen, ist aus Sicht des Rates problematisch. Der Hinweis auf die Kosten der Einführung des neuen Vergütungssystems ist jedoch in dem Sinne konstruktiv, als dadurch der notwendige Druck entsteht, einerseits die Ziele deutlich herauszustellen, die mit der Einführung des neuen Vergütungssystems verbunden sind, und an denen der Erfolg letztlich zu messen ist, und andererseits die Rahmenbedingungen zu schaffen, die für einen Erfolg zusätzlich erforderlich sind (Abschnitt II-4.4.1).

4.4 Zur Zukunft der Entgelte für Behandlungsfallgruppen

4.4.1 Steuerungswirkungen von Einheitspreisen unter herrschenden Rahmenbedingungen

527. Die grundlegenden Steuerungswirkungen des neuen Vergütungssystems im Hinblick auf Kosten und Qualität der stationären Versorgung lassen sich am besten verdeutlichen, indem reine Einheitspreise angenommen werden und zunächst von jeder im Rahmen des § 17b KHG möglichen Preisdifferenzierung bzw. komplexeren Vergütungsregelungen abstrahiert wird. Außerdem wird die derzeit vorgesehene dreijährige Konvergenzphase in der Analyse vernachlässigt und eine Situation unterstellt, in der von einer vollen Entgeltung krankenhausindividueller Fallgruppenkosten auf einheitliche Fallpreise umgestellt wird.

528. In einem korporativen Verhandlungsmodell, in dem Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den einzelnen Krankenhäusern verhandeln, gibt es für die einzelne Kasse nur dann wirksame Anreize zur Kostenkontrolle und zur Qualitätskontrolle der Leistungserbringer, wenn überwiegend örtlich, im Einzugsbereich bestimmter Krankenhäuser tätige Kassen von Budgetvereinbarungen wirtschaftlich direkt betroffen sind.

Preissenkungen oder Qualitätsverbesserungen (z. B. mit konsekutiv geringeren Folgekosten) bei stationären Leistungen können sich für einzelne Kassen z. B. aufgrund von unterschiedlichen Versichertenstrukturen sowie unterschiedlichen Organisationsstrukturen (regional, bundesweit) differenziell auswirken und auf diese Weise zum Wettbewerbsparameter im Kassenwettbewerb werden. Als Beispiel lassen sich die Bemühungen der AOK Berlin um eine Senkung der stationären Versorgungskosten in Berlin durch Reduzierung von Bettenkapazität anführen. Auch wenn im Sinne dieser Ausnahmen einzelne Kassen einen Anreiz zur Kostenkontrolle besitzen, so sind deren Handlungsmöglichkeiten doch wiederum durch die Verpflichtung zu gemeinsamem und einheitlichem Vorgehen aller Kassen stark beschränkt. Es ist dann eine verhandlungstheoretische Frage, inwieweit einzelne Kassen ihre Interessen in der Gemeinschaft der Kassen auf Landesebene durchsetzen können. In den Verhandlungen können auch *log-rolling*-Prozesse³² zum Tragen kommen.

Eine Kasse mit überdurchschnittlich vielen stationären Fällen kann z. B. durch die Umstellung einer pflegetagebezogenen Vergütung auf eine fallpauschalierende Vergütung, bei der lange Verweildauern nicht mehr vergütet werden, auch überdurchschnittliche Einsparungen erzielen. Geht man von Unterschieden in der räumlichen Organisationsstruktur der Krankenkassen aus, so ist festzustellen, dass regional organisierte Kassen wie z. B. die Allgemeinen Ortskrankenkassen im regionalen Wettbewerb der Kassen um Versicherte von einer Senkung regionaler Kostenstrukturen der Leistungserbringung stärker profitieren als bundesweit kalkulierende Kassen.

529. Der Gesetzgeber hat durchschnittskostendeckende Einheitspreise vorgesehen. Auf diese Weise wird der im Rahmen korporativer Verhandlungsstrukturen zwischen Krankenhäusern und Kassen nur bedingt wirksame Kostensenkungsanreiz bei den Kassen kompensiert. Bei der Vergütung von Einheitspreisen werden die Krankenhäuser finanziell profitieren, deren eigene Kosten unterhalb des Kostendurchschnitts liegen. Eine Möglichkeit für die Kassen, zusätzlich auch noch die finanziellen Vorteile, die sich aus den Spannen zwischen Durchschnittskosten und krankenhausindividuellen Kosten ergeben, für sich bzw.

für die Versicherten auszuschöpfen, lässt sich lediglich dadurch erreichen, dass die einheitlichen Durchschnittspreise als Höchstpreise gelten. Es bestünde dann zumindest die Freiheit für die Verhandlungspartner – die einzelnen Krankenhäuser und die Verbände der Krankenkassen –, Fallpreise auszuhandeln, die unter den Einheitspreisen liegen. Eine vollständige Abschöpfung dieser potenziellen Gewinnquelle sollte aber vermieden werden, da sonst der positive ökonomische Anreiz für die Krankenhäuser zur Mobilisierung von Rationalisierungsreserven verloren gehen würde. Ob die Kassenverbände ihrerseits von diesem Instrument Gebrauch machen würden, wäre wiederum eine verhandlungstheoretische Frage. Zudem hängen die Möglichkeiten der Vereinbarung von Preisen unterhalb der Höchstpreise von der Verhandlungsmacht der Kassen ab. Das (regionale) Verhandlungsmonopol der Kassen begründet nur dann eine starke Verhandlungsposition, wenn dies auch die Möglichkeit der Auflösung von Versorgungsverträgen mit einem Krankenhaus einschließt. Kündigungen von Versorgungsaufträgen mit einzelnen Krankenhäusern (bzw. einzelnen Abteilungen) können von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam ausgesprochen werden; der Kündigungsantrag kann jedoch von den Landesbehörden abgelehnt werden, wenn das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist (§ 110 SGB V).

Eine Möglichkeit für die Kassen, unterdurchschnittlich kostenintensive Krankenhäuser dazu zu bewegen, Preise unterhalb der Höchstpreise festzulegen, könnte darin bestehen, dies in Kombination mit einer unbeschränkten Fallzahlenentwicklung zu vereinbaren (Baum, G. u. Tusch, K. H. 2000, „Höchstpreissystem mit Mengenöffnung“). Derartige Handlungsfreiheiten der Kassen hängen allerdings von der Ausgestaltung einer Budgetierung des stationären Sektors ab (Abschnitt II-4.4.3).

530. Eine wünschenswerte und vom Gesetzgeber beabsichtigte Anpassungsreaktion wäre die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven, mit dem Ergebnis, Leistungen kostengünstiger erstellen zu können, ohne die Qualität der Leistungserstellung zu mindern. Diese Hoffnung mag auch dadurch genährt werden, dass die Anpassungsreaktionen bei einer (nahezu) durchgängigen fallpauschalierenden Vergütung fallgruppenbezogen erfolgen können und nicht das komplette Krankenhaus bzw. ganze Abteilungen betreffen müssen, z. B. auch dadurch, dass nur einzelne verlustbringende Fallgruppen aus dem Leistungsspektrum eines Krankenhauses herausgenommen werden. Wenn es in Einzelfällen auch zu diesem als positiv zu bewertenden Effekt kommen kann, so stehen dem doch einige wesentliche Hindernisse entgegen. So fällt es dem Krankenhaus häufig leichter, Kosten auf eine solche Weise wirksam einzusparen, die mit erheblichen Qualitätsminderungen verbunden ist, so z. B. durch Kürzungen beim Krankenhauspersonal.

531. Eine nicht zu vernachlässigende Ursache dafür, dass Krankenhäuser gezwungen sein könnten, zu qualitätsmindernden Einsparmaßnahmen zu greifen, liegt in

³² Den Begriff des *log-rolling* hat die sozialwissenschaftliche Forschungsrichtung der Neuen Politischen Ökonomie geprägt (vgl. Buchanan, J. M. u. Tullock, G. 1962). *Log-rolling* bezeichnet den Stimmentausch zwischen zwei in der Minderheit befindlichen Parteien mit dem Ziel, in den für sie jeweils relevanten Einzelfragen Mehrheiten zu erzielen. Dabei wird von den bezüglich der Einzelfragen jeweils unterschiedlichen Präferenzintensitäten Gebrauch gemacht.

der dualistischen Krankenhausfinanzierung und den dadurch beschränkten – wenngleich regional stark variierenden – Möglichkeiten für öffentliche Krankenhäuser, Investitionen durchführen zu können, die zu einer wirtschaftlicheren Leistungserbringung führen³³. Private Krankenhausträger trifft eine Vergütung über Einheitspreise in dieser Hinsicht weniger, da ihnen Investitionskapital leichter zugänglich ist. Eine Sondergruppe bilden die Universitätskliniken, die ebenfalls regional stark variierende Zuschüsse der Bundesländer nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG) und seitens des Bundes zum laufenden Betrieb und zu den Investitionen erhalten. Hierbei bestehen allerdings noch weitgehend ungelöste Abgrenzungsprobleme zwischen Forschung, Lehre und tatsächlicher Krankenversorgung (Abschnitt II-4.4.2).

Von Bedeutung ist auch die Einschränkung der Handlungsfreiheiten für öffentliche Krankenhausträger, die sich aus der Bindung der Gehälter eines Großteils des Krankenhauspersonals in das relativ inflexible Gefüge des Bundesangestelltentarifs (BAT) ergibt.

532. Die Krankenhäuser sehen sich zweifelsohne schon heute einem Kostendruck ausgesetzt. Dies geschieht durch das Instrument der Budgetierung. Auch heute sparen Krankenhäuser an der Qualität der Leistungserbringung, wenn der andernfalls zu erwartende Kostenzuwachs das krankenhaushausindividuelle Budget übersteigen würde. Der wesentliche Unterschied zwischen einem budgetinduzierten Kostendruck auf der Grundlage von (vorrangig) Tagespflegesätzen und einem Kostendruck, der von einheitlichen Fallpreisen ausgeht und möglicherweise durch zusätzliche Budgetierungsregeln noch verschärft wird, besteht darin, dass ersterer letztlich immer kontinuierlich und daher planbar ist. Fallpauschalen aber werden insbesondere in der ersten Phase nach deren Einführung massiveren und plötzlicheren Anpassungsdruck bewirken.

533. Überdurchschnittlich kostenproduzierende Krankenhäuser könnten bei tendenziell sogar noch sinkenden Einheitspreisen in existenzielle Finanzierungsnöte geraten und wären zu entsprechenden Anpassungsreaktionen gezwungen. Für den Fall, dass ein Krankenhaus dem anhaltenden Kostendruck trotz kostensenkender Maßnahmen nicht standhalten kann, könnte es zum Konkurs des betreffenden Krankenhauses kommen. Dies könnte wiederum den regionalen Sicherstellungsauftrag berühren, sodass möglicherweise die für den Sicherstellungsauftrag letztlich verantwortlichen Länder den Konkurs öffentlicher Krankenhausträger durch Subventionen zu verhindern suchen (z. B. Zentralkrankenhaus Augsburg).

534. Krankenhäuser gefährden ihre Existenz derzeit durch schlechte Qualität weniger als durch hohe Kosten. Der Grund liegt weniger in der Verfügbarkeit von QM-Maßnahmen (Kapitel II-2, II-3 sowie I-2.3.2) als in den

geringen ökonomischen Anreizen bei Akteuren, diese vorzunehmen, weiterentwickeln und zu finanzieren. Die gesetzliche Verpflichtung der Vertragspartner zur Qualitätssicherung und deren Berücksichtigung bei der Vergütung, die im Rahmen des Reformgesetzes 2000 über §§ 135 bis 137 SGB V verschärft wurde, dürfte dem nur teilweise entgegenwirken. Der Rat erneuert daher seine Anregung, die gesetzlichen Möglichkeiten qualitätsorientierter Zu- und Abschläge auch dahingehend zu nutzen.

535. Erfolgversprechend sind auch Ansätze zur Verbesserung der Qualitätstransparenz und zur vergleichenden veröffentlichten Qualitätsberichterstattung (Abschnitt II-3.4), die einen gewissen Wettbewerbsdruck unter Krankenhäusern um Patienten erzeugen können (z. B. Krankenhausbetriebsvergleich, Abschnitt II-3.1). Hier eröffnen Leistungsauswertungen auf der Basis von Daten, die im Rahmen der Falldokumentation erfasst werden, neue Möglichkeiten. Öffentliche Reaktionen können einen zusätzlichen Anreiz für die Krankenkassen schaffen, Maßnahmen der Krankenhäuser zur Qualitätsverbesserung zu unterstützen und auch zu finanzieren oder ggf. Kündigungen zu betreiben.

536. Allerdings sind die Möglichkeiten der Krankenversicherung begrenzt, den unterschiedlichen Präferenzen der Versicherten hinsichtlich Qualität der Leistungserbringung sowie Beitragssatz (Abschnitt I-1.2.2) zu entsprechen. Für den Versicherten mögen dabei auch Qualitätsparameter wichtig sein, die über vorwiegend medizinisch definierte Leistungsqualitätsbegriffe hinausweisen (Abschnitt II-3.1.1). Es wäre die Aufgabe einzelner Krankenversicherungen, diese herauszufinden, um präferenzgerechte Leistungsangebote erstellen zu können. Für einen Leistungswettbewerb, der sich auf die Qualität stationärer Leistungen, Krankenhausabteilungen oder auch ganzer Krankenhäuser bezieht, stehen den einzelnen Krankenkassen Möglichkeiten im Rahmen von Modellvorhaben (§§ 63 bis 65 SGB V) und Integrationsverträgen (§§ 140a bis h SGB V) offen.

537. Solange nicht wirksame Mechanismen entwickelt und eingesetzt sind, die verhindern, dass Krankenhäuser als Reaktion auf die für sie zu geringen Einheitspreise Kostensenkung mit der Folge von Qualitätsminderung betreiben, ist es ratsam, in einer Übergangsphase von zu engen Einheitspreisen abzusehen (Abschnitt II-4.4.2). Weitere Argumente stützen die Empfehlung:

- Die Einführung der Leistungseinheit Behandlungsfall in deutschen Krankenhäusern ist sowohl in ihrer Durchgängigkeit als auch in ihrem Zeitplan sehr ambitioniert.
- In keinem anderen Land, das ein DRG-System einsetzt (mit Ausnahme der USA), erfolgt die Vergütung stationärer Leistungen konsequent über einheitliche Fallpauschalen. In Australien werden lediglich die variablen Kosten der Krankenhäuser über DRG-orientierte Fallpauschalen vergütet. In Frankreich werden Einheitspreise lediglich als Informationsgrundlage verwendet.

³³ Vgl. auch SG 1996 Kapitel 5.3.3 Investitionen als Schlüssel zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

- Die Leistungstransparenz im stationären Bereich wird erheblich zunehmen. Verfeinerte Leistungsvergleiche von Krankenhäusern werden den Wettbewerb unter Krankenhäusern um Reputation verstärken.
- Die durch das neue Vergütungssystem veranlasste Einführung der Kostenträgerrechnungen in Krankenhäusern ist eine wichtige Voraussetzung für unternehmerisches Handeln der Krankenhäuser in der Zukunft.

4.4.2 Der Gestaltungsspielraum bei Bewertungsrelationen, Punktwerten sowie Zu- und Abschlägen für die Selbstverwaltung

538. § 17b KHG sieht bundeseinheitliche Bewertungsrelationen³⁴ für die Fallgruppen vor (Relativgewichte bzw. Fallpunktzahlen). Die fallgruppenbezogenen Punktwerte können nach Regionen differenziert werden. Die Fallpreise ergeben sich in einem ersten Schritt als Produkt von Relativgewicht und Punktwert. In einem weiteren Schritt werden die nach bundeseinheitlichen Regeln anzuwendenden Zu- bzw. Abschläge für Finanzierungstatbestände berücksichtigt, die nicht in allen Krankenhäusern vorliegen.³⁵

Zur Festlegung einheitlicher Bewertungsrelationen

539. Die Vertragspartner haben sich in ihrer Vereinbarung vom 27. Juni 2000 darauf verständigt, die Bewertungsrelationen auf der Grundlage deutscher Kostendaten zu kalkulieren und eben nicht aus dem australischen System zu übernehmen. Da von den einzelnen Fallpreisen massive Steuerungswirkungen ausgehen, würde eine Anlehnung an abweichende Kostenstrukturen eines anderen Landes ein hohes Unsicherheitspotenzial hinsichtlich der Auswirkungen auf die stationäre Versorgung in Deutschland bedeuten.³⁶

540. Zur Festlegung bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen sollten die durchschnittlichen Kosten pro Fallgruppe ermittelt werden. Die für die Durchschnittskostenermittlung berücksichtigten Kosten in Krankenhäusern umfassen alle Kostenarten, die nicht über Zu- bzw. Abschläge vergütet werden. Voraussetzung für eine fallgruppenbezogene Kostenzuordnung ist eine durchgän-

gige Kostenträgerrechnung, bei der die indirekten Kosten bzw. Gemeinkosten eines Krankenhauses auf die direkten Kosten pro Fallgruppe umgelegt werden. Die Art der Gemeinkostenumlage besitzt einen Einfluss auf die Relativgewichte pro Fallgruppe. Zur Auswahl der an der Kalkulation beteiligten Krankenhäuser haben die Vertragspartner eine repräsentative Stichprobe vereinbart. Nach Ansicht des Rates müssen in dieser Stichprobe wegen ihres Umfangs und ihrer besonderen Bedeutung die Universitätskliniken in angemessener Form berücksichtigt werden. Das Kriterium der statistischen Repräsentativität lässt sich jedoch nicht auf Krankenhausebene, sondern lediglich auf der Ebene der Fallgruppen erfüllen. Danach müssten also pro Fallgruppe eine repräsentative Anzahl von Einzelfällen als Grundlage für die Kalkulation dienen.

541. Die Vertragspartner haben sich für die Vorgabe eines verbindlichen Kalkulationsschemas entschieden, auf dessen Anwendung die zur Ermittlung der Bewertungsrelationen im Rahmen einer Stichprobe ausgewählten Krankenhäuser verpflichtet werden. Dies bedeutet nicht, die Krankenhäuser über diese Funktion hinaus auch intern auf ein einheitliches Kalkulationsschema zu verpflichten. Auf wettbewerblich organisierten Dienstleistungs- und Gütermärkten stellt die Kostenkalkulation einen bedeutenden Wettbewerbsparameter dar. Ein wichtiges Merkmal ist dabei die Flexibilität der Kostenkalkulation, um die erforderliche Reaktionsfähigkeit auf sich verändernde Umweltbedingungen (veränderte Nachfrage, Innovationen, Inputfaktoren, gesetzliche Rahmenbedingungen, etc.) zu gewährleisten. Die Kostenkalkulation bildet die Grundlage nahezu aller betriebswirtschaftlichen Unternehmensentscheidungen, so beispielsweise über Investitionen, über die Produkt- und Preispolitik oder die Entscheidung, etwas selbst herzustellen oder einzukaufen (*make-or-buy, outsourcing*). So ist es z. B. von Bedeutung für Fragen der krankenhausinternen Leistungsverrechnung, auf welche Weise Personalkosten auf die verschiedenen Kostenstellen bzw. Kostenträger verteilt werden. In diesen Entscheidungen sollten Krankenhäuser unabhängig von gesetzlichen Vorgaben sein. Der deutsche Krankenhaussektor weist bereits heute wettbewerbliche Elemente auf wie beispielsweise den Krankenhausbetriebsvergleich und resultierende Anreize für Krankenhäuser, ihren Outcome den Krankenversicherungen gegenüber zu verdeutlichen, sei es über Kosten, sei es über Qualitätsindikatoren. Das Instrument einer flexiblen Kostenkalkulation spielt vor diesem Hintergrund in Krankenhäusern bereits heute eine vergleichbare Rolle wie auf anderen wettbewerblich organisierten Märkten. Ein einheitlich vorgegebenes Kalkulationsgerüst würde somit die unternehmerische Entscheidungsfindung einschränken und einen wichtigen Aktionsparameter im Wettbewerb ausblenden.

542. Sensitivitätsanalysen können dazu dienen, bei den Vertragspartnern ein vertieftes Bewusstsein für die Auswirkungen der festgelegten Bewertungsrelationen zu schaffen. Diese Analysen versuchen abzuschätzen, welche Veränderungen der Einnahmemöglichkeiten

³⁴ Dabei sind die Bewertungsrelationen als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung (Basisfallwert) zu definieren.

³⁵ Die bis zum 31. Dezember 2002 geltenden Regelungen in Bezug auf Fallpauschalen gemäß dem vierten Abschnitt „Pflegesatzverfahren“ der Bundespflegesatzverordnung besagen hingegen:

- bundeseinheitliche Bewertungsrelationen (Ausnahme Modellvorhaben: dort sind auch landesweite Relationen bei landesspezifischen zusätzlichen Fallpauschalen möglich),
- landeseinheitlicher Punktwert (Personal- und Sachkosten); nach Möglichkeit landeseinheitlich, ansonsten krankenhausindividuell pauschaliertes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung sowie
- krankenhausindividuell verhandelte Zu- und Abschläge.

³⁶ Die australischen Kostendaten für die Fallgruppenbildung werden jedoch übernommen (Abschnitt II-4.3.1).

(Umsätze pro Fallgruppe) bei den in die Durchschnittskostenrechnung einbezogenen Krankenhäusern durch Variationen der Kalkulationsschemata und der resultierenden unterschiedlichen Bewertungsrelationen eintreten.

Zur Differenzierung der Punktwerte

543. § 17b KHG erlaubt eine Differenzierung der Punktwerte nach Regionen. Auf diese Weise können regional unterschiedliche Kostenniveaus bei der Vergütung berücksichtigt werden. Noch diskutieren die Vertragspartnern, ob eine Differenzierung der Punktwerte getrennt für die alten und neuen Bundesländer sowie für Bayern aufgrund seiner spezifischen Investitionskostenregelung gelten soll. Für weitere lagebedingte Kostenunterschiede könnte auf die Ausgestaltung über Zu- und Abschläge verwiesen werden.

Bevor an weitere, z. B. versorgungsregionsbezogene Differenzierungen der Punktwerte gedacht wird, ist zunächst ein Vergleich fallgruppenbezogener Durchschnittskosten nach Versorgungsregionen erforderlich; die Ursachen möglicher Unterschiede wären zu analysieren. Von großer Bedeutung ist neben der Differenzierung der Punktwerte die Entwicklung der Punktwerte über die Zeit. Dieser Fragestellung ist der Abschnitt II-4.4.3 gewidmet. Die Effekte regionaler Punktwertdifferenzierungen lassen sich rechentechnisch ebenso über Zu- und Abschläge umsetzen.

Bundeseinheitliche Regeln für Zu- und Abschläge

544. Gemäß § 17b KHG ist es den Vertragspartnern erlaubt, bundeseinheitliche Regelungen für Zu- und Abschläge bei Finanzierungstatbeständen vorzusehen, die nicht in allen Krankenhäusern vorliegen, dies gilt insbesondere für versorgungspolitisch motivierte Krankenhausleistungen:³⁷

- Notfallversorgung,
- eine zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendige Vorhaltung von Leistungen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz eins nicht kostendeckend finanzierbar sind (Vorhaltung zum Zwecke der räumlichen Erreichbarkeit),

³⁷ Nach geltendem Recht bis zum 31. Dezember 2002 existieren folgende Regelungen für Zu- und Abschläge auf Fallpauschalen (§ 11 BpflV):

Zuschläge für: (1) Sicherstellungsaufgaben (mit Begrenzung auf 30% des Entgelts), (2) Qualitätssicherung, (3) Ausbildung (nur bei ausschließlicher Finanzierung über Fallpauschalen) (4) und nicht oder nur teilweise geförderte Krankenhäuser.

Abschläge für (1) Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, (2) auf wenige Leistungsarten begrenzte Krankenhäuser, (3) und Abzüge für wahlärztliche Leistungen bei Krankenhäusern, die ausschließlich über Fallpauschalen finanziert werden.

Aber: Zu- und Abschläge sind Bestandteil der krankenhaushausindividuellen Verhandlungen (§17 BpflV).

- zu finanzierende Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen und
- Aufnahme von Begleitpersonen.

545. Der Gesetzgeber regelt die Aufzählung der möglichen Zu- und Abschläge nicht abschließend. Die Vertragspartner können auf Bundesebene weitere Faktoren festlegen. Der theoretische Ausgestaltungsspielraum besteht:

- in der Art und Anzahl von Faktoren, für die Zu- und Abschläge vereinbart werden können bzw. müssen,
- in der Wahl der Bezugsbasis: Fallgruppen, andere Bezugsgröße (z. B. Auszubildende),
- in der Freiheit, Zu- und Abschläge multiplikativ (relativ) oder additiv (absolut) zu vereinbaren,
- in möglichen Grenzen auch dafür, welchen Anteil die Gesamtheit der Zu- und Abschläge an den Einnahmen eines Krankenhauses haben dürfen,
- in Begrenzungen der Fallgruppen, auf die sich Zu- oder Abschläge beziehen,
- in Begrenzungen der Sätze für Zu- und Abschläge,
- in der Formulierung von Bedingungen für die Vereinbarungen von Zu- und Abschlägen im Rahmen der Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, wie z. B. Kostennachweise und Regeln für das Verhandlungsverfahren,
- bis hin zu allgemeinen Klauseln, die die Berücksichtigung weiterer Faktoren krankenhaushausindividuell ermöglichen würden.

546. Bei einer vollen Ausschöpfung dieser Gestaltungsmöglichkeiten könnte die Selbstverwaltung das vom Gesetzgeber konzipierte System der Einheitspreise faktisch außer Kraft setzen. Bei zunehmendem Umfang krankenhaushausindividueller Preisabweichungen verringert sich gleichzeitig die Notwendigkeit einer Übergangsphase bzw. deren notwendige Dauer. Ein umfassendes Regelwerk für verschiedenste Zuschläge, wie für spezielle Kostenarten, einzelne Patientenfälle und einzelne Sonderleistungen würde sich im Ergebnis kaum von krankenhaushausindividuellen Preisvereinbarungen unterscheiden. Der Unterschied zwischen bundeseinheitlichem Regelwerk und individuellen Preisvereinbarungen besteht dann lediglich in dem Prozess, der im Hinblick auf die Vergütung zu einem sehr ähnlichen Ergebnis führt. Bei einem bundeseinheitlichen Regelwerk wären die Verhandlungsinhalte zwischen einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassenverbänden stark reduziert.

547. In US-amerikanischen DRG-Systemen gibt es Zu- und Abschläge für Sicherstellungsaufgaben (regionale Differenzierung, geographisch isolierte Krankenhäuser, ländliche Sekundärversorger, überwiegend Medicare-abhängige/ländliche Krankenhäuser), Langlieger bzw. Kurzlieger, externe Verlegungen, medizinische Weiterbildung, Lohnkostendifferenzen sowie für Nichtversicherte, Dialysepatienten und Hämophiliebehandlungen (Mansky, T. 2000).

Tabelle 35

In der Diskussion befindliche Tatbestände für Zu- und Abschlagsregeln

Krankenhausbezogene Abrechnungstatbestände	Fallbezogene Abrechnungstatbestände	Einzelleistungsbezogene Abrechnungstatbestände
Ausbildung	Grenzverweildauer	Hämophilie
Notfallversorgung	Kurzlager	Dialyse
Vorhaltung – flächendeckende Versorgung – selten genutzte Einrichtungen	Verlegung	Organbeschaffung bei Lebendspende
Innovationstätigkeit von Universitätskliniken	Wiederaufnahme	spezielle Leistungen der Psychiatrie und Geriatrie
Konvergenzphase	Rehabilitation	Einführungskosten für AR-DRGs (Systemzuschlag)
Ungünstige Baustruktur		

Quelle: Eigene Darstellung (2000)

548. Die Vereinbarung der Selbstverwaltung vom 27. Juni 2000 enthält noch keine konkreten bundeseinheitlichen Regelungen für Zu- und Abschläge. Eine weitere Vereinbarung über die Festlegung der Tatbestände für Zu- und Abschlagsregelungen bzw. komplementäre Vergütungsregeln, die zunächst für den 30. September 2000 vorgesehen war, ist gescheitert³⁵. Tabelle 35 gibt einen Überblick über die in der Diskussion befindlichen zu- bzw. abschlagswirksamen Tatbestände.

Ausnahmen bestimmter stationärer Leistungen von der fallpauschalierenden Vergütung sollte unter folgenden Bedingungen möglich sein: Behandlungsfälle, die trotz identischer Diagnosen medizinisch und kostenmäßig sehr heterogen sind (z. B. bestimmte Behandlungsfälle in der Psychiatrie und Geriatrie); sehr kostenintensive Zusatzleistungen, die für die Versorgung von Patienten mit bestimmten Nebenerkrankungen erforderlich sind (z. B. bei Hämophilie- oder Dialysepatienten); Behandlungsfälle, bei denen eine Organbeschaffung über Lebendspende erfolgt; Behandlungsfälle, die eine atypische, aber begründet hohe Verweildauer aufweisen.

549. Die Forderung nach einer Berücksichtigung der ungünstigen Baustruktur eines Krankenhauses bei der Festlegung von Zu- und Abschlägen bei der Vergütung zeigt die Interdependenz der Einführung des neuen Vergütungssystems mit dem derzeitigen Verfahren der Investitionsfinanzierung. An dieser Stelle wird offenbar, dass eine an betriebswirtschaftlichen Grundsätzen orientierte Investitionsfinanzierung eine der Grundvoraussetzungen für Krankenhäuser darstellen würde, sich wie ein Unternehmen am Markt zu verhalten. Auch eine monistische

Finanzierung kann diese Bedingung nicht erfüllen, da sie gekoppelt ist an das derzeitige System korporativer Versorgungsvertragsstrukturen. Krankenhäuser können Investitionsentscheidungen aber nur in einem System flexibler Vertragsstrukturen und einer reformierten Sicherstellungsordnung selbstständig treffen.

550. Der berechtigten Forderung seitens der Universitätskliniken, die kostenintensive Vorhaltung der für die Versorgung besonders kostenintensiver Spezialfälle notwendigen Infrastruktur bei der fallpauschalierenden Vergütung zu berücksichtigen (vgl. SG 1997, Ziffern 184ff), könnte in folgender Weise entsprochen werden: erstens sollten Zuschläge für spezielle Vorhalteleistungen von Universitätskliniken z. B. bei Schwerbrandverletzten vorgesehen werden (Baum, G. u. Tuschen, K. H. 2000). Zweitens lassen sich die in den Häusern der Supramaximalversorgung zu behandelnden Patientenfälle über die Schweregraddifferenzierung australischer AR-DRGs berücksichtigen. Drittens sollte geprüft werden, inwieweit darüber hinaus gehende Kosten über AR-DRGs nicht abgebildet werden und ggf. weitere einzelleistungsbezogene Zuschläge gewährt werden. Dies betrifft auch die besonderen Leistungen der Unikliniken im Rahmen der Ausbildung (vgl. SG 1997 Ziffer 182f.) und anderer stationärer Einrichtungen im Rahmen der Weiterbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen.

Zur Frage der kalkulatorischen Berücksichtigung der für die Aufgabenstellung und Betrieb der Universitätskliniken besonders wichtigen und typischen Innovationskomponente für die Einführung neuer Behandlungsverfahren verweist der Rat auf das Sondergutachten 1997 (Ziffern 198ff.). Insoweit sind die Auswirkungen einer fallpauschalierenden Vergütung auf die Finanzierung von Forschung und Entwicklung in Universitätskliniken in die Überlegungen zur Ausgestaltung der neuen Entgeltordnung einzubeziehen.

³⁵ Zum Redaktionsschluss lag dem Rat noch keine weitere Vereinbarung vor.

551. Die Diskussion um mögliche Zu- und Abschläge³⁹ wird derzeit nahezu ausschließlich in Bezug auf die anfallenden Kosten, nicht aber bezogen auf die erstellte Leistung bzw. den Outcome geführt. International liegen noch keine ausreichenden Erfahrungen mit einer qualitätsorientierten Vergütung vor, bei der ausgewählte Indikatoren der Ergebnis- bzw. Prozessqualität Zu- bzw. Abschläge bei den Fallpauschalen auslösen. Stattdessen wird daher in der Regel versucht, die Qualität der Leistungserbringung außerhalb des Klassifikations- und Vergütungsverfahrens zu steuern. Der Rat regt daher an, hier einen Modellversuch zu unternehmen. Als leistungsbezogene Indikatoren könnten diverse Kennzahlen für die Struktur-, Prozess- bzw. insbesondere die Ergebnisqualität herangezogen werden. Allgemein krankenhausbezogene Qualitätsindikatoren sind dabei ebenso denkbar wie gezielt auf einzelne Fallgruppen bezogene Indikatoren. Zu- und/oder Abschläge sollten daher sowohl auf alle Fallgruppen eines Krankenhauses gemeinsam als auch auf nur bestimmte Fallgruppen bezogen werden können. Auf diese Weise könnte der zukünftige Wettbewerb unter den Krankenhäusern nicht allein über den Ausweis geringerer Kosten, sondern auch über versorgungsrelevante Outputparameter verlaufen. Die Vereinbarung krankenhausindividueller qualitätsbezogener Zu- und/oder Abschläge sollte daher auf jeden Fall ermöglicht werden.

552. Die Verhandlung singulärer, tatsächlich auf das einzelne Krankenhaus bezogener Vergütungsregeln sollte in einer Übergangsphase möglich sein (Abschnitt II-4.4.1). Dass man sich auf diese Weise zum Teil wieder dem unwirtschaftlichen Effekt der Selbstkostendeckung für einzelne Krankenhäuser nähern könnte, ist in einer solchen Übergangsphase in Kauf zu nehmen zugunsten eines größeren Schutzes der Patienten vor qualitätsmindernden Kostensenkungen. Ein Fortschritt würde bereits darin bestehen, dass die auch heute noch bestehende Tendenz zur Selbstkostendeckung durch das neue Entgeltsystem gemindert wird. Ein tragfähiger Kompromiss könnte darin bestehen, eine Liste von Kostenarten, die grundsätzlich über Zu- und Abschläge vergütet werden können, als Orientierung für krankenhausindividuelle Verhandlungen aufzustellen. Ergänzt werden könnte diese Liste um die Angabe von durchschnittlichen Kosten pro aufgelisteter Kostenart (z. B. Ausbildungskosten pro Ausbildungsplatz oder Notfallversorgungskosten pro Notfall). Dabei interessiert sowohl eine bundesdurchschnittliche Kostenangabe als auch der Kostendurchschnitt der betreffenden Versorgungsregion. Wenn ein Krankenhaus Mehrkosten für einen angegebenen Faktor nicht nachweisen kann, könnte ein Zuschlagsverzicht vereinbart werden. Schließlich wäre es möglich, eine krankenhausindividuelle Budgetierung der Summe aus Zu- und Abschlägen vorzusehen (Abschnitt II-4.4.3).

4.4.3 Fallpauschalen und Beitragssatzstabilität: das Problem der dynamischen Kostenbegrenzung

553. Das neue Vergütungssystem soll nach § 17b KHG für das Jahr 2003 budgetneutral umgesetzt werden (§ 17b Abs. 3 Satz 4 KHG). Aus den bisherigen Gesetzen und Verordnungen ergibt sich, dass mit dem Budget das Budget eines einzelnen Krankenhauses, nicht aber ein aggregiertes Budget für den stationären Sektor einer Region gemeint ist. Die Selbstverwaltung fordert in ihrer Vereinbarung vom 27. Juni 2000 eine Übergangsphase (Konvergenzphase) von drei Jahren ab dem Zeitpunkt der budgetneutralen Einführung des neuen Entgeltsystems, die somit am 31. Dezember 2006 enden würde.

Am Ende dieser Übergangsphase ergäbe sich das krankenhausindividuelle Budget wie folgt: (geplante) Fallzahl x Relativgewicht der Fallgruppe x Punktwert, über alle Fallgruppen. Alternativ lässt sich das Budget eines Krankenhauses dann errechnen aus Anzahl Fälle, Fallmixindex (durchschnittliche Fallpunktzahl) und Punktwert. Zusätzlich sind bei der Berechnung des Budgets eines Krankenhauses die komplementären Vergütungsregelungen wie Zu- bzw. Abschläge sowie mögliche Ausnahmeregelungen für bestimmte Leistungsbereiche (Psychiatrie, Geriatrie, Dialyse, Blutversorgung, etc.) zu berücksichtigen.

554. Nicht gesetzlich geregelt ist ab dem Zeitraum der Budgetverhandlungen im Jahre 2002 die zukünftige Verbindung des neuen Verfahrens zur Ermittlung der Fallpreise mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität bzw. Budgetierung im stationären Bereich (§ 6 „Beitragssatzstabilität“, § 12 „flexibles Budget“ und §§ 15ff. „Pflegesatzverfahren“ der Bundespflegesatzverordnung). In der am 27. Juni 2000 getroffenen Vereinbarung der Träger der Selbstverwaltung wird der Gesetzgeber aufgefordert, auf der Basis der in der Vereinbarung getroffenen Festlegungen die erforderlichen ergänzenden gesetzlichen Regelungen festzulegen.

555. Eine exakte Budgeteinhaltung ließe sich bei im Zeitablauf veränderbaren Fallpreisen und Fallzahlen nur über ein Floatendes-Punktwert-System (Budgetsystem) erreichen. Hierbei sind zwei Varianten zu unterscheiden: die retrospektive (harte) und die prospektive (weiche) Variante. Ein System floatender Punktwerte, das am Ende der Planungsperiode (retrospektiv) die Punktwerte angepasst (indem – vereinfacht, d. h. ohne Berücksichtigung komplementärer Vergütungsregeln – das Sektorbudget für die stationäre Versorgung durch den Gesamt-Fallmixindex dividiert wird), bildet grundsätzlich den sichersten Weg zur punktgenauen Budgetlandung. Es stellt somit ein wirksames Instrument zur Erreichung einer Beitragssatzstabilität im Hinblick auf den Beitragsanteil der stationären Versorgung dar.

Die Nachteile eines solchen Systems wiegen jedoch wesentlich schwerer. Sie bestehen vor allem in der Planbarkeit von Einnahmen. Die Planbarkeit stellt für längerfristige Finanzierungsentscheidungen der Krankenhausleitung eine unabdingbare Grundvoraussetzung dar. Ein

³⁹ Zum Beispiel geht § 137 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V von Vergütungsabschlägen für Krankenhäuser aus, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.

anderer Nachteil ist der aus der ambulanten Versorgung bekannte Hamsterrad-Effekt, d. h. der einzelwirtschaftliche Anreiz zur Leistungsausdehnung. Während Mengenausdehnung in der ambulanten Versorgung sehr leicht betrieben werden kann, sind einer gesamtwirtschaftlichen Fallzahlenausdehnung im stationären Sektor aufgrund der größtenteils gelenkten Krankenhauseinweisung Grenzen gesetzt (Abschnitt II-4.2.2). Die Gefahr des Hamsterrad-Effekts ist für den stationären Sektor von daher als nicht so bedeutend wie in der ambulanten Versorgung einzuschätzen.

556. Die Schwankungen der Fallpreise durch floatende Punktwerte ließen sich verringern, indem das Budgetierungsverfahren mit einem Verfahren der Fallzahlenbegrenzung kombiniert wird. Ein solches ist bereits heute auf krankenhausindividueller Ebene im Einsatz. Behandelte Fälle, die die geplante Fallzahl überschreiten, werden degressiv vergütet; der Anreiz, sogar weniger als die vereinbarte Planmenge zu erreichen, könnte durch einen Vergütungszuschlag pro eingespartem Fall belohnt werden (Abschnitt II-4.2.2). An dieser Stelle ist jedoch auf die Problematik der Fallzahlenplanung und einer flexiblen Zuordnung der Fallzahlen zu Krankenhäusern hinzuweisen. Durch die gleichzeitige Anwendung floatender Punktwerte und eines Verfahrens zur Begrenzung von Fallzahlen würden sich Punktwertabsenkungen/-anhebungen (fast) nur noch aufgrund von Kostenerhöhungen/-minderungen, und (fast) nicht mehr aufgrund von Fallzahlenschwankungen ergeben.

557. Die prospektive Variante, bei der die Punktwerte innerhalb einer Planungsperiode gleich bleiben und erst zu Beginn der nächsten angepasst werden, würde zwar den Hamsterrad-Effekt ausschließen, kann aber gleichzeitig keine punktgenaue Budgetlandung in der Planungsperiode garantieren. Die betriebswirtschaftliche Planbarkeit ließe sich für die Krankenhausträger weiter erhöhen, indem die Planungsperioden ausgedehnt werden und Verträge mit mehr als einjähriger Laufzeit geschlossen werden (vgl. auch JG 1990, Ziffer 539). Daran gekoppelt werden könnte auch eine in mehrjährigem Rhythmus durchzuführende Punktwertanpassung. Der Rat empfiehlt einen mehrjährigen Rhythmus der Punktwertanpassung an veränderte Kostenstrukturen, um den Krankenhäusern einerseits genügend Anpassungszeit zur Verfügung zu stellen und andererseits auf diese Weise dazu beizutragen, ausreichende ökonomische Anreize zur Mobilisierung von Rationalisierungsreserven zu setzen.

558. Wenn es im Rahmen eines floatenden-Punktwert-Systems zu sinkenden Punktwerten kommt, entsteht für die Krankenhäuser Rationalisierungsdruck, der nicht positiv durch Leistungswettbewerb, sondern negativ durch die Fallpunktzahl-Punktwert-Automatik induziert wird. Unter der Annahme wirksamer Kostendegressionseffekte bei zunehmender Anzahl von Behandlungsfällen pro Fallgruppe zwingt der Rationalisierungsdruck zu Erweiterungsinvestitionen, die von privaten Krankenhausträgern über den Kapitalmarkt finanziert werden können. Dabei leiden kleine Krankenhäuser mit geringeren Fallzahlen

unter diesem Rationalisierungsdruck stärker als große Häuser. Dieser Nachteil floatender Punktwerte wiegt umso schwerer, wenn hinzu kommt, dass es sich bei Krankenhäusern, die dünnbesiedelte Regionen versorgen, meistens um kleine Häuser handelt. Auf diese Weise kann ein floatendes Punktwert-System auch mit dem räumlichen Sicherstellungsauftrag kollidieren (Neubauer, G. 2000).

559. Das Gegenstück zum Budgetsystem bildet das Kosten-Punktwert-System. In diesem System entwickelt sich der Punktwert gemäß der Entwicklung der (Bundes-) Durchschnittskosten je Fallgruppe; auf einen budgetbedingten Punktwertanpassungsmechanismus wird dabei verzichtet. Die Fallzahlenbegrenzung ist auch mit diesem System kombinierbar. Der hier verwendete Begriff des Kosten-Punktwert-Systems soll auf das kennzeichnende Merkmal hinweisen, dass eine Veränderung der Punktwerte lediglich aufgrund von geänderten Durchschnittskosten pro Fallgruppe ausgelöst werden kann. Das Kosten-Punktwert-System vermeidet den Hamsterrad-Effekt und trägt den Kostenerhöhungen Rechnung, die die Krankenhäuser nicht zu verschulden haben (z. B. tariflich bedingte Lohn- und Gehaltserhöhungen).

560. In der Analyse vernachlässigt wurde bisher der Einfluss von Zu- und Abschlägen auf die budgetbedingte Punktwertanpassung. Kostenarten, die über Zu- und Abschläge voll entgolten werden, sollen nach dem Stand der Überlegungen in die bundesweite Durchschnittskostenermittlung nicht eingehen. Somit kann eine Punktwertanpassung allein noch nicht die Einhaltung eines Budgets für den stationären Sektor sicherstellen. Um dies zu erreichen, wäre eine zusätzliche krankenhausindividuelle Budgetierung der Summe von Zu- und Abschlägen erforderlich. Aufsetzend auf den Empfehlungen für die Ausgestaltung der bundeseinheitlichen Regeln für Zu- und Abschläge (Abschnitt II-4.4.2), wäre die Kombination eines Kosten-Punktwert-Systems mit krankenhausindividuellen mehrjährig fortzuschreibenden Budgets für die Summe der Zu- und Abschläge kombinierbar.

561. Die Bereitschaft des Gesetzgebers, sich von einer Steuerung des stationären Sektors durch enge Budgetierungsregeln zu lösen, hängt davon ab, welche Priorität dem Ziel der Kostenbegrenzung bzw. Beitragssatzstabilität in Zukunft beigemessen wird. Eine einseitige Kostenorientierung mag vor dem Hintergrund der negativen Ausstrahlungseffekte einer paritätischen Beitragsfinanzierung verständlich scheinen. Das relevante Ziel besteht jedoch im Sinne gesamtwirtschaftlicher Ziele in einer effizienten Gesundheitsversorgung, die Kosten- und Nutzenüberlegungen gleichermaßen Rechnung trägt. Die Möglichkeiten, von einer einseitigen Politik der Beitragssatzstabilisierung abzurücken, hängen einmal von der Wirksamkeit alternativer Steuerungsmechanismen wie die Flexibilisierung von Vertragsstrukturen ab sowie zudem von der Güte der Alternativen zur heutigen Ausgestaltung der Beitragsfinanzierung (vgl. SG 1994, 1995, 1997).

4.5 Fazit und Empfehlungen

562. Mit dem am 1. Januar 2000 in Kraft getretenen GKV-Reformgesetz 2000 bestimmt der Gesetzgeber in § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems auf der Basis von *diagnosis related groups* (DRGs) ab dem 1. Januar 2003. Dieses Entgeltsystem wird das in der Bundespflegesatzverordnung verankerte, seit Januar 1995 geltende Vergütungssystem von Fallpauschalen und Sonderentgelten sowie krankenhausindividuell vereinbarten tagesgleichen Pflegesätzen ablösen.

563. Die Richtungsentscheidung des Gesetzgebers für ein Fallklassifikationssystem, bei dem die Vergütung alternativer Leistungseinheiten wie Pflégetage oder Einzelleistungen die Ausnahme und nicht die Regel bildet, ist aus Sicht des Rates grundsätzlich positiv zu bewerten. Behandlungsfälle eignen sich (bis auf Ausnahmen⁴⁹) besser zur Identifikation bzw. Klassifikation stationärer Versorgungsleistungen als Pflégetage bzw. Einzelleistungen. Er sieht darin ein beachtliches Potenzial zur Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz in der stationären Versorgung, die wiederum eine der Schlüsselvoraussetzungen für darauf aufbauende Möglichkeiten einer höheren Versorgungseffizienz darstellen.

564. Wenn man andererseits die verschiedenen Fehlanreize in Rechnung stellt, die von Fallpauschalen ausgehen können, so ist der Rat der Auffassung, dass es durchaus Mechanismen gibt, die den Fehlanreizen entgegenwirken können. Aus Sicht des Rates bedarf es sowohl von Beginn an flankierender angemessener Qualitätsmanagementmaßnahmen als auch vorausschauender Konzepte und Implementierungsmaßnahmen hinsichtlich adäquat entwickelter nachgehender Versorgungsangebote (Nachsorge, Rehabilitation, Pflege). Im Einzelnen setzen sich die Gegenstrategien wie folgt zusammen:

1. Gewährleistung einer an medizinischen Kriterien orientierten Kostenhomogenität von abrechenbaren Fallgruppen zur Begrenzung des ökonomischen Anreizes zur Patientenselektion;
2. DRG-verfahrensinterne Codierkontrollen zur Begrenzung von *up-coding* und Indikationsausweitung;
3. versorgungssektor- bzw. versorgungsinstitutionenübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen und Vergütungsformen zur Begrenzung von Kostenverlagerungen in vor- bzw. nachgelagerte Versorgungsbe-reiche (Abschnitt II-3.3.2);
4. Instrumente der Fallzahlenplanung zur Begrenzung potenzieller Fallzahlenausdehnungen und Indikationsausweitungen;

⁴⁹ Zum Beispiel bei medizinisch und kostenmäßig trotz identischer Diagnose sehr heterogenen Behandlungsfällen wie in der Psychiatrie und Geriatrie, bei der Versorgung von Patienten mit bestimmten sehr kostenintensiven Nebenerkrankungen wie Hämophilie- oder Dialysepatienten, bei Fällen, in denen eine Organbeschaffung über Lebendspende erfolgt oder bei Fällen, die eine atypische, aber begründet hohe Verweildauer aufweisen.

5. zur Verhinderung qualitätsmindernder Effekte des verstärkten Kostendrucks sind schließlich gleichzeitig vier Gegenstrategien relevant:

- Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements (Kapitel II-2 und II-3);
- Verbesserung von Leistungs-, Qualitäts- und Kostentransparenz über Auswertungen von Daten, die im Rahmen der Patientenklassifikation erhoben werden;
- Stärkung der Nutzerkompetenz durch mehr Qualitätstransparenz und Stärkung der Patientenrechte (Kapitel I-3).
- die Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren bei der Leistungsvergütung.

565. Die deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherungen (Vertragspartner) haben sich für das australische Patientenklassifikationsverfahren der AR(australian refined)-DRGs entschieden. Das AR-DRG-System erfüllt das Kriterium der medizinischen Homogenität weit reichender als alternative DRG-Systeme. Ein Defizit besteht jedoch darin, dass Auswertungsalgorithmen bisher lediglich auf der Ebene der Basisfallgruppen, die für die Qualitätssicherung zu hoch aggregiert sind, oder aber auf der Ebene der erfassten Einzelleistungen ohne Fallgruppenbezug, deren Aggregationsgrad für die Qualitätssicherung wiederum zu gering ist, verfügbar sind.

Die Potenziale zur Unterstützung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, die das System der AR-DRGs grundsätzlich aufweist, hängen daher essenziell von der Entwicklung adäquater Auswertungsinstrumente ab, die als sehr aufwendig einzuschätzen ist.

Konkrete Aussagen über die Kostenhomogenität der AR-DRGs sind derzeit nicht verfügbar, da über die Kostenvarianzen für australische Behandlungsfälle keine Studien vorliegen. Das System gestattet aber die Erfassung besonders kostenintensiver Einzelleistungen, die nicht weiter gruppiert werden. Eine gesonderte Vergütung von Fällen, in denen durch die Selbstverwaltungsgremien noch festzulegende Grenzen von Verweildauern überschritten werden, lässt das Verfahren der AR-DRGs ebenfalls zu. Die zukünftige internationale Vergleichbarkeit deutscher Fallgruppen ist bei Einsatz des AR-DRG-Systems gering.

566. Es wäre möglich, die bundeseinheitlich vorzuziehenden Eigenschaften, wie insbesondere die Regeln der Fallgruppierung, in logischer Form als Algorithmen in ein Pflichtenheft einfließen zu lassen, auf dessen Einhaltung potenzielle Hersteller von DRG-Software verpflichtet würden. Die Verpflichtung könnte über die Abnahme der Softwareprodukte durch eine Zertifizierungsstelle erfolgen. Eine solche Lösung hätte zwei bedeutende Vorteile: 1. Der auf diese Weise initiierte Wettbewerb unter Software-Herstellern sichert einen dauerhaften Anreiz zur Vornahme von Innovationen innerhalb der DRG-Anwendungsprogramme. 2. Die in dieser Lösung manifestierte

Beschränkung auf ein Mindestmaß einheitlicher Vorgaben durch die Selbstverwaltung würde etwaige kartellrechtliche Bedenken ausräumen. Der Rat empfiehlt daher die Einrichtung einer Software-Zertifizierungsstelle für Grouper-Software nach australischem Vorbild.

567. Mit der Einführung eines nahezu durchgängigen Fallklassifikationssystems sind für den stationären Bereich Kosten der Anpassung und laufenden Pflege des Verfahrens, der Implementierung in den Krankenhäusern, der Kalkulation und Ermittlung der Bewertungsrelationen sowie der Einführung und dauerhaften Implementierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen verbunden. Ausländische Erfahrungen weisen daraufhin, dass auch nach erfolgreicher Einführung eines DRG-Systems die administrativen Kosten der Krankenhäuser dauerhaft oberhalb des Niveaus bei tagesgleichen Pflegesätzen liegen. Zusätzliche Kosten werden auch in den nachgehenden Versorgungsbereichen anfallen.

568. Für den Wechsel des Vergütungssystems durch den Gesetzgeber waren wegen der Priorität des Prinzips der Beitragssatzstabilität die möglichen Kosteneinsparungen ausschlaggebend, die einer Vergütung über Fallpauschalen aufgrund ihres ökonomischen Anreizes zur Verkürzung von Verweildauern im Allgemeinen zugeschrieben werden. Aufbauend auf den Regeln zur Preisbildung bei den bereits heute existierenden Fallpauschalen und Sonderentgelten sieht § 17b KHG auch für das neue Vergütungssystem ein weitgehend zentralisiertes Preisbildungsverfahren vor. Die Fallgruppenpreise sollen sich aus bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen, bundeseinheitlichen bzw. regional einheitlichen Punktwerten sowie aus Zu- und Abschlägen für Finanzierungstatbestände, die nicht in allen Krankenhäusern vorliegen, zusammensetzen. Für Zu- und Abschläge sollen wiederum bundeseinheitliche Regelungen gelten.

569. Die Vertragspartner haben sich aus guten Gründen für die Ermittlung bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen auf der Basis deutscher Kostendaten entschieden. Solange die Bildung einheitlicher Bewertungsrelationen auf der Basis einer Stichprobe von Krankenhäusern erfolgt, ist darauf hinzuweisen, dass das Kriterium der Repräsentativität der Stichprobe genau genommen nicht auf der Ebene der Krankenhäuser sondern einzelner Fallgruppen beurteilt werden müsste.

570. Die Ermittlung von Bewertungsrelationen auf der Basis deutscher Kostendaten ist als sehr zeitintensiv einzuschätzen. Zeitintensiv ist zudem der organisatorische Anpassungsbedarfs, den die Einführung des neuen Vergütungssystems für die einzelnen Krankenhäuser verursacht (z. B. Umstellung auf eine Kostenträgerrechnung). Eine Einführung des AR-DRG-Systems in Deutschland zum 1. Januar 2003 würde einen Abschluss aller Vorarbeiten bis zu den im Herbst 2002 beginnenden Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassenverbänden erforderlich machen.

Dieses Zeitkorsett erscheint zu eng, insbesondere wegen der von Beginn an notwendigen, flankierenden Qualitäts-

sicherungsmaßnahmen sowie vorausschauender Konzepte und Implementierungsmaßnahmen für nachgehende Versorgungsangebote. Ferner gilt dies unter dem Aspekt, dass die Steuerungswirkungen des Fallpauschalensystems im Wesentlichen von den Entgelten für die einzelnen Fallgruppen ausgehen, die auf Basis der Kostenkalkulation festzulegen sind.

571. Über den weitgehenden Verzicht auf krankenhausspezifisch verhandelbare Preiselemente beabsichtigt der Gesetzgeber, die indirekte Wiederkehr des unwirtschaftlichen Systems der Selbstkostendeckung von Krankenhäusern zu verhindern. Angesichts der derzeitigen vertraglichen Strukturen in der stationären Versorgung wäre die Gefahr einer Rückkehr der Selbstkostendeckung bei krankenhausspezifisch verhandelbaren Fallgruppenpreisen durchaus gegeben. Gemäß §§ 109f SGB V schließen die (Landes)Verbände der Krankenkassen gemeinsam Versorgungsverträge mit einzelnen Krankenhäusern bzw. ihren Trägern. Die sozialpolitisch begründete Verpflichtung zu einheitlichem und gemeinsamem Vorgehen der Krankenkassen vermindert den ökonomischen Anreiz bzw. die Handlungsmöglichkeiten für Einzelkassen, sich wirksam für kostengünstige Versorgungsstrukturen einzusetzen.

572. Die Festsetzung von Preisen auf einem mittleren Niveau (fallgruppenbezogene Durchschnittskosten einer Stichprobe von Krankenhäusern) stellt hingegen auch bei korporativen Verhandlungsstrukturen ein Instrument dar, mit dem überdurchschnittlich kostenintensive Krankenhäuser unter finanziellen Anpassungsdruck gestellt werden können.

Unter gesamtwirtschaftlichen Kostengesichtspunkten ist eine Orientierung an Durchschnittskosten immer noch besser als eine Vollkostendeckung, jedoch bedeutet eine Orientierung an Durchschnittskosten auch:

- Keine Gewähr dafür, dass kostenminimale Preise nicht noch wesentlich tiefer liegen könnten,
- keine Ausschöpfungsmöglichkeiten der Gewinne für Kassen bzw. Versicherte aus unterdurchschnittlich kostenintensiven Krankenhäusern. Allerdings sollte eine vollständige Abschöpfung dieser potenziellen Gewinne schon deshalb vermieden werden, weil sonst der positive ökonomische Anreiz für die Krankenhäuser zur Mobilisierung von Rationalisierungsreserven verloren ginge, und
- keine automatische Abbildung regionaler Kostenstrukturen.

573. Mit dem GKV-Reformgesetz 2000 nicht geregelt wurde die zukünftige Verbindung des neuen Verfahrens zur Ermittlung der Fallpreise mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität bzw. der Budgetierung im stationären Bereich (§§ 6, 12 und 15 ff Bundespflegegesetzverordnung). Von einem retrospektiv floatenden Punktwertsystem (Budgetsystem) in Analogie zur Versorgung durch niedergelassene Kassenärzte ist insbesondere wegen der fehlenden betriebswirtschaftlichen Planungsgrundlage sowie

nicht leistungsgerechter Verzerrungen der Existenzbedingungen für Krankenhäuser abzurufen. Auch der milderen prospektiven Variante floatender Punktwerte wäre ein „Kosten-Punktwert-System“ vorzuziehen, bei dem die Punktwerte auf der Basis turnusmäßig festzustellender Veränderungen der Durchschnittskosten anzupassen wären.

Der Rat empfiehlt einen mehrjährigen Rhythmus der Punktwertanpassung an veränderte Kostenstrukturen, um den Krankenhäusern einerseits genügend Anpassungszeit zur Verfügung zu stellen und andererseits auf diese Weise dazu beizutragen, ausreichende ökonomische Anreize zur Mobilisierung von Rationalisierungsreserven zu setzen. Ergänzend ist der Einsatz von bereits heute angewandten Instrumenten der Fallzahlenplanung und -begrenzung denkbar. Die Fallzahlenplanung sollte jedoch weniger rein vergangenheitsorientiert als zukunftsorientiert auf der Basis epidemiologischer Daten vorgenommen werden.

574. Eine einseitige Orientierung des neuen Vergütungssystems an Kosteneinsparungen und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist gefährlich. Es geht nicht lediglich um die ressourcenbezogene, sondern insbesondere um die nutzenbezogene Effizienz der stationären Leistungserbringung: die Qualität der stationären Versorgung. Unter den herrschenden Rahmenbedingungen bewirken Einheitspreise einseitigen Kostendruck ohne gleichzeitig qualitätsmindernde Auswirkungen anreizkompatibel zu begrenzen. Krankenhäuser gefährden ihre Existenz derzeit durch schlechte Qualität weniger als durch hohe Kosten. Der Grund liegt weniger in der Verfügbarkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen (Kapitel II-2 und II-3) als in den geringen ökonomischen Anreizen bei Akteuren, diese vorzunehmen, weiterentwickeln und zu finanzieren.

Die gesetzliche Verpflichtung der Vertragspartner zur Qualitätssicherung und deren Berücksichtigung bei der Vergütung, die im Rahmen des Reformgesetzes 2000 über §§ 135-137 SGB V verankert wurde, dürfte dem nur teilweise entgegenwirken. Der Rat erneuert daher seine Anregung, die gesetzlichen Möglichkeiten qualitätsorientierter Zu- und Abschläge zu nutzen. Erfolgversprechend sind auch Ansätze zur Verbesserung der Qualitätstransparenz und zur vergleichenden veröffentlichten Qualitätsberichterstattung, die einen gewissen Wettbewerbsdruck unter Krankenhäusern um Patienten erzeugen können (z. B. Krankenhausbetriebsvergleich) (s. Abschnitt II-3.6). Hier eröffnen Leistungsauswertungen auf der Basis von Daten, die im Rahmen der Falldokumentation erfasst werden, neue Möglichkeiten. Öffentliche Reaktionen können einen zusätzlichen Anreiz für die Krankenkassen schaffen, Maßnahmen der Krankenhäuser zur Qualitätsverbesserung zu unterstützen und auch zu finanzieren oder ggf. Kündigungen zu betreiben.

575. Aus sozialpolitischen Gründen sind die Möglichkeiten der Krankenversicherung begrenzt, den unterschiedlichen Präferenzen der Versicherten hinsichtlich

Qualität der Leistungserbringung sowie Beitragssatz zu entsprechen. Für den Versicherten mögen dabei auch Qualitätsparameter wichtig sein, die über vorwiegend medizinisch definierte Leistungsqualitätsbegriffe hinausweisen. Es wäre die Aufgabe einzelner Krankenversicherungen, diese herauszufinden, um präferenzgerechte Leistungsangebote erstellen zu können. Für einen Leistungswettbewerb, der sich auf die Qualität stationärer Leistungen, Krankenhausabteilungen oder auch ganzer Krankenhäuser bezieht, stehen den einzelnen Krankenkassen die Möglichkeiten im Rahmen von Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V) und Integrationsverträgen (§§ 140a bis h SGB V) offen.

576. In einer Übergangsphase empfiehlt sich eine vorsichtige Handhabung des unter den gegebenen Rahmenbedingungen (korporative Versorgungsverträge, derzeitige Ausgestaltung der räumlichen Sicherstellung) sehr scharfen Instrumentes der Einheitspreise. Dass man sich auf diese Weise zum Teil wieder dem unwirtschaftlichen Effekt der Selbstkostendeckung für einzelne Krankenhäuser nähern könnte, ist während einer Übergangsphase in Kauf zu nehmen zugunsten eines größeren Schutzes der Patienten vor qualitätsmindernden Kostensenkungen. Eine Errungenschaft wäre bereits, dass die auch heute immer noch bestehende Tendenz zur Selbstkostendeckung durch das neue Entgeltsystem zumindest nicht verstärkt wird.

Ein tragfähiger Kompromiss zwischen der Vermeidung qualitätsmindernder Nebeneffekte des über Fallpauschalen erzeugten Kostendrucks und dem Wiedereinzug der Selbstkostendeckung könnte darin liegen, im Rahmen der bundeseinheitlichen Regelungen als Orientierung für krankenhausindividuelle Verhandlungen eine Liste von Kostenarten aufzustellen, die grundsätzlich über Zu- und Abschläge vergütet werden können. Dabei ist auch die besondere Rolle der Universitätskliniken zu berücksichtigen.

Ergänzt werden könnte diese Liste um die Angabe von durchschnittlichen Kosten pro aufgelisteter Kostenart (z. B. Ausbildungskosten pro Ausbildungsplatz oder Notfallversorgungskosten pro Notfall). Interessant wäre dabei sowohl eine bundesdurchschnittliche Kostenangabe als auch der Kostendurchschnitt der betreffenden Versorgungsregion. Wenn ein Krankenhaus Mehrkosten für einen angegebenen Faktor nicht nachweisen kann, könnte ein Zuschlagsverzicht vereinbart werden. Schließlich wäre es möglich, eine krankenhausindividuelle Budgetierung der Summe aus Zu- und Abschlägen vorzusehen. Weitere Argumente stützen einen solchen Kompromiss:

- Die Einführung der Leistungseinheit Behandlungsfall in deutschen Krankenhäusern ist sowohl in ihrer Durchgängigkeit als auch in ihrem Zeitplan sehr ambitioniert.
- In keinem anderen Land, das ein DRG-System einsetzt (mit Ausnahme der USA), erfolgt die Vergütung stationärer Leistungen konsequent über einheitliche Fallpauschalen. In Australien werden lediglich die variab-

len Kosten der Krankenhäuser über DRG-orientierte Fallpauschalen vergütet. In Frankreich werden Einheitspreise lediglich als Informationsgrundlage verwendet.

- Die Leistungstransparenz im stationären Bereich wird erheblich zunehmen. Verfeinerte Leistungsvergleiche von Krankenhäusern werden den Wettbewerb unter Krankenhäusern um Reputation verstärken.
- Die durch das neue Vergütungssystem veranlasste Einführung der Kostenträgerrechnungen in Krankenhäusern ist eine wichtige Voraussetzung für unternehmerisches Handeln der Krankenhäuser in der Zukunft.

577. Abschließend sei noch einmal die zentrale Forderung genannt, die der Rat angesichts der bevorstehenden Einführung des AR-DRG-Systems in Deutschland stellt. Nach ausländischen Erfahrungen ist aufgrund des zu erwartenden Rückgangs der Krankenhausverweildauern mit deutlichen Mehrbelastungen der ambulanten und stationären, ärztlichen und pflegerischen Nachsorgestrukturen (sowohl nach SGB V wie IX und XI) zu rechnen. Diese Strukturen müssen schnittstellengenau, qualitätsbewusst und synchron entwickelt werden, um Nachteile für Patienten zu vermeiden.

4.6 Literatur zu Kapitel 4

- Averill, R. F., Muldoon, J. H., Vertrees, J. C., Goldfield, N. I., Mullin, R. L., Fineran, E. C., Zhang, M. Z., Steinbeck, B. and Grant, T. (1998): The Evolution of Casemix Measurement Using Diagnosis Related Groups (DRGs). HIS Research Report, S. 1–40.
- Baum, G. und Tuschen, K.-H. (2000): Überlegungen zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, S. 449–460.
- Boesen, A. (2000): Gutachterliche Stellungnahme betreffend die vergabe- und kartellrechtliche Beurteilung der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems, Bonn.
- Buchanan, J. M. and Tullock, G. (1962): The calculus of consent, Ann Arbor.
- Bundesrat (1999): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahre 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), Drucksache Nr. 454/99 vom 13. August 1999, Bonn.
- Colin, C., Ecohard, R., Delahaye, F., Landviron, G., Messy, P., Morgon, E. and Matillon, Y. (1994): Data Quality in a DRG-based Information System. Int J Qual Health Care, Vol. 6, S. 275–280.
- Corn, R. F. (1981): The Sensitivity of Prospective Hospital Reimbursement to Errors in Patient Date. Inquiry, Winter, Vol. 18, S. 352–360.
- Doremus, H. D. and Michenzi, E. M. (1983): Data Quality. An Illustration of its Potential Impact Upon a Diagnosis-Related Group's Case Mix Index and Reimbursement. Medical Care, Vol. 21, S. 1001–1011.
- DTHG und DKG (Westfälische Wilhelms-Universität Münster, THG Chirurgie Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie, Herzchirurgie und Gefäßchirurgie (DGTG) und Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2000): Zwischenbericht und Abschlussbericht zum Projekt: Empirischer Vergleich von Patientenklassifikationssystemen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) in der Herzchirurgie.
- Freytag, A. (2000): Entscheidungen zur DRG-Software: Innovationspotenziale nutzbar machen. Das Krankenhaus, S. 369–373.
- Hsia, D. C., Ahern, C. A., Ritchie, B. P., Moscoe, L. M. and Krushat, W. M. (1992): Medicare Reimbursement Accuracy under the Prospective Payment System, 1985 to 1988, JAMA, Vol. 268, S. 896–899.
- Hsia, D. C., Krushat, W. M., Fagan, A. B., Tebbutt, J. A. and Kusserow, R. P. (1988): Accuracy of Diagnostic Coding for Medicare Patients under the Prospective Payment System; N Engl J of Med, Vol. 318, S. 352–355.
- Iezzoni, L. I. (Hrsg.) (1994): Resk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes, Ann Arbor (Mich).
- Kahn, K. L., Keeler E. B., Sherwood, M. J., Rogers, W. H., Draper, D., Bentow, S. S., Reinisch, E. J., Rubenstein, L. V., Kosecoff, J. and Brook, R. H. (1990): Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. JAMA, Vol. 264, S. 1984–1988.
- Kosecoff, J., Kahn K. L., Rogers, W. H., Reinisch, E. J., Sherwood, M. J., Rubenstein, L. V., Draper, D., Roth, C. P., Chew, C. and Brook, R. H. (1990): Prospective payment system and impairment at discharge. JAMA, Vol. 264, S. 1980–1983.
- Lauterbach, K. W. und Lungen, M. (2000a): DRG-Fallpauschalen: Eine Einführung, Stuttgart.
- Lauterbach, K. W. und Lungen, M. (2000b): Welchen Krankenhäusern nützen die Diagnosis-Related Groups? Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, S. 210–217.
- Louis, D. Z., Yuen, E. J., Braga, M., Cicchetti, A., Rabinowitz, C., Laine, C. and Gonella, J. S. (1999): Impact of a DRG-based Hospital Financing System on Quality and Outcomes of Care in Italy. Health Serv Res, Vol. 34, S. 405–415.
- Mansky, T. (2000): Grundlagen der fallorientierten Leistungsbewertung im Krankenhausvergleich und im Entgeltsystem: Bewertungsmodule des DRG-Systems am Beispiel der Medicare-Versicherung, in: G. Sieben und M. Litsch (Hrsg.), Der Krankenhausbetriebsvergleich. Ein Instrument auf dem Weg zu leistungsorientierten Preisen im Krankenhausmarkt, Heidelberg, New York, Tokyo, S. 149–192.
- Neubauer, G. und Nowy, R. (2000): Wege zur Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystems für operative und konservative Krankenhausleistungen in Deutschland. Studie im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, München.
- Neubauer, G. (2000): Anforderungen an ein leistungsorientiertes Krankenhausentgeltsystem. Das Krankenhaus, S. 163–167.
- OECD (2000): OECD Health Data 2000, Paris.
- Rogers, W. H., Draper, D., Kahn, K. L., Keeler, E. B., Rubenstein, L. V., Kosecoff and J., Brook, R. H. (1990): Quality of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. A summary of effects. JAMA, Vol. 264, S. 1989–1994.
- Russell, L. B. (1989): Medicare's New Hospital Payment system. Is it Working?, Washington D.C.
- Schechter, C. B. and Klionsky, M. M. (1988): DRG Errors. N Engl J Med, Vol. 319, S. 726–727.
- Scriba, P. (1997): Konflikte zwischen Ergebnis- und Kostenorientierung, in: Köbberling, Johannes (Hrsg.), Zeitfragen der Medizin, Berlin, Heidelberg.
- Simon, M. (2000): Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang. Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem, Arbeitspapier P00-201 der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.
- U.S. Congress, Office of Technology Assessment (1985): Medicare's Prospective Payment System: Strategies for Evaluating Cost, Quality and Medical Technology, Washington D.C.

Anhang

Anhang 1: Auftrag zu einem Sondergutachten

Die Bundesministerin für Gesundheit beauftragt den Sachverständigenrat mit der Erstellung eines Sondergutachtens zu folgender Fragestellung:

Welche Möglichkeiten sieht der Sachverständigenrat, die Leistungssteuerung im Gesundheitswesen insbesondere unter den Aspekten der Qualitätssicherung und neuer Vergütungsformen zu verbessern, wenn die gegebenen einnahmeseitigen Finanzierungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung im Kern erhalten bleiben?

Insbesondere sollen bei der Beantwortung dieser Frage

- die Rolle von Gesundheitszielen,
- die Rolle qualitäts- und leistungsorientierter Anreiz-/Vergütungsstrukturen,
- die Rolle der Stärkung von Prävention/Gesundheitsförderung und Versicherten-/Patientenkompetenz im Versorgungssystem und
- die Rolle des Hausarztes mit Blick auf eine bessere Verzahnung insbesondere der Leistungsbereiche ambulante, stationäre, rehabilitative und pflegerische Versorgung

diskutiert werden.

Ich bitte Sie, dieses Gutachten bis Mitte des Jahres 2000 vorzulegen.

Für die Dauer des Sondergutachtens wird der Sachverständigenrat von der Verpflichtung zur Vorlage der Jahresgutachten (gemäß Errichtungserlass vom 12. November 1992, zuletzt geändert am 2. Januar 1997, § 2 Abs. 1) entbunden.

Bonn, den 20. Mai 1999

Die Bundesministerin für Gesundheit

gez. Andrea Fischer

Anhang 2: Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2000)

Fünftes Sozialgesetzbuch

Fünftes Kapitel

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

§ 142

Unterstützung der Konzertierten Aktion; Sachverständigenrat

(1) Der Bundesminister für Gesundheit stellt die für die Beratungen der Konzertierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit beruft einen Sachverständigenrat, der die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. Der Sachverständigenrat hat zudem die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen; er hat dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen. Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 15. April, erstmals im Jahr 2001, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und nimmt in angemessener Frist zu dem Gutachten Stellung.

Anhang 3: Überleitung von Teilen des Sondergutachtens in den gesetzlichen Auftrag

Der Rat soll aufgrund der Novellierung von § 142 SGB V in der Fassung vom 15. Dezember 1999 zukünftig zweijährlich, und zwar erstmals bereits zum 15. April 2001, mir ein Gutachten vorlegen, in dem er im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung im Gesundheitswesen Bereiche von Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten hat.

In meinem Schreiben an den Vorsitzenden des Rates vom 20. Mai 1999 bat ich den Rat um ein Sondergutachten zur verbesserten Leistungssteuerung im Gesundheitswesen, insbesondere im Hinblick auf eine verbesserte Qualitätssicherung und neuer Vergütungsformen. Unter Berücksichtigung der Rolle von Gesundheitszielen, qualitäts- bzw. leistungsorientierter Vergütung, Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung und der Kompetenz von Versicherten und Patienten sowie der Rolle des Hausarztes, letzterer insbesondere im ambulant-stationär-rehabilitativen und pflegerischen Leistungsbereich. Dieses Gutachten sollte Mitte des Jahres 2000 vorgelegt werden.

Mit Blick auf die mit der Neufassung von § 142 SGB V sehr kurz bemessene Frist zur erstmaligen Abgabe des nunmehr neu vorgesehenen Regelgutachtens zur bedarfsgerechten Versorgung und angesichts der besonderen Bedeutung dieses Gutachtens, das über mich auch dem Deutschen Bundestag zugeleitet werden soll, entbinde ich den Rat von dem Wortlaut und der Frist meines Auftrages vom 20. Mai 1999.

Nach Rücksprache mit dem Vorsitzenden des Rates gehe ich davon aus, dass die bereits im Rat erarbeiteten Gutachtenteile für das damit in der vorgesehenen Form entfallende Sondergutachten 2000 sich weitgehend nahtlos in das nunmehr nach § 142 SGB V vorgesehene erstmalige Regelgutachten neuer Art mit Abgabefrist April 2001 integrieren lassen. Ich bitte daher den Rat zu prüfen, inwieweit die bereits erarbeiteten Gutachtenteile des Sondergutachtens 2000 sich in den neuen Gutachtauftrag integrieren lassen, auch soweit möglich unter Einschluss der in meinem Gutachtauftrag vom 20. Mai 1999 angesprochenen Einzelfragen.

Bonn, den 8. Februar 2000

Die Bundesministerin für Gesundheit

gez. Andrea Fischer

Anhang 4: Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen

Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
(Vorsitzender)

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre
Universität Mannheim
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer
Abt. Allgemeinmedizin
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei
Standort Wolfsburg, Fachbereich Gesundheitswesen
Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel

Prof. Dr. Dr. med. Karl W. Lauterbach
Institut für Gesundheitsökonomie
und Klinische Epidemiologie
Universität Köln

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock
Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba
Medizinische Klinik Innenstadt
Ludwig-Maximilians-Universität München