

»QM« im Gesundheitswesen – wie scheinbar grenzenlose Anforderungen Ressourcen blockieren

CHRISTIAN GOLDE

Christian Golde, Diplom-Pflegewirt (FH), Qualitätsbeauftragter bei den DKV-Residenzen in Bremen und Münster.

Ausgehend von einer alltäglichen Erkundungssuche zum Thema Qualität werden die Qualitätsverständnisse analysiert und anschließend mit Hilfe praxisrelevanter Beispiele aus der Altenhilfe veranschaulicht. Auf dieser Grundlage wird die Definition des Qualitätsbegriffes nachvollziehbar rekonstruiert. Das dem Qualitätsdiskurs im Gesundheitswesen implizit zugrundeliegenden, zentrale Qualitätselement der »Anforderung« wird kritisch gewürdigt. Auf der Basis aktueller Forschungsergebnisse zur Ergebnisqualität, werden abschließend Forderungen formuliert, die vom Autor als elementar für die weitere Qualitätsdiskussion angesehen werden.

An dem Phänomen Qualität ist heutzutage kein Vorbeikommen. Es vergeht kaum ein Tag, wo nicht darüber gesprochen oder geschrieben wird. Im Privaten. In der Arbeitswelt. Im Gesundheitswesen. Und natürlich auch in der Altenhilfe. Es ist das Schlagwort des Jahrhunderts. Das war nicht immer so. Erst in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten ist der Qualitäts-Hype zur vollen Blüte gekommen.

1. Qualität im Alltag

Da ist in der Zeitung z. B. von Luftqualität zu lesen. Gemeint ist damit eine wertende Beurteilung über die Menge (potentiell) schädlicher Stoffe in unserer Luft wie: Kohlenmonoxid, Ozon oder Feinstaub: Je höher die Schadstoffbelastung, desto geringer die Luftqualität. Allein für sich genommen ist die Menge der Schadstoffe in der Luft jedoch nicht der Gradmesser für die Qualität.

Die rein statistische Aussage hierüber ist an und für sich wertneutral. Die Qualitäts-Aussage entsteht erst, wenn die Schadstoffmenge in Beziehung zu etwas gesetzt wird, auf die es einen (wesentlichen) Einfluss ausübt. In diesem Fall ist es die menschliche Gesundheit. Genauer müsste es also heißen: Je höher der Anteil von Schadstoffen in der Luft und dadurch bedingter höherer Wahrscheinlichkeit der Beeinträchtigung der menschlichen Gesundheit, desto geringer die Luftqualität. Denn der Zusammenhang von Schadstoffen und Gesundheit ist evident (z. B. Staublungenkrankheit). Zur Vereinfachung wird Qualität, die sich auf die Beschaffenheit einer Sache, hier: die Atemluft, **Beschaffenheits-Qualität** (qualitas) genannt.

Den mindestens ebenso bekannten Vertreter einer anderen Qualitätsdefinitionsvariante findet sich z. B. bei der Stiftung Warentest. Hier werden Produkte nach bestimmten Kriterien getestet und

das Ergebnis mit einem Werturteil dargestellt. Es versteht sich von selbst, dass die Kriterien, wonach Produkte getestet werden, produktspezifisch anzulegen sind: welchen Sinn macht die Deklaration der Daunenfüllung bei der Frage ob und wie viel Schwein in Geflügelwurst drin ist? Das Qualitätskonzept der Stiftung Warentest wird stark vereinfachend in der folgenden Schülerhilfe beschrieben: »Überlegen Sie, was Ihnen an diesen Produkten bzw. Dienstleistungen am wichtigsten ist. Was würden Sie als Verbraucher wissen wollen?« (Stiftung Warentest 2011: 96). Im nächsten Schritt wird dann einfach eine Gewichtung für die einzelnen Punkte bzw. Kriterien festgelegt, z. B. Geruch 60%, Preis 10%. Das Resultat ist dann wohl jedem bekannt: eine Qualitäts-Note für den Grad, in dem die Produkteigenschaften die Erwartungen der Kunden erfüllen. Zwar sind Erwartungen individuell. Es gibt aber zwischenmenschlich Übereinstimmungen: Wenn ich mir heutzutage einen Kühlschrank kaufen möchte, dann erwarte ich – angesichts der Klimaveränderungen – dass dieser mindestens die Energieeffizienzklasse A+++ erfüllt. Diese Erwartung wird von immer mehr Bundesbürgern geteilt.

Die Qualität, die sich auf die Güte eines Produktes bezieht, d. h. ob bzw. inwieweit sie vorausgesetzte Erwartungen erfüllt, wird »Güte-Qualität« genannt.

2. Qualitätsrelevante Anforderungen in der Altenhilfe

Neben den Erwartungen, gibt es aber auch Erfordernisse. Und der Grad in dem diese Erfordernisse erfüllt bzw. eingehalten werden, ist Ausgangspunkt für die Beantwortung der Frage, ob bzw. inwieweit Qualität vorliegt. Verpflichtende Erfordernisse in diesem Sinne werden typischerweise in Gesetzen formuliert. In der Altenhilfe gibt es – um nur die zwei wichtigsten Gesetze zu nennen – die jeweilige Landesheimgesetzgebung (z. B. das Wohn- und Teilhabegesetz Nordrhein-Westfalen. GV. NRW. S. 738) und die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011 (welche die Grundlage für die Qualitätsprüfungsrichtlinie

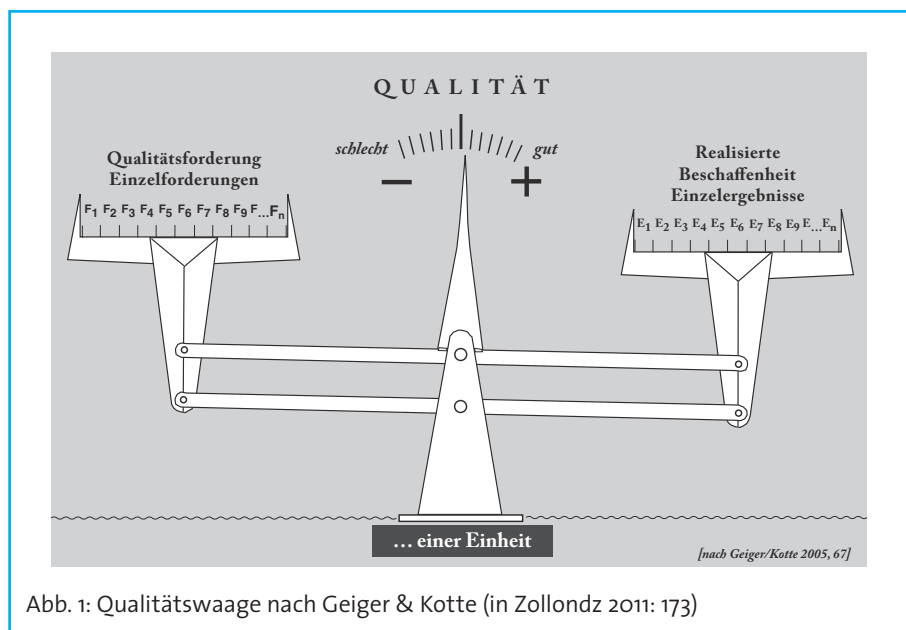


Abb. 1: Qualitätswaage nach Geiger & Kotte (in Zollondz 2011: 173)

des MDK darstellt). Doch auch z. B. die Normfamilie zur DIN EN ISO 9000, die in der 9001 die Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme festlegt, gehört hierzu. Zweifelsohne kein Gesetz, ist sie vielmehr ein freiwilliger Standard, auf den verbindlich einzuhalten sich eine Einrichtung in ihrer Arbeit allerdings verpflichten kann.

3. Die Qualitätswaage

Insbesondere bei den Beispielen zur Güte-Qualität ist immer wieder die Rede von den sog. Anforderungen, die für Klärung der Frage: was Qualität ist? von herausragender Bedeutung sind: subjektive Anforderungen in Form von Erwartungen (z. B. an die Energieeffizienzklasse des Kühlschranks) und normative Anforderungen in Form von Erfordernissen (z. B. an die Einhaltung behördlicher Regelungen). Bedient der Handel meine Erwartungen an einen Kühlschrank mit einem entsprechenden Produkt, ist das Qualität. Dabei können Kunde und Produzent bekanntlich mehrere Anforderungen an ein Produkt stellen (Preis, Aussehen, Größe, technische Standards usw.). Qualität ist – einer älteren Definition zu Folge – also »die Gesamtheit von Merkmalen ... [eines Produktes, eines Prozesses oder einer Dienstleistung] bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse [und Erwartungen] zu erfüllen«. Besonders eindrucksvoll lässt sich diese Formel an der sog. »Qualitäts-Waage« (vgl. Abb. 1) darstellen:

Übertragen auf die Altenhilfe stellt es sich dann folgendermaßen dar: Stimmen

- die (subjektiven und individuellen) Erwartungen des Heimbewohners an das Leben in einer stationären Einrichtung, an die Pflege, Betreuung, Verpflegung und Unterkunft mit
- den Leistungen des Betreibers, d. h. den Arbeitsergebnissen der Leitung, der Pflege, dem Sozialen Betreuungsdienst, der Küche, der Hauswirtschaft usw. überein,

entsteht Qualität und der Zeiger steht in der Mitte. Dies ist auch der Fall, wenn

- die Einrichtung der Behörde gegenüber nachweisen kann, dass sich
- die Pflege und Betreuung an dem allgemeinen anerkannten fachlichen Standard orientiert. Gemeint ist damit u. a. die Anwendung der Expertenstandards in der Pflege und deren fortlaufender Aktualisierung.

Bei der Leseweise zur Qualitätswaage muss man allerdings folgendes beachten: stimmen alle erbrachten Dienstleistungen der Pflege mit den MDK-Anforderungen überein, testiert der MDK sehr gute Qualität. Bei der Qualitätswaage müsste der Zeiger also nach rechts ausschlagen. Allerdings bestünde dann zwischen Anforderungen und Ergebnissen ein Ungleichgewicht, was de facto ja nicht der Fall wäre. Das Qualitätsprinzip lässt sich mit dieser Qualitätswaage also nur bedingt darstellen.

4. Scheinbar grenzenlose Anforderungen

Der Gegenstand auf den sich die Erwartungen und Erfordernisse beziehen, kann sich, wie am Beispiel des Kühlschranks gezeigt, auf ganz unterschiedliche Dinge beziehen: Sind es in der Automobilindustrie bestimmte Funktionalitäten, wie Schnelligkeit, Sicherheit, Komfort, Wirtschaftlichkeit usw., beziehen sich Dienstleistungen im Gesundheitswesen eher konkret auf den Menschen an sich und machen ihn zum Maßstab aller Qualitätsbemühungen: »Spätestens seit den 1980er Jahren geht die Qualitätsdiskussion ... von einem weit gefassten Begriff von Gesundheit aus, damit auch von einem weit gefassten Begriff von Ergebnissen« (BMG 2010: 14). Also neben der körperlichen Gesundheit auch »psychische und soziale Aspekte sowie Gesundheitsverhalten und -einstellungen, Wissen, Motivation und Zufriedenheit (...)« (ebd.).

Nimmt man als Beispiel den Expertenstandard Ernährungsmanagement des DNQP: Das Ziel einer bedarfsgerechten Ernährung wird beschrieben als das Zuführen der »Menge an Energie bzw. Nährstoffen ..., die pro Tag benötigt wird, um optimale Körperfunktionen zu gewährleisten, ernährungsbedingte Gesundheitsstörungen zu vermeiden und Körperreserven zu schaffen bzw. aufrecht zu erhalten« (DNQP 2010: 66). Noch nicht genug, soll das Essen und Trinken auch noch mit »Lust und Genuss« (ebd.) verbunden sein und ist wichtig für die »Identitätsbildung« (ebd.: 67). Das ist – bezogen auf den Expertenstandard Nr. 7 – der Maßstab, der angelegt wird, um eine qualitative Aussage über die diesbezüglichen Leistungen von Pflege – und Betreuungseinrichtungen zu treffen! In der Altenhilfe zeigt zudem der Blick in die am Grundgesetz angelehnte Zwecksetzung der jeweiligen Landesheimgesetzgebung (vgl. § 1 Wohn- und Teilhabegesetz in GV. NRW. S. 738) bzw. der Maßstäbe und Grundsätze, was der Referenzrahmen professionellen Handelns ist.

Es geht bei der Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen also weniger darum, welche Beschaffenheits-Qualität der Mensch hat, ob er zwei Arme und zwei Beine hat. Von Bedeutung ist, ob der Mensch mit und ohne Beeinträchtigung auch Mensch sein kann. Der implizite

Fokus liegt auf dem gesellschaftlichen Menschenbild: Wie soll der Mensch sein? Was soll ein Mensch können? Was braucht ein Mensch um Mensch zu sein? Das ist der eigentliche Referenzrahmen, mittels dem dann eine Qualitätsaussage darüber getroffen wird, ob bzw. inwieweit pflegerische Dienstleitungen geeignet sind, diese Erfordernisse bzw. Erwartungen zu erfüllen.

Derart ausufernde Bezugsgrößen sind ein ernsthaftes Problem für wirtschaftliche aber auch effiziente Bemühungen zur Qualitätsarbeit. Die mehr oder minder offen formulierte Anforderung, bedarfsorientierte, professionelle Pflege und Betreuung nach dem allgemein anerkannten Stand des pflegefachlichen Wissens mit den vergüteten Leistungen in Einklang zu bringen, stürzt die professionell Pflegenden in einen schier unlösbaren Konflikt (vgl. Wiese 2009). Fehlende gesetzliche Konkretisierungen diesbezüglich oder auch die vergleichsweise Überbetonung der Strukturdimension im Qualitätssicherungskonzept des SGB XI führen zu einer nicht hinnehmbaren Bindung der Ressourcen in den Einrichtungen.

Dadurch, dass unser Menschenbild gleichsam die Hintergrundmatrix für ein professionelles Dienstleistungsverständnis darstellt, bietet sie einen idealen Nährboden für »Willkürlichkeiten« in den jeweiligen behördlichen Prüfsystematiken. Über 270 MDK-Prüfkriterien (inkl. M-/B-/Info- und PTV-Kriterien) und über 70 Kriterien im Wohn- und Teilhabegesetz in Nordrhein-Westfalen. Hinzu kommen weitere teils identische, teils ergänzende Kriterien beim Brand- und Arbeitsschutz, aus dem Lebensmittelgesetz usw. Hingegen kommen Hassler et al. (2010) in ihrem Gutachten zur Pflege-Transparenzvereinbarung allerdings zu dem Ergebnis, dass im stationären Bereich allerdings nur zwei Kriterien Ergebnisqualität messen. Der Vorgang der sog. Rechtsauslegung aber auch subjektive Ermessensspielräume auf Seiten der Qualitätsprüfer sorgen für weitere Verwirrungen. Qualitätsmanagement verkommt hier zum Selbstzweck.

5. EinGold-Standard für Qualitätsprüfungen

Avedis Donabedian hat in den 1980er Jahren das vielzitierte Modell der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

entworfen. Bezogen auf die Ergebnisqualität hat auch er die Veränderung des Gesundheitszustands zu ihrem wichtigsten Indikator gemacht. Das u. a. vom BMG (BMG 2010) geförderte Projekt »Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe« (sog. »Wingefeld-Projekt«) hat diese Überlegungen aufgegriffen. Ergebnisqualität wird hier definiert als dass »Ergebnisse der vollstationären pflegerischen Versorgung ... mess-

Mit dem »Wingefeld-Projekt« wird erstmalig ein Weg aufgezeigt, effizient, transparent und methodisch sauber Qualitätssicherung und –entwicklung voranzutreiben.

bare Veränderungen des Gesundheitszustands, der Wahrnehmung und des Erlebens der Bewohner (umfassen), die durch die Unterstützung der Einrichtung bzw. durch das Handeln ihrer Mitarbeiter bewirkt werden. Ergebnisqualität ist dementsprechend eine Eigenschaft von Versorgungsergebnissen, die mit einer bewertenden Aussage beschrieben wird« (ebd.: 15).

Mit dem »Wingefeld-Projekt« wird hierzulande erstmalig ein brauchbarer Weg aufgezeigt, im Bereich der Altenhilfe effizient, transparent und methodisch sauber Qualitätssicherung und –entwicklung voranzutreiben. Dieser alleine reicht jedoch nicht aus. Seit Kurzem liegt der Entwurf eines Konzeptes zur Reform der gesetzlichen Prüfsysteme vor (VDAB 2010): Vorgeschlagen wird, basierend auf einem anerkannten Qualitätsmanagementsystem (z. B. DIN) zunächst ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement aufzubauen (für die Sicherung der einrichtungsinternen Struktur- und Prozessqualität). Im zweiten Schritt sollen dann einrichtungsvergleichende Qualitätsbeurteilungen durchgeführt werden. Zwar denken die Autoren hierbei vorrangig an die Methodik des AQUA-Instituts (Entwicklung von Qualitätsindikatoren im medizinischen Sektor). Mit den Wingefeld

Qualitätsindikatoren liegt m.E. fürs erste jedoch ein geeignetes Methodeninventar vor. Das wäre ein vernünftiger Weg um ernsthaft Qualitätsentwicklung zu betreiben.

Dadurch, dass große Teile der regelmäßigen Qualitätsprüfung auf Zertifizierungsgesellschaften übertragen werden können, ließen sich die behördlichen Prüfumfänge erheblich verringern. Die Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren auf wissenschaftlicher Ebene würde die Prüfinstanzen von einer Kritik der Willkür befreien und für Transparenz sorgen. Spätestens seit der Pflege-Transparenzvereinbarung ist das einzelfallbezogene Qualitätssicherungsverfahren des MDK abgelöst worden von einer diffusen QM-Chimäre, bestehend aus Elementen der Qualitätssicherung bzw. Qualitätsentwicklung und QM-System. Dieses Schiff steuert jedoch in die völlig falsche Richtung. Es ist dringend notwendig, dass sich die Vertragsparteien kurz- bis mittelfristig auf ein fachlich vernünftiges Handeln einigen. Dann stimmt die politische Qualität auch wieder. ■

Literatur

Stiftung Warentest u. a. (2011): test macht Schule. Berlin: Eigenverlag. <<http://www.test.de/filestore/tms-2011.pdf?path=/b1/28/bec5f5c7-dd76-47c8-9f20-ab4d81bafa41-file.pdf&key=5D7935B11763936952E480B174C9719F78146653>> [Stand: 2012-03-07]

DIN EN ISO 9001 2008-12 (2008): Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen. Berlin: Beuth

Zollondz, H.-D. (2011): Grundlagen Qualitätsmanagement. Einführung in Geschichte, Begriffe und Konzepte. 3. Auflage. München: Oldenbourg Verlag.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe – Abschlussbericht. Berlin: BMG

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2010): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege Audit-Instrument. Osnabrück: Eigenverlag

Wiese, U. E. (2009): Rechtliche Qualitätsvorgaben in der stationären Altenpflege. Leitfaden für den Gesetzesdschungel. 2. Auflage. München: Urban & Fischer

Hasseler, M., Wolf-Ostermann, K. (2010): Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. Im Auftrag der Vertragspartner nach § 113 SGB XI erstellt <http://www.gkvspitzenverband.de/upload/Pflegenoten_Endbericht_Berat_u_WB_2010_07_21_14041.pdf> [2012-03-07]

VDAB u. a. (Hrsg.) (2011): Zukunft Pflege; Qualitätsbericht statt »Pflege-TÜV«. Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität auf wissenschaftlicher Basis Abschlussbericht der Bonato-Kommission. Essen: Eigenverlag.

Hasseler, M., Wolf-Ostermann K (2010): Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. Im Auftrag der Vertragspartner nach § 113 SGB XI erstellt.

Gesundheitssystem im Wandel



Die Arbeit untersucht Reaktionen von Patienten, Ärzten und Krankenversicherungen auf die jüngsten Gesundheitsreformen in Deutschland. Sie zeigt vier Grundtypen auf, welche zu Wunschvorstellungen von einem künftigen deutschen Gesundheitssystem verdichtet werden können.

»Ein für Fachleute, die an theoretisch anspruchsvollen Analysen des Gesundheitswesens mit Anspruch auf empirische Basierung interessiert sind, wie ich finde empfehlenswertes Buch!«

Thomas von Lengerke, www.socialnet.de Juli 2011

Weitere Informationen: www.nomos-shop.de/13039

Vier Systemmodelle für das deutsche Gesundheitswesen

Eine Typologisierung von Patienten, Ärzten und Krankenversicherungen

Von Michael Schmöller

2011, 427 S., brosch., 79,- €, ISBN 978-3-8329-6130-5



Nomos