



ELSEVIER  
URBAN & FISCHER

Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 104 (2010) 120–131

## Schwerpunkt

# Wie rückt Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung? Ergebnisse einer Delphi- und Akteurbefragung

Max Geraedts<sup>1,\*</sup>, Reinhard Busse<sup>2</sup>, Wilfried H. Jäckel<sup>3</sup>, David Klemperer<sup>4</sup>, Susanne Mauersberg<sup>5</sup>, Dirk Sauerland<sup>6</sup>, Eckhard Volbracht<sup>7</sup>, Uwe Schwenk<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Lehrstuhl für Gesundheitssystemforschung, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten

<sup>2</sup>Technische Universität Berlin, Lehrstuhl Management im Gesundheitswesen, H 80, Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin

<sup>3</sup>Uniklinik Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Engelbergerstraße 21, 79106 Freiburg im Breisgau

<sup>4</sup>Hochschule Regensburg, Fakultät Sozialwissenschaften, Seybothstraße 2, 93053 Regensburg

<sup>5</sup>Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Markgrafenstraße 66, 10969 Berlin

<sup>6</sup>Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Lehrstuhl für Institutionenökonomik und Gesundheitssystemmanagement, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten

<sup>7</sup>Bertelsmann Stiftung, Carl-Bertelsmann-Straße 256, 33311 Gütersloh

## Zusammenfassung

Obwohl es in Deutschland inzwischen eine Vielzahl an gesetzlichen Vorgaben, Konzepten und Instrumenten zur Qualitätsförderung gibt, scheint das Gesundheitswesen von einer lebendigen Qualitätskultur noch weit entfernt zu sein. Um Wege aufzuzeigen, wie die Entwicklung und Umsetzung einer Qualitätskultur in der deutschen Gesundheitsversorgung gelingen könnte, hat die Bertelsmann Stiftung im Sommer 2009 eine Delphi-Befragung von sieben wissenschaftlich mit dem Thema Qualität im Gesundheitswesen befassten Experten sowie eine Online-Befragung von insgesamt 239 Akteuren aus den Bereichen Medizin, Selbstverwaltung, Politik, Industrie und Patientenvertretung durchgeführt. Auf dieser Basis wurden 31 Thesen aus zwölf Themenbereichen formuliert und beurteilt, die notwendige Bausteine dafür beschreiben, dass Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung in Deutschland rückt. Bei einer Dichotomisierung der vorgegebenen Antwortskala (Schulnoten von 1–6) erhielten

28 der 31 Thesen zu mehr als 2/3 eine Zustimmung der Akteure mit den Notenwerten 1 oder 2 im Vergleich zu 3–6. Die zehn Thesen mit den höchsten Zustimmungswerten erhielten von jeweils 85% und mehr Akteuren Notenwerte von 1 oder 2. Den Hauptergebnissen der Befragungen folgend, erfordert die Etablierung einer vom Großteil der Befragten gewünschten Qualitätskultur, vordringlich ergebnisorientierte Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren zu definieren, Qualitätsmanagement stärker in der Ausbildung zu beachten und eine auf möglichst objektiver Qualitätstransparenz beruhende, mit Anreizen versehene Qualitätsförderung einzuführen. Die hohe Übereinstimmung von Experten und Akteuren im Hinblick auf die notwendigen Schritte zur Etablierung einer lebendigen Qualitätskultur im deutschen Gesundheitswesen geben Hoffnung, dass die konkrete Umsetzung dieser Schritte gemeinsam gelingen könnte.

**Schlüsselwörter:** Qualität der Gesundheitsversorgung, Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung

\*Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. M. san. Max Geraedts, Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Institut für Gesundheitssystemforschung, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten. Tel.: 02302 926-770; fax: 02302 926-783.  
E-Mail: [max.geraedts@uni-wh.de](mailto:max.geraedts@uni-wh.de) (M. Geraedts).



# How to bring quality into the focus of health care – results of a delphi and stakeholder survey

## Summary

Although plenty of statutory requirements, concepts and tools to promote the quality of health care exist, Germany's health care system seems far from being pervaded by a vivid quality culture. In order to show ways how to succeed in developing and implementing such a quality culture in the German health care system, the Bertelsmann foundation conducted a delphi survey of seven quality of care experts and an online survey of 239 stakeholders, encompassing health care providers and representatives of the self administration of the health care system, politicians, the health care industry, and patient representatives. Based on the delphi results 31 theses within 12 subject areas have been formulated and assessed, which describe building blocks to put quality in the center of Germany's health care system. After dichotomizing the answers (school grades 1–6 into 1–2

= best, and 3–6 = worse) >66% of the stakeholders rated 28 of 31 theses with grades 1–2. The ten most accepted theses received grades 1 or 2 from more than 85% of the stakeholders. Following the main results of the surveys, establishing a vivid quality culture requires outcome oriented quality goals and quality indicators to be defined, quality management to be embedded better into the education of all health care providers, and quality promotion to be introduced which is build on quality incentives and objective quality transparency. Since experts and stakeholders agree to such a high degree in the steps necessary to establish a quality culture in the German health care system, the realization of these steps seems to be possible.

**Key words:** quality of health care, quality management, quality assurance

## Hintergrund

Der Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitswesen wird seit einigen Jahren verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet: So haben Gutachten des Sachverständigenrates das Thema mehrfach beleuchtet; der Gesetzgeber verlangt von den Leistungserbringern immer weitergehende Aktivitäten der Qualitätsförderung und -sicherung; Kongresse sowie wissenschaftliche Fachgesellschaften widmen sich ebenfalls kontinuierlich der Thematik.

Eine wegweisende Entwicklung stellten dabei die von der 72. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 1999 verabschiedeten „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ dar [1]. Bei der Evaluation des Zielerreichungsgrades zeichnete die 77. GMK ein gemischtes Bild: insgesamt könne von einer verbesserten Grundeinstellung zum Thema Qualitätsmanagement (QM) im Gesundheitswesen gesprochen werden. Viele der genannten Einstellungen und Instrumenten fanden zunehmend Einzug in die Routine [2]. Die ebenfalls ausgesprochene Empfehlung für eine Fortschreibung der „Nationalen Qualitätsstrategie“ wurde unter dem Titel „Weiterentwicklung der Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen – eine Vision für das Jahr 2011“ publiziert und von der 79. GMK 2006 ausdrücklich begrüßt. Darin wurden unter anderem folgende übergeordnete Ziele

für eine Qualitätsorientierung im deutschen Gesundheitswesen formuliert [3]:

1. Qualität wird zum Leit- und Steuerelement des deutschen Gesundheitswesens.
2. Die Beurteilung der Leistungen in der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege erfolgt anhand der Qualität der Ergebnisse.
3. Die Ergebnisqualität wird in vielen Bereichen über die Allokation von Ressourcen und die Finanzierung von Leistungen entscheiden.
4. Ziel des Gesundheitssystems ist dabei der patientenrelevante Nutzen (objektive und subjektive Gesundheit) und dessen Optimierung.
5. Qualitätsmanagement wird den kontinuierlichen Verbesserungsprozess des deutschen Gesundheitswesens bestimmen.

Die GMK erwartet, dass sich auf der Basis dieser Zielsetzungen Qualität zum maßgeblichen Leit- und Steuerelement im Gesundheitswesen entwickelt. Dabei legt die GMK ausdrücklich Wert darauf, vor dem Hintergrund der aktuell vorrangig finanziell ausgerichteten Diskussion über das deutsche Gesundheitswesen, die maßgebliche Bedeutung hoher Qualitätsanforderungen an die gesundheitliche Leistungserbringung zu betonen.

Alles in allem stellt die GMK die Entwicklung der letzten Jahre quasi als halb volles Glas dar. Bei nüchterner Betrachtung kann aber auch das Fazit eines halb leeren Glases nicht von der Hand gewiesen werden. 20 Jahre nach der Einführung der gesetzlichen Verpflichtung zum Qualitätsmanagement kann nicht davon gesprochen werden, dass sich im deutschen Gesundheitswesen eine konsistente Qualitätskultur etabliert hat. Zu behaupten, dass der Großteil der Leistungserbringer akzeptiert, dass es sich lohnt, die Qualität der eigenen Versorgung zu hinterfragen und zu kennen, diese kontinuierlich zu verbessern und anhand von Qualitätsdaten vergütet zu werden, wäre genauso falsch wie zu behaupten, dass Patienten Wahlentscheidungen im deutschen Gesundheitswesen auf der Basis von Qualitätsdaten treffen.

## Zielsetzung und inhaltlicher Rahmen

Die Bertelsmann Stiftung setzt sich in ihrem Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ mit unterschiedlichen Projekten und Ansätzen für eine Förderung von Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen ein. Trotz dieser Förderung und in Anbetracht der Vielzahl an gesetzlichen Vorgaben, Konzepten und Instrumenten zur Qualitätsförderung in Deutschland verwundert es, dass Deutschland von

einer breiten Umsetzung und tatsächlichen Qualitätskultur noch weit entfernt scheint. Aufsetzend auf dem GMK-Protokoll wollte die Bertelsmann Stiftung deshalb Antworten auf folgende Fragen finden:

- Wie rückt Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung?
- Warum fällt die Umsetzung der vielfältigen Konzepte so schwer?
- Was fehlt auf dem Weg von der Pflicht zur Kür?
- Welche Gründe lassen sich für die unzureichende Akzeptanz und Durchdringung mit Maßnahmen der Qualitätsförderung anführen?
- Welche Wege und Mittel sind zur Umsetzung von Strategien, Konzepten und Instrumenten notwendig, damit die Qualitätsidee tatsächlich gelebt wird?

Um diese Fragen zu beantworten, hat die Bertelsmann Stiftung im Sommer 2009 eine Delphi- und Akteurbefragung durchgeführt, deren Ergebnisse hier berichtet werden.

## Methodik

Bisher fehlen empirische Erkenntnisse zu effektiven Verfahren, wie die Umsetzung von Strategien und Konzepten zur Verankerung des Qualitätsgedankens im deutschen Gesundheitswesen gelingen könnte. Um dennoch zu möglichst fundierten Einschätzungen dazu zu kommen, wie die nächsten Schritte zu einer solchen Umsetzung aussehen müssten, wurde ein zweiphasiger Meinungsbildungsprozess genutzt.

Die erste Phase basierte auf der Delphi-Methode, die eine Schätzmethode zur Beurteilung zukünftiger Ereignisse oder Trends darstellt. Üblicherweise beruht die Delphi-Methode auf einem systematischen, mehrstufigen Befragungsverfahren einer Gruppe von Experten zu einer vordefinierten Anzahl von Thesen, wobei den Experten die Einschätzungen der übrigen Experten anonym zurückgekoppelt werden.

An der Delphi-Befragung der Bertelsmann Stiftung nahmen die als Autoren genannten Wissenschaftler (MG, RB,

WJ, DK, DS), ergänzt durch Professor Selbmann, Tübingen und eine Vertreterin des Verbraucherzentrale Bundesverband (SM) teil. Diese Experten wurden zunächst aufgefordert, zur Hauptfrage „Was fehlt, damit Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung rückt“ Thesen beziehungsweise Ideen zu generieren. Anschließend kategorisierte und kompilierte MG die Thesen der Experten, die danach den Experten zurückgemeldet wurden. Die Experten sollten sich dazu äußern, ob sich ihre eigenen Thesen in den nun zusammengefassten Thesen wiederfinden und ob sie aufgrund der Thesen der übrigen Experten neue Ideen oder Ergänzungen/Kommentare vorbringen wollten. Die mit Hilfe der ersten Ergänzungen und Kommentare abgeänderten Thesen wurden daraufhin noch zweimal an die Experten zurückgemeldet und bei Bedarf weiter abgeändert, bis die Experten mit der gemeinsam erarbeiteten Thesensammlung einverstanden waren. Als Ergebnis dieser ersten Phase lag eine Sammlung von 31 Thesen vor, die zwölf Themenbereichen zugeordnet werden konnten (s. unten).

In der zweiten Phase wurden diese Thesen im Rahmen einer Online-Befragung einer Gruppe von Akteuren aus Medizin, Selbstverwaltung, Politik, Patienten(-vertretung) und Gesundheitsindustrie vorgelegt. Die Gruppe der Befragten rekrutierte sich zum einen aus der Adressdatei der Stiftung Praxis-siegel e. V. und zum anderen aus der Gruppe der nach dem Europäischen Praxisassessment (EPA) zertifizierten Ärzte und EPA-Visitoren. Von insgesamt 2.020 Angefragten antworteten 239 zeitgerecht (Rückmeldequote 11,8%). Die 239 Antwortenden verteilten sich wie folgt auf die Akteursgruppen: Patienten, Versicherte (8), Politik (10), Kostenträger (46), Leistungserbringer (35), zertifizierte Arztpraxen (60), Wissenschaft (32), Industrie, Dienstleistungen (33), Sonstige (15).

Die Akteure wurden zunächst gebeten, zu den einzelnen Thesen jeweils den Grad ihrer Zustimmung anzugeben (Notenskala von 1–6: 1 = volle Zustimmung, 6 = keine Zustimmung). Darüber hinaus konnten zu jedem der zwölf Themenbereiche optional Kom-

mentare in Form von Freitextangaben abgegeben werden.

Der Beurteilung der einzelnen Thesen folgte eine Priorisierung der Themenbereiche (Notenskala 1–6: 1 = sehr hohe Bedeutung, 6 = keine Bedeutung) auf der Basis der Angaben zur Frage „Bitte priorisieren Sie die zwölf Themen hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Entwicklung und Umsetzung einer Qualitätskultur im Gesundheitssystem“).

Danach sollten die Thesen insgesamt bewertet werden („Die Thesen und Themen beschreiben die Voraussetzungen für die Entwicklung und Umsetzung einer Qualitätskultur in der Gesundheitsversorgung aus wissenschaftlicher Sicht. Sind die Thesen und Themen aus Ihrer Sicht umfassend?“; Antwortkategorie ja/nein).

Darüber hinaus wurden die Befragten gebeten, die aus ihrer Sicht wichtigsten Barrieren und Umsetzungsmaßnahmen für die Entwicklung und Umsetzung einer Qualitätskultur anzugeben („Was sind aus Ihrer Sicht die entscheidenden Hemmnisse/Barrieren für die Entwicklung und Umsetzung einer lebendigen Qualitätskultur?“; „Wie rückt Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung? Welche drei konkreten Maßnahmen würden Sie als Erstes einführen?“). Dabei waren jeweils drei Freitextfelder vorgesehen, die mit jeweils maximal zwei Sätzen gefüllt werden sollten.

Zuletzt konnten noch weitere allgemeine Anmerkungen in ein weiteres Freitextfeld eingetragen werden.

Die Einschätzungen der Thesen sowie die Priorisierung der Themenbereiche wurden deskriptiv ausgewertet (vor allem Mittelwerte, Spannweiten und Rangbildungen über alle und die einzelnen Akteursgruppen getrennt). Die Freitextkommentare wurden inhaltsanalytisch verdichtet und Kernaussagen zu den einzelnen Themenbereichen extrahiert.

## Ergebnisse und Diskussion

### Themenbereiche und Thesen

Als wesentliches Ergebnis der Delphi-Befragung sind 31 Thesen zu nennen, die zwölf Themenbereichen zugeordnet werden konnten. Die Themenbereiche und einzelnen Thesen stellt die

tabellarische Übersicht dar (Textkasten 1 & 2). Dabei gibt die erste Spalte in der ersten Zeile die Akzeptanz der Thesen durch die befragten Akteure wieder. Dazu wurden die Zustimmungswerte über alle Akteure aggregiert und dichotomisiert (Zustimmungswerte 1 oder 2 versus 3–6). In den eckigen Klammern wird die durchschnittliche Zustimmung über alle Befragten aller

Akteursgruppen (Notendurchschnitt 1–6) sowie die Spannweite der durchschnittlichen Bewertungen durch die einzelnen zu differenzierenden Akteursgruppen, also die Extremwerte einzelner Akteursgruppen, dargestellt. In der dichotomisierten Beurteilung fanden die einzelnen Thesen bei der Akteurbefragung insgesamt eine hohe Zustimmung. 15 Thesen erhielten eine

**Textkasten 1:** Übersicht über alle Themenbereiche und Thesen sowie deren Akzeptanz.

Thema A	Qualitätsforschung
A-1: 83,4% [1,8; 1,3–2,3]	A-1) Wir brauchen überzeugende, unabhängige Belege zur Effektivität und Kosteneffektivität von Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, Qualitätssteuerung und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen.
A-2: 85,2% [1,8; 1,5–2,0]	A-2) Im Fokus muss die Wirkung von QM-Aktivitäten auf patientenrelevante Ergebnisse stehen.
A-3: 68,4% [2,1; 1,7–2,3]	A-3) Darüber hinaus brauchen wir bessere Informationen darüber, welche Barrieren für die Qualitätsentwicklung bestehen und wie diese auf der Ebene der individuellen Leistungserbringer und der Selbstverwaltung überwunden werden können.
A-4: 73,3% [2,1; 1,6–2,5]	A-4) Insbesondere überregionale QM-Aktivitäten sollten nur nach einer prototypischen Erprobung mit einer begleitenden Evaluation breit eingeführt werden.
<b>Thema B</b>	<b>Gemeinsame Qualitätsziele</b>
B-1: 63,9% [2,4; 2,1–2,7]	B-1) Wir brauchen eine Vision und Ziele für die Gesundheitsversorgung, deren Qualität, das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung, die von allen Beteiligten – also von Bürgern/Patienten, den Leistungserbringern sowie den Kostenträgern und der Politik – getragen werden. Beim Zielfindungsprozess müssen die Bürger/Patienten und die Wissenschaft prominent beteiligt werden.
B-2: 84,1% [1,8; 1,7–2,1]	B-2) Zentral müssen Qualitätsziele sein, die auf eine Verbesserung der Gesundheit und der medizinischen Versorgung zielen.
<b>Thema C</b>	<b>Anreize für Qualität</b>
C-1: 86,6% [1,7; 1,6–2,3]	C-1) Wir brauchen ein Vergütungs- und Vertragssystem, das gute Leistungen konsequent und spürbar immateriell und materiell fördert.
C-2: 85,7% [1,7; 1,4–2,3]	C-2) Die Anreize müssen konsistent sowohl alle Gesundheitsberufe als auch die Kostenträger umfassen.
C-3: 82,9% [1,8; 1,4–2,8]	C-3) Gute und schlechtere Leistungen sollten identifiziert werden.
C-4: 77,6% [1,9; 1,4–2,8]	C-4) Bei schlechteren Leistungen sollten Hilfestellungen gewährt werden. Bei dauerhaft schlechten Leistungen sollten Konsequenzen bis hin zum Ausschluss von der Leistungserbringung vorgesehen werden.

<p><b>Thema D</b> D-1: 73,4% [2,1; 1,6–2,5]</p>	<p><b>Qualitätsmanagement anstatt Qualitätskontrolle</b> D-1) Wir brauchen eine Verschiebung des Fokus von der Qualitätskontrolle zu einem erfolgreichen (internen) Qualitätsmanagement, das auf kontinuierliche Qualitätsverbesserung zielt. Ein solches Qualitätsmanagement kann unter anderem mit Hilfe einer kontinuierlichen professionellen Entwicklung aller Gesundheitsberufe die Qualität auch in Zukunft sichern und verbessern.</p>
<p><b>Thema E</b> E-1: 73,1% [2,0; 1,5–2,7]</p> <p>E-2: 80,3% [1,8; 1,4–2,1]</p>	<p><b>Informationstechnik</b> E-1) Wir brauchen eine Weiterentwicklung und Förderung der Dokumentationskultur und Informationstechnik im Gesundheitswesen, so dass Qualitätsanalysen mit vertretbarem Aufwand möglich werden. E-2) Dabei sollte so weit wie möglich auf vorhandene bzw. zu anderen Zwecken sowieso erhobene Daten zurückgegriffen werden. Dies setzt eine Harmonisierung der zu erhebenden Daten und der Eigenschaften der verwendeten Software voraus.</p>
<p><b>Thema F</b> F-1: 67,4% [2,2; 1,5–2,9]</p>	<p><b>Qualitätswettbewerb</b> F-1) Wir brauchen einen Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen, um die Leistungserbringer zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung zu motivieren und qualitätsfördernde Innovationen in der Versorgung zu ermöglichen.</p>

Zustimmung >80% (darunter vier Thesen >90%); 13 Thesen >66–79%; 2 Thesen 50–65% Zustimmung und nur eine These wurde von unter 50% mit den Noten 1–2 beurteilt (These H-3).

Bei Betrachtung der Durchschnittsnotenwerte und Spannweiten fällt auf, dass auch hier nur die These H-3 („Verantwortung für regionale/nationale Qualität bei Selbstverwaltung“) einen Durchschnittswert aufweist, der gerundet über der Note 2 liegt. Ansonsten fanden alle Thesen eine hohe Zustimmung, indem die Thesen gerundet im Durchschnitt mit der Note 2 bewertet wurden, mit Ausnahme der Thesen J-2 und K-1, die den höchsten Zustimmungsgrad mit einem Durchschnitt von 1,4 aufwiesen. Auch bei den Spannweiten zeigt sich, dass die unterschiedlichen Akteursgruppen die Thesen relativ einheitlich bewerteten. Bei 3 Thesen betrug die Spannweite bis zu 0,5 Notenwerte (B-2, G-3, J-2), bei 16 Thesen zwischen 0,6 und 1,0 Notenwerten, bei 9 Thesen zwischen 1,1 und 1,5 Notenwerten und nur bei wiederum 3 Thesen mehr als 1,5 Notenwerte (H-2, H-3, L-2).

## Priorisierung der Themenbereiche

Die hohe Konsistenz der Bewertungen im Vergleich der Akteursgruppen lässt sich auch sehr gut bei der Priorisierung der Themenbereiche erkennen. Hierzu zeigt Tabelle 1 die von den einzelnen Akteursgruppen für die zwölf Themenbereiche abgegebenen Bedeutungsbeurteilungen.

Demnach stimmen die Akteursgruppen bei den Themenbereichen Qualitätskultur und Qualität in der Ausbildung am stärksten überein, indem die Spannweite unter 0,5 Notenwerten umfasst. Bei fünf Thesen betrug die Spannweite bei der Priorisierung mehr als einen Notenwert. Diese größeren Differenzen waren zumeist durch Ausreißer verursacht. Bei den Themenbereichen Ressourcen für QM und Informationstechnik beurteilten die Patienten/Versicherten diese Themenbereiche wesentlich schlechter als die übrigen Akteure, während der Bereich Anreize für QM von der Politik als weniger bedeutsam, dahingegen die Bereiche Qualitätstransparenz und Qualitätswettbewerb

von den Kostenträgern als besonders bedeutsam beurteilt wurden (Tabelle 1). Insgesamt fällt auf, dass die zehn Vertreter der Politik und die neun Patienten/Versicherten jeweils bei sechs bzw. acht der zwölf Themenbereiche entweder den jeweils geringsten oder zweitgeringsten Wert für die Bedeutung dieses Themenbereichs für die Entwicklung und Umsetzung einer Qualitätskultur vergeben haben. Hierbei ist jedoch die geringe Anzahl der Teilnehmer in diesen beiden Akteursgruppen zu beachten. Alle übrigen Akteure haben eher variabelere Urteile abgegeben, indem ihre Priorisierungen im Vergleich mit den anderen Akteuren stärker streuten.

## Top-10 der Thesen

Die bei der Priorisierung der Themenbereiche deutlich werdende Bevorzugung der Themen Qualitätskultur und Qualitätsmanagement in der Ausbildung spiegelt sich auch in der Beurteilung der einzelnen Thesen wider. Bildet man eine Rangordnung über alle 31 Thesen, dann werden die Top-10-Thesen

**Textkasten 2:** Übersicht über alle Themenbereiche und Thesen sowie deren Akzeptanz.

<b>Thema G</b>	<b>Qualitätstransparenz</b>
G-1: 86,0% [1,7; 1,2–2,1]	G-1) Wir brauchen für die interessierten Beteiligten methodisch korrekte, verständliche und zugängliche Informationen zur Qualität der Leistungserbringung und zur Umsetzung des Qualitätsmanagements.
G-2: 85,0% [1,7; 1,2–2,2]	G-2) Die Qualitätsinformationen müssen wichtige Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Versorgung umfassen.
G-3: 90,1% [1,5; 1,3–1,7]	G-3) Qualitätsinformationen müssen so erhoben werden und so aufbereitet sein, dass Inhalt und Umfang den Bedürfnissen der jeweiligen Nutzer entsprechen.
G-4: 73,8% [2,0; 1,7–2,4]	G-4) Um größeres Vertrauen in die veröffentlichten Daten herzustellen, sollten Qualitätsdaten von unabhängigen Stellen publiziert oder zumindest auditiert werden.
<b>Thema H</b>	<b>Qualitätsrechenschaftspflicht</b>
H-1: 73,8% [2,0; 1,8–2,7]	H-1) Wir brauchen eine klare Zuordnung der Verantwortung und der Rechenschaftspflicht für die Qualität der Versorgung.
H-2: 73,8% [2,0; 1,7–3,5]	H-2) Alle Partner im Gesundheitswesen (Bürger, Leistungserbringer, Kostenträger und Gesundheitspolitiker) sind für die Qualität ihrer Beiträge verantwortlich und rechenschaftspflichtig.
H-3: 40,6% [3,3; 2,4–3,9]	H-3) Die regionale/nationale Verantwortung für die Qualität der medizinischen Versorgung könnten regional/national definierte Selbstverwaltungsorgane unter Einbezug von Bürgern, Leistungserbringern und Kostenträgern übernehmen.
<b>Thema I</b>	<b>Patienten- und Ergebnisorientierung beim Qualitätsmanagement</b>
I-1: 85,0% [1,7; 1,4–2,0]	I-1) Wir brauchen ein QM der Gesundheitsversorgung, das sich an patientenrelevanten kurz- und langfristigen Gesundheitsergebnissen orientiert.
I-2: 69,5% [2,2; 1,8–2,5]	I-2) Dazu müssen Patienten stärker in den Mittelpunkt der Qualitätsförderung treten. Patienteninteressen sind schon bei der Zielformulierung und Programmentwicklung stärker als bisher zu berücksichtigen.
I-3: 77,6% [1,9; 1,6–2,2]	I-3) Dem QM sollte ein umfassendes Gesundheits- und Krankheitskonzept unterliegen, das nicht nur ärztliche Interventionen, sondern alle Aspekte der Gesunderhaltung und Krankheitsversorgung von der Gesundheitsförderung bis zur Palliation umfasst.
I-4: 63,8% [2,4; 1,9–2,9]	I-4) Patienten benötigen unverzerrte und verlässliche Informationen zur Qualität der Versorgung und dem QM einzelner Leistungserbringer. Diese Informationen könnten in Verbindung mit Kommunikationsstrategien, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren, zu einer den Präferenzen des Patienten entsprechenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen. Einen Schwerpunkt sollte die patientenorientierte Entscheidungsunterstützung bei der Indikation zu diagnostischen und therapeutischen Prozessen bilden.

<b>Thema J</b>	<b>Qualitätsmanagement in der Ausbildung</b>
J-1: 91,1% [1,5; 1,2–1,8]	J-1) Der Gedanke der Qualität sowie die Ziele und Funktionsweisen von QM sind in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller medizinischen Professionen zu integrieren.
J-2: 92,3% [1,4; 1,1–1,5]	J-2) Dazu gehört eine Sensibilisierung für die Qualität der eigenen Berufsausübung, die Befähigung zur Selbstreflexion und Teamarbeit, die Auseinandersetzung mit ethischen Grundlagen medizinischer Entscheidungen sowie soziale und kommunikative Kompetenz.
J-3: 80,9% [1,9; 1,4–2,4]	J-3) Weiterhin sind verbindliche Systeme der kontinuierlichen professionellen Kompetenzerhaltung und -entwicklung notwendig.
<b>Thema K</b>	<b>Qualitätskultur</b>
K-1: 92,7% [1,4; 1,1–2,1]	K-1) Wir brauchen eine Qualitätskultur, in der gute Leistungen anerkannt werden und Qualitätsvergleiche genauso wie Fehler und konstruktive Kritik – auch am Qualitätsmanagement – als Chance für Verbesserungen angesehen werden.
<b>Thema L</b>	<b>Ressourcen für Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und -förderung</b>
L-1: 72,8% [2,1; 1,9–2,6]	L-1) Wir brauchen ausreichende Ressourcen für die Weiterentwicklung des QM, damit methodisch adäquate QM-Programme und deren Bestandteile, wie z.B. Leitlinien, Behandlungspfade und Qualitätsindikatoren, entwickelt und vor der breitflächigen Implementierung erprobt werden können.
L-2: 70,3% [2,3; 1,4–3,3]	L-2) Die für die Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen notwendige Zeit muss als wesentlicher Bestandteil der Leistungserbringung vergütet werden.

**Tabelle 1.** Beurteilung der Bedeutung der Themenbereiche durch die Akteursgruppen (Notenskala 1–6, jeweils Mittelwerte; Zahlen in Klammern = Anzahl Befragungsteilnehmer).

	Industrie, Dienstleistung (58)	Patienten, Versicherte (46)	Leistungserbringer (35)	Zertifizierte Arztpraxen (32)	Politik (31)	Sonstige (14)	Wissenschaft (10)	Kostenträger (8)	Gesamt (233)
Qualitätsforschung	2,50	2,50	1,91	2,41	2,00	2,23	1,87	2,07	2,18
Qualitätsziele	1,97	2,50	1,97	2,21	2,00	2,08	2,37	2,56	2,22
Anreize für Qualität	1,84	1,75	1,79	1,77	2,70	1,43	1,87	2,09	1,88
QM anstatt Q-kontrolle	1,74	2,14	1,91	1,64	2,20	2,38	2,07	2,40	1,98
Informationstechnik	2,31	3,00	1,97	2,52	2,70	2,21	2,58	2,28	2,38
Qualitätswettbewerb	2,52	2,38	2,66	3,12	3,30	2,36	2,65	1,82	2,59
Qualitätstransparenz	1,71	2,38	2,00	2,16	2,50	1,71	1,74	1,29	1,84
Qualitätsrechenschaftspflicht	2,73	3,00	2,79	3,34	3,33	2,71	2,52	2,53	2,86
Patienten- & Ergebnisorien- tierung beim QM	1,87	2,38	2,26	2,29	1,70	1,71	1,68	1,61	1,96
QM in der Ausbildung	1,69	1,88	1,89	1,78	1,90	2,00	2,00	2,07	1,89
Qualitätskultur	1,62	1,88	1,47	1,82	1,80	1,46	1,52	1,73	1,67
Ressourcen für QM	2,32	3,25	1,86	1,72	2,70	2,36	2,07	2,53	2,16

### Textkasten 3: Top-10 der Thesen mit der durchschnittlich höchsten Zustimmung.

Themenbereich/These	Zustimmung: % Noten 1–2
K-1) Qualitätskultur: dringender Bedarf	92,7%
J-2) QM in der Ausbildung: Befähigung zu Selbstreflexion und Teamarbeit	92,3%
J-1) QM in der Ausbildung: Qualitätsgedanke integrieren	91,1%
C-1) Anreize für Qualität: materielle und immaterielle Förderung	86,6%
C-2) Anreize für Qualität: konsistent über Gesundheitsberufe und Kostenträger	85,7%
G-1) Qualitätstransparenz: korrekte, verständliche und zugängliche Informationen	86,0%
G-2) Qualitätstransparenz: Informationen über Strukturen, Prozesse, Ergebnisse	85,0%
G-3) Qualitätstransparenz: an Bedürfnissen der Nutzer orientiert	90,1%
A-2) Qualitätsforschung: zur Wirkung von Qualitätsaktivitäten	85,2%
I-1) Patienten- und Ergebnisorientierung beim QM: kurz- und langfristige Ergebnisse	85,0%

durch eine Gruppe gebildet, die aus 6 der zwölf Themenbereiche stammt und bei der alle Thesen 85% und mehr Zustimmung fanden (Noten 1 oder 2 zusammengefasst) (Textkasten 3). Um die Lesbarkeit zu verbessern, sind im Textkasten die jeweils thematisch zusammengehörenden Thesen in ihrer logischen Reihenfolge und nicht nach den Rängen bei den Zustimmungswerten sortiert.

Diese Liste der zehn Thesen mit dem durchschnittlich höchsten Zustimmungswert unter den Akteuren verdeutlicht, dass die Themen QM in der Ausbildung, Anreize für Qualität und Qualitätstransparenz nach Meinung der Befragten für die Entwicklung und Umsetzung einer Qualitätskultur im deutschen Gesundheitswesen die Hauptrolle spielen sollten. Dabei sollte sowohl die Ausrichtung des QM als auch die Forschung zum QM immer an patientenrelevanten Ergebnissen ausgerichtet sein.

## Analyse der Freitextkommentare

### Optionale Kommentare zu den einzelnen Thesen

Eine solche Interpretation der Zustimmungswert- und Priorisierungsurteile der

Befragten wird gestützt durch die Analyse der Freitextkommentare. Hierzu war zunächst festzuhalten, dass die Freitextfelder sowohl bei den optionalen Kommentaren zu den einzelnen Thesen als auch im Bereich der zusätzlich zu benennenden Hemmnisse oder Umsetzungsmaßnahmen in einem Maße genutzt wurden, wie dies für Online-Befragungen unüblich ist. Bei den Thesen fanden sich zwischen 15 und 70 Kommentare, bei den Hemmnissen und Maßnahmen je rund 470 Angaben.

In den Kommentaren zu den Thesen der zwölf Themenbereiche spiegelte sich zunächst beinahe durchweg die hohe Zustimmung zu den Thesen wider. Darüber hinaus fand sich eine Vielzahl von Kommentaren, die eher allgemein zum QM im Gesundheitswesen oder zur Lage einzelner Akteure Stellung bezogen. In der folgenden, nach den Themenbereichen sortierten Auflistung werden diese Kommentare nicht benannt, sondern nur solche Kommentare, die zumeist vielfach in dieser Form oder ähnlich genannt wurden, die Thesen konstruktiv hinterfragen oder leitend für eine Überarbeitung bzw. Klarstellung der Thesen sein könnten.

### A – Qualitätsforschung (52 Kommentare)

„Vorab einheitliche Definition von Qualität nötig“; „Forschung zur Qualität selber, nicht nur zu QM usw.“; Qualitätsforschung sollte sektorübergreifende Perspektive einnehmen; Zwang zur breiten Erprobung könnte lähmen (Bürokratie, Kosten, Zeitverlust).

### B – Gemeinsame Qualitätsziele (67 Kommentare)

Problem der Finanzierbarkeit zielorientierter Gesundheitsversorgung; Hinweis auf (vielerseits unbekannt) Aktivitäten von [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de); gemeinsame Zielformulierung evtl. lähmend (Interessenkonflikte).

### C – Anreize für Qualität (72 Kommentare)

„Wer definiert „gute Qualität““ (löst Ängste aus); Adherence/Compliance der Patienten bedenken.

### D – QM anstatt Qualitätskontrolle (56 Kommentare)

„Ohne Kontrolle (Ergebnistransparenz) funktioniert QM nicht“.



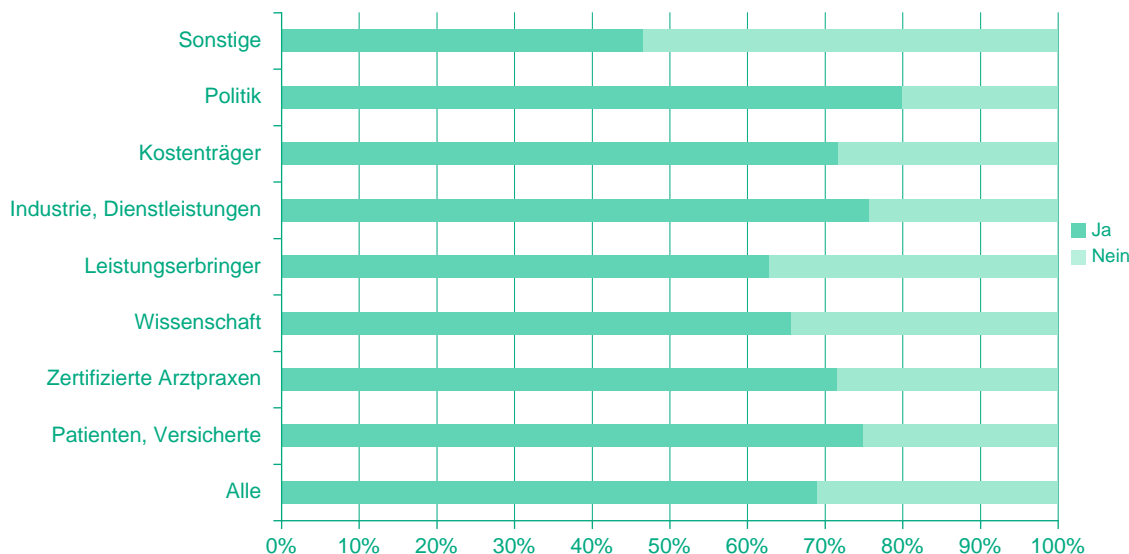


Abb. 1. Antworten der Akteure auf die Frage „Sind die Thesen und Themen aus Ihrer Sicht umfassend?“.

### E – Informationstechnik (43 Kommentare)

Zwei Pole: a) weniger Daten erheben versus b) Routinedaten unbrauchbar (zu wenig klinische Daten); Hinweis auf Datenschutz/-missbrauch; Einzelverträge mit IT-Insellösungen die Regel, deshalb Bedarf für einen offenen, verbindlichen Standard.

### F – Qualitätswettbewerb (53 Kommentare)

Problematik der Definition der Wettbewerbsparameter (Ängste im Zusammenhang mit Compliance/Rechenschaftspflicht); „Wettbewerb findet bereits durch freie Arztwahl statt“ – diesen erhalten; Wettbewerbsgefahr Risikoselektion.

### G – Qualitätstransparenz (56 Kommentare)

„Unabhängigkeit gibt es nicht“; Gefahr des Missbrauchs der Daten; Grenzen der Aussagekraft der Daten nicht allgemein klar.

### H – Qualitätsrechenschaftspflicht (67 Kommentare)

Rechenschaftspflicht der Leistungserbringer folgt aus Haftungsrecht; Ablehnung der Rechenschaftspflicht der Bürger/Patienten; Neues Selbstverwaltungsorgan unnötig/nur mehr Bürokratie.

### I – Patienten- & Ergebnisorientierung beim QM (62 Kommentare)

Problem der Forderung nach Maximalversorgung durch Patienten; Ergebnisqualität durch viele Faktoren beeinflusst (Compliance).

### J – QM in der Ausbildung (32 Kommentare)

„Machen wir doch schon alles“; weitere Gängelung der Ärzte.

### K – Qualitätskultur (15 Kommentare)

„Allgemeinplatz“.

### L – Ressourcen für QM, QS, Qualitätsförderung (54 Kommentare)

Tenor: Ablehnung neuer Ressourcen, nicht QM gesondert bezahlen, sondern gute Qualität besser, schlechte schlechter beziehungsweise gar nicht bezahlen.

Eine wesentliche Gruppe von Kommentaren ist dabei vermutlich der Leistungserbringerseite zuzuordnen, die eine fremdbestimmte Definition von Qualität der Versorgung und daran anknüpfende Anreizsysteme sowie einen darauf aufbauenden, ihrer Ansicht nach verzerrten Qualitätswettbewerb fürchten. Darüber hinaus wird betont, dass bei der Fokussierung auf Ergebnisparameter zu beachten sei, dass ein Großteil der Ergebnisse der Mitarbeit der Patienten bedarf und diese außer-

halb der Kontrolle der Leistungserbringer stehe.

### Kommentare zur Vollständigkeit der Thesen

Trotz der überaus positiven Kommentierung der Thesen sowie der großen Zustimmung über alle Akteursgruppen hinweg, verdeutlichte sich in der Beantwortung der Frage, ob die Thesen umfassend seien und ob Wesentliches fehle, dass sich die Akteure mehr Orientierung auf die praktische Umsetzung gewünscht hätten. Abbildung 1 gibt zunächst die Antworten auf die Frage wieder, ob die Thesen und Themen aus der Sicht der Akteure umfassend sind (Abb. 1). Dies wird – außer bei den „Sonstigen“ – von jeweils rund 70% der Akteure bejaht, jedoch existiert in jeder Gruppe eine mehr als 20-prozentige Minderheit, die dies nicht bejaht. Hier scheint bei einer Minderheit in jeder Akteursgruppe das Gefühl zu verbleiben, dass ein wichtiger Aspekt fehlt oder zumindest nicht so formuliert vorliegt, wie gewünscht, der aber aus den Freitextkommentaren nicht herauszukristallisieren war (siehe unten).

Am häufigsten kritisiert bzw. als fehlend benannt wurden folgende Aspekte (insgesamt 100 Kommentare): Thesen wenig konkret, zu theoretisch, zu wenig praktische Umsetzung; Kosten-Nutzen-Aspekte von QM fehlen;

Bedeutung der Vernetzung der Sektoren für die Qualität und das QM muss betont werden.

Diese Kommentare wurden bei den optionalen „Allgemeinen Anmerkungen“ (51 Kommentare) nochmals bestärkt. Auch hier ließen sich folgende Aspekte herauskristallisieren: Zu wenig provokante Thesen, Allgemeinplätze; hinreichende Instrumente vorhanden, Problem liegt in der Umsetzung durch die gemeinsame Selbstverwaltung; „bitte bei den weiteren Beratungen zu diesem Thema nicht die Bodenhaftung verlieren“; „die Zeit drängt: Umsetzung muss beginnen“.

### Benennung von Hemmnissen/Barrieren und Umsetzungsmaßnahmen

Betrachtet man jedoch die als wesentliche Barrieren benannten Aspekte (457 Kommentare) sowie die Vorschläge der befragten Akteure für prioritäre Umsetzungsmaßnahmen (472), damit Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung rückt, dann fällt auf, dass sich der Großteil der Nennungen in den Thesen bereits wiederfindet.

Als Hemmnisse wurden zusammenfassend vor allem folgende Aspekte genannt: Fehlende Definition von Qualität/Ergebnisqualitätsindikatoren; fehlende Anreize für Qualität, fehlende Sanktionen; fehlende Transparenz (über Sektoren hinweg), Angst vor Transparenz; fehlender Qualitätswettbewerb; unverständliche oder methodisch unzureichende Qualitätsvergleiche; fehlende Ausbildung zu QM; fehlendes Verständnis für Sinn und Nutzen von QM; hierarchische Strukturen im „Medizinbetrieb“, mangelnde Selbstreflexion; fehlende Fehlerkultur; Aufwand für QM (Bürokratie, Zeit, Dokumentation); Interessenkonflikte bei den Akteuren; unkoordinierte Parallelaktivitäten verschiedener Akteure bzgl. QM; fehlende sektorübergreifende Ausrichtung der Versorgung/des QM; uneinheitliche Dokumentations- und IT-Strukturen.

Als Maßnahmen, die dabei helfen könnten, dass Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung rückt, wurden zusammenfassend vor allem folgende Aspekte genannt: Definition von

Qualität/Qualitätsindikatoren; Anreize/Sanktionen für Qualität, Rezertifizierung der Leistungserbringer; Qualitätswettbewerb, selektives Kontrahieren, Abschaffung des Kontrahierungszwangs; Transparenz über Sektoren hinweg, mehr integrierte Versorgung; Ausbildung zu QM; Stärkung von QM-Bekanntheit und Q-/QM-Bewusstsein in der Bevölkerung; Abschaffung der Körperschaften im Gesundheitswesen; Erhaltung der freien Arztwahl, Aufhebung der Niederlassungsbeschränkung; einheitliche/sparsame Dokumentationsanforderungen und IT-Strukturen; Harmonisierung von QM in der ambulanten und stationären Versorgung; Best Practice offenlegen und Preise ausloben; Verpflichtung zur Zertifizierung der QM-Systeme von Gesundheitseinrichtungen; Primärärztsystem mit Kopfpauschalen; Sicherstellungsauftrag an Staat, monistische Finanzierung für Krankenhäuser; Einführung von Praxisberatern; Etablierung eines Nationalen Qualitätsinstituts.

Die Zusammenstellungen bestätigen größtenteils die auf der Basis der Zustimmungswerte zu den einzelnen Thesen gewonnenen Erkenntnisse zu den vordringlichen Maßnahmen, die ergriffen werden müssten, damit Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung in Deutschland rückt: Um die vom Großteil der Befragten gewünschte Qualitätskultur zu etablieren, müssen vordringlich ergebnisorientierte Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren definiert werden, Qualitätsmanagement stärker in der Ausbildung beachtet werden und eine auf möglichst objektiver Qualitätstransparenz beruhende, mit Anreizen versehene Qualitätsförderung eingeführt werden.

### Limitationen der Studie

Sowohl die Arbeit der Experten im Rahmen des Delphi-Prozesses als auch die Befragung der Akteure und die Auswertung der Befragungsergebnisse sind unter sehr begrenzten zeitlichen Rahmenbedingungen entstanden. Insbesondere die qualitative Analyse der Freitexte konnte nur in sehr grob zusammenfassender Weise erfolgen. Inwieweit eine großzügigere Frist die Er-

arbeitung der Thesen weiter vorangebracht hätte, lässt sich nicht genau sagen. Außer Zweifel steht jedoch, dass es sich bei der Gruppe der befragten Akteure nicht um eine repräsentative Stichprobe dieser Akteursgruppen gehandelt hat. In diesem Zusammenhang ist zum einen die Rücklaufquote von 11% zu nennen, die sich am unteren Rand der bei solchen, an eine vorab definierte Gruppe versandten Online-Befragungen befindet [4]. Es ist davon auszugehen, dass bei der Akteurbefragung eine „Positivauswahl“ in Bezug auf das Interesse an der Thematik, das Vorwissen und die Auseinandersetzung mit den Thesen vorgelegen hat. Beredtes Beispiel dafür ist die Vielzahl an Freitextkommentaren, die von großem Einsatz für das Projekt sprechen. Die vorliegenden Ergebnisse sollten deshalb als Meinung einer speziellen Gruppe in der Thematik Vorgebildeter, also vermutlich von Experten auf dem Feld der Qualität im Gesundheitswesen interpretiert werden.

### Fazit

Im Rahmen der Delphi- und Akteurbefragung konnten 31 Thesen aus zwölf Themenbereichen formuliert und beurteilt werden, die notwendige Bausteine dafür beschreiben, dass Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung in Deutschland rückt. Die Akteure aus den Bereichen Medizin, Selbstverwaltung, Politik, Industrie und Patientenvertretung stimmten den von den Experten vorgelegten Thesen weitgehend zu und zeigten eine hohe Übereinstimmung bei der Einschätzung der Thesen. Als Hauptergebnis der Thesenentwicklung und Akteurbefragung ist festzuhalten, dass sowohl die Experten als auch 93% der Befragten die Etablierung einer Qualitätskultur im deutschen Gesundheitswesen für wesentlich halten, damit Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung rückt. Um die vielfältigen Konzepte des Qualitätsmanagement umzusetzen und die Akzeptanz und Durchdringung mit Maßnahmen der Qualitätsförderung weiterzuentwickeln, sollten nach Meinung der Experten und Befragungsteil-

nehmer vordringlich folgende Wege und Mittel verfolgt werden:

- a) Stärkere Einbindung des Qualitätsgedankens und Qualitätsmanagements sowie von Themen wie Teamarbeit, soziale und kommunikative Kompetenz sowie Befähigung zur Selbstreflexion in die Ausbildung aller Gesundheitsberufe,
- b) Etablierung einer sektorübergreifenden Qualitätstransparenz und qualitätsfördernder Anreize,
- c) Entwicklung am Patientenergebnis orientierter Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren für das deutsche Gesundheitswesen,
- d) vermehrte Forschung zur Qualität der Gesundheitsversorgung und zur Wirksamkeit qualitätsfördernder Maßnahmen,
- e) Etablierung dokumentations- und informationstechnischer Standards, die eine möglichst ressourcenschonende Qualitätsarbeit unterstützen.

Letztlich bestätigt die Delphi- und Akteurbefragung vom Sommer 2009 die

Gültigkeit der bereits von der Gesundheitsministerkonferenz seit 1999 mehrfach vorgebrachten Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen. Die erstmals nachgewiesene hohe Übereinstimmung von Experten und Akteuren im Hinblick auf die notwendigen Schritte zur Etablierung einer lebendigen Qualitätskultur im deutschen Gesundheitswesen geben Hoffnung, dass die konkrete Umsetzung dieser Schritte gemeinsam gelingen könnte.

## Finanzierung der Befragung

Das Projekt wurde von der Bertelsmann Stiftung im Rahmen des Programms „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ finanziert. Die Autoren erhielten für ihre Arbeit im Rahmen der Delphibefragung ein Honorar der Stiftung.

## Literatur

- [1] Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Beschluss der 72. Gesundheitsministerkon-

ferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier, „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“. [www.wernerschell.de/Rechtssalmanach/Sozialrecht/gesundheitsministerkonferenz.htm](http://www.wernerschell.de/Rechtssalmanach/Sozialrecht/gesundheitsministerkonferenz.htm) (Zugang 15.12.2009).

- [2] Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Beschluss der 77. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 18.6.2004, TOP 9.2 – Weiterentwicklung der einheitlichen Qualitätsstrategie. [www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse\\_77&id=77\\_9.2](http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_77&id=77_9.2) (Zugang 15.12.2009).
- [3] Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Beschluss der 79. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 30.6.2006, TOP 9.2 – Weiterentwicklung einer einheitlichen Qualitätsstrategie. [www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse\\_79&id=79\\_09.02](http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_79&id=79_09.02) (Zugang 15.12.2009).
- [4] Manfreda KL, Bosnjak M, Berzelak J, Haas I, Vehovar V, Berzelak N. Web Surveys versus Other Survey Modes – A Meta-Analysis Comparing Response Rates. *International Journal of Market Research* 2008;50/1: 79–104.

## Qualitätsmanagement als Chefsache – Was sind die kritischen Erfolgsfaktoren für ein funktionierendes und „lebendiges“ Qualitätssystem aus Führungssicht?

### Zusammenfassung

Die Selbstverpflichtung der Unternehmensführung bezüglich der Entwicklung, Einführung, Umsetzung und kontinuierlichen Verbesserung eines Qualitätsmanagements stellt einen zentralen Aspekt für die erfolgreiche Implementierung eines Qualitätssystems dar. Die Ernennung des QM-Beauftragten und die adäquate Ausstattung mit Ressourcen, die Ausrichtung des QM-Systems auf die Anforderungen der Patienten sowie die Unterstützung des kontinuierlichen Verbesserungsgedankens gehören zu den wichtigsten Aktivitäten. Auch die Gestaltung der Qualitätspolitik und -ziele sowie die Durchführung jährlicher Managementreviews stellen elementare Voraussetzungen für ein funktionierendes Qualitätssystem dar.

Vergleicht man die gängigsten Qualitätsmanagementmodelle, so ist festzustellen, dass

die zentrale Rolle der Unternehmensleitung ein wichtiger Faktor ist. Neben diesen und anderen Kriterien des EFQM-Modells wird im Kriterium 1b auf die persönliche Mitwirkung bezüglich der Entwicklung, Einführung, Umsetzung und kontinuierlichen Verbesserung des Managementsystems der Organisation Wert gelegt [1]. Ähnliche Ansätze finden sich auch in Abschnitt 6.11 des KTQ-Modells, welches die Organisation des Qualitätsmanagements beinhaltet [2]. Wichtige Themen sind die Verantwortung der Krankenhausleitung für die Bereitstellung von personellen und finanziellen Ressourcen sowie die Einbindung sämtlicher Leitungsebenen in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements. Abschnitt 5 der Norm DIN EN ISO 9000:2000 ff widmet sich der Verantwortung der Leitung, welche Verantwortung und Zuständigkeiten für die Aufgaben im QM-Kontext festlegt und somit die Grundlage für die Erfüllbarkeit qualitätsrelevanter Aufgaben schafft.

### Kommentar

Zu den zentralen Belangen, welche des Engagements der Geschäftsführung bedürfen, sind die Erarbeitung, Umsetzung und Kommunikation des Leitbilds sowie der kundenorientierten Strategie samt kontinuierlichem Streben nach Verbesserung und dem Hinterfragen, ob das Führungsverhalten die QM-seitigen Anforderungen adäquat erfüllt [3]. In der DIN EN ISO Norm 9001:2008 wurde die Formulierung „Verpflichtung der Leitung“ umformuliert in „Selbstverpflichtung der Leitung“ in der Hoffnung, Aktivitäten seitens der Leitung des Unternehmens anzuregen [4]. Bezüglich des Beauftragten der obersten Leitung (Qualitätsbeauftragter, QMB) soll es sich um ein „Mitglied der Leitung“ handeln [5]. Unter der obersten Leitung können die Führungskräfte verstanden werden, die Einstellungs-, Abmahnungs- und Kündigungsbe- rechtigung haben wie beispielsweise Klinikumsvorstand, Krankenhausleitung oder Chefarzte, jedoch nicht der verantwortliche Qualitätsmanagementbeauftragte [6].