



© megaflopp - Fotolia.com

# Qualitätsmanagement im österreichischen Gesundheitssystem

## Was ist Qualität eigentlich?

Nimmt man nur die Übersetzung des lateinischen Wortes „qualitas“ – Beschaffenheit, Eigenschaft –, so trifft dies nicht den Kern der heute üblichen Verwendung. Das umgangssprachliche Verständnis ist vielmehr wertend: Qualität nach DIN EN ISO 8402 ist die „Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“, nach DIN EN ISO 9000 das „Vermögen einer Gesamtheit inhärenter (lat. innewohnend) Merkmale eines Produktes, eines Systems oder eines Prozesses zur Erfüllung von Forderungen von Kunden und anderen interessierten Parteien“.<sup>1</sup> Damit wird klar, dass nicht nur bestimmte Eigenschaften, welche messbar sein müssen, für die „Qualität“ (eines Produkts, Vorgangs, Systems oder Ergebnisses) wesentlich sind, sondern insbesondere die Anforderungen und Erwartungen von „Kunden und anderen interessierten Parteien“ –

im Zusammenhang mit einem Gesundheitssystem der Patienten und anderer Stakeholder.

Wie bereits in anderem Zusammenhang beschrieben, sind aber gerade die Anforderungen und Erwartungen unterschiedlich und teilweise widersprüchlich.<sup>2</sup> Auch ergeben sich aus der Sicht unterschiedlicher Rollen sogar für dieselbe Person unterschiedliche Erwartungen. In der Folge soll nur auf folgende Rollen eingegangen werden:

- Patienten
- Gesundheitsdiensteanbieter (als Personen und Organisationen)
- Gesundheitssystemverantwortliche (politische und finanzielle Verantwortung)

## Sicht von Patienten

Die Notwendigkeiten einer Krankenbehandlung oder anderer Leistungen des Gesundheitssystems hängen individuell stark vom Gesundheitszustand,



Dr. Gottfried Endel ist Allgemeinmediziner und leitet den Bereich „Evidence-based Medicine“ (EBM) im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

<sup>1</sup> [http://quality.kenline.de/seiten\\_d/qualitaet\\_definition.htm](http://quality.kenline.de/seiten_d/qualitaet_definition.htm), abgefragt 3.10.2016.

<sup>2</sup> Zu den Patientenerwartungen vgl. z. B. Soziale Sicherheit: <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content/contentWindow?viewmode=content&contentid=10007.695961>, abgefragt 3.10.2016; Erwartungen niedergelassener Ärzte: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.632082&version=1468570556>; Erwartungen Politik: <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content/contentWindow?viewmode=content&contentid=10007.738203>, abgefragt 3.10.2016.

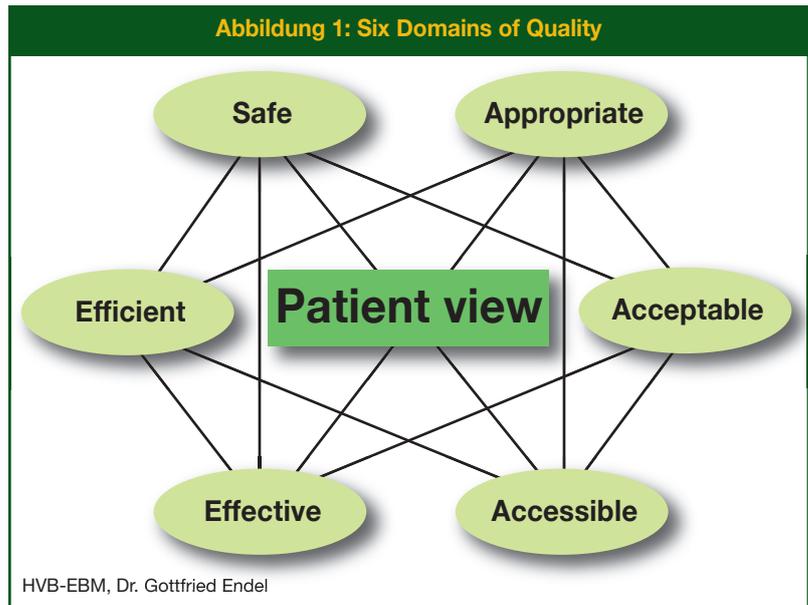
aber auch vom Wissen über Gesundheit und Krankheit sowie vom „Gesundheitsbewusstsein“ ab. Damit ist die Erwartungshaltung an das Gesundheitssystem und an Leistungen der Krankheitsbehandlung zumindest teilweise von gesellschaftlichen Entwicklungen wie Erziehung und Ausbildung, der Einstellung zu Wissenschaft und Innovation und der öffentlichen Kommunikation durch die Medien abhängig.

Eine Darstellung der Patientensicht, angelehnt an die Arbeiten des Institute of Medicine<sup>3</sup> zeigt Abbildung 1.

Patientenzentrierung und Gleichheit bzw. Gerechtigkeit werden in dieser Abbildung durch die Zentrierung auf den Patienten im Mittelpunkt und die Domänen der Angemessenheit (appropriate) und Akzeptanz (acceptable) repräsentiert. Mit der Effizienz (efficient) wird auch berücksichtigt, dass Patienten als Zahler auch ein Interesse an einem wirtschaftlichen Einsatz aller Ressourcen haben. Wirtschaftlichkeit, Gleichheit und Gerechtigkeit sind dabei eher der kollektiven Sicht der Patienten zuzuordnen. Für ein betroffenes Individuum ist die niederschwellig erreichbare, sichere und wirksame Behandlung und Versorgung im Anlassfall einer Erkrankung möglicherweise bedeutsamer als die Sicht auf die Solidargemeinschaft.

### Gesundheitsdiensteanbieter – GDA

Die Berufswahl wird in der Regel von der „Motivation des Helfens“, aber auch von Karrierechan-



cen, Einkommensmöglichkeiten, Prestige und persönlichen Begabungen und (sozialen) Möglichkeiten geprägt. Damit ergibt sich für unterschiedliche Gesundheitsberufe auch ein unterschiedliches Bild. Dieses differenziert sich weiter danach, ob die Berufsausübung selbstständig (als Personenunternehmen) oder in Form einer Anstellung in einem (größeren) Betrieb erfolgt. Eine Untersuchung zu den Erwartungen niedergelassener Ärzte wurde in Fußnote 2 zitiert. Aus dieser Publikation wird Tabelle 1 als Beispiel verwendet. Die derzeitige mediale Diskussion über die Ausgestaltung der Arbeit von Ärztinnen und Ärzten in Spitälern zeigt auch dort widersprüchliche Motivationen. Diese

**Patientenzentrierung ist gerade bei der Qualitätsbeurteilung wichtig.**

**Tabelle 1: Einflussfaktoren der Motivatoren und Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten sowie deren Beziehungen und Erwartungen**

	Erwartungen	an ...
<b>Ärztinnen und Ärzte</b>	Einfache Strukturen Förderung der Partizipationsmöglichkeiten Moderne und schnelle Information Angepasste Tarifstrukturen Einfache Abrechnung Nachvollziehbare Entscheidungen Bessere Aufklärung und Organisation der Patientinnen und Patienten	<b>Sozialversicherung</b>
	Bessere Kooperation intra- und extramural Aufklärung über Anlaufstellen im Gesundheitssystem Förderung der Gesundheitskompetenz Gesundheitsförderliches und präventives Verhalten fördern Entscheidungsautonomie und Anerkennung	<b>Politik</b>
	Bedarfsorientierte Nutzung des Gesundheitssystems	<b>Patientinnen und Patienten</b>
	Vorbereitung auf die Selbstständigkeit Vorbereitung auf den Umgang mit Krisensituationen Kontinuierliche Weiterbildung Karriereförderung	<b>Ausbildungseinrichtung</b>

<sup>3</sup> Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, 39–40.



© fotofabrik - Fotolia.com

### Die Beurteilung durch die Leistungserbringer ist auch zu beachten.

können nach Zugehörigkeit zu „Generationen“, aber auch geschlechtsabhängig variieren.

Eine weitere Differenzierung in der Ausgestaltung ergibt sich durch Mischformen von Anstellung und selbstständiger Ausübung. Dabei kann einerseits versucht werden, aus jedem System für sich das Optimale auszuwählen („Rosinenpicken“), andererseits werden Vor- und Nachteile dadurch bewusst erlebt und können – je nach aktuellem Bedarf – als Argumente mit Fallbeispielen gut argumentiert werden. Ob dies zu einer erhöhten Zufriedenheit der GDA oder zu mehr Frustration wegen der erlebten Nachteile führt, ist wohl häufig situationsabhängig.

Die Umweltbedingungen sind dabei wesentlich für die empfundene Qualität des Gesundheitssystems, aber auch des persönlichen Handelns verantwortlich. Externe organisatorische Vorgaben und eine Einschränkung der individuellen Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten, zunehmender Rechtfertigungsbedarf, kollegiale Wertschätzung, Prestige in der Bevölkerung und gegenüber den Patient(inn)en sind starke nichtmonetäre Motivatoren. Das Gesamteinkommen, aber auch die Höhe der Honorierung einzelner Leistungen („Für das Honorar einer Visite kommt kein Handwerker“) sind ständiger Verhandlungsgegenstand und spielen als monetäre Motivatoren ebenfalls eine wesentliche Rolle. Die Erwartungen niedergelassener Ärzte werden in Tabelle 1 dargestellt. Diese Erwartungen können verschiedentlich ebenfalls widersprüchlich interpretiert werden. So ist eine „bessere Aufklärung und Organisation“ von Patient(inn)en möglicherweise der „Entscheidungsautonomie“ abträglich, da dann ja Einhaltung von Standards und Leitlinien eingefordert werden könnte.

## Gesundheitssystem und Verantwortliche

Aus Sicht der Politik können die Zielsetzungen und Erwartungen folgendermaßen zusammengefasst werden:<sup>4</sup>

„Oberstes Ziel der Gesundheitsreform 2013 ist, eine nachhaltig qualitätsgesicherte, effektive und effiziente Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung und die langfristige Finanzierbarkeit des öffentlichen solidarischen Gesundheitssystems sicherzustellen. Darüber hinaus sind eine stärkere Ausrichtung an Versorgungszielen und -ergebnissen, insbesondere in den Feldern Gesundheitsförderung, Prävention und Qualität, sowie die Schaffung von Transparenz über ebendiese Ergebnisse zentrale Schwerpunkte.“

Dies wurde auch in der Art. 15a BV-G Vereinbarung zwischen den Bundesländern und dem Bund ausgeführt:<sup>5</sup>

„Das Zielsteuerungssystem-Gesundheit baut dabei auf folgenden prinzipiellen politischen Festlegungen auf:

1. Für Patientinnen und Patienten sind der niederschwellige Zugang zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung und deren hohe Qualität langfristig zu sichern und auszubauen.
2. Die Verantwortung für den Einsatz der von der Bevölkerung bereitgestellten Steuern und Beiträge verlangt nach Instrumenten zur Steigerung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung.
3. Im Sinne des Prinzips der Wirkungsorientierung in der Gesundheitsversorgung geht es um die Weiterentwicklung von Organisation und Steuerungsmechanismen auf Bundes- und Landesebene.
4. Weiters geht es sowohl um die Festlegung von Versorgungs- als auch Finanzzielen für den von dieser Zielsteuerung-Gesundheit umfassten Teil der Gesundheitsversorgung als auch um ein Monitoring zur Messung der Zielerreichung.
5. Künftig sollen alle von Bund, Ländern und Sozialversicherung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit erfassten Maßnahmen für eine optimale Gesundheitsversorgung dieser gemeinsamen Ausrichtung unterliegen.
6. Der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) ist über die Periode bis 2016 an das zu erwartende durchschnittliche nominelle Wachstum des Bruttoinlandsprodukts heranzuführen, was bedeutet, dass in der Per-

<sup>4</sup> Gesundheit.gv.at; <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitsystem-gesundheitsreform2013.html>, abgefragt 3.10.2016.

<sup>5</sup> Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, StF: BGBl. I Nr. 200/2013.

spektive bis 2020 der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt stabil bei rund 7 Prozent liegt.“

In diesen Texten wird deutlich, dass „Qualität“ als zentraler Bestandteil für die Gestaltung und Steuerung des Gesundheitssystems gesehen wird. Gleichzeitig wird als Teil der politischen Verantwortung auch die finanzielle Nachhaltigkeit mit der Definition von Finanzzielen betont. Viele der Ziele und Erwartungen richten sich aber inhaltlich an andere Politikbereiche. Gerade Gesundheitsförderung und Prävention finden nicht im Krankenbehandlungssystem statt, sondern brauchen einen „Health in all policies“-Ansatz. Die Definition der globalen Gesundheitsziele trägt diesem Umstand Rechnung, indem nur ein Gesundheitsziel den kurativen Bereich adressiert.

### Wie kann man mit Qualität umgehen?

Vom Institut für Höhere Studien wurden zu dieser Frage schon mehrfach Ausarbeitungen vorgenommen.<sup>6</sup> Dabei wird aufgezeigt, dass einerseits eine nachträgliche Qualitäts-Kontrolle von einer begleitenden, nachweisenden Qualitäts-Sicherung und einem zu einem lernenden System gehörenden Qualitäts-Management zu unterscheiden ist. Mit der „Zielsteuerung-Gesundheit“ wird eine neue Qualitätspolitik begonnen, welche sich an den formulierten Zielen orientiert und durch das vorgesehene Monitoring auch einer externen Transparenz verpflichtet ist. Für die Umsetzung ist eine entsprechende Indikatorenentwicklung in Abstimmung mit der jeweiligen Datenverfügbarkeit unabdingbar. Dabei muss auch beachtet werden, dass Akzeptanz und Verständlichkeit für eine Mitarbeit am Prozess der ständigen Verbesserung erreicht werden. Neben der wissenschaftlichen Vorbereitung ist daher eine intensive Kommunikation und auch ein Austesten vor einer permanenten und flächendeckenden Einführung empfehlenswert.

### Entwicklung in Österreich

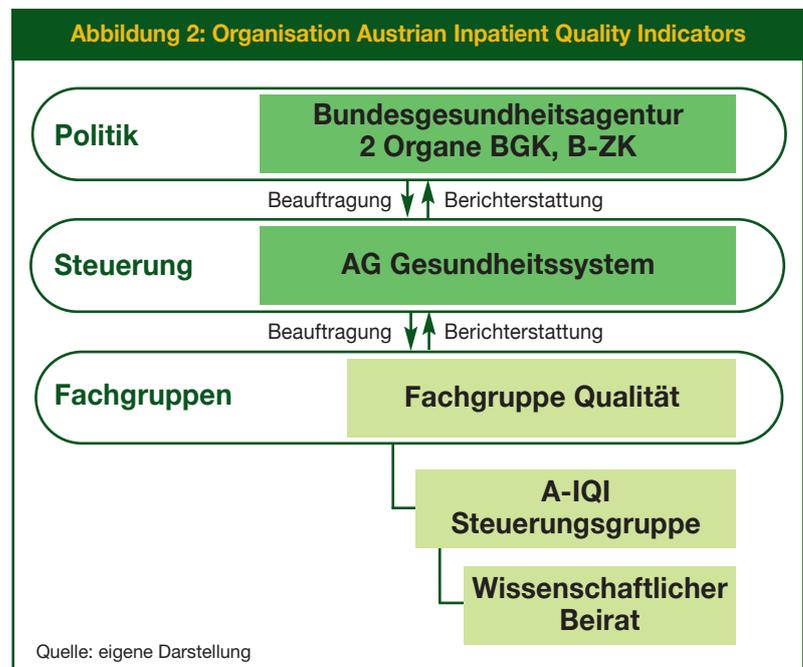
Interne Qualitätsmanagement-Initiativen gab es in Österreich bereits in der Vergangenheit. Verschiedene Regelungen für die Qualitätsarbeit in Krankenanstalten finden sich zum Beispiel in den Landeskrankenanstaltengesetzen. Krankenanstalten-

träger haben die Ergebnisse der Qualitätsarbeit für eine Berichterstattung genutzt. Abteilungen, Institute und andere Organisationseinheiten haben eine Zertifizierung nach einem der verfügbaren QM-Systeme durchgeführt. Die kontinuierliche Fortbildung der Gesundheitsberufe ist berufsrechtlich geregelt. Die Absolvierung des Diplomfortbildungsprogramms wird bei Ärzt(inn)en inzwischen überprüft. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit enthält Strukturqualitätskriterien für verschiedene Bereiche der Spitalsversorgung. Im niedergelassenen Bereich wird eine Qualitätserhebung zum Nachweis der Erfüllung von Eigenschaften von der ÖQMed im Auftrag der Ärztekammer zur Erfüllung der Vorgaben im Ärztegesetz durchgeführt.

Im Rahmen der Gesundheitsreform wurde das in Niederösterreich entwickelte bzw. an österreichische Verhältnisse angepasste A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) für den Krankenhausbereich übernommen und auf ganz Österreich übertragen. Dem A-IQI-Bericht 2014<sup>7</sup> ist Abbildung 2 entnommen.

Diesem Bericht sind auch die jeweils verwendeten Indikatoren, die Anzahl der Peer-Review-Verfahren und empfohlene Maßnahmen zu entnehmen. Unter dem Namen A-OQI (Austrian Outpatient Quality Indicators) wird an einem vergleichbaren System sowohl für den ambulanten Bereich als auch für eine bereichsübergreifende Anwendung

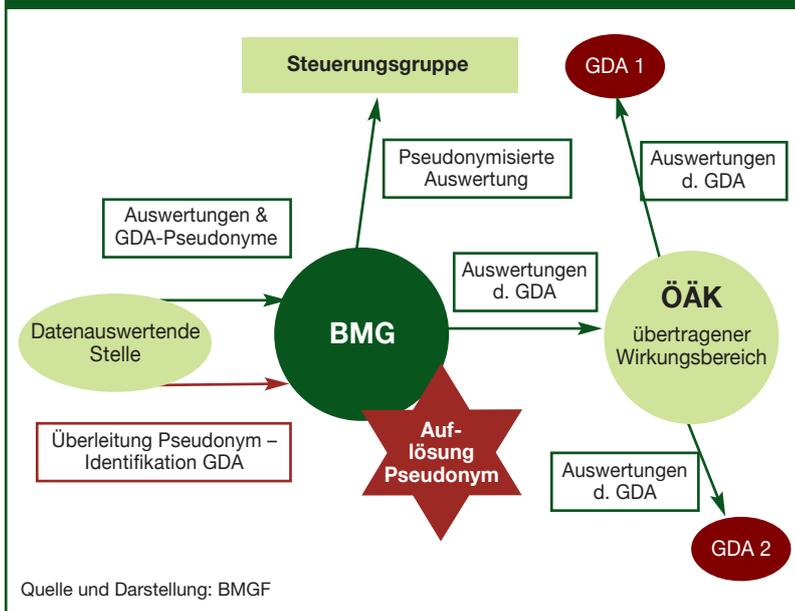
**Die Qualitätsarbeit setzt auf existierenden Systemen auf.**



<sup>6</sup> Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich; [https://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw14\\_1d-a.pdf](https://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw14_1d-a.pdf), [http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw14\\_1d-b.pdf](http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw14_1d-b.pdf).

<sup>7</sup> [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/5/0/CH1367/CMS138599778812/a-iqi\\_bericht\\_2014.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/5/0/CH1367/CMS138599778812/a-iqi_bericht_2014.pdf), abgefragt 3.10.2014.

**Abbildung 3: Datenfluss ambulante EQ-Messung (Entwurf)**



**Abbildung 4: Ablauf Qualitätszirkel**



gearbeitet. Es wurde beschlossen, vier Bereiche zu bearbeiten:

- Chronische Krankheiten (Test Diabetes mellitus)
- Interventionen (Test Blasenkarzinom)
- Patientensicherheit (Test potentiell inadäquate Medikation – PIM)
- Patientenzufriedenheit (Befragung)

Grundsätzlich wird dabei auf existierende (Routine-)Daten des Gesundheitssystems zurückgegriffen (Abbildung 3).

Als gedankliches Konzept dient die Untersuchung der regionalen Variabilität. Dabei werden Leitlinien – Konformität oder Unterschiede in Behandlungsverläufen – als Indikatoren ausgewählt und sodann in Qualitätszirkeln regional bearbeitet. Durch die Einbeziehung der regional vorhandenen Erfahrungen und des Wissens der GDA in die Qualitätsarbeit wird sichergestellt, dass auch Einflussfaktoren, welche in den Daten nicht repräsentiert sind, erhoben und berücksichtigt werden können. Lassen sich Ursachen für die regionale Variabilität identifizieren, welche auch einer Veränderung zugänglich sind, so kann im Sinne eines lernenden Systems die „Best Practice“ einer Region als Veränderungsvorschlag für andere Regionen herangezogen werden. Durch die vorgesehene Evaluierung wird untersucht, ob die erwarteten Veränderungen auch erreicht werden können.

## Zukunft der Qualitätsarbeit

Aus bisherigen Arbeiten kann erwartet werden, dass verschiedene Themen geeignet sind, in der Qualitätsarbeit berücksichtigt zu werden. Für die Pilotierung wird auf den bereits gut aufgearbeiteten Bereich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Zuckerkrankheit zurückgegriffen. Einen Überblick über mögliche Themenfelder gibt die Unterlage von Dr. Fabiola Fuchs.<sup>8</sup> Konkrete Ergebnisse zum Feld Diabetes wurden bereits publiziert.<sup>9</sup> Für die erstmalige Umsetzung des Ablaufs wurde seitens des Gesundheitsministeriums (BMGF) nach geeigneten Pilotregionen gesucht. Dabei war für die Auswahl die regionale Bereitschaft an der Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems mitzuwirken, ausschlaggebend. Nach der Umsetzung ist eine Bewertung der Erfahrungen vorgesehen, bevor ein flächendeckender Einsatz geplant werden kann. Ergebnisse im Sinne von Veränderungen in der konkreten Patientenversorgung können erst nach einer längeren Nachbeobachtung erwartet werden. Dabei ist auch zu bedenken, dass sich in der Dokumentation der Patientenversorgung verschiedene und teilweise widersprüchliche Wirkungen niederschlagen können. Da diese im Zeitablauf veränderlich sind, ist eine streng wissenschaftliche, kausale Zuordnung von Veränderungen zur Qualitätsarbeit nicht zu erwarten. Die Auswirkungen können wohl nur dann sicher zugeordnet werden,

<sup>8</sup> Qualitätsindikatoren in der Gesundheitsversorgung; <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.634329&version=1476787524>, abgefragt 4.11.2016.

<sup>9</sup> Prozessqualität bei der Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2; U. Fingerlos, M. Robausch. <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.626596&version=1450692254>, abgefragt 4.11.2016; Prozessqualität bei der Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2; U. Fingerlos, M. Robausch.



Die Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitssystem zielt auf die Entwicklung zum „lernenden System“ ab.

wenn es sich dabei um strukturelle Änderungen im Gesundheitssystem handelt. Bei derartigen Entscheidungen kann durch eine transparente Begründung ein Zusammenhang zwischen Ergebnissen der Qualitätsarbeit und den Veränderungsprozessen dokumentiert werden.

Wird dieses Ziel erreicht, so hat das österreichische Gesundheitswesen einen weiteren Schritt in Richtung einer „lernenden Organisation“ geschafft.

## Diskussion

In der Zusammenschau der aktuellen Entwicklungen ist erkennbar, dass auch in Österreich an einer systematischen Verbesserung der Qualität des Gesundheitssystems gearbeitet wird. Die bisher umgesetzten Maßnahmen adressieren dabei vor allem die Sicht der für das Gesundheitssystem verantwortlichen Entscheidungsträger. Anforderungen der GDA sind in der Qualitätsarbeit nur dort bestimmend, wo einzelne Organisationen aus fachlichem oder wissenschaftlichem Interesse tätig werden. Fachgesellschaften versuchen bestimmte Fragestellungen auch im Sinne der Qualität der Leistungserbringung zu untersuchen und setzen dabei oft Register oder Beobachtungsstudien als Methode ein.

Die Sichtweise der Patienten und ihre Erwartungen an das Gesundheitssystem und die medizinische Leistungserbringung wurden bisher wenig

untersucht. Einige Befragungen und qualitative Erhebungen können auch für diesen Aspekt herangezogen werden.<sup>10</sup> Trotzdem ist die Definition von Qualität aus Patientensicht gegenüber den Darstellungen der leistungserbringenden Organisationen oder der politischen Verantwortlichen stark unterrepräsentiert. Aus den widersprüchlichen Erwartungen der Patientinnen und Patienten werden aber bei Bedarf gerne Argumente für die eigene Darstellung der Notwendigkeiten von Systemveränderungen hergeleitet. Die „Patientensicht“ wird damit im Entscheidungsprozess, welcher ohne Patientenbeteiligung stattfindet, instrumentalisiert. Gerade die regionale Qualitätsarbeit bietet im Sinne einer mittelfristigen Weiterentwicklung die Chance einer breiten Bürgerbeteiligung.

Die Messung von Qualitätsindikatoren repräsentiert dabei die Rolle der Systemverantwortlichen. Die Resultate werden unter Berücksichtigung der Erfahrung und der Sicht der (regionalen) GDA möglichst umfassend – das bedeutet die Einbindung sowohl des niedergelassenen als auch aus des stationären Bereichs – diskutiert und bewertet. Das Ergebnis kann in der Folge der regional betroffenen Bevölkerung präsentiert und diese zur Diskussion und Rückmeldung eingeladen werden. Diese Erweiterung gegenüber dem derzeitigen Stand der Planung sollte allerdings erst nach einer stabilen flächendeckenden Umsetzung der Arbeit in Qualitätszirkeln in Angriff genommen werden.

<sup>10</sup> T. Schmid, Erwartungen an die Primärversorgung – Die Patient\*innenperspektive; <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.615714>, abgefragt 4.11.2016.