

Heidemarie Haeske-Seeberg

Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus

Strategien, Analysen, Konzepte

3., erweiterte und
überarbeitete Auflage

Kohlhammer

Kohlhammer

Die Autorin



Frau Dr. med. Heidemarie Haeske-Seeberg wurde 1957 geboren, ist seit 1987 nach einem Studium der Humanmedizin in Münster als Ärztin approbiert, hat 1987 in Münster promoviert, war von 1988–1996 bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe als Abteilungsleiterin Qualitätssicherung tätig. Sie ist Gründungsmitglied und war langjährig Geschäftsführerin der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. sowie Beirats- und Vorstandsmitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Sie war von 1996–2000 wissenschaftliche Mitarbeiterin des Deutschen Krankenhausinstitutes, wo sie die Servicestelle Qualitätssicherung leitete. Anschließend war sie als leitende Auditorin bei Lloyds Register Quality Assurance, Köln/Hamburg, und Geschäftsführerin des Instituts für Ausbildung, Beratung und Unternehmensentwicklung in der Gesundheitsversorgung in Hamburg tätig. Seit 2001 ist sie Bereichsleiterin Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement bei der Sana Kliniken AG in Ismaning bei München. Als Mitautorin des Qualitätsportals Qualitätskliniken.de und Mitglied des wissenschaftlichen Beirates und verschiedener Arbeitsgruppen der Initiative Qualitätsmedizin e. V. engagiert sie sich für die Weiterentwicklung von Qualitätsvergleichen und Peer Reviews. In mehreren Kommissionen und Arbeitsgruppen der Deutschen Krankenhausgesellschaft prägt sie die Positionen der Krankenhausträger in Sachen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätssicherung (QS) mit. Sie ist Dozentin an verschiedenen Universitäten und Autorin zahlreicher Buchbeiträge.

Heidemarie Haeske-Seeberg

Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus

Strategien, Analysen, Konzepte

3., erweiterte und überarbeitete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewandeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

3., erweiterte und überarbeitete Auflage 2021

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-036804-0

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-036805-7

epub: ISBN 978-3-17-036806-4

mobi: ISBN 978-3-17-036807-1

Vorwort zur 3. Auflage

Die Zeiten, in denen vor allem die Ärzteschaft Maßnahmen wie Qualitätsmessung und Qualitätssicherung als eher überflüssig betrachtete, vor ausufernder Bürokratie und mangelnder Methodik warnte, sind glücklicherweise vorüber. Transparenz und das Einholen einer zweiten Meinung sind inzwischen in der Regel selbstverständlich, zumindest aber hoffähig. Heute ist das Primat der Qualität endgültig in den deutschen Krankenhäusern und Arztpraxen, bei Verbänden und Selbstverwaltung und auch in der Politik angekommen.

Einen maßgeblichen persönlichen Anteil an diesem Erfolg hat unbestreitbar Heidemarie Haeske-Seeberg. Sie gilt nicht ohne Grund als Pionierin von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im deutschsprachigen Raum. Seit Jahrzehnten befördert sie das Thema Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Das vorliegende Buch, das jetzt bereits in einer dritten, vollständig überarbeiteten Auflage erscheint, ist zur Pflichtlektüre geworden für alle, die auf dem aktuellen Stand der Qualitätsanforderungen im Bereich der Medizin bleiben wollen.

Auch das hier vorliegende Werk kombiniert den theoretischen Hintergrund dessen, was wir heute unter Qualitätsmanagement verstehen, mit aktuellen Methoden, praktischen Anwendungen und sorgfältig ausgewählten Beispielen. Dazu spannt es einen weiten Bogen. Mit der Vorstellung wesentlicher Protagonisten und ihres Beitrages zur Theorie des Qualitätsmanagements werden Grundgedanken und -prinzipien nachvollziehbar und helfen beim Verständnis des aktuellen Wissens. Normanforderungen an das Qualitätsmanagement, das klinische Risikomanagement und das »Kundenverständnis« im Krankenhaus werden kreativ interpretiert und illustriert. Die in den letzten Jahren verzweigt, vernetzt und fast unübersehbar entstandenen Regelungen zur gesetzlich vorgegebenen Qualitätssicherung werden verständlich erläutert und eingeordnet. Die in deutschen Krankenhäusern noch zaghaft in Umsetzung befindlichen anderen Governancesysteme werden erläutert, ebenso agiles (Qualitäts-)Management als Chance vorgestellt. Nicht zuletzt wird die Verbindung zwischen Evidenzbasierter Medizin und Leitlinien zum Qualitätsmanagement deutlich. Damit liefert das vorliegende Buch relevante Wissensbausteine für den Geschäftsführer, den Qualitätsmanager und andere Interessierte und unterstützt sie mit zahlreichen Umsetzungsinstrumenten.

In der westlichen Welt standen über lange Zeit Merkmale wie Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und Qualitätsmedizin in Rivalität mit vielfältigen anderen Assets der Wohlstandsgesellschaft. Das dürfte sich geändert haben. Denn gerade in Krisenzeiten kommt es in der Medizin tatsächlich auf das Wesentliche an: auf eine fundierte, hochqualitative Versorgung, die den Menschen wirklich nutzt. Die Corona-Pandemie hat das nur allzu deutlich gezeigt. Die Forderung nach Qualität in der

Medizin ist dabei nicht neu, es gab sie schon vor über 3.000 Jahren. Der babylonische Herrscher Hamurapi ordnete an, dass einem Arzt bei nachgewiesenem Kunstfehler die verursachende Hand abzuhacken sei. Darauf hatte in einer früheren Auflage dieses Buches der leider verstorbene Werner Fack-Asmuth verwiesen.

Die Zeiten haben sich glücklicherweise geändert, der Qualitätsanspruch aber muss bleiben. Ich empfehle deshalb nachhaltig dieses absolut lesenswerte Buch von Heidemarie Haeske-Seeberg, viel Freude bei der Lektüre und beim Nachschlagen.

Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp

Inhalt

Vorwort zur 3. Auflage	5
Glossar	14
Abkürzungen	19
1 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen	23
1.1 Alter und Gesundheitszustand der Bevölkerung	24
1.2 Entwicklungen des Versorgungssystems	25
2 Die besondere Situation des Gesundheitswesens	30
2.1 Strukturierungsmodelle für Gesundheitssysteme: Marktwirtschaft oder Planwirtschaft?	30
2.2 Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen	32
2.3 Bewältigungsstrategien für die Herausforderungen an Gesundheitssysteme	41
2.4 Gesundheitseinrichtungen und Umfassendes Qualitätsmanagement	43
3 Geschichtliche Stationen und wichtige Pioniere des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung	46
3.1 Pioniere des Qualitätsmanagements	46
3.2 Wichtige Persönlichkeiten im Umfeld von Qualitätssicherung und Evidenzbasierter Medizin	51
3.3 Wichtige Institutionen für die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement	53
3.4 Für die praktische Umsetzung von QM im Krankenhaus hilfreiche Organisationen	54
4 Die frühe Entwicklung der externen Qualitätssicherung in Deutschland	65
4.1 Freiwillige Initiativen als Ausgangsbasis für eine gesetzliche externe Qualitätssicherung	65
4.2 Die Strukturen zur Umsetzung der externen gesetzlichen Qualitätssicherung im Krankenhaus in Deutschland	67

5	Grundlagen des Qualitätsmanagements in der stationären Versorgung	79
5.1	Abgrenzung Qualitätsmanagement und Forschung	79
5.2	Achievable benefits not achieved	81
5.3	Grenzen der Qualitätssicherung in der Medizin	82
6	Der Kundenbegriff im Qualitätsmanagement in der stationären Versorgung	85
6.1	Kundenorientierung	85
6.2	Merkmale von Dienstleistungen im Gesundheitsbereich	91
6.3	Patientenrechte und Patientenunterstützung im Gesundheitswesen	92
7	Führung und Zielkonsequenz im Qualitätsmanagement	97
7.1	Führung	98
7.2	Menschenbild	98
7.3	Feedback als Entwicklungsbasis	100
7.4	Delegation von Verantwortung und Entscheidungen	102
7.5	Zielkonsequenz	104
7.6	Leadership	109
8	Mitarbeiterentwicklung und -beteiligung im Qualitätsmanagement in der stationären Versorgung	115
8.1	Mitarbeiterorientierung im Gesundheitswesen	116
9	Management mit Prozessen und Fakten	119
10	Kontinuierliches Lernen, Innovation und Verbesserung	124
10.1	Kleingruppenarbeit	126
10.2	Die sieben elementaren Qualitätswerkzeuge	135
11	Gesetzliche Grundlagen für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Krankenhäusern	155
11.1	Auszüge aus dem SGB V	158
11.2	Das Patientenrechtegesetz	193
11.3	Weitere relevante gesetzliche Quellen	198
12	Die Instrumente der gesetzlichen Qualitätssicherung im Krankenhaus	206
12.1	Datengestützte Qualitätssicherung	207
12.2	Planungsrelevante Qualitätsindikatoren	216
12.3	Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren	219
12.4	Datvalidierung im Rahmen der externen Qualitätssicherung	220
12.5	Mindestmengen	222
12.6	Der Qualitätsbericht nach § 137 SGB V	224

12.7	Das Qualitätsportal des G-BA	227
12.8	Zweitmeinungen	228
12.9	Strukturrichtlinien	230
12.10	Qualitätsverträge	231
12.11	Berichte des IQTIG	232
13	Vom G-BA vorgegebene Instrumente des Qualitätsmanagements	234
13.1	Die Qualitätsmanagementrichtlinie (QM-RL) des GBA.....	234
14	Aufbauorganisation	240
14.1	Die Krankenhausdirektion	241
14.2	Die Qualitätskommission	242
14.3	Die Stabsstelle Qualitätsmanagement	244
14.4	Die übergeordnete Stabsstelle	246
14.5	Projektgruppen und Qualitätszirkel	247
14.6	Qualitätssicherungsbeauftragte	248
15	Der Einführungsprozess eines Qualitätsmanagementsystems	249
15.1	Die Einführung als Führungsentscheidung	251
15.2	Die Umsetzung als Aufgabe der gesamten Organisation	253
15.3	Traditionelle Elemente der Qualitätsverbesserung und ihre Rolle im Qualitätsmanagement	253
15.4	Der Aufbau als Systementwicklung.....	254
15.5	Womit anfangen?	255
15.6	Die Auftaktveranstaltung	257
15.7	Aufrechterhalten der Information und Kommunikation	259
15.8	Ausbildung und Schulung.....	259
15.9	Bedeutung des Leitbildes	261
15.10	Auswahl erster Projekte.....	263
15.11	Umgang mit Widerstand	264
15.12	Rolle und Position der Ärzte	269
16	Qualitätsziele	271
16.1	Die Zielkaskade.....	271
16.2	Ziele im Leitbild	272
16.3	Ziele in der Qualitätspolitik und -strategie	274
16.4	Operative Qualitätsziele in einzelnen Unternehmensbereichen	275
16.5	Operative Qualitätsziele für einzelne Personen	277
16.6	Zielvereinbarungen	277
16.7	Ziele formulieren	279
17	Leitbild.....	283
17.1	Der Inhalt eines Leitbildes.....	283
17.2	Die Erarbeitung eines Leitbildes.....	288

17.3	Leitbild, und danach?	294
18	Qualitätsmessung	297
18.1	Der Qualitätsbegriff	297
18.2	Die Messung der medizinischen Leistungserbringung – Qualitätsdimensionen nach Donabedian	298
18.3	Die 11 Qualitätsmerkmale der DIN EN 15224	303
18.4	Die Qualitätsdimensionen des IQTIG	304
18.5	Die Wahrnehmung von Qualität	305
18.6	Die Qualitätsdimensionen der Sana Kliniken AG	311
19	Patientenbefragungen	313
19.1	Anforderungen verschiedener Qualitätskataloge	315
19.2	Die Zielsetzung von Patientenbefragungen	318
19.3	Die Patientenbefragung im Spiegel der Qualitätsdimensionen nach Donabedian	319
19.4	Erhebungsinstrumente	320
19.5	Rahmenbedingungen für Patientenbefragungen	325
19.6	Patientenbefragung im praktischen Einsatz	326
19.7	»Through the patients eyes« – das Picker-Modell	333
19.8	Der Net Promoter Score	342
20	Benchmarking und externe Qualitätsvergleiche	344
20.1	Gründe für externe Qualitätsvergleiche	346
20.2	Implementierung im Krankenhaus	351
20.3	Ablauf von externen Qualitätsvergleichen	353
20.4	Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für medizinische Qualitätsvergleiche	354
20.5	Möglichkeiten für die grafische Darstellung von externen Qualitätsvergleichen	359
20.6	Das Qualitätswissensinformationssystem QuIS der Sana Kliniken AG	364
21	Audits	371
21.1	Interne Audits	372
21.2	Peer Reviews	387
21.3	Layered Process Audits	395
22	Patienteninformation und -aufklärung	398
23	Beschwerdemanagement	400
23.1	Der direkte Beschwerdeprozess	403
23.2	Der indirekte Beschwerdemanagementprozess	406
24	Die Lenkung von Dokumenten	407
24.1	Welche Dokumente sollen gelenkt werden?	408

24.2	Über welche Managementbereiche sollte sich die Dokumentenlenkung erstrecken?	409
24.3	Welche Formatvorlagen sollten zur Verfügung gestellt oder gar verbindlich genutzt werden?	409
24.4	Wie funktioniert der Erstellungs- und Freizeichnungsprozess?	410
24.5	Wie wird die Aktualisierung unterstützt?	411
24.6	Wie wird das Auffinden von Dokumenten unterstützt?	411
24.7	Wie kann die Gliederung erfolgen?	413
24.8	Wie werden ältere Versionen archiviert?	415
24.9	Anforderungen an die Dokumentenlenkung in Unternehmensverbänden	415
24.10	Rechtssicherheit und Dokumentenlenkung	416
24.11	Dokumentenlenkung im Rahmen der externen gesetzlichen Qualitätssicherung	416
24.12	Dokumententypen mit vorgegebener Gliederungsstruktur ...	417
24.13	Metadaten	429
25	Die Lenkung von Aufzeichnungen	431
26	Checklisten	433
27	Kommunikationsmatrix	437
28	Die Befragung von Mitarbeitern	439
28.1	Great Place to Work®	440
28.2	Spontane Rückmeldungen von Mitarbeitern	442
29	Schnittstellenmanagement	444
29.1	Schnittstellen innerhalb des Krankenhauses	444
29.2	Schnittstellen zu Lieferanten	445
30	Wissensmanagement	447
30.1	Wissensmanagement der Sana Kliniken AG	449
30.2	Kompetenzmanagement	451
31	Organisationsstrukturen und Verantwortlichkeiten	452
31.1	Die Definition von Organisationsstrukturen und Verantwortlichkeiten	452
31.2	Verantwortungsbeschreibungen für Beauftragte und Geschäftsordnungen für Gremien	453
31.3	Verantwortungsbeschreibungen für Linienfunktionen	457
32	Klinisches Risikomanagement	459
32.1	Instrumente des klinischen Risikomanagements der QM-RL des G-BA	459

32.2	Die Handlungsempfehlung des APS »Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus«	460
32.3	G-BA-RL versus Handlungsempfehlung des APS	461
32.4	Instrumente des klinischen Risikomanagements	469
32.5	Fehlerkultur	489
33	Die Managementbewertung	493
33.1	Was für die Managementbewertung herangezogen werden soll	494
33.2	Die Managementbewertung bei Sana	500
33.3	Managementbewertung und mehr	504
33.4	Der Qualitätsentwicklungsplan	509
34	Leitlinien und Evidenzbasierte Medizin	512
34.1	Leitlinien für die Leitlinien	513
34.2	Die Qualität von Leitlinien	515
34.3	Die Rolle von medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften	517
34.4	Versorgungsleitlinien	520
34.5	Konsensumethoden in der Medizin	521
34.6	Evidenzbasierte Medizin und Pflege in der Praxis	523
34.7	Angewandte Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien	529
34.8	Bedeutung von Evidenzbasierter Medizin und Leitlinien für das Qualitätsmanagement	533
34.9	Das Projekt »Geplante Behandlungsabläufe« der Sana Kliniken AG	534
35	Klinische Ethik	537
35.1	Das klinische Ethikkomitee	537
35.2	Die ethische Fallbesprechung	538
35.3	Schmerzmanagement	540
36	Zentrumszertifizierungen	546
36.1	Die Zentrumszertifikate der Deutschen Krebsgesellschaft	549
36.2	Die Zentrumszertifikate für die Endprothetik	550
36.3	Der Umgang der Sana Kliniken AG mit Zentrumszertifikaten	551
37	Selbstbewertung und Systemzertifizierung	552
37.1	Selbstbewertung nach dem Modell der EFQM	553
37.2	Zertifizierung von Krankenhäusern gemäß der DIN EN ISO-Normen 9001	574
37.3	Die DIN EN 15224	587
37.4	Selbstbewertung und Zertifizierung nach dem Modell der KTQ	590

38	Agiles Qualitätsmanagement	608
39	Qualitätsmanagement und andere Governance-Systeme	611
39.1	Das Three Lines of Defense-Modell.....	611
39.2	Managementsysteme der 2. Verteidigungslinie und ihre Verknüpfung zum QM	614
39.3	Die Interne Revision als Element der 3. Verteidigungslinie...	622
Literatur	626

Glossar

Sehr exakte, gleichwohl abstrakte Definitionen für zahlreiche Begriffe zum Qualitätsmanagement (QM) finden sich in der DIN EN ISO 8402: 1995 – Qualitätsmanagement Begriffe. Weitere Definitionen finden sich in diesem Buch in den Kapiteln Der Qualitätsbegriff (► Kap. 18.1), Wichtige Definitionen der EFQM (► Kap. 37.1.7) und Wichtige Definitionen der DIN EN ISO 9000:2015 (► Kap. 37.2.4).

Qualität	Die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.
Qualitätsmanagement	Alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen eines QM-Systems die Qualitätspolitik, Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung/QM-Darlegung und Qualitätsverbesserung verwirklichen.
Qualitätsmanagementsystem	Zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements erforderliche Organisationsstruktur, Verfahren, Prozesse und Mittel.
Qualitätssicherung	Alle geplanten und systematischen Tätigkeiten, die innerhalb des QM-Systems verwirklicht sind, und wie erforderlich dargelegt werden, um ausreichendes Vertrauen zu schaffen, dass eine Einheit die Qualitätsforderungen erfüllen wird.
Umfassendes Qualitätsmanagement	Auf der Mitwirkung aller Mitglieder beruhende Führungsmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung des Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt.

Weitere Definitionen und Begriffserläuterungen

- Qualität
Qualität ist das Maß, in dem gesundheitliche Versorgung von Individuen oder Gruppen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass vom Patienten erwünschte, auf die Gesundheit bezogene Ergebnisse erzielt werden, und zwar in Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissen des Berufsstandes (BÄK 1997, S. 6 nach Lohr und Schröder).
- Grad der Wahrscheinlichkeit, dass die Behandlung zu den von den Patienten gewünschten Resultaten führen wird und unter Berücksichtigung des aktuellen medizinischen Wissens das Risiko der unerwünschten Nebeneffekte minimalisiert (BÄK 1997, S. 6 nach US Office of Technology Assessment).
- Quality of care is the extent to which actual care is in conformity with present criteria for good care (GMDS 1996, S. 203).
- Quality of health care is the production of improved health and satisfaction of a population within the constraints of existing technology, resources, and consumer circumstances (Palmer, Donabedian, Povar 1991, S. 21).
- Qualität im Gesundheitswesen bedeutet eine ausreichende und zweckmäßige, d. h. patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen (GMDS 1996, S. 204).
- Strukturqualität
Die Strukturqualität beschreibt die statischen Leistungsvoraussetzungen des medizinischen Versorgungsablaufes. Hierzu gehören neben den zur Verfügung stehenden Mitteln und Ressourcen auch die physische und organisatorische Umgebung der Leistungserbringung sowie die menschlichen, technischen und finanziellen Voraussetzungen für die Durchführung der Aufgaben.

Neben diesen »organisationsinternen« Faktoren verweist Donabedian auch auf »organisationsexterne« Faktoren, wie die Existenz eines Gesundheitssystems und die Art der Finanzierung, die Einfluss auf die Strukturqualität ausüben (Donabedian 1982, S. 70).	
Prozessqualität	Zum Komplex der Prozessqualität gehören alle Handlungen und Interaktionen, die zwischen Arzt, Patient und Pflegepersonal ablaufen, einschließlich der technischen Qualität der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen (Donabedian 1982, S. 70).
Ergebnisqualität	Die Ergebnisqualität einer medizinischen Behandlung umfasst alle gegenwärtigen oder zukünftigen Veränderungen im Gesundheitszustand eines Patienten, die auf medizinische Intervention zurückzuführen sind (Donabedian 1982, S. 70).
Richtlinien	Richtlinien sind von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiertere, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich ziehen (GMDS 1996, S. 215).
Standard	Normative Vorgabe qualitativer und/oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter Qualitätsforderungen (GMDS 1996, S. 214).
Leitlinien	Systematisch entwickeltes Statement, um Praktikern und Patienten bei einer Entscheidung in Bezug auf eine gute medizinische Versorgung unter bestimmten klinischen Rahmenbedingungen und Umständen zu unterstützen (GMDS 1996, S. 216).
Evidenzbasierte Medizin	Integration der bestmöglichen externen Aussagen aus systematischer Forschung mit individueller klinischer Expertise, wobei die

	Expertise das Können und die Urteilskraft der Ärzte widerspiegelt, die durch ihre Erfahrungen und klinische Praxis erworben werden.
Beziehungsorientierte Dienstleistung	Eine persönlich erbrachte, prozessorientierte Dienstleistung an Menschen in Bereichen, wo die Gestaltung von Beziehungen den direkten, wertschöpfenden Anteil der Dienstleistung ausmacht (REHN 1997).
Schlüsselprozesse	Schlüsselprozesse besitzen eine für die Organisation, ihren Bestand und die Erfüllung ihrer Aufgaben herausragende Bedeutung. Sie stellen den wertschöpfenden Teil der Tätigkeiten der Organisation dar.
Kontinuierliche Qualitätsverbesserung, Kontinuierlicher Qualitätsverbesserungsprozess (KVP)	Überall in der Organisation ergriffene Maßnahmen zur Erhöhung der Effektivität und Effizienz von Tätigkeiten und Prozessen, um zusätzlichen Nutzen so wohl für die Organisation als auch für ihre Kunden zu erzielen. Der Begriff »Kontinuierliche Qualitätsverbesserung« betont die zeitliche Kontinuität bzw. die damit verbundene prozessorientierte Denkweise (GMDS 1996, S. 223).
Kriterien	Kriterien sind etablierte Merkmale/Eigenschaften der Struktur, des Prozesses, der Ergebnisse einer Behandlung, die entscheidenden Einfluss auf die Beurteilung der Qualität haben (BÄK 1997, S. 50).
Indikatoren	Indikatoren sind Hinweise auf die Qualität, wenn auf eine vollständige Erfassung der Qualitätsmerkmale mit Kriterien und Leitlinien verzichtet wird (BÄK 1997, S. 51).
Referenzbereich	Der Referenzbereich ist dasjenige Intervall, innerhalb dessen die Ausprägung eines Qualitätsindikators als »unauffällig« definiert wird (GMDS 1996, S. 215).

Benchmarking

Benchmarking ist ein Verfahren zum relativen Leistungsvergleich eines Unternehmens mit anderen im Markt befindlichen Anbietern.

Abkürzungen

AA	Arbeitsanweisung
APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
AQS	Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin
aQua	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AWMF	Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentralinstitut für Qualität in der Medizin, Köln
BÄK	Bundesärztekammer, Berlin
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BLAEK	Bayerische Landesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BpflV	Bundespflegegesetzverordnung
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, Düsseldorf
BSC	Balanced Scorecard
CBO	Centraal Begleidingsorgaan voor de intercollegiale Toetsing seit 1999 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, Utrecht
CEN	Management Zentrum des Europäischen Komitees für Normung
CIRS	Critical Incident Reporting System
CMI	Case Mix Index
DAkkS	Deutsche Akkreditierungsstelle
DEC	Deutsches EFQM Center, Frankfurt
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin e. V.
DGQ	Deutsche Gesellschaft für Qualität e. V., Frankfurt
DIN	Deutsches Institut für Normung
DIVI	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin
DMP	Disease-Management-Programm
DPR	Deutscher Pflegerat
DRG	Diagnosis Related Group(s)
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
EbM	Evidenzbasierte Medizin

EFQM	European Foundation for Quality Management
EN	Europäisches Komitee für Normung
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
EOQ	European Organization for Quality
EQA	European Quality Award
ESQH	European Society for Quality in Healthcare
ExPeR	External peer review techniques
FMEA	Fehler-, Möglichkeits- und Einflussanalyse
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-IQI-Indikatoren	German-Inpatient Quality Indicators
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GPtW	Great Place to Work®
GQMG	Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.
ICHOM	International Consortium for Health Outcome Measurement
IfSGuaÄndG	Infektionsschutzgesetz
IHI	Institute for Healthcare Improvement
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWIG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IRegG	Gesetz zum Implantateregister Deutschland (Implantateregistergesetz)
ISO	International Standard Organization
ISQ	International Society for Quality Management in Healthcare
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
KBV	Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin
KH	Krankenhaus
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz – Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
kRM	klinisches Risikomanagement
KTQ®	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
Kven	Kassenärztliche Vereinigungen
LAGen	Landesarbeitsgemeinschaften nach § 5 DeQS
LPA	Layered Process Audit
LÄKs	Landesärztekammern

LKGen	Landeskrankenhausgesellschaften
MDK-QK-RL	MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie/Richtlinie nach § 137 Abs. 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a SGB V
NPS	Net Promoter Score
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel des DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information)
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Zyklus für kontinuierliche Verbesserung
PEQ	Patient Experience Questioniare
PKV	Private Krankenversicherung
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
PREMs	Patient Reportet Experience Measures
PRG	Patientenrechtegesetz – Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten
PRO	Patient Reportet Outcomes
PROMs	Patient Reportet Outcome Measures
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
QFR-RL	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
QI	Qualitätsindikatoren
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragter
QM-RL	Qualitätsmanagementrichtlinie
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QS-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie
QSR	Qualitätssicherung mit Routinedaten
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
RKI	Robert Koch-Institut
RöV	Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen – Röntgenverordnung
Sana	Sana Kliniken AG
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
StrlSchG	Strahlenschutzgesetz
StrlSchV	Strahlenschutzverordnung – Verordnung zum Schutz vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung
SQS	Servicestelle Qualitätssicherung
TQM	Total Quality Management
UQM	Umfassendes Qualitätsmanagement
VA	Verfahrensanweisung
VdAK/AEV	Verband der Angestellten Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
WidO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen
WHO	World Health Organization

Zm-RL Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren – Richtlinie über die
Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche
Zweitmeinung

1 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Wenn man die verschiedenen Gesundheitssysteme weltweit betrachtet, kann man zumindest in den Industrieländern überall dieselben Entwicklungen beobachten. Die Organisationsstrukturen der Gesundheitssysteme sind kaum mehr bezahlbar, eine intensive Diskussion über die Leistungen, die im Gesundheitssystem erbracht werden, und deren Finanzierung ist im Gange. Betrachtet man den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt, so ist dies verständlich (► Abb. 1).

Länder mit höchsten relativen Gesundheitsausgaben 2014

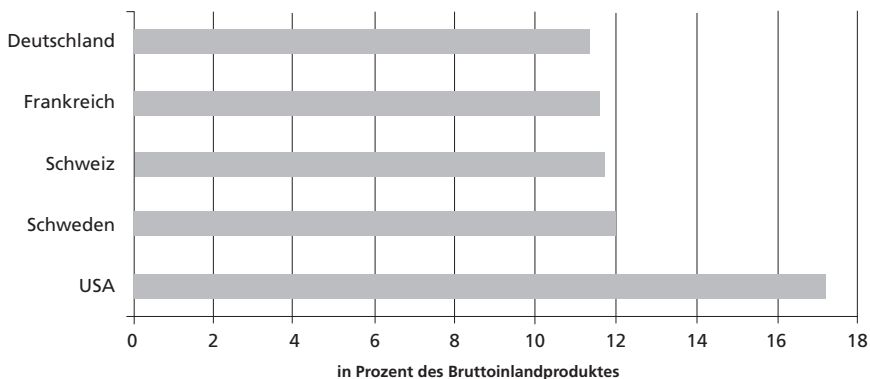


Abb. 1: Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes ausgewählter Länder 2014¹

Vergleicht man die Ausgaben ausgewählter Länder hinsichtlich der dort aufgewendeten Gesundheitsausgaben, so stellt man fest, dass Deutschland sich stets in höheren Rangplätzen bewegt. Der Trend zur jährlichen Steigerung der Gesundheitsausgaben ist in verschiedenen Statistiken eindrucksvoll belegt. So stiegen die Ausgaben von 1992 bis 2017 von 19,5 Mio. € auf 374,2 Mio. €.²

1 Vgl. Statista (o. D.), <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/259234/umfrage/laender-mit-den-hoechsten-relativen-gesundheitsausgaben>, Zugriff am 27.12.2019.

2 Vgl. PKV Verband der Privaten Krankenversicherung (o. D.), <https://www.derprivatpatient.de/infothek/nachrichten/gesundheitsausgaben-deutschland-erreichen-neue-rekordmarke>, Zugriff am 27.12.2019.

In vielen Industrieländern ist, ausgelöst durch verschiedene Ursachen, in den letzten Jahren eine Reform des Gesundheitswesens zu beobachten. Auch in Deutschland gibt es spätestens seit der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes 1989 das sichtbare Bemühen des Gesetzgebers, die Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen gravierend zu verändern. Diese Entwicklung setzt sich seither mit verschiedenen Gesetzesinitiativen kontinuierlich fort.

Die problematischen Situationen, in denen sich Gesundheitssysteme befinden, haben in den meisten Ländern weltweit dieselben Ursachen, Entwicklungstrends und Herausforderungen. Diese werden in den nachfolgenden Unterkapiteln näher dargestellt:

- Alter und Gesundheitszustand der Bevölkerung
- Entwicklung des Versorgungssystems, Zunahme der Versorgungsangebote
- Medizinischer Fortschritt
- Entwicklung der Informationstechnologie
- Ansprüche der Patienten an das Gesundheitssystem

1.1 Alter und Gesundheitszustand der Bevölkerung

Seit Beginn des 20. Jahrhunderts hat die Lebenserwartung stetig zugenommen. Dies ist teilweise auf die Verringerung der Säuglingssterblichkeit zurückzuführen.³ Seit einigen Jahren kann jedoch auch eine Zunahme der »ferneren Lebenserwartung«, also der Verlängerung der Lebenserwartung der erwachsen gewordenen Bevölkerung, registriert werden. In den letzten Jahren kam es pro Dekade zu einer Zunahme der Lebenserwartung um durchschnittlich drei Jahre.

Demografische Analysen zeigen, dass der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung stetig zunimmt.⁴ Dies hat Auswirkungen auf

- die Frequentierung von Gesundheitsleistungen sowie
- Einnahmen und Ausgaben von Krankenversicherungen.

Auch die in der Bevölkerung auftretenden Erkrankungen verändern sich. Während zu Beginn des Jahrhunderts in den Industrieländern als wichtigste Todesursache noch Infektionskrankheiten zu verzeichnen waren, führen heute – bedingt durch die Verbesserung der hygienischen, sozialen und ökonomischen Situation großer Teile der Bevölkerung – andere Erkrankungen die Morbiditäts- und Mortalitäts-Statistiken an. An deren Spitze stehen heute Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Folgen

3 Vgl. Bundesminister für Gesundheit 1998, S. 160.

4 Vgl. Bundesminister für Gesundheit 1998, S. 25, 29–31, 165–166.

bösartiger Neubildungen. Aber auch chronisch-degenerative Erkrankungen nehmen stetig zu.⁵

Immer mehr Menschen erreichen also ein höheres Lebensalter und sind mit behandelbaren, z. T. chronischen Erkrankungen belastet. Die Zunahme des Lebensalters spielt sich in einem Altersabschnitt ab, in dem diese Menschen zumeist keine Einzahlungen in die Krankenversicherung mehr leisten. Die beitragsfreie Überlebenszeit steigt also.

1.2 Entwicklungen des Versorgungssystems

Bedingt durch die Entwicklung der medizinischen Diagnostik, aber auch das Nachfrageverhalten der Bevölkerung nach Vorsorgeuntersuchungen und routinemäßigen Gesundheitschecks werden immer mehr Menschen durch das Gesundheitssystem bereits in einem frühen, z. T. noch symptomlosen Krankheitsstadium als »krank« und behandelbar identifiziert. Hierdurch kommt es zu mehr und längeren Behandlungen bzw. Behandlungen ab einem früheren Krankheitsstadium.

1.2.1 Zunahme von Versorgungsangeboten

Auch die Zahl der Leistungsanbieter wächst stetig. So stieg die Zahl der niedergelassenen Ärzte (Bundesrepublik, ohne neue Bundesländer) von 49.225 im Jahr 1960 auf eine Zahl von 92.289 im Jahr 1990.⁶ Auch in jüngerer Zeit ist dieser Trend ungebremst. So nahmen nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 1990 88.811 Ärzte⁷ an der kassenärztlichen Versorgung teil,⁸ 2005 waren es bereits 126.252 Ärzte.⁹ Bedingt durch neue Versorgungsformen gab es im ambulanten Bereich 2018 ca. 40.000 angestellte und 117.472 niedergelassene Ärzte.¹⁰

Das durchschnittliche Einkommen niedergelassener Ärzte in diesem Zeitraum hat sich dabei jedoch kaum verändert.¹¹ Daraus ist zu folgern, dass eine Erhöhung der Aktivitäten im diagnostischen und therapeutischen Bereich stattgefunden hat.

5 Vgl. Bundesminister für Gesundheit 1998, S. 74, 138–141.

6 Vgl. DKG 1999, S. 58.

7 Wenn im Folgenden bei der Nennung von Personen im Hinblick auf eine bessere Lesbarkeit des Textes lediglich die Form des generischen Maskulinums verwandt wird, sind stets alle Geschlechter gemeint.

8 Vgl. Was deutsche Ärzte verdienen 1999, S. 382.

9 Vgl. Bundesärztekammer (o. D.), <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.5009.5010>, Zugriff am 13.04.2007.

10 Vgl. Bundesärztekammer (o. D.), <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzte-statistik/aerztestatistik-2018>, Zugriff am 27.12.20019)

11 Vgl. Was deutsche Ärzte verdienen 1999, S. 372.

Im Gegensatz zu einem freien Markt, in dem die Nachfrage das Angebot regelt, haben wir es im Gesundheitsbereich mit dem Phänomen zu tun, dass das Angebot eine Nachfrage induziert bzw. eine Steigerung von Anbietern eine erhöhte Zahl von Aktivitäten nach sich zieht.¹²

1.2.2 Medizinischer Fortschritt

Entwicklungen in der Medizin-Technologie sind auf zahlreichen Gebieten zu beobachten. Der Einsatz von

- Robotertechnik bzw. Roboterassistenz,
- künstlichen Organen (Herz, Lunge, Leber usw.),
- Gentechnologie und
- Mikro-Manipulationstechniken, Mikrochirurgie, minimal-invasiver Chirurgie

gehört – um nur einige Beispiele zu nennen – immer mehr zur Routine. Die Effekte sind einerseits Kostenersparnis, indem z. B. durch Roboterassistenz Spätschäden infolge nicht achsengerecht implantierter Endoprothesen verhindert werden.

Andererseits ist ein erhöhter Ressourceneinsatz zu beobachten, beispielsweise bei der Ausstattung von Krankenhäusern mit Operations-Robotern, zusätzlichem endoskopischem Instrumentarium zu dem ohnehin vorzuhaltenden, konventionellen Operationsinstrumentarium. So stiegen die Kosten deutscher Krankenhäuser von 1996 bis 2017 von 48,4 Mrd. € auf insgesamt rund 91,3 Mrd. €.¹³

1.2.3 Entwicklung der Informationstechnologie

Auch im Gesundheitswesen sind die Auswirkungen der Entwicklung der Informationstechnologie zunehmend spürbar. Der Einsatz von Chipkarten, die Digitalisierung von Röntgenbildern, der Einsatz von Telemedizin sind nur einige Beispiele. Auch die schnellere Verfügbarkeit von Forschungsergebnissen und die Möglichkeit der Recherche im Internet und in großen Datenbanken sind zu nennen.

Auch dies ist eine Entwicklung mit Auswirkungen in zwei Richtungen: Einerseits kann es zur Effizienzsteigerung beitragen, wenn z. B. durch den Einsatz von Telemedizin Spezialisten online früher oder regelmäßiger in Behandlungen einbezogen werden, da auf elektronischem Wege Konsile und Beratungen durchgeführt werden können. Andererseits trägt die Entwicklung dazu bei, dass sich neue Erkenntnisse aus der Forschung schneller als früher in der Routine verbreiten, was den erforderlichen Ressourceneinsatz schneller als bisher steigert.

12 Vgl. Köck, Christian; Heimerl-Wagner, Peter 1997, S. 27.

13 Vgl. Statista (o. D.), <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/3182/umfrage/kosten-deutscher-krankenhaeuser-seit-1996>, Zugriff am 27.12.2019.

1.2.4 Ansprüche der Patienten an das Gesundheitssystem

Auch im Verhalten der Bevölkerung in Bezug auf das Gesundheitswesen gibt es Trends zu beobachten. In der Trendstudie der Zukunftsinstitut GmbH wird im Trend 16, Can-Do-Medizin folgender Trend beschrieben: Zukunftsstudie Horx:¹⁴ »Doch die Patienten mucken auf. Gesundheit wird heute von vielen Menschen als Teil ihrer Selbstbestimmtheit gesehen. Ein starkes Bedürfnis nach Selbstbehandlung und Selbstheilung entsteht.«

Für die Bevölkerung stehen Gesundheitsinformationen heute leichter zugänglich als bisher zur Verfügung. Durch die weite Verbreitung des Internets haben Patienten heute einfachen Zugang zu Forschungsergebnissen, medizinischen Leitlinien, Anbieteradressen und Benchmarking-Ergebnissen. So sind über die Internet-Seiten der AWMF mit stark wachsender Tendenz derzeit bereits ca. 500 Leitlinien aus nahezu allen medizinischen Bereichen zugänglich. Auch durch englische, kanadische, amerikanische oder holländische Organisationen wird eine Vielzahl von Leitlinien im Internet präsentiert.

Auch Ergebnisse von externen Krankenhausvergleichen sind im Internet zu finden. Hier finden sich ausländische Beispiele. Das Health Net®, eine kalifornische Versicherung, veröffentlichte bereits 1998 auf der Basis von Patientenzufriedenheitsbefragungen sogenannte »Report Cards«, die Auskunft über Ergebnisse der einzelnen Ärzteguppen, mit denen Versorgungsverträge bestehen, in verschiedenen Zufriedenheitsdimensionen geben.¹⁵ Diese Veröffentlichungen sollen ausdrücklich der Information der Versicherten über ihre behandelnden Einrichtungen und Ärzte dienen. Sie sollen aber auch die gezielte Auswahl von Anbietern unter Qualitätsgesichtspunkten unterstützen.

Auch über die Internetseiten des englischen National Health Service wurden 1997 erstmals und seither regelmäßig eine Vielzahl von angebots- und qualitätsbezogenen Informationen über Krankenhäuser der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Um die oft schwierige Interpretation der Daten zu unterstützen, wurde zeitgleich eine Vielzahl von Interpretationshilfen veröffentlicht. Inzwischen sind auch vergleichende Ergebnisse im Internet für Jedermann einsehbar.

Durch die deutschen Aktivitäten von Qualitätskliniken.de und die Initiative Qualitätsmedizin sind vergleichende Ergebnisse von Anbietern seit etwa zehn Jahren verfügbar. Dies wird ergänzt durch die Weisse Liste oder auch klinikbewertungen.de.

Die Möglichkeit der Information für die Bevölkerung über gesundheits- bzw. gesundheitssystembezogene Daten und Fakten wächst also stetig. Der Gesetzgeber in Deutschland hatte im § 137 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgesehen, dass im Jahr 2005 erstmalig für das Jahr 2004 jedes Krankenhaus einen Qualitätsbericht vorzulegen hat. Obwohl die Anforderungen an diesen Qualitätsbericht immer noch nicht ausreichend sind, um interessierten Bürgern und potenziellen Patienten einen Einblick in die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen zu geben, ist dies doch ein Schritt in diese Richtung. Er wird ergänzt durch die vom Gemeinsamen Bundes-

14 Vgl. Zukunftsinstitut (o. D.), <http://www.zukunftsinstitut.de>.

15 Vgl. Health Net® Californias Health Plan 1998.

ausschuss (G-BA) 2019 in Auftrag gegebene Entwicklung eines Vergleichsportals für Krankenhäuser.

Durch die gesteigerte Kaufkraft weiter Teile der Bevölkerung ist allgemein ein selbstbewussteres Auftreten vieler Menschen in ihren Kunden-Lieferanten-Beziehungen zu beobachten. Dies überträgt sich auch auf die Erwartungen der Patienten an Leistungsanbieter und Organisationen im Gesundheitswesen und ihr Verhalten ihnen gegenüber.

Stärker als bisher erwarten Patienten die Möglichkeit, diagnostische und therapeutische Entscheidungen selbst zu treffen und durch die Leistungserbringer in geeigneter Weise darin unterstützt zu werden. Aus passiven, leidenden Patienten werden in zunehmendem Maße Menschen, die die zu erwartende Qualität einer Dienstleistung vor der Leistungserbringung einschätzen und dementsprechend den Leistungsanbieter bewusst selbst auswählen wollen.¹⁶

Ein eindrucksvolles Beispiel hierfür liefert der Bereich Geburtshilfe, in dem – bedingt durch die Forderungen immer selbstbewusster werdender zukünftiger Eltern – die Angebote inzwischen weitgehend differenziert und kundenorientiert ausgestaltet, bedarfsgerecht vorgehalten und in Geburtsvorbereitungskursen, Informationsveranstaltungen für werdende Eltern oder im Internet den potenziellen Kunden kommuniziert werden. In nur wenigen Jahren hat die überwiegende Anzahl geburtshilflicher Einrichtungen eine breite Palette unterschiedlicher Angebote für die individuelle Gestaltung der Geburt entwickelt und hält diese vor. Zukünftige Eltern informieren sich im Vorfeld über Angebote und werden in ihrer potenziellen Kundenrolle regelrecht umworben.

Immer mehr Patienten, die sich in ihren Bedürfnissen nicht ernst genommen fühlen, wenden sich von der Schulmedizin ab und nehmen die Angebote des »anderen« Medizinmarktes mit alternativen Heilangeboten wahr. Eine steigende Zahl von Angeboten in Grenzbereichen der Prävention, Rehabilitation, aber auch alternativer Therapien belegt diesen Trend.

Badura und Schellschmidt¹⁷ beschreiben die Gründe für eine Neuorientierung im Gesundheitssystem hin zu mehr Bürgerorientierung wie folgt:

- Erhöhte Erwartungen der Bürger hinsichtlich Transparenz, Aufklärung und Mitgestaltung an das Gesundheitswesen, ausgelöst durch wachsende finanzielle Belastungen
- Unzureichende und zögerliche Reaktion des Gesundheitswesens auf veränderte Anforderungen durch den demografischen Wandel
- Unterbewertung der Rolle der Bürger bei Prävention, Gesundheitsförderung und Bewältigung chronischer Erkrankungen durch Leistungsanbieter
- Ungebrochene Ausrichtung der Medizin an technischem Fortschritt und technischen Möglichkeiten
- Dominanz von Trägern, Gesundheitseinrichtungen und Berufsgruppen in der Diskussion um Rahmenbedingungen, Strukturen und Prioritäten, zu geringe

16 Vgl. Köck, Christian; Heimerl-Wagner, Peter 1997, S. 29.

17 Vgl. Badura, Bernhard; Schellschmidt, Henner 1997, S. 7.

Beteiligung aufgeklärter Bürger, informierter Versicherter und qualifizierter Patienten

- Notwendigkeit der Stärkung der Rolle der Patienten in einem ordnungspolitisch gewollten Wandel in Richtung »Markt«

Viele der bereits als Rahmenbedingungen beschriebenen Phänomene spiegeln sich also auch aus der Bürger- bzw. Patientenperspektive. Trojan hat dies in einer Tabelle zusammengetragen (► Tab.1) und versucht, eine Entwicklung über die letzten Jahrzehnte deutlich zu machen.

Tab. 1: Rollenentwicklung im Gesundheitswesen (Quelle: vgl. Trojan 1998, S. 16)

Konzeption des Gesundheitswesens	Aspekte der Patienten-Rolle	Aspekte der komplementären Arzt-Rolle	Interaktions-Kennzeichen der Arzt-Patient-Beziehung	Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Thematisierung
I Heil-System	Leidender (Schuldiger) armer Kranker	Helfer, Heiler (»Halbgott«), Für-Sorger, »Carer«	Asymmetrie, ärztlicher Paternalismus	»Professionelle Dominanz der Medizin« 1960er Jahre
II Gesellschaftliches staatliches Subsystem	Mensch, Bürger, Steuerzahler	Mitmensch, Mitbürger	Humanität, Demokratisierung	»Humanisierung des Krankenhauses« 1970er Jahre
III Sektor sozialer Sicherung des Allgemeingutes »Gesundheit«	Versicherter (Beitragszahler) Ko-Produzent von Gesundheit	Leistungserbringer, (Haupt-)Produzent	Bürokratie, Kooperation, Selbsthilfe	Grenzen des Sozialstaates 1980er Jahre
IV Markt für den Erwerb des individuellen Guts »Gesundheit«	Konsument, Verbraucher, Nutzer, Kunde, Käufer (direkt oder indirekt)	Anbieter, Verkäufer	»Informierte Wahl« des souveränen Konsumenten, Angebot und Nachfrage	Effektivität, Effizienz, Kundenzufriedenheit (= Qualitätsziele) 1990er Jahre