



Gedanken zum Qualitätsbegriff in der Medizin

Mecklenburg-Vorpommern ist in jeglicher Hinsicht ein besonderes Bundesland. Die wunderschöne Landschaft und zahlreichen Seen versprechen nicht nur Erholung, sondern offenbaren zugleich, dass man in unserem Flächenland eine differenzierte Betrachtung der verschiedenen Dimensionen von Qualität in der Medizin an den Tag legen muss. Infrastrukturelle und soziodemografische Besonderheiten können nicht 1:1 von Ballungsgebieten auf ein Bundesland mit 70 Einwohnern pro km² übertragen werden.

Grundsätzlich orientieren sich unsere Gedanken zum Qualitätsbegriff in der Medizin an den seit über 35 Jahren veröffentlichten Kriterien der JCAHO (1), wonach die medizinische Versorgung anhand verschiedener Faktoren wie Zugänglichkeit, Wirksamkeit unter Idealbedingungen und der Versorgungspraxis, Wirtschaftlichkeit, Sicherheit der Versorgungsumgebung und Patientenorientierung bemessen wird. Die von Donabedian etablierten Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (2) sind zweifelsohne in der Erhebung und Darstellung von Qualität nicht wegzudenken und natürlich eng miteinander verknüpft. Struktur – und Prozessqualität werden gern – auch von der Politik – genutzt, um sie für Vergleiche und Abfragen heranzuziehen, da sie gut messbar und für alle Akteure im Gesundheitswesen schnell nachvollziehbar sind. Dennoch, auch sie können keine Qualität garantieren.

Wir möchten daher zwei aus unserer Sicht wichtige und zentrale Punkte in den Fokus Ihrer Betrachtungen rücken:

Die Patientenorientierung und die Ergebnisqualität

Auch sie sollten sektorenübergreifend erfasst und bewertet werden. „Ein Patient erwartet von einer medizinischen Maßnahme einen Gewinn an Verbesserung der Lebensqualität und/oder der Lebenserwartung bei optimaler Durchführung dieser Maßnahme und geringstmöglicher Belastung und Gefährdung“ (3). Nur messbar ist das deutlich schwieriger.

Es soll keinesfalls der Eindruck vermittelt werden, dass wir uns mit „minderer“ Qualität zufriedengeben oder gar etablierte überregionale Konzepte der Qualitätssicherung in Strukturen und Prozessen in Frage stellen möchten.

Aber unter Anwendung einheitlicher Vorgaben und Standards zum Beispiel vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), werden Kliniken oder Praxen ohne Berücksichtigung ihrer lokalen Gegebenheiten und Einzugsgebiete betrachtet. So können beispielsweise niedrige Fallzahlen eine Unterschreitung von Qualitätsvorgaben bewirken. Das führt letztlich dazu, dass in diesen Fällen die tatsächliche Ergebnisqualität überhaupt keine Betrachtung oder Bewertung mehr erfährt.



Außerdem setzen Mindestmengen als alleiniger Qualitätsindikator Fehlanreize bezüglich der Durchführung medizinischer Maßnahmen - mit dem Ziel, diese Mindestmengen nicht zu unterschreiten. Solche Effekte sind in Deutschland auch heute im Zusammenhang mit den Entgelten in Form von Fallpauschalen leider schon ablesbar.

Viel wichtiger wäre doch die Frage, wie viele Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild in einem Zentrum versorgt werden. Nicht immer führt eine patientenorientierte Behandlung zu einer operativen Konsequenz – nicht immer ist die Operation der für den Einzelnen sinnhafte Weg.

Die Weiterentwicklung und Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität in Mecklenburg-Vorpommern ist ein elementares Gut, das wir in unserem Verständnis als Auftrag der Ärztekammer ansehen und daher unterstützen und vorantreiben möchten. Diese essenzielle Aufgabe der Qualitätssicherung findet nicht umsonst in unserem Heilberufsgesetz Einzug.

Wir möchten regionale Ausnahmetatbestände und die Entwicklung von (auch telemedizinischen) Kooperationsverbünden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung in hoher Qualität beleben. In der Notfallmedizin ist dieses Konzept in unserem Bundesland schon mehr als etabliert.

Gleiches gilt für die Unterstützung von Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern bei Bestrebungen, verschiedenen Leistungen im Land zu halten – selbstverständlich mit höchster Qualität. Hier gilt es, Qualitätsindikatoren zu identifizieren und zu etablieren. Die 5 - Jahres – Überlebensrate sowie Patient Reported Outcome Measures könnten neben Mortalitäts – und Letalitätszahlen gute Parameter sein.

Was wir nicht möchten, sind Verluste im Know-how in der Behandlung unserer Patienten. Was wir nicht möchten, sind Mangel in der Weiterbildung unserer Ärzte und damit eine Verschärfung der ohnehin dramatischen Personalsituation.

Zusammenfassend sind also insbesondere regionale Gegebenheiten in der Qualitätsdiskussion zu beachten, da man die meisten Fakten nicht von einer Metropole auf ein Flächenland herunterbrechen kann. Dies soll in der Erarbeitung eines Konzeptes, wie in Mecklenburg-Vorpommern eine verbindliche Qualitätssicherung unter Federführung der Ärztekammer etabliert werden kann, große Beachtung finden.

Wir wünschen uns Diskussionsbereitschaft und sind motiviert, die patientenorientierte Qualität in unserem wunderschönen Bundesland in eine neue, noch bessere Dimension zu befördern.

Dr. med. Nicole Kracht
Vorsitzende des Ausschusses Qualitätssicherung



ÄRZTEKAMMER MECKLENBURG-VORPOMMERN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

- (1) Cerne F. JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) explains standards. Hospitals. 1988 Jan 5;62(1):72. PMID: 3422068.
- (2) Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. Milbank Q. 2005;83(4):691-729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x. PMID: 16279964; PMCID: PMC2690293.
- (3) Klemperer D. Qualität in der Medizin, Der Patientinnen und Patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen. 1995.