

Wie rückt Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung?

Ergebnisse einer Delphi- und Akteursbefragung
September 2009

Wie rückt Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung?

Ergebnisse einer Delphi- und Akteurbefragung

September 2009

© Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Kontakt

Univ.-Prof. Dr. med. M. san. Max Geraedts
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH
Institut für Gesundheitssystemforschung (IGFo)
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten
Telefon 02302 926-770
Fax 02302 926-783
E-Mail max.geraedts@uni-wh.de
www.uni-wh.de/igfo

Uwe Schwenk
Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
Telefon 05241 81-81463
Fax 05241 81-681463
E-Mail uwe.schwenk@bertelsmann-stiftung.de
www.bertelsmann-stiftung.de

Inhalt

1	Hintergrund	4
2	Zielsetzung und inhaltlicher Rahmen	5
3	Methodik.....	5
4	Ergebnisse und Diskussion.....	7
4.1	Themenbereiche und Thesen	7
4.2	Beurteilung der Thesen durch die Akteure	10
4.3	Priorisierung der Themenbereiche	12
4.4	Top-10 der Thesen	13
4.5	Analyse der Freitextkommentare	14
4.6	Methodenkritik	19
5	Fazit.....	20
6	Zusammenfassung.....	21

1 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. 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 Instrumente fänden zunehmend Einzug in die Routine. 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 formuliert¹:

1. Qualität wird zum Leit- und Steuerungskriterium 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 Steuerungskriterium 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.

¹ Protokoll der 79. Gesundheitsministerkonferenz: www.gmkonline.de

2 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. In Deutschland gibt es zwischenzeitlich eine Vielzahl an gesetzlichen Vorgaben, Konzepten und Instrumenten zur Qualitätsförderung. Jedoch scheinen wir von einer breiten Umsetzung und tatsächlichen Qualitätskultur noch weit entfernt. Aufsetzend auf dem GMK-Protokoll will 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 in einer ersten Phase eine Delphi-Befragung unter der Federführung von Professor Dr. Max Geraedts mit weiteren Wissenschaftlern durchgeführt, die sich seit Jahren dem Thema Qualität in der medizinischen Versorgung in Deutschland widmen. Als Ergebnis dieser Delphibefragung liegt eine Liste von Thesen bzw. Forderungen vor, die beschreiben, wie der Weg von den Konzepten und Strategien zur Umsetzung beschritten werden kann.

In einer zweiten Phase wurden wesentliche Akteure im Gesundheitswesen eingebunden, die um eine Beurteilung und Kommentierung dieser Thesen gebeten wurden. Die Einbindung von Fachleuten aus Politik und Selbstverwaltung in die Diskussion sollte garantieren, dass die vorgebrachten Thesen bzw. Forderungen die notwendige Bodenhaftung erhalten.

Die Ergebnisse der Befragung wurden durch Professor Dr. Max Geraedts bei einem Symposium von Stiftung Praxissiegel e. V. „Qualität im Fokus – Impulse für eine gelebte Qualitätskultur im Gesundheitswesen“ am 9. September 2009 in Berlin vorgestellt und diskutiert.

Im Folgenden wird zunächst das methodische Vorgehen genauer erläutert. Im Anschluss werden die Ergebnisse des zweiphasigen Vorgehens dargestellt und diskutiert.

3 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 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 unter der Federführung von Prof. Dr. Max Geraedts (Universität Witten/Herdecke), die Professoren Dr. Reinhard Busse (Technische Universität Berlin), Dr. Wilfried Jäckel (Universitätsklinikum Freiburg), Dr. David Klemperer (Hochschule Regensburg), Dr. Dirk Sauerland (Universität Witten/Herdecke), und Dr. Hans-Konrad Selbmann (Universität Tübingen) teil; hinzu kam Frau Mauersberg vom Verbraucherzentrale Bundesverband e. V., Berlin.

Die Experten wurden zunächst aufgefordert, zur Hauptfrage „Was fehlt, damit Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung rückt?“ Thesen bzw. Ideen zu generieren. Die Thesen der Experten wurden anschließend kategorisiert und kompiliert und danach den Experten zurückgemeldet. Die Experten sollten sich dazu äußern, ob sich ihre eigenen Thesen in den nun zusammengefassten Thesen wiederfanden 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 einem Verteiler der Stiftung und zum anderen aus der Gruppe der nach dem Europäischen Praxisassessment (EPA) zertifizierten Ärzte und EPA-Visitoren von Stiftung Praxissiegel e. V. Von den 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 Kommentare in Form von Freitextangaben abgegeben werden.

Der Beurteilung der einzelnen Thesen folgte zuerst 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 extrahiert.

4 Ergebnisse und Diskussion

4.1 Themenbereiche und Thesen

Als wesentliches Ergebnis der Delphi-Befragung sind die 31 Thesen zu nennen, die den folgenden zwölf Themenbereichen (in Klammern jeweils die Anzahl der Thesen) zugeordnet werden konnten (QM = Qualitätsmanagement, QS = Qualitätssicherung):

A – Qualitätsforschung (4)	G – Qualitätstransparenz (4)
B - Gemeinsame Qualitätsziele (2)	H – Qualitätsrechenschaftspflicht (3)
C - Anreize für Qualität (4)	I – Patienten- & Ergebnisorientierung beim QM (4)
D – QM anstatt Qualitätskontrolle (1)	J – QM in der Ausbildung (3)
E – Informationstechnik (2)	K – Qualitätskultur (1)
F – Qualitätswettbewerb (1)	L – Ressourcen für QM, QS, Qualitätsförderung (2)

Die einzelnen Thesen stellt die folgende Übersicht dar (s. Tabelle 1), in der die jeweiligen Thesen farblich gekennzeichnet sind. Die Kennzeichnung gibt einen ersten Überblick zur Akzeptanz der Thesen durch die befragten Akteure. Dazu wurden die Zustimmungswerte über alle Akteure aggregiert und dichotomisiert (Zustimmungswerte 1 oder 2 versus 3-6). Die Farbe gibt den Anteil der Akteure wieder, die die jeweiligen Thesen mit den Noten 1 oder 2 bewertet haben. Dunkelgrün bedeutet eine Zustimmung (1-2) von >79 %, hellgrün 66-79 %, blau 50-65 % und rot unter 50 %.

Tabelle 1: Übersicht über alle Themenbereiche und Thesen sowie deren Akzeptanz

Thema A	Qualitätsforschung
TheseA-1	Wir brauchen überzeugende, unabhängige Belege zur Effektivität und Kosteneffektivität von Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, Qualitätssteuerung und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen.
These A-2	Im Fokus muss die Wirkung von QM-Aktivitäten auf patientenrelevante Ergebnisse stehen.

These 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.
These A-4	Insbesondere überregionale QM-Aktivitäten sollten nur nach einer prototypischen Erprobung mit einer begleitenden Evaluation breit eingeführt werden.
Thema B	Gemeinsame Qualitätsziele
These 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.
These B-2	Zentral müssen Qualitätsziele sein, die auf eine Verbesserung der Gesundheit und der medizinischen Versorgung zielen.
Thema C	Anreize für Qualität
These C-1	Wir brauchen ein Vergütungs- und Vertragssystem, das gute Leistungen konsequent und spürbar immateriell und materiell fördert.
These C-2	Die Anreize müssen konsistent sowohl alle Gesundheitsberufe als auch die Kostenträger umfassen.
These C-3	Gute und schlechtere Leistungen sollten identifiziert werden.
These C-4	Bei schlechteren Leistungen sollten Hilfestellungen gewährt werden. Bei dauerhaft schlechten Leistungen sollten Konsequenzen bis hin zum Ausschluss von der Leistungserbringung vorgesehen werden.
Thema D	Qualitätsmanagement anstatt Qualitätskontrolle
These 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.
Thema E	Informationstechnik
These E-1	Wir brauchen eine Weiterentwicklung und Förderung der Dokumentationskultur und Informationstechnik im Gesundheitswesen, so dass Qualitätsanalysen mit vertretbarem Aufwand möglich werden.
These 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.
Thema F	Qualitätswettbewerb
These F-1	Wir brauchen einen Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen, um die Leistungserbringer zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung zu motivieren und qualitätsfördernde Innovationen in der Versorgung zu ermöglichen.

Farblegende: Zustimmung (Noten 1-2) von **> 79 % = dunkelgrün**, **66-79 % = hellgrün**, **50-65 % = blau** und **< 50 % = rot**

Thema G	Qualitätstransparenz
These G-1	Wir brauchen für die interessierten Beteiligten methodisch korrekte, verständliche und zugängliche Informationen zur Qualität der Leistungserbringung und zur Umsetzung des Qualitätsmanagements.
These G-2	Die Qualitätsinformationen müssen wichtige Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Versorgung umfassen.
These G-3	Qualitätsinformationen müssen so erhoben werden und so aufbereitet sein, dass Inhalt und Umfang den Bedürfnissen der jeweiligen Nutzer entsprechen.
These G-4	Um größeres Vertrauen in die veröffentlichten Daten herzustellen, sollten Qualitätsdaten von unabhängigen Stellen publiziert oder zumindest auditiert werden.
Thema H	Qualitätsrechenschaftspflicht
These H-1	Wir brauchen eine klare Zuordnung der Verantwortung und der Rechenschaftspflicht für die Qualität der Versorgung.
These H-2	Alle Partner im Gesundheitswesen (Bürger, Leistungserbringer, Kostenträger und Gesundheitspolitiker) sind für die Qualität ihrer Beiträge verantwortlich und rechenschaftspflichtig.
<u>These H-3</u>	Die regionale/nationale Verantwortung für die Qualität der medizinischen Versorgung könnten regional/national definierte Selbstverwaltungsorgane unter Einbezug von Bürgern, Leistungserbringern und Kostenträgern übernehmen.
Thema I	Patienten- und Ergebnisorientierung beim Qualitätsmanagement
These I-1	Wir brauchen ein Qualitätsmanagement der Gesundheitsversorgung, das sich an patientenrelevanten kurz- und langfristigen Gesundheitsergebnissen orientiert.
These 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.
These 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.
These I-4	Patienten benötigen unverzerrte und verlässliche Informationen zur Qualität der Versorgung und dem Qualitätsmanagement 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.

Farblegende: Zustimmung (Noten 1-2) von **> 79 % = dunkelgrün**, **66-79 % = hellgrün**, **50-65 % = blau** und **< 50 % = rot**

Thema J	Qualitätsmanagement in der Ausbildung
These J-1	Der Gedanke der Qualität sowie die Ziele und Funktionsweisen von Qualitätsmanagement sind in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller medizinischen Professionen zu integrieren.
These 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.
These J-3	Weiterhin sind verbindliche Systeme der kontinuierlichen professionellen Kompetenzerhaltung und -entwicklung notwendig.
Thema K	Qualitätskultur
These 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.
Thema L	Ressourcen für Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und -förderung
These L-1	Wir brauchen ausreichende Ressourcen für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements, damit methodisch adäquate QM-Programme und deren Bestandteile, wie z. B. Leitlinien, Behandlungspfade und Qualitätsindikatoren, entwickelt und vor der breitflächigen Implementierung erprobt werden können.
These L-2	Die für die Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen notwendige Zeit muss als wesentlicher Bestandteil der Leistungserbringung vergütet werden.

Farblegende: Zustimmung (Noten 1-2) von **> 79 % = dunkelgrün**, **66-79 % = hellgrün**, **50-65 % = blau** und **< 50 % = rot**

4.2 Beurteilung der Thesen durch die Akteure

Die einzelnen Thesen fanden bei der Akteurbefragung im Durchschnitt eine hohe Zustimmung. In der folgenden Tabelle 2 sind zu jeder der Thesen die exakten Zustimmungswerte eingetragen, die aus einer Dichotomisierung der Einschätzungen (Noten 1 oder 2 versus 3-6) resultierten. Demnach erhielten 15 Thesen eine Zustimmung > 80 % (darunter vier Thesen > 90 %); 13 Thesen > 66-79 %; zwei Thesen 50-65 % Zustimmung und nur eine These wurde von unter 50 % mit den Noten 1-2 beurteilt.

Weiterhin enthält die Tabelle die Angabe der durchschnittlichen Zustimmung sowie die Spannweite der durchschnittlichen Bewertungen durch die einzelnen zu differenzierenden Akteursgruppen.

Tabelle 2: Anteil der Akteure, die der jeweiligen These mit Noten 1 oder 2 zustimmten sowie Spannweite der durchschnittlichen Zustimmungswerte (Gesamt; Extremwerte einzelner Akteursgruppen) (Q = Qualität)

A: Q-Forschung	C-3: 82,9 % [1,8; 1,4-2,8]	G-2: 85,0 % [1,7; 1,2-2,2]	I-4: 63,8 % [2,4; 1,9-2,9]
A-1: 83,4 % [1,8; 1,3-2,3]	C-4: 77,6 % [1,9; 1,4-2,8]	G-3: 90,1 % [1,5; 1,3-1,7]	J: QM Ausbildung
A-2: 85,2 % [1,8; 1,5-2,0]	D: QM anstatt Q-K	G-4: 73,8 % [2,0; 1,7-2,4]	J-1: 91,1 % [1,5; 1,2-1,8]
A-3: 68,4 % [2,1; 1,7-2,3]	D-1: 73,4 % [2,1; 1,6-2,5]	H:Q-Rechenschaft	J-2: 92,3 % [1,4; 1,1-1,5]
A-4: 73,3 % [2,1; 1,6-2,5]	E: Info-Technik	H-1: 73,8 % [2,0; 1,8-2,7]	J-3: 80,9 % [1,9; 1,4-2,4]
B: Gem. Q-Ziele	E-1: 73,1 % [2,0; 1,5-2,7]	H-2: 73,8 % [2,0; 1,7-3,5]	K: Q-Kultur
B-1: 63,9 % [2,4; 2,1-2,7]	E-2: 80,3 % [1,8; 1,4-2,1]	H-3: 40,6 % [3,3; 2,4-3,9]	K-1: 92,7 % [1,4; 1,1-2,1]
B-2: 84,1 % [1,8; 1,7-2,1]	F: Q-Wettbewerb	I: Pat./Ergebnisorient.	L: Ressourcen
C: Anreize für Q.	F-1: 67,4 % [2,2; 1,5-2,9]	I-1: 85,0 % [1,7; 1,4-2,0]	L-1: 72,8 % [2,1; 1,9-2,6]
C-1: 86,6 % [1,7; 1,6-2,3]	G: Q-Transparenz	I-2: 69,5 % [2,2; 1,8-2,5]	L-2: 70,3 % [2,3; 1,4-3,3]
C-2: 85,7 % [1,7; 1,4-2,3]	G-1: 86,0 % [1,7; 1,2-2,1]	I-3: 77,6 % [1,9; 1,6-2,2]	

Farblegende: 1-2/3-6: > 79 %; 66-79 %; 50-65 %; < 50 %

Bei Betrachtung der Durchschnittswerte und Spannweiten fällt auf, dass 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 drei 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 neun Thesen zwischen 1,1 und 1,5 Notenwerten und nur bei wiederum drei Thesen mehr als 1,5 Notenwerte (H-2, H-3, L-2).

4.3 Priorisierung der Themenbereiche

Diese überaus hohe Konsistenz der Bewertungen im Vergleich der Akteursgruppen lässt sich auch sehr gut bei der Priorisierung der Themenbereiche erkennen. Hierzu zeigt Abbildung 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 (s. Abbildung 1).

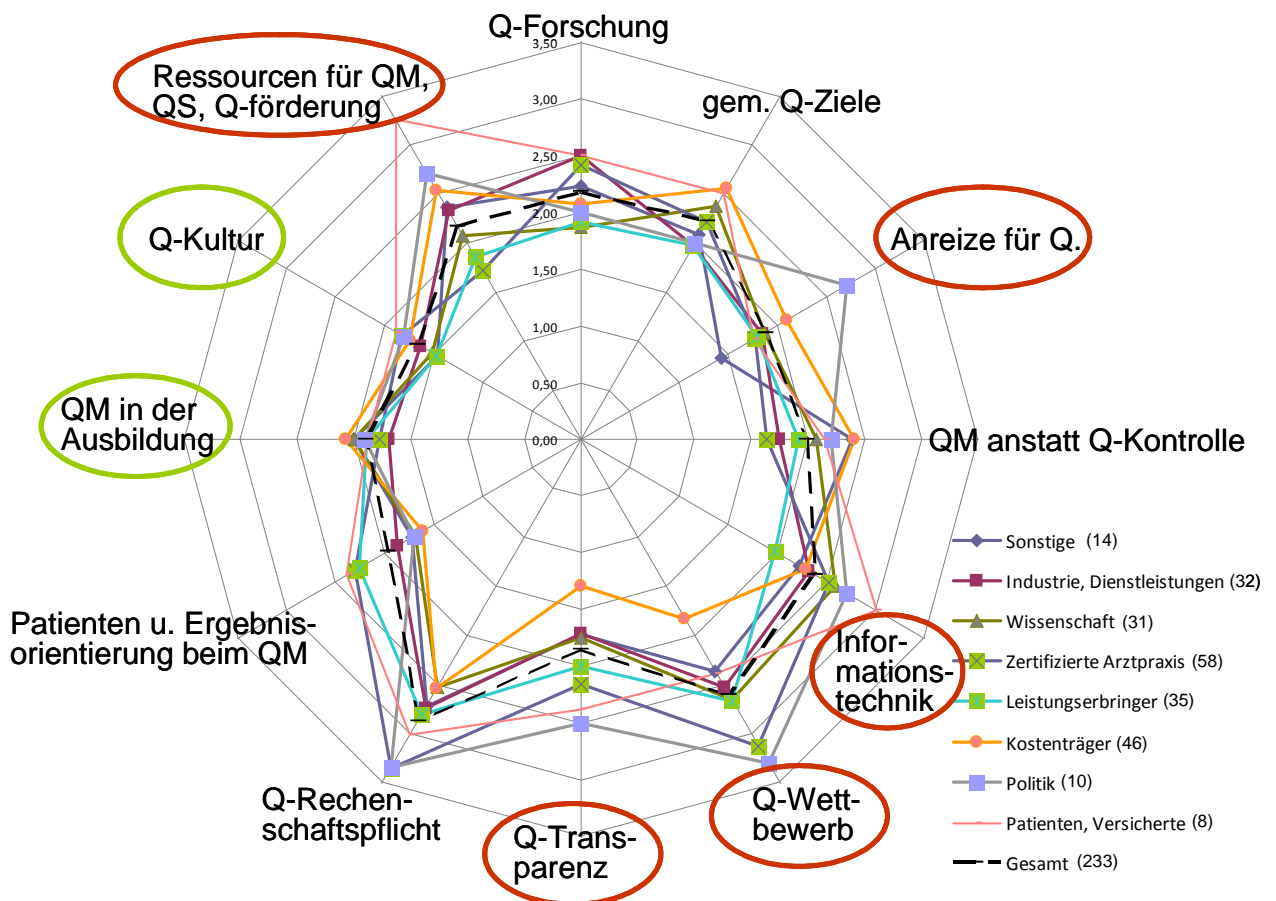


Abbildung 1: Beurteilung der Bedeutung der Themenbereiche durch die Akteursgruppen (Notenskala 1-6)

(grüne Kreise: durchschnittlich als besonders bedeutsam bewertet bei geringer Spannweite; rote Kreise: hohe Spannweite der Beurteilungen zwischen den Akteuren; Die Zahlen in Klammern geben jeweils die Anzahl der Antwortenden aus den Akteursgruppen wieder.)

Insgesamt fällt auf, dass die zehn Vertreter der Politik und die neun Patienten/Versicherte 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.

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

Tabelle 3: Top-10 der Thesen mit der durchschnittlich höchsten Zustimmung

These	Themenbereich Zustimmung % (1-2)
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.	Qualitätskultur 92,7%
J-1: Der Gedanke der Qualität sowie die Ziele und Funktionsweisen von Qualitätsmanagement sind in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller medizinischen Professionen zu integrieren.	QM in der Ausbildung 91,1%
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.	QM in der Ausbildung 92,3%
C-1: Wir brauchen ein Vergütungs- und Vertragssystem, das gute Leistungen konsequent und spürbar immateriell und materiell fördert.	Anreize für Qualität 86,6%
C-2: Die Anreize müssen konsistent sowohl alle Gesundheitsberufe als auch die Kostenträger umfassen.	Anreize für Qualität 85,7%
G-1: Wir brauchen für die interessierten Beteiligten methodisch korrekte, verständliche und zugängliche Informationen zur Qualität der Leistungserbringung und zur Umsetzung des Qualitätsmanagements.	Qualitätstransparenz 86,0%
G-2: Die Qualitätsinformationen müssen wichtige Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Versorgung umfassen.	Qualitätstransparenz 85,0%

Fortsetzung Tabelle 3: Top-10 der Thesen mit der durchschnittlich höchsten Zustimmung

G-3: Qualitätsinformationen müssen so erhoben werden und so aufbereitet sein, dass Inhalt und Umfang den Bedürfnissen der jeweiligen Nutzer entsprechen.	Qualitäts- transparenz 90,1%
A-2: Im Fokus (der Qualitätsforschung) muss die Wirkung von QM-Aktivitäten auf patientenrelevante Ergebnisse stehen.	Qualitätsforschung 85,2%
I-1: Wir brauchen ein Qualitätsmanagement der Gesundheitsversorgung, das sich an patientenrelevanten kurz- und langfristigen Gesundheitsergebnissen orientiert.	Patienten- und Er- gebnisorientierung beim QM 85,0%

Diese Liste der zehn Thesen mit dem durchschnittlich höchsten Zustimmungsgrad 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.

4.5 Analyse der Freitextkommentare

4.5.1 Optionale Kommentare zu den einzelnen Thesen

Eine solche Interpretation der Zustimmungs- 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
- Gemeinsame Zielformulierung evtl. lähmend (Interessenkonflikte)

C – Anreize für Qualität (72 Kommentare)

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

D – QM anstatt Qualitätskontrolle (56 Kommentare)

- ohne Kontrolle (Ergebnistransparenz) funktioniert QM nicht

E – Informationstechnik (43 Kommentare)

- zwei Pole: a) weniger Daten erheben ⇔ b) Routinedaten unbrauchbar (zu wenig klinische Daten)
- Hinweis auf Datenschutz / -missbrauch
- Einzelverträge mit IT-Insellösungen die Regel ⇒ 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“ – diese 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 bzw. 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 außerhalb der Kontrolle der Leistungserbringer stehe.

4.5.2 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 2 gibt zunächst die Antworten auf die Frage wieder, ob die Thesen und Themen aus der Sicht der Akteure umfassend sind. Dies wird – außer bei den „Sonstigen“ – von jeweils mehr als der Hälfte der Akteure bejaht, jedoch existiert in jeder Gruppe eine mehr als 20 %ige Minderheit, die dies nicht bejahen.

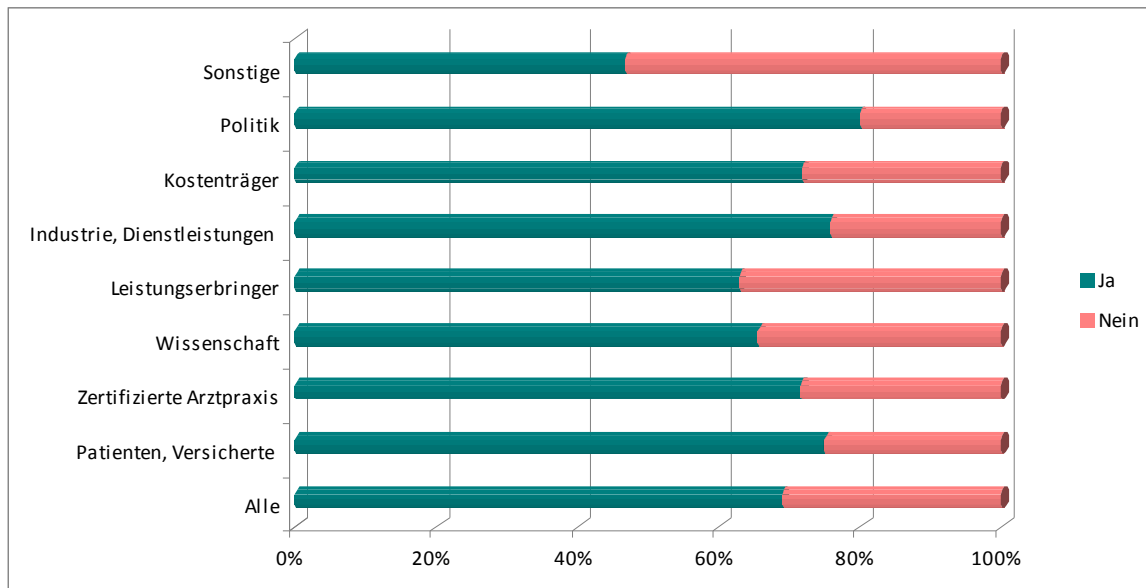


Abbildung 2: Antworten der Akteure auf die Frage „Sind die Thesen und Themen aus Ihrer Sicht umfassend?“

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.

4.5.3 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 wieder findet.

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
- Primärarztsystem 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.

4.6 Methodenkritik

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 Erarbeitung 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. Stattdessen ist davon auszugehen, dass hier 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.

5 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. Als Voraussetzungen dafür, dass Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung rückt, sind nach Meinung der Experten und Befragungsteilnehmer vorrangig die folgenden Aktivitäten vonnöten:

- a) Stärkere Einbindung des Qualitätsgedankens und Qualitätsmanagements sowie von Themen wie Teamarbeit, soziale und kommunikative Kompetenz, 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.

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.

6 Zusammenfassung

Obwohl es in Deutschland inzwischen eine Vielzahl an gesetzlichen Vorgaben, Konzepten und Instrumenten zur Qualitätsförderung gibt, scheint das Gesundheitswesen von einer breiten Umsetzung und einer lebendigen Qualitätskultur noch weit entfernt zu sein. Oft lösen die verschiedenen Konzepte und Instrumente im Versorgungsalltag eher ablehnende Reaktionen als begeisterte Zustimmung aus.

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. Zwischen den Akteursgruppen bestanden zwar geringe Unterschiede in der Beurteilung der einzelnen Thesen, jedoch lag die Spannweite der Notenwerte nur bei drei Thesen über 1,5 Notenwerten, so dass insgesamt von einer hohen Übereinstimmung bei der Einschätzung der Thesen gesprochen werden kann.

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. Als Voraussetzungen dafür, dass Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung rückt, sind nach Meinung der Experten und Befragungsteilnehmer vorrangig die folgenden Aktivitäten vonnöten:

- a) Stärkere Einbindung des Qualitätsgedankens und Qualitätsmanagements sowie von Themen wie Teamarbeit, soziale und kommunikative Kompetenz, 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.

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.