

2000

Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie

Kontrollmechanismus oder Kompetenzgewinn?

**Tagungsbericht zum
Wissenschaftlichen Symposium
des dbs e.V.
am 21. Januar 2000 in Bremen**

Herausgeber: Gerhard Homburg
Claudia Iven
Volker Maihack



Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Herausgeber	7
Grußwort des Vorsitzenden der dbs-Landesgruppe Bremen <i>Christian Boeck</i>	9
Grußwort des Bundesvorsitzenden des dbs <i>Volker Maihack</i>	10
Qualitätssicherung in der Medizin: Hintergründe einer aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion <i>Norbert Schmacke</i>	13
Was heißt Qualität in der Sprachtherapie? <i>Gerhard Homburg</i>	27
Evaluation von Sprachtherapie: Standardisierung statt Individualisierung? <i>Barbara Giel</i>	41
Die sprachtherapeutische Ausbildung im Wandel - USA und Deutschland im Vergleich <i>Claudia Rauw, Katharina Rott</i>	57
Qualitätssichernde Beratung - Neue Perspektiven und Visionen <i>Ulrika Walter</i>	72
Intervoice: Therapeutennetzwerk für Stimmtherapie <i>Iris Eicher</i>	83
Plenumsdiskussion	90
Qualitätsmanagement in der Praxis - nutzen die Kosten? <i>Volker Maihack</i>	102

Qualitätssicherung in der Medizin: Hintergründe einer aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion

Norbert Schmacke

Meine Damen und Herren,

ich bedanke mich sehr für diese Einladung, die das Ergebnis eines Anrufs von Prof. Dr. Homburg war, der von meinem Bremer Kollegen Prof. Dr. Rainer Müller aus dem Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Bremer Universität an mich verwiesen wurde. Er fragte mich, ob ich heute einleitend ein Referat halten könne zu dem Thema der Qualitätssicherung in der Medizin. Und wir haben uns dann darüber verständigt, welchen Input ich - unvertraut mit jedweder Form von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie - geben kann zur Einstimmung Ihrer Fachtagung auf das Generalthema Qualitätssicherung in der Medizin. Es gibt ein Ritual aller Vortragenden, dass sie sagen, das Thema sei so komplex, dass man es nicht umfassend darstellen könne - das halte ich für eine unnötige Ausrede. Man kann Themen nie erschöpfend darstellen, diesen Versuch will ich auch bei diesem Thema gar nicht erst unternehmen, sondern ganz bewusst das Thema Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement von völlig verschiedenen Seiten anreißen, um Ihnen einen Einblick zu geben, wie die Debatte momentan im Bereich der kurativen Medizin in Deutschland verläuft, d.h. wo Koordinaten sind, wo Zielpunkte sind, und ich hoffe, dass dies eine Hintergrundfolie für Ihre eigene Debatte liefern kann.

Zweite Vorbemerkung: Ich muss darauf vertrauen, dass die Wortmächtigkeit ausreicht, um Sie zu interessieren, ich habe keine Folien mitgebracht und auch sonst keinen technischen Aufwand leisten können. Ich hoffe, das gelingt mir, und dass mir dabei die Stimme vor Sprachtherapeuten nicht versagt.

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung - ich möchte die Frage voranstellen: Stimmen die Ziele und stimmen die Koordinaten? Wenn man anfängt darüber nachzudenken, was Qualität für den Bereich der Medizin eigentlich ist, dann trifft man alle möglichen

Definitionsversuche und ich stelle fest, dass mich keiner dieser Versuche ganz befriedigt. Ganz gelungen finde ich die Definition des Institute of Medicine der National Academy of Sciences der USA: „Qualität in der medizinischen Behandlung ist daran zu messen, wie sehr die Dienstleistungen im Gesundheitswesen zum einen erwünschte Behandlungserfolge für einzelne Menschen und für Bevölkerungsgruppen wahrscheinlicher machen und wie sehr sie zum anderen mit dem jeweiligen professionellen Wissen vereinbar sind.“ Es geht also einmal um Indikatoren für Behandlungserfolge und es geht um Professionen. Qualitätsmanagement ist vom anderen Pol her inzwischen rechtlich fixierter Auftrag nach dem Sozialgesetzbuch V geworden. Und damit ist ein riesiges gesellschaftliches und natürlich auch gesellschaftspolitisches und gesundheitspolitisches Feld bereits bezeichnet. Welche Qualität ich für welchen Preis bekomme, ist inzwischen auch für die Medizin kein fremdes Denken mehr: Wir sind dabei, Handlungsrouinen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements zu entwickeln.

Es gibt für die Frage „Worum geht es dabei eigentlich?“ zwei schöne Kinderfragen, die ich im Zusammenhang mit Qualitätssicherung immer zitiere, und die spielen tatsächlich auch bei der internen Debatte eine große Rolle. Die eine Frage lautet: „Machen wir das Richtige - Are we doing the right things?“ Und die zweite Frage lautet: „Machen wir das Richtige auch mit den richtigen Mitteln - Are we doing the right things right?“ Es gibt um diese Fragen in der kurativen Medizin Glaubenskriege, Schulenstreite, und es gibt auch nach wie vor Vertreter, die sagen, das ist alles Quatsch, wir brauchen keine eigenen Instrumente, keine eigene Sparte Qualitätssicherung und Qualitätsmedizin. Bei denen, die sich nicht völlig verweigern, sondern die die Bedeutung sehen, und die Zahl derer wächst unter den Mediziner stündlich, gibt es einen etablierten Streit darum, ob die externe Qualitätssicherung das Entscheidende oder ob die interne Qualitätssicherung das Alleinseligmachende sei. Darauf werde ich im weiteren Verlauf zumindest kurz eingehen. Natürlich macht es einen Unterschied, ob sich Fachberufe oder Gruppen von Fachleuten auf interne Qualitätssicherungsmaßnahmen verständigen oder ob sie von außen, z.B. durch Richtlinien, verpflichtet werden, gesetzte Qualitätsstandards einzuhalten. Soviel nur vorweg: Niemand würde bei technischen

Produkten in Frage stellen, dass externe Qualitätssicherung unabdingbar ist, bei dem „Gut“ Gesundheit wird aber gern von den Professionellen das Argument benutzt, externe Qualitätssicherung sei per se fachfremd und unangemessen. Auf diesem abstrakten Niveau wird in den nächsten Jahren eine fruchtbare Diskussion um eine patientenorientierte Qualitätssicherung sich aber sicher nicht führen lassen.

Qualitätsmanagement ist seit einigen Jahren nun auch in der Medizin richtig „modern“ geworden, und wir werden förmlich erschlagen mit Zauberformeln, die letztlich für die heutige Qualitätssicherungsdebatte in der Medizin aus Kernbereichen der Industrie wie der Automobilproduktion stammen: Die Zauberformel von „Total Quality Management“ und „Continuous Quality Improvement“, womit einmal eine technische Ebene angesprochen wird (v. a. das Training der Beschäftigten in Qualitätssicherungs-Strategien), dann eine strategische Ebene, (v. a. die Bereitschaft eines Betriebes, Qualitätssicherung in die Unternehmensphilosophie aufzunehmen) und schließlich eine strukturelle Ebene (die konkrete Organisation von Qualitätssicherung im Betrieb, z. B. in Form von Qualitätszirkeln und Projektgruppen). Dieser modernistischen Sicht, die gerade in therapeutischen Berufen oft skeptisch betrachtet, machmal sogar belächelt wird, will ich aber zunächst einmal die Tatsache entgegenstellen, dass die Forderung nach wirksamer Qualitätssicherung alles andere als neu ist. Es gibt in den USA einen Preis für Qualitätssicherung in der Medizin, der nach dem Chirurgen Codman benannt ist: den Ernest A. Codman Award. Codman hatte zu Beginn dieses Jahrhunderts - anfänglich heftig angefeindet! - für die Chirurgie, insbesondere die gynäkologische und abdominale Chirurgie gefordert, man müsse vermeidbare Behandlungsfehler zum Thema machen, und man müsse aus den Krankengeschichten selber die Schätze heben und die Erkenntnis gewinnen, dass Behandlungsfehler als vermeidbares Thema im Alltag der Medizin wahrgenommen werden. Er hat hierfür ein vierstufiges Verfahren vorgeschlagen:

1. Die Fachberufe müssen gegenüber der Öffentlichkeit dazu stehen, dass es eine perfekte Medizin nicht gibt.
2. Alle Fehler müssen nach plausiblen Kriterien daraufhin untersucht werden, welche Fehlerursachen kontrollierbar sind.

3. Für die vermeidbaren Fehler müssen Kontrollinstrumente entworfen werden
4. Für die jeweils noch nicht vermeidbar erscheinenden Fehler müssen wissenschaftliche Untersuchungen eingeleitet werden.

Codman hat mit diesem Ansatz in der Theorie der Medizin zunehmend Anerkennung gefunden. Man muss allerdings sagen, dass wir von einer konsequenten Umsetzung genau dieses Denkens, nämlich überhaupt die Kategorie der Vermeidbarkeit von Fehlern als hilfreich und zielführend zu betrachten, nach wie vor Lichtjahre entfernt sind. Weniger bekannt ist, dass auch im Bereich der Pflege eine sehr frühe Stimme zur Qualitätssicherung zu vernehmen war. 1863 hatte Florence Nightingale in ihren „Notes on a Hospital“ konstatiert, dass Patienten mit denselben Erkrankungen in verschiedenen Krankenhäusern unterschiedliche gute Behandlungschancen erführen, und dass die Ursachen dieser Unterschiede systematisch erforscht werden müssten.

Es gibt einen zweiten Pionier der Qualitätssicherung, der weniger bekannt ist als der legendäre Donabedian, dessen Unterteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zumindest im Prinzip heute alle Professionellen kennen, den ich für den Bereich der nicht technisch orientierten Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements zitieren möchte, das ist Lawrence Weed, der in den sechziger Jahren die Forderung propagiert hat, die Dokumentation im Gesundheitswesen konsequent auf problemorientierte Krankengeschichten umzustellen. Auch dies ist eigentlich kein sehr origineller Gedanke, aber er ist bis heute so modern, dass ich jede Gelegenheit nutze, für dieses Konzept von Lawrence Weed zu werben. Auch hier vier Punkte:

1. Die Patientengeschichte, d.h. die Geschichte, die der Patient erzählt, über die er berichtet, und die medizinischen Untersuchungsbefunde müssen gleichberechtigt nebeneinander dokumentiert werden. Die Patientenperspektive darf sich dabei nicht in einer dreizeiligen, sogenannten Sozialanamnese erschöpfen, sondern muss als eigenständige Dimension begriffen werden.
2. Basierend hierauf ist es Aufgabe der Professionellen, Probleme, die gelöst werden müssen, zu formulieren, und zwar nicht allein im

engen medizinischen Sinne, sondern inklusive psychischer und sozialer Bedürfnisse.

3. Ausgehend von dieser Problemauflistung muss eine Diskussion einsetzen, welche Fachdisziplin oder welche Berufsgruppe kompetent ist, für die jeweils erkannten Probleme Lösungen zu formulieren. Auch dies klingt unglaublich trivial, ist meines Erachtens aber eine Kern-Herausforderung für die Entwicklung therapeutischer Konzepte, gerade beim Vorherrschen von chronischen Erkrankungen, und ich glaube, dies ist eine der tatsächlichen Sisyphusaufgaben, mit der wir es zu tun haben: Wie finden wir Wege, zwischen den an der Lösung von Problemen zu beteiligenden Fachgruppen und Fachberufen gemeinsam nach Lösungen für Patienten zu suchen? Sie werden mir wahrscheinlich schnell zustimmen, dass der Weg, der für Ihre Berufsgruppe heute in unserem Sozialversicherungssystem vorgegeben wird, suboptimal ist.
4. Es geht nicht allein darum, Probleme zu definieren und multiprofessionell und interdisziplinär Lösungsvorschläge zu entwickeln, sondern es geht darum, die Ergebnisse der gegangenen therapeutischen Wege zu evaluieren. Das ist eine Forderung der sechziger Jahre, das hat enorme Konsequenzen für die Ausbildung von Medizinern und allen anderen Berufen. Genauer: das müsste enorme Konsequenzen haben, weil dies ein völlig anderer Denkansatz ist als der, Diagnosen aneinander zu reihen und jeweils aus einer Spezialbrille heraus für einzelne Fragen einzelne Lösungen zu suchen.

Ein thematischer Schnitt: Wir sind inzwischen tatsächlich in der Bundesrepublik mit dem Sozialgesetzbuch an einem Punkt, wo diese immer noch ideologisch diskutierte Frage systematisch bereits entschieden ist. Da heißt es jetzt im § 135 a: „Verpflichtung zur Qualitätssicherung. Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet, die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“ Es hätte vor zehn Jahren niemand zu prophezeien gewagt, dass dies so in der „Bibel“ der Krankenversicherung steht, und das hat weitreichende

Konsequenzen bzw. wird weitreichende Konsequenzen haben, weil das im Grunde nichts anderes bedeutet als dass die vertragliche Grundlage für das, was im Gesundheitswesen produziert und bezahlt wird, künftig nicht mehr ohne den Nachweis der Anstrengung für bessere Qualität zustande kommt. Die Debatte von gestern, inwieweit es den Fachberufen überhaupt zuzumuten sei, sich auf die Welt der Qualitätssicherung einzulassen, wird daher zunehmend verstummen.

Es gibt bezogen auf die Instrumente, mit denen wir nun im kurativen Gesundheitswesen heute versuchen, diesem hehren Ziel näher zu kommen, auf der einen Seite eine ganz gut entwickelte Debatte darüber, auf welchen Säulen diese Qualitätssicherung fußen kann, und die werde ich kurz vorstellen. Darüber hinaus gibt es eine zunehmend kritische Debatte darüber, inwieweit wir heutzutage genug wissen, um von einer systematischen, flächendeckenden Qualitätssicherung wirklich schon sprechen zu können. Zunächst aber zu den drei Säulen, auf denen Bewertungsverfahren für die Qualität von Leistungen beruhen. Die erste Säule ist das Zusammentragen der Stellungnahmen von Experten, wissenschaftlichen Gesellschaften, Vereinen, der Industrie und anderer Verbände. Die Expertensicht und die Berufserfahrung sind nicht gering zu schätzen, aber alleine nicht ausreichend. Die zweite Säule ist der Status der Technologie in anderen Gesundheitssystemen. Die Fragen der Vergleiche werden sowohl innerhalb der Systeme als auch zwischen den Systemen immer bedeutsamer, und trotz der Gegenfrage, die sich immer stellt, inwieweit Systeme überhaupt miteinander vergleichbar sind, ist ein Großteil der Lebendigkeit der heutigen Debatte der Tatsache zu verdanken, dass wir internationale Vergleiche haben und diese zum Vorbild für Vergleiche im nationalen Maßstab geworden sind. Die Frage der Varianz von diagnostischen und therapeutischen Leistungen findet immer mehr Aufmerksamkeit. Dies geschieht nicht deshalb, weil dort, wo mehr an Ressourcen investiert wird, um zu chirurgischen, internistischen oder sonstigen Ergebnissen zu kommen, automatisch unwirtschaftlicheres Arbeiten unterstellt werden darf. Es stellt sich vielmehr immer die Frage, inwieweit Überversorgung, Unterversorgung oder Fehlversorgung vorliegt. Aber allein durch dieses Instrument, zwischen England und Deutschland, zwischen Skandinavien und Deutschland, zwischen Holland und Deutsch-

land Vergleiche anstellen zu können, wird die Diskussion auf einmal unglaublich lebendig. Sie wird noch lebendiger, wenn wir dies zunehmend auch für Deutschland selber schaffen, weil je verwandter Regionen miteinander sind, umso eher sind natürlich Interpretationen von Vergleichen legitim, obwohl auch hier wieder die Frage diskutiert werden kann, inwieweit eine schleswig-holsteinische Population mit einer bayerischen Population bezüglich der Ergebnisse von therapeutischen Bemühungen vergleichbar ist. Die dritte Säule ist die, die man heute mit der Begriffs-Neuschöpfung „Evidence Based Medicine“ umschreibt. Diese fußt wiederum auf einer Fülle von Forschungsmethoden, auf Health-Technology-Assessment-Berichten, auf systematischen Übersichtsarbeiten, Meta-Studien, auf evidenzbasierten Leitlinien, als „Goldstandard“ auf den randomisierten, kontrollierten Studien und last, but not least auf dem Prinzip der „Best Evidence“. Es gibt weite Bereiche, auf denen wir keine randomisierten, kontrollierten Studien haben, sondern in denen Vereinbarungen darüber erzielt werden müssen, was die beste vorliegende Evidenz ist, um darüber zu befinden, welche Leistungen von der Sozialversicherung bezahlt werden oder nicht. In der reflektierten Debatte um diese Instrumente findet zunehmend Platz, dass Gesellschaften niemals alleine nach wissenschaftlicher Evidenz ihre Systeme organisieren, sondern dass Werte gleichermaßen wichtig sind, und dies nicht im Sinne von bedauerndem Feststellen, dass es so ist, sondern im Sinne eines Sichklarmachens, dass es offenbar in allen Gesellschaften auch unterschiedlicher Finanzierungssysteme so ist. Es tritt zur Ebene der Evidenz m. a. W. die Ebene der Werte hinzu: Gesellschaften operieren mit unterschiedlichen Maßstäben, was sie für wichtig und was sie für prioritär halten, haben unter Umständen auch unterschiedliche Diagnose-Systeme und ganz unterschiedliches Vertrauen in ganz verschiedene Therapieverfahren. Dazu tritt als dritte Ebene die der Ressourcen, und diese Ressourcenfrage ist natürlich die, die uns alle am wachsten macht und bei der auch das Klagelied am leichtesten angestimmt wird. Interessant ist es, dass die Ressourcendebatte – weit jenseits jeder Debatte um einen absoluten Mangel an Mitteln für das Gesundheitswesen – offenkundig ganz viel damit zu tun hat, wieviel Vertrauen eine Gesellschaft (und ihre entscheidenden Machtgruppen) in ihr jeweiliges Gesundheitssystem hat,

welche Erwartungen sie an dieses System hat und wie groß die Bereitschaft ist, Dienstleistungen zu finanzieren. Das ist keine unendliche Größe und hat auch nicht nur etwas damit zu tun, dass man bei der Nahbetrachtung der Politik gern unterstellt, dass dort aus vordergründigen Interessen heraus Limits gesetzt werden. Dies führt in die schwierige und sicher auch alles andere als feine Debatte um Lohnnebenkosten und dergleichen, aber dahinter verbergen sich, davon bin ich fest überzeugt, gesellschaftliche Werturteile darüber, was angemessen ist und was fair ist, was gerecht ist. Helfende Berufe tun gut daran, dies nicht auszublenden, sondern das Werben um Vertrauen für ihre Dienstleistung in ihre Überlegungen, gerade in ihre Anstrengungen für die Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten, mit einzubinden.

Zu dem Stolz, dass es inzwischen methodisch gut gesicherte Instrumente gibt im Bereich der Evidence Based Medicine, gesellt sich in Insiderkreisen heute die Sorge darüber, dass wesentliche Kernfragen der gesundheitlichen Versorgung mit diesem Instrumentarium momentan nicht oder erst in Ansätzen bearbeitbar sind. Ein entscheidender Punkt ist der, dass viele der randomisierten Studien mit ausgewählten, stark selektierten Populationen von Patienten durchgeführt werden, die, um hohe methodische Standards halten zu können, viele Confounder, d.h. methodische Störfaktoren, ausschließen. Das Problem dabei ist jedoch, dass viele dieser „Störfaktoren“ insbesondere im Wartezimmer des Allgemeinarztes in Person auftauchen, dass also der durchschnittliche Patient im primärärztlichen Versorgungssystem mit lupenreinen Studien nicht ohne weiteres erfasst wird. Es werden jetzt – vor allem in den USA, Canada und Großbritannien – riesige Anstrengungen unternommen, alltagstaugliche Leitlinien und Forschungsansätze zu entwickeln. Dies hängt damit zusammen, dass es in der primärärztlichen Versorgung eben in der Regel nicht um den Patienten geht, der mit einer ausgestanzten Diagnose dort sitzt und als solcher diagnostiziert und behandelt werden kann, sondern dass Patienten vor allem in der primärärztlichen Versorgung in aller Regel mit einem Bündel von Problemen und Anliegen aufwarten, die durch das Medizinsystem erst durch oft schwer durchschaubare Prozesse „systemgerecht“ interpretiert, d.h. vor allem für das ärztliche Diagnose-

schema und Behandlungsraster gängig gemacht werden. Diese Feststellung ist kein Vorwurf an die Medizin, deutet aber darauf hin, dass vor allem für den Umgang mit Befindlichkeitsstörungen und Langzeitverläufen bei chronischen Erkrankungen erst noch praxisnahe Modelle der Qualitätssicherung entwickelt werden müssen. Das heißt umgekehrt nicht, dass es nicht für wichtige diagnostische und therapeutische Fragen heute bereits eine ausreichende Wissensbasis zur Feststellung von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitssystem gibt. Anders formuliert: die Qualitätssicherung in der Medizin wird umso praxisnäher und umfassender sein, je besser die Versorgungsforschung gegenüber der rein klinisch orientierten Forschung etabliert ist.

In die Euphorie mischt sich also auch ein Stück Skepsis, dass, wenn zu gnadenlos und zu direkt mit der reinen Wissenschaftlichkeit an die Bewertung einzelner Diagnose- und Behandlungsverfahren herangegangen wird, auch „Kleinholz“ gemacht werden kann und dass wesentliche Probleme dabei nicht mehr im Scheinwerferlicht stehen. Insbesondere die allgemein- bzw. primärärztliche Versorgung ist ein Bereich für die Qualitätssicherung, in den noch viel zu investieren ist. Ein anderer, der damit eng zusammenhängt, ist der der psychosomatischen Grundversorgung von Patienten. Auch hier gibt es noch längst nicht die etablierten Bewertungsverfahren, die wir bräuchten, damit wir nicht den Fehler machen, dass wir all das, was quantitativ gut messbar ist, messen und stolz auf die Ergebnisse sind, dabei aber übersehen, dass wir vitale Probleme von Patienten nicht im Blickfeld haben.

Es gibt wiederum eine einfache Frage, die für die Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten ganz entscheidend ist, nämlich, ob die Leistungen, die wir aus der professionellen Sicht für richtig halten, die wir anbieten und die wir künftig auch systematischer als in der Vergangenheit ergebnisorientiert dokumentieren müssen, dem entsprechen, was wir selber erwarten, wenn wir krank sind. Dies ist nicht als Sonntagspredigt gemeint, sondern es existieren interessante empirische Untersuchungen darüber, dass diese Fragestellung wirklich zielführend sein könnte, und die z.B. zeigen, dass Ärzte sich im Fall eigener Erkrankung in der Inanspruchnahme von Leistungen deutlich von ihren Patienten unterscheiden. Es ist in der Regel so, dass Ärzte weniger Leistungen in Anspruch nehmen als die, die in den Lehrbüchern

als „State of the Art“ festgehalten sind. Dazu hat der Hannoveraner Gesundheitswissenschaftler Schwartz mit seinen Mitarbeitern eine schöne Untersuchung zur Akzeptanz von Standardtherapien bei niedergelassenen Fachärzten durchgeführt, die zeigt, dass die befragten Ärzte im Falle eigener Erkrankungen in vielen Situationen die empfohlene Behandlung nicht durchführen lassen wollen. Der Schweizer Gianfranco Domenighetti hat zuvor bereits für Standardoperationen gezeigt, dass Ärzte (neben Rechtsanwälten) bei wichtigen Erkrankungen niedrigere Operationsraten aufweisen als die Allgemeinbevölkerung. Allein von daher ist die Frage der Patientenorientierung wirklich zielführend, und zwar nicht – wie gern unterstellt wird – im Sinne von sentimentaler Betrachtung der Versorgungslandschaft, weil wir alle etwa alle gute Menschen sind und immer nur das Beste für die Patienten wollen, sondern weil diese Orientierung tatsächlich bei der Frage hilft, wie Leistungsangebote strukturiert sein müssen. Allein diese Untersuchungen zum Verhalten von Ärzten im eigenen Erkrankungsfall zeigen, dass es ohne externe Qualitätssicherung nicht gehen wird: wie sollten die Patienten sonst überhaupt davon erfahren, dass gepriesene diagnostische und therapeutische Verfahren in unterschiedlicher Häufigkeit bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen zum Einsatz kommen? Es wird außerdem eine expandierende Forschung geben zur Frage der Patientensicht, der Patientenwünsche und Patientenerfahrungen, und auch hierfür gibt es inzwischen gute Instrumente. Ein Institut in den USA, das sich hier verdient gemacht hat, trägt den Namen von Harvey Picker, den die meisten von Ihnen sicher als Gründer eines Großkonzerns für medizinische Geräte kennen. Das Picker Institute als selbstständige Forschungseinrichtung wurde 1994 als gemeinnützige Stiftung gegründet, um die permanenten Erfahrungen zu untersuchen, dass die Bedürfnisse von Krebspatienten und anderen Schwerkranken selbst in den Superkrankenhäusern der USA nicht angemessen berücksichtigt werden. Die Dinge, die für die Patienten extrem wichtig sind, sind Fragen wie: Werde ich vernünftig aufgeklärt? Bekomme ich Therapieoptionen genannt? Bekomme ich die gültigen Alternativen erläutert? Habe ich überhaupt Möglichkeiten, darauf Einfluss zu nehmen, was passiert? Werden meine Angehörigen eingebunden in das, was mit mir passiert? Die Wichtigkeit dieser Aspekte ist nicht zuletzt durch die

Vorarbeiten des Picker Instituts inzwischen gut empirisch belegt. Es liegen Messinstrumente vor, nicht mehr nur allgemein nach der Patientenzufriedenheit zu fragen, sondern die ganz konkreten Erfahrungen der Patienten mit der stationären und ambulanten Behandlung standardisiert zu dokumentieren und für interne Entwicklungsprozesse wie Organisationsvergleiche zu nutzen. Es geht darum, für die Gestaltung der Versorgung neben der unstrittig wichtigen professionellen Standardsetzung den Blick auf die Versorgungsrealität „mit den Augen der Patienten“ aktiv zu nutzen. Es ist nicht tollkühn zu prophezeien, dass dieser Bereich von wachsender Bedeutung sein wird. Es liegt meines Erachtens nahe, dass dies auch ein Ansatz ist, in dem Sie Ihr Ansehen und den Nachweis, dass Sie bedeutende Beiträge zur Versorgung leisten, führen können, aber eben auch führen müssen. Dabei müssen Sie nicht am Nullpunkt anfangen, sondern den richtigen Fokus setzen. Niemand kann sich künftig der Einsicht verstellen, dass die Frage, ob Leistungen qualitativ gut sind und ob sie wirtschaftlich erbracht werden, unabweisbar geworden ist. Wir alle haben im übrigen für uns selber ganz genaue Erwartungen, was im Falle eigener Betroffenheit passieren sollte, und das geht uns sowohl als Patienten als auch als Versicherte an: Wir möchten, dass nachvollziehbare Qualitätsmaßstäbe existieren, und wir möchten, dass mit den von uns aufgebrauchten Mitteln wirtschaftlich und vernünftig umgegangen wird. Ein flüchtiger Blick in eine der medizinischen Datenbanken (MEDLINE) zeigt, dass in der Sprach- und Sprechheilkunde die etablierten Instrumente der Qualitätssicherung ebenso zum Einsatz kommen wie in allen medizinischen Disziplinen. Die Suche nach empirisch ermittelbaren, in die Praxis umsetzbaren und für die Gesamtversorgung relevanten Indikatoren zur Qualitätssicherung hat mit Erfolg begonnen.

Vielen Dank!

Literatur:

- Aftonomos, L.B./Appelbaum, J.S./Stelle, R.D.: Improving outcomes for persons with aphasia in advanced community-based treatment programs. *Stroke* 1999, 30, 1370-1379
- Delbanco, T.L.: Quality of care through the patient's eyes. *British Medical Journal* 1996, 313, 832-833
- Domenighetti, G. et al.: Revisiting the most informed consumer of surgical services. The physician-patient. *International Journal of Health Assessment in Health Care* 1993, 9, 505-513
- Donabedian, A.: Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating them. *Milbank Memorial Fund Q* 1972, 50, 103-153
- Donabedian, A.: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980
- Donabedian, A.: The Seven Pillars of Quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 1990, 114, 1115-1118
- Enderby P, Emerson J.: Speech and language therapy: does it work? *British Journal of Medicine* 1996, 312, 1655-1658
- Gerteis, M./Edgman-Levitan, S./Daley, J./Delbanco, T.L.: Through the Patient's eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1993
- Johnson, C.J. et al.: Fourteen-year follow up of children with and without speech/language impairments: speech/language stability and outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 1999, 42, 744-60
- Merry, M.D.: The Evolution of Quality Assurance and an Overview of TQM. Northland Health Group Principal. <http://www.nhgmaine.com>
- Nightingale, F.: Notes on a Hospital. London 1963
- Picker Institute. <http://www.picker.org>
- Schwartz, F.W. et al.: Akzeptanz von Standardtherapien bei niedergelassenen Fachärzten - Potentiale für die Qualitätssicherung. *Die Krankenversicherung* März 1996, 75-83
- Van der Gaag, A./McLoone, P./Reid, D.: Speech and language therapy caseloads in seven districts in the UK. *Journal of Management in Medicine* 1999, 13, 23-32
- Weed, L.L.: Quality Control and the Medical Record. *Archives of Internal Medicine* 1971, 127, 101-105
- Weed, L.L.: New Connections between Medical Knowledge and Patient Care. *British Medical Journal* 1997, 315, 231-235