



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

Georg Marckmann  
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

# Qualitätssicherung – eine medizinethische Verpflichtung?

Festveranstaltung 20 Jahre BAQ  
Hanns-Seidel-Stiftung  
München, 20.07.16





- Qualitätssicherung – ethisch geboten?
- Qualität sichern – aber welche?
- Qualität fördern – aber wie?



## Ethische Prinzipien

Wohltun/Nutzen

Nichtschaden

Achtung der  
Autonomie

Gerechtigkeit



*Bestmögliche* medizinische  
Behandlung, möglichst gutes  
Nutzen-Schadens-Verhältnis

Behandlung entspricht den  
informierten *Wünschen des  
Patienten*

Nutzen & Lasten *fair* verteilt,  
*gleicher Zugang* zur Versorgung,  
*Gleichbehandlung* der Patienten;  
*Effizienz* der Versorgung



Qualitäts-  
sicherung

Qualitäts-  
sicherung?

Qualitäts-  
sicherung??

**Ethische Qualität der Patientenversorgung**

⇒ sichert „antizipatorisches Systemvertrauen“



Qualitäts-  
sicherung!!

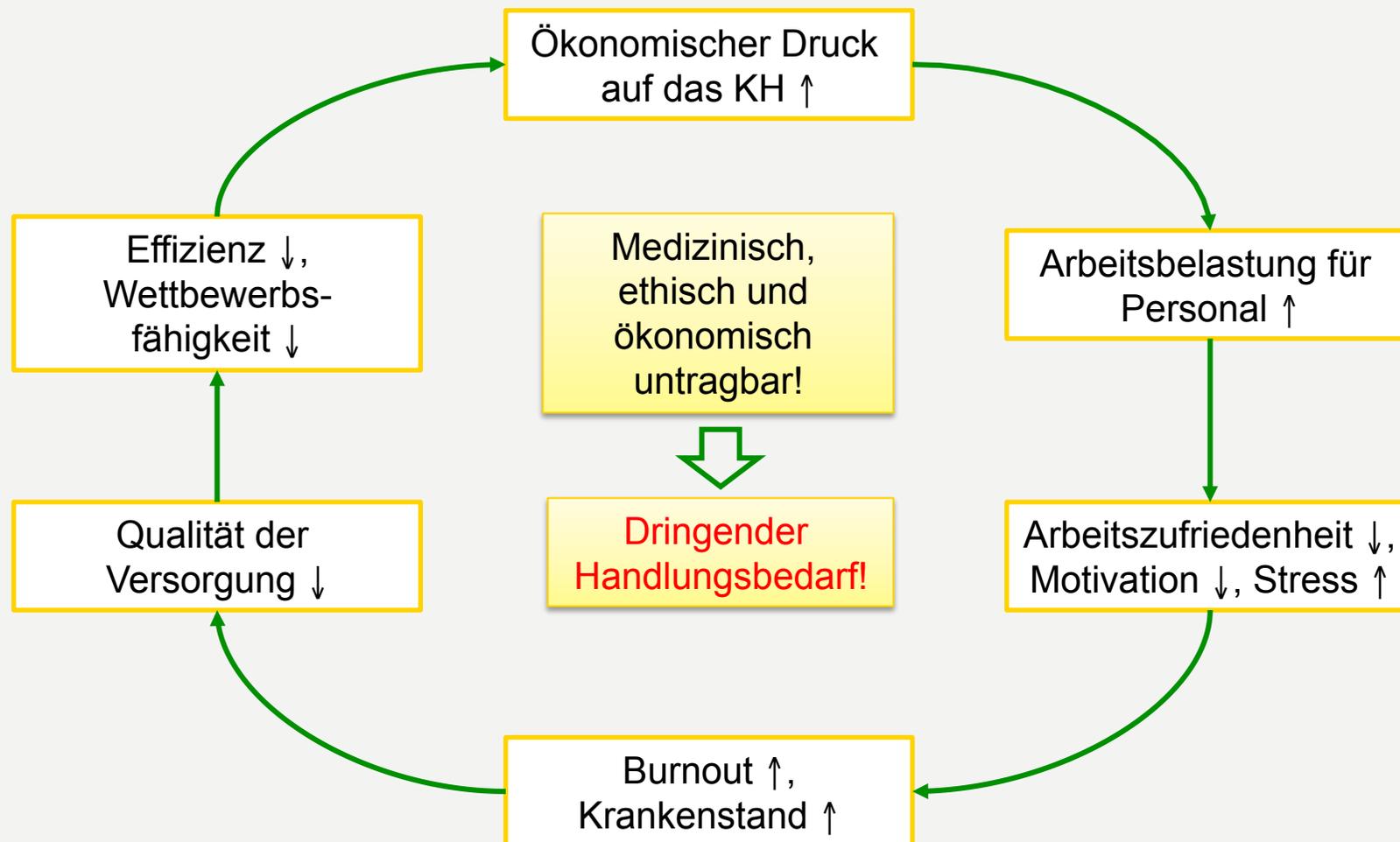


## Qualität - Definition

- Als Qualität bezeichnet man den Grad, in dem ein Satz von Qualitätsmerkmalen bestimmte *Anforderungen* erfüllt.
- ⇒ Wer definiert die Anforderungen?
- ⇒ *Normative* Vorgaben: **Werturteile** ⇒ welche Anforderungen sollen bei welchen Qualitätsmerkmalen erreicht werden?
- ⇒ *Patientenrelevante* Outcomes: Mortalität, Morbidität, Lebensqualität,...
- ⇒ Herausforderung 1: Risikoadjustierung ⇒ sonst Anreiz zur Risikoselektion
- ⇒ Herausforderung 2: Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen
  - z.B.: Lebensverlängerung ist nicht immer von Patienten gewünscht!
  - z.B.: Erfolg von Screening-Maßnahmen = Teilnahmerate? Eher: Ermöglichung einer informierten Entscheidung
- ⇒ Herausforderung 3: „weiche“ Faktoren guter Medizin wie Patientenorientierung, gemeinsame Entscheidungsfindung, Umgang mit begrenzten Ressourcen, Führungsqualität ⇒ **Werteorientierung**  
⇒ wie können diese Qualitätsanforderungen gesichert werden?

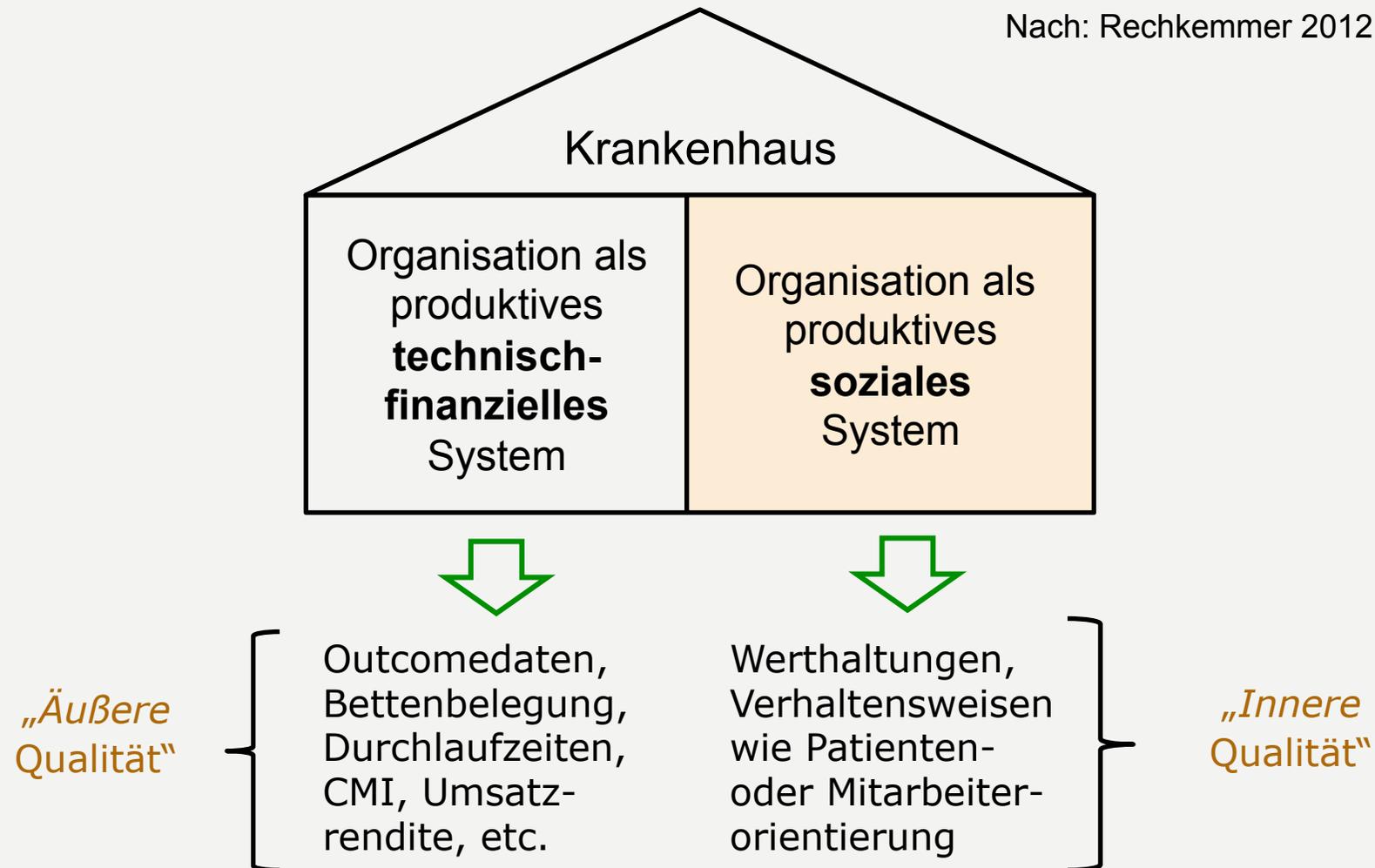


- Herausforderung 4: Qualität sichern unter Bedingungen *begrenzter Ressourcen*
  - ⇒ Welche Qualität wollen wir uns leisten?
  - ⇒ Bestmögliche Qualität dürfte in vielen Bereichen nicht finanzierbar sein
  - ⇒ Vernünftiger, sparsamer Umgang mit begrenzten Ressourcen (inkl. Eliminierung von Überversorgung) = wesentliches Qualitätsmerkmal!
  - ⇒ Durch outcome-orientierte Qualitätssicherung (hinreichend) erfasst?
  - ⇒ Optimierung des Ressourceneinsatzes ethisch geboten!





Nach: Rechkemmer 2012



### Umsetzung:

- (1) Klare Definition der **normativen Vorgaben**
  - ⇒ Was macht innere *Qualität* aus?
  - ⇒ „Leitbild“: u.a. Patientenorientierung, gute Medizin (Indikationsqualität), Mitarbeiterorientierung, Führung, gute Strukturen & Prozesse, Umgang mit Ressourcen
- (2) Systematische **Erfassung** und **Steuerung** der Umsetzung der normativen Vorgaben
  - ⇒ „normatives Controlling“ / **Wertemanagement**
  - ⇒ „If you can't measure it, you can't manage it!“
  - ⇒ Sicherung der inneren Qualität des Krankenhauses = „operationalisierte Ethik“
  - ⇒ Zentrale **Führungsaufgabe** im Krankenhaus

Marckmann G, Maschmann J. Zahlt sich Ethik aus? Notwendigkeit und Perspektiven des Wertemanagements im Krankenhaus. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2014;108(2-3):157-65.  
Kai Wehkamp 2015: Ethik als Führungs- und Management-Aufgabe

- Herausforderung: „weiche“ **personenbezogene** Anforderungen
  - ⇒ schwieriger zu objektivieren & zu messen
  - ⇒ vom operativen Controlling i.d.R. nicht erfasst
- Aber: personenbezogene Faktoren spielen eine große Rolle, da Prozesse im KH nur eingeschränkt regelbar sind, u.a. bei
  - Indikationsstellung (Überversorgung!!), Umgang mit Patienten, Mitarbeitern & Angehörigen
  - Umgang mit begrenzten Ressourcen
- *Personenbezogene* Faktoren lassen sich nur durch *Personen* erfassen!
  - ⇒ (wiederholte, „schlanke“!) **Mitarbeiterbefragungen**
  - ⇒ Wichtig: KEINE „Wohlfühl-Befragung“ aus Ich-Perspektive, sondern führungsrelevante Informationen zur Umsetzung der normativen Vorgaben ermitteln, Wir-Gefühl stärken
  - ⇒ Vgl. z.B. Management Innere Qualität (MiQ) (CGIFOS, Stuttgart)
- *Steuerung*
  - Zielvorgaben
  - Maßnahmen (Transparenz, Klimazirkel, Fortbildungen, Anreizsysteme)
  - Wirkungskontrolle durch erneute Mitarbeiterbefragung



Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) (2014) 108, 157–165



ELSEVIER  
URBAN &

IM BLIC

Zah  
Pers  
Kra

Online verfügbar unter [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

## ScienceDirect



**Hypothese:** Gute innere Qualität ⇒ motivierteres Personal ⇒  
patientenorientiertere Versorgung ⇒ stärkt wirtschaftliche  
Leistungsfähigkeit des KH (+ erleichtert Personalgewinnung!!)

*„Moral darf, muss sogar und kann ein Produktionsfaktor sein, und  
es ist die Aufgabe des Managements, auch diesen Schatz zu heben  
– zum Wohl des Unternehmens und der Allgemeinheit.“ [Karl  
Homann, 13.10.2013]*

*Does ethics pay off? Need and perspectives of value management  
in hospitals*

Georg Marckmann<sup>a,\*</sup>, Jens Maschmann<sup>b</sup>



# What is the Value?

## Economic Effects of Ethically-Oriented Leadership

Claudia Peus,<sup>1</sup> Rudolf Kerschreiter,<sup>1</sup> Dieter Frey,<sup>1</sup> and Eva Traut-Mattausch<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology, Ludwig Maximilian University, Munich, Germany, <sup>2</sup>Department of Psychology, University of Salzburg, Austria

**Abstract.** In recent years a number of leadership constructs have been introduced to the literature that comprise explicit reference to the leader's ethical behavior including transformational, ethical, authentic, and spiritual leadership. These types of leadership have been posited to have a positive impact on employees and the organizations they are part of, and research has pointed to positive relations with work-related attitudes. So far, however, the question whether or not these leadership styles are also related to objectively determined organizational performance has remained unanswered. Thus, the purpose of this article is to review the empirical literature on the relation between ethically-oriented leadership and economic performance. Findings indicate that ethically-oriented leadership is in fact economically effective.

**Keywords:** ethically-oriented leadership, economic success, review

Peus C, Kerschreiter R, Frey D, Traut-Mattausch E. What is the value? Economic Effects of Ethically-Oriented Leadership. Journal of Psychology 2010;218(4):198-212.

Qualitätsförderung ethisch geboten  $\Rightarrow$  Welche Optionen?

(1) **Regulative Kontrolle**

- Definition der Qualitätsvorgaben? Risikoselektion? Bürokratisch...  
Flächendeckend extrem aufwändig!

(2) **Qualitätswettbewerb**

- Attraktiv, wenn es funktionieren würde... Unvollständige  
Transparenz, eingeschränkte „Konsumenten-Souveränität“

(3) **Finanzielle Anreize – P4P**

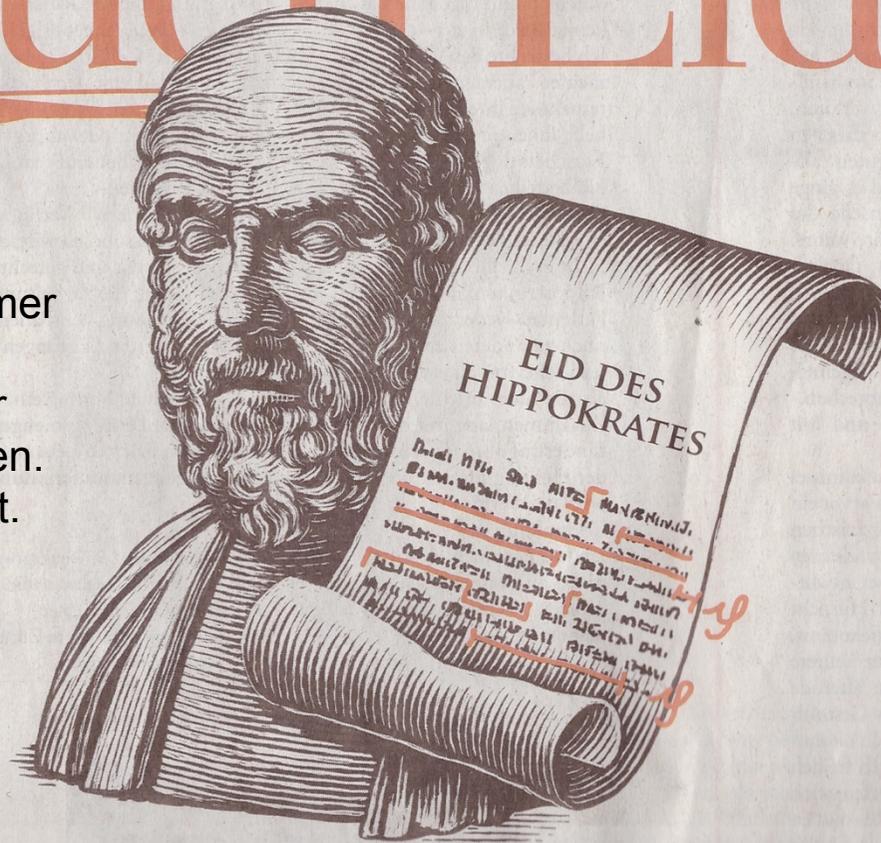
- Evidenz? Ceiling-Effekt? Nachhaltigkeit bei Wegfall der Anreize?  
Risikoselektion?
- „dressierte Ärzte“ – sind das die Ärzte, die wir uns wünschen?

(4) **„Medical Professionalism“ – Stärkung der ärztlichen  
Berufspflichten**

- Qualität ärztlicher Tätigkeit nur eingeschränkt mess- & standardisierbar  $\Rightarrow$   
extern schwer zu kontrollieren (v.a. Indikationsqualität!!)

# Zeit für einen neuen Eid ?

Ärzte entscheiden nicht immer nach dem Wohl des Patienten, sondern häufiger nach ökonomischen Kriterien. Dagegen gibt es ein Rezept.



12. November 2015  
DIE ZEIT Nr. 46  
WISSEN



- Reaktion auf aktuelle Herausforderungen: Grundprinzipien und Werte der ärztlichen Profession bekräftigen ⇒ **Medical Professionalism Project**
  - u.a. Europ. Federation of Internal Medicine, American College of Physicians, American Society of Internal Medicine, American Board of Internal Medicine
- ⇒ **Physicians' charter on medical professionalism**: definiert *ärztliche Berufspflichten* [z.B. Lancet 2002;359(9305):520-2]
- ⇒ **„operationalisierte Ethik“**
- Grundprinzipien: Vorrang des Patientenwohls, Patienten-Autonomie, *Soziale Gerechtigkeit* („Die Ärzteschaft muss Gerechtigkeit im Gesundheitswesen fördern, einschließlich einer gerechten Verteilung von Gesundheitsressourcen“)
- Ein Katalog beruflicher Verpflichtungen: Verpflichtung zu fachlicher Kompetenz, Ehrlichkeit, Schweigepflicht, angemessenen Arzt-Patient-Beziehungen, Verbesserung der Versorgungsqualität, Verbesserung des Zugangs zur Versorgung, gerechte Verteilung begrenzter Ressourcen, Wahrung des Vertrauens durch angemessenen Umgang mit Interessenkonflikten, beruflicher Verantwortung



- [...]
- Ich betreibe eine Medizin mit Augenmaß und empfehle oder ergreife keine Maßnahmen, die nicht medizinisch indiziert sind;
- Ich instrumentalisieren meine Patienten weder zu Karriere noch zu anderen Zwecken [...]
- Ich murre meinen Patienten nichts zu, was ich auch meinen liebsten Nächsten oder mir selbst nicht zumuten würde;
- Ich respektiere und wahre grundsätzlich die Willensäußerungen meiner Patienten;
- Ich setze die mir zur Verfügung stehenden Ressourcen wirtschaftlich, transparent und gerecht ein;
- Ich nehme für die Zuweisung und Überweisung von Patienten keine geldwerten Leistungen entgegen;
- Ich gehe keinen Vertrag ein, der mich zu Leistungsmengen, zu nicht indizierten Leistungen oder zu Leistungsunterlassungen nötigt



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Brody H (2012) From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance

### Overuse

- as much as 30 percent of care delivered is duplicative or unnecessary and may not improve people's health

### Top-5-Listen

- hinsichtlich Überversorgung
- von Ärzten erstellt
- "list of things to question"



**Choosing  
Wisely**<sup>®</sup>

*An initiative of the ABIM Foundation*

The mission of the ABIM Foundation is to advance medical professionalism to improve the health care system.

## Fifteen Things Physicians and Patients Should Question

1

### Don't do imaging for low back pain within the first six weeks, unless red flags are present.

Red flags include, but are not limited to, severe or progressive neurological deficits or when serious underlying conditions such as osteomyelitis are suspected. Imaging of the lower spine before six weeks does not improve outcomes, but does increase costs. Low back pain is the fifth most common reason for all physician visits.

2

### Don't routinely prescribe antibiotics for acute mild-to-moderate sinusitis unless symptoms last for seven or more days, or symptoms worsen after initial clinical improvement.

Symptoms must include discolored nasal secretions and facial or dental tenderness when touched. Most sinusitis in the ambulatory setting is due to a viral infection that will resolve on its own. Despite consistent recommendations to the contrary, antibiotics are prescribed in more than 80 percent of outpatient visits for acute sinusitis. Sinusitis accounts for 16 million office visits and \$5.8 billion in annual health care costs.

3

### Don't use dual-energy x-ray absorptiometry (DEXA) screening for osteoporosis in women younger than 65 or men younger than 70 with no risk factors.

DEXA is not cost effective in younger, low-risk patients, but is cost effective in older patients.

4

### Don't order annual electrocardiograms (EKGs) or any other cardiac screening for low-risk patients without symptoms.

There is little evidence that detection of coronary artery stenosis in asymptomatic patients at low risk for coronary heart disease improves health outcomes. False-positive tests are likely to lead to harm through unnecessary invasive procedures, over-treatment and misdiagnosis. Potential harms of this routine annual screening exceed the potential benefit.

5

### Don't perform Pap smears on women younger than 21 or who have had a hysterectomy for non-cancer disease.

Most observed abnormalities in adolescents regress spontaneously, therefore Pap smears for this age group can lead to unnecessary anxiety, additional testing and cost. Pap smears are not helpful in women after hysterectomy (for non-cancer disease) and there is little evidence for improved outcomes.



Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) (2014) 108, 601–603

## Manual

## Entwicklung von Empfe

## Rahmen der Initiative

## Gemeinsam Klug Entsc



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>



ZUR DISKUSSION

## When Choosing Wisely meets clinical practice guidelines



*Wenn "Choosing Wisely" auf Leitlinien trifft*

Daniel Strech<sup>1,\*</sup>, Markus Follmann<sup>2</sup>, David Klemperer<sup>3</sup>,  
Monika Lelgemann<sup>4</sup>, Günter Ollenschläger<sup>5</sup>, Heiner Raspe<sup>6</sup>,  
Monika Nothacker<sup>7</sup>



- Diskurs über zeitgemäße ärztliche Berufspflichten sollte dringend in der Ärzteschaft geführt werden („Flucht nach vorne“)
  - ⇒ vor allem: Wahrnehmung *gerechtigkeitsethischer* Verantwortung
  - ⇒ als Ärzteschaft (Systemebene) & als Arzt (Einzelfall)
- Voraussetzung: klares Mandat der Politik ⇒ Legitimation & Akzeptanz innerhalb der Bevölkerung!
- Und: Ärztliche Berufspflichten erfordern *unterstützende systemische* Rahmenbedingungen
  - ⇒ „Das Gewissen des Einzelnen kann das Versagen der Organisation(en) nicht kompensieren.“
  - ⇒ ein „neuer Eid“ allein reicht nicht aus!
  - ⇒ Berücksichtigung ethischer Vorgaben muss *integraler Bestandteil des Managements* im Gesundheitswesen werden
  - ⇒ Wichtiges Element der Qualitätssicherung!



- Kontakt: [marckmann@lmu.de](mailto:marckmann@lmu.de)
- Folien: [www.dermedizinethiker.de](http://www.dermedizinethiker.de)
- Publikationen:
  - Praxisbuch Ethik in der Medizin (Hg. Marckmann, v.a. Kapitel II.15-18)
  - Marckmann G, Maschmann J. Zahlt sich Ethik aus? Notwendigkeit und Perspektiven des Wertemanagements im Krankenhaus. Z Evid. Fortbild Qual Gesundhwes 2014;108(2-3):157-65
  - Rechkemmer K. Exzellenzinitiative Innere Qualität. Das Krankenhaus 2012(9):879-884
- Interessenkonflikt: bin (ehrenamtliches) Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des CGIFOS-Instituts in Stuttgart, habe ein Vortragshonorar in 2012 erhalten

Georg Marckmann (Hrsg.)

## Praxisbuch Ethik in der Medizin

 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft