

1 Warum Qualitäts- und Risikomanagement im Rettungsdienst?

Heinzpeter Moecke, Hartwig Marung und Stefan Oppermann

Qualitätsmanagement, ursprünglich als Managementinstrument für die Industrie entwickelt, ist heute ein anerkanntes Werkzeug im Gesundheitswesen und hat sich in den vom Sozialgesetzbuch V erfassten Leistungsbereichen flächendeckend durchgesetzt. Nur der Rettungsdienst ist ein Bereich mit vielen weißen Flecken auf der Landkarte. Es gibt viele Organisationen, die sich seit Jahren um dieses Thema mit großem Engagement kontinuierlich kümmern. Genauso gibt es immer noch Rettungsdienstorganisationen, bei denen das Merkmal Qualitätsmanagement noch Verbesserungspotenzial hat. Dies hat u.a. rechtliche Gründe, z.B. die fehlende Verankerung im SGB V oder fehlende Vorgaben in den Landesrettungsdienstgesetzen. Es ist aber auch dem eigentlich sehr positiven Zustand geschuldet, dass die prähospitalen Notfallmedizin auf einen enormen emotionalen Vorteil im Vergleich zu anderen medizinischen Tätigkeitsbereichen in der Medizin bauen kann. Die Bürgerinnen und Bürger sind überwiegend felsenfest davon überzeugt, dass „ihr Rettungsdienst“ die für sie bestmögliche medizinische Behandlung im Notfall sicherstellt. Dieser Vertrauensvorschuss geht sehr weit. Er geht so weit, dass auch die Institutionen, die den Rettungsdienst beaufsichtigen oder finanzieren, bisher kaum den Nachweis für die Effektivität, die Effizienz und die Akzeptanz des Rettungsdienstes eingefordert haben.

Die Qualität des Rettungsdienstes ist aber auch ein Gütezeichen, das jeder für seinen eigenen Bereich gern in Anspruch nimmt, ohne dass immer klar definiert ist, was damit eigentlich gemeint ist, ohne dass der Nachweis geführt werden muss, dass dieses Merkmal auch tatsächlich zutrifft (Moecke u. Herden 1992).

Andererseits wird aber auch immer wieder von einzelnen Politikern, Repräsentanten der Kostenträger oder Medienvertretern dem Rettungsdienst mangelnde Qualität und/oder Ineffizienz vorgeworfen. Auch dies häufig ohne jeden objektiven Nachweis.

Hier muss der formale Druck erhöht werden, dass Qualitätsmanagement im Rettungsdienst eine Routineleistung der durchführenden Organisation ist und nicht abhängig von dem Engagement der lokal Verantwortlichen.

Gleichzeitig ist effektives Qualitätsmanagement im Rettungsdienst ohne Berücksichtigung des Risikomanagements nicht denkbar. Dass die präklinische Versorgung ein Hochrisiko-Bereich ist, wird niemand in Frage stellen. Allerdings hat diese Erkenntnis bisher nicht zu einer flächendeckenden Etablierung strukturierten Risikomanagements im Rettungsdienst geführt. Gut gemeinte, punktuelle Initiativen wie die Einführung von Meldesystemen für (Beinahe-)Zwischenfälle bleiben wenig wirksam, wenn sie nicht in ein Gesamtkonzept zur Erhöhung der Sicherheit in einer Organisation eingebunden sind. Auf dieses Defizit möchten wir mit diesem Buch nicht nur hinweisen, sondern wir verbinden damit fundierte Vorschläge zur Implementierung präklinischen Risikomanagements.

1.1 Was ist Qualität?

Die Diskussion über „Qualität“ in der Medizin wird dadurch erschwert, dass der Begriff häufig nebulös verwendet wird und dass dieser Terminus mit ganz verschiedenen Bedeutungen und Erwartungen belegt ist.

Diese Schwierigkeit resultiert auch daraus, dass Qualität als ein Gut an sich wahrgenommen wird, das unabhängig von den Bedingungen ist, unter denen eine Leistung erbracht wird. Konkreter wird der Begriff, wenn man ihn als ein Ziel definiert, das es zu erreichen gilt. Ist das Ziel das Kernelement von Qualität, ist ein Referenzpunkt vorhanden, an dem Qualität gemessen werden kann (Steffen 1988).

Die Diskussion über Qualität kann man auf drei Bereiche fokussieren:

- **Effektivität:** Wurde für den einzelnen Patienten das bestmögliche Resultat erreicht?
- **Effizienz:** Hätte das gleiche Ergebnis mit geringeren Kosten erreicht werden können?
- **Akzeptanz:** Waren der Patient und sein Umfeld mit der Behandlung zufrieden (Moecke u. Herden 1994).

1.2 Qualitätsmanagement in der Notfallmedizin

Qualitätsmanagement in der Notfallmedizin ist ein Managementinstrument, mit dem sichergestellt werden soll, dass die Leistungen des Rettungsdienstes sicher und ethisch vertretbar sind, dass sie dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen und effizient erbracht werden.

Qualitätsmanagement nutzt nationale und internationale wissenschaftliche Leitlinien, stellt fest, inwieweit diesen Leitlinien gefolgt wird, und korrigiert unerwünschte Abweichungen davon. Dabei geht es weniger darum, das Verhalten einzelner Mitarbeiter zu kontrollieren. Vielmehr steht die Frage im Vordergrund, *warum* die Abweichung zustande gekommen ist. Daraus lassen sich dann die notwendigen qualitätsverbessernden Maßnahmen ableiten.

Der Begriff Qualitätsmanagement weckt aber auch zum Teil falsche Erwartungen. Es ist nicht das Ziel, auf eine imaginäre Perfektion hinzuarbeiten. Ziel ist es vielmehr, zu garantieren, dass auf definierte medizinische Probleme mit konstanter Regelmäßigkeit kompetent reagiert wird.

Effiziente Systeme strukturieren den Weg zum Erreichen dieses Zieles, um die Vergeudung von Ressourcen durch „trial and error“-Verhalten oder auch banale Zufälligkeiten zu verhindern.

Qualitätsmanagement identifiziert objektiv Problemfelder und analysiert Lösungsansätze auf ihre Effektivität hin. Dies umfasst weit mehr als die reine Patientenversorgung. Es geht auch um die Bereiche der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Notärzten und Rettungsfachpersonal. Weitere mögliche Themen sind die Auswahl und der Einsatz von Medizintechnologie, die Stationierung von Rettungsmitteln sowie die Effektivität der Rettungsleitstellen.

Qualitätsmanagement berücksichtigt, dass auftretende Probleme nahezu immer durch eine Vielzahl von voneinander abhängigen Faktoren ausgelöst werden. Alle Tätigkeiten sind Teil einer Funktionskette. Abweichungen, die am Ende des Prozesses identifiziert werden, müssen deshalb nicht notwendigerweise dort auch entstanden sein. Sie können ihre Ursache auch viel früher im Prozessablauf haben.

Qualitätsabweichungen – oder auch Varianzen genannt – werden typischerweise durch zwei Faktoren bedingt: durch Zufallsfaktoren und durch zuordenbare Faktoren. Zufallsfaktoren liegen außerhalb der Einflussmöglichkeit des Rettungsdienstes. Zuordenbare Faktoren sind beeinflussbar. Sie liegen erfahrungsgemäß in 85% der Fälle in den Bereichen: Management, Methodik, Aus- und Fortbildung, Material und/oder Personalausstattung. Nur in 15% der Fälle können individuelle Faktoren als Ursache für die Abweichung herangezogen werden (Moecke u. Ahnefeld 1997).

Qualitätsmanagement hat drei Zeitebenen:

- prospektiv,
- zeitgleich und
- retrospektiv.

Für alle Zeitebenen lassen sich typische Arbeitsfelder definieren.

Die Verantwortung für die Durchführung des Qualitätsmanagements im Rettungsdienst liegt beim zuständigen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) (s.a. Kap. 6 „Qualitätsmanagement im Rettungsdienst“).

1.3 Die Perspektive der Mitarbeiter des Rettungsdienstes

Qualitätsmanagement kann nur dann nachhaltig erfolgreich sein, wenn sich alle Führungsebenen der Rettungsdienstorganisation eindeutig und unmissverständlich zum Qualitätsmanagement bekennen.



Qualitätsmanagement muss „Chefsache“ sein.

Ebenso wichtig ist es aber auch, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in das Konzept einzubeziehen.

Es gibt viele gute Gründe, warum sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rettungsdienst für das Qualitätsmanagement engagieren:

1. Das Streben nach Qualität in der rettungsdienstlichen Tätigkeit ist eine ethische Verpflichtung gegenüber dem Notfallpatienten.
2. Qualität steigert die Zufriedenheit der Mitarbeiter.
3. Qualität vermindert Frustrationen.
4. Qualität trägt dazu bei, Kosten zu sparen.

Es gibt aber auch typische Ursachen, warum mangelnde Akzeptanz der Mitarbeiter die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements blockieren kann:

1. Angst vor disziplinarischen Maßnahmen
2. Fehlende persönliche Einbindung in das Konzept
3. Zuwenig Feedback über die Ergebnisse des Qualitätsmanagements
4. Unzureichende Unterweisung in die Dokumentationsinstrumente

1.4 Zusammenfassung

Qualitätsmanagement ist ein Managementinstrument, mit dem objektiv beurteilt werden kann, ob der Rettungsdienst die in ihn gesetzten Erwartungen erfüllt. Es deckt Entwicklungen auf, die auf eine unzureichende notfallmedizinische Versorgung hinweisen, und leitet geeignete Maßnahmen ein, um Fehlentwicklungen zu korrigieren. Es wird dokumentiert, ob diese Maßnahmen erfolgreich waren. Damit folgt das Qualitätsmanagement in der Notfallmedizin dem klassischen PDCA-Zyklus: Plan – Do – Check – Act. Die Identifizierung und Verringerung relevanter Risiken für Patienten, Mitarbeiter und Dritte ist hiermit untrennbar verbunden.

Es wird aber nicht nur das identifiziert, was Verbesserungsbedarf hat. Qualitätsmanagement weißt auch objektiv nach, was gut ist.

Damit sind Qualitäts- und Risikomanagement entscheidende Werkzeuge, um eine als gut empfundene notfallmedizinische Versorgung objektiv besser zu machen.

Literatur

- Moecke H (1994) Qualitätssicherung im Rettungsdienst. Notarzt 10: 95-96
Moecke H, Ahnefeld FW (1997) Qualitätsmanagement in der Notfallmedizin. Anästhesist 46: 787-800
Moecke H, Herden HN (1992) Qualitätssicherung: Wie und warum. Intensivmed 29: 450-455
Steffen GE (1988) Quality Medical Care – A Definition. JAMA 260: 56-61

2 Historische Entwicklung des Qualitätsmanagements in der prähospitalen Notfallmedizin

Heinzpeter Moecke, Christian K. Lackner und Michael Reng

2.1 Einleitung

Spätestens in den 80er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts begann sich der Rettungsdienst von einer primären Transportdienstleistung für Patienten zu einer professionellen notfallmedizinischen Organisationsform und einem Aspekt der Daseinsvorsorge zu entwickeln. Viele das System noch heute prägende, grundlegende Entwicklungen wurden auf den Weg gebracht. Einige Beispiele dafür sind die Rettungsdienstgesetze, die bundesweite Etablierung der Notarztarbeitsgemeinschaften, der Fachkundenachweis Rettungsdienst für Notärztinnen und Notärzte, das Berufsbild des Rettungsassistenten samt korrespondierender Prüfungsverordnung. Die Qualifikationsanforderungen für Leitende Notärzte (LNA) und für den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) wurden erarbeitet, publiziert und schrittweise fast flächendeckend umgesetzt. Neben den Notarztarbeitsgemeinschaften auf Landesebene waren die Sektion Rettungswesen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Notfall- und Intensivmedizin (DIVI) und der Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin der Bundesärztekammer treibende Kräfte.

Der interdisziplinäre Charakter der prähospitalen Notfallmedizin wurde in den Fachgesellschaften z.B. von F.W. Ahnefeld, W.F. Dick, D. Startmann, P. Voeltz und P. Seifrin für die Anästhesisten, H.P. Schuster für die Internisten und P. Lemburg für die Pädiater geprägt. Aber auch von dem bereits 1994 ver-

storbenen H.N. Herden, Chefarzt der Anästhesieabteilung am Allgemeinen Krankenhaus in Hamburg-Altona und dem 2012 verstorbenen P. Knuth, seinerzeit u.a. für Notfallmedizin zuständiger Dezernatsleiter bei der Bundesärztekammer in Köln, gingen wichtige Impulse für die Zukunft aus. In dieser Aufbruchsstimmung für eine moderne prähospitale Notfallmedizin gab es darüber hinaus noch viele weitere sehr engagierte Notärztinnen und Notärzte, die sich lokal und überregional für die Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Rettungsdienstes eingesetzt haben.

Die 10. Jahrestagung der Sektion Rettungswesen der DIVI am 4. und 5. Mai 1990 in Hamburg wurde von den Organisatoren H.N. Herden und H. Moecke auf das Thema „Qualitätssicherung in der Notfallmedizin“ ausgerichtet. Es war in Deutschland die erste überregionale wissenschaftliche Tagung, die sich schwerpunktmäßig mit dem Thema befasste. Viele der dort von den Referenten angesprochenen Themen dominieren heute noch die Diskussion zum Thema Qualitätsmanagement in der Notfallmedizin (Herden u. Moecke 1991). Die Sektion Rettungswesen stellte einen Kristallisationspunkt für den Beginn vieler Aktivitäten dar. So wurde im März 1994 ein mehrtägiger Workshop zum Thema „Qualitätsmanagement in der Notfallmedizin“ bei Frankfurt ausgerichtet und von E. Merck/Darmstadt unterstützt. Die Vorträge der Referenten wurden 1995 als erstes Buch in Deutschland, das sich ausschließlich mit dem Thema Qualitätsmanagement in der Notfallmedizin beschäftigt (Moecke u. Ahnefeld 1995), veröffentlicht.

In den darauffolgenden Jahren wurde dem Thema auf notfallmedizinischen Kongressen und bei den Jahrestagungen der Notarzarbeitsgemeinschaften ein immer breiterer Raum zuteil. Die Leinsweiler Gespräche der AGSWN (Arbeitsgemeinschaft südwestdeutscher Notärzte e.V.) nahmen das Thema mehrfach auf, um es im Diskurs zwischen Notärzten, Vertretern der zuständigen Landesministerien und Kostenträgern zu vertiefen.

Das Institut für Rettungsdienst des Deutschen Roten Kreuzes in Meckenheim führte unter der Leitung von B. Koch zahlreiche und bis heute bedeutsame interdisziplinäre und interprofessionelle Workshops zu Themen der Struktur- und Prozessqualität im Rettungsdienst durch. Nach sorgfältiger Analyse der Ist-Situation wurden rational begründete Empfehlungen für zukünftige Entwicklungen erarbeitet. Leider gibt es das genannte Institut in dieser Form heute nicht mehr.

Initiiert und geleitet von F.W. Ahnefeld, bis 1990 Leitender Ärztlicher Direktor der Anästhesieabteilung des Universitätsklinikums Ulm und Ordinarius für Anästhesiologie, fanden regelmäßige Workshops statt, die sich mit der qualitativen Weiterentwicklung des Rettungsdienstes befassten. Straff organisiert, zielgerichtet moderiert lieferten die jeweils im Anschluss schriftlich formulierten Zusammenfassungen der Veranstaltungen wichtige Publikationen. Aus dem von der BINZ-Stiftung 1990 geförderten Workshop „Bestands-

aufnahme Rettungsdienst“ ist eine der bis heute wichtigsten Publikationen für die Entwicklung der deutschen Notfallmedizin entstanden (Ahnefeld et al. 1992).

Auch das Bundesministerium für Verkehr spielte eine wichtige Rolle bei der Definition und Aufarbeitung der Strukturqualität im Rettungsdienst. So erteilte es über die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) regelmäßig Forschungsaufträge zu diesem Themenkreis, ein Beispiel dafür ist ein Projekt, dessen Forschungsbericht „Optimierung von Rettungsdienst-Einsätzen – Praktische und ökonomische Aspekte“ (Schmiedel et al. 2002) als Meilenstein gelten darf.

Die heutigen Konzepte des Qualitätsmanagements lassen sich auf industrielle Entwicklungen Anfang der fünfziger Jahre des letzten Jahrhunderts zurückführen. Damals entwickelte der amerikanische Wirtschaftswissenschaftler William Edwards Deming (1900–1993) für die durch den Krieg zerstörte japanische Industrie ein Reorganisationskonzept. Die wegweisenden Kernelemente seiner Philosophie gelten unverändert bis heute fort. Dazu gehört die Forderung nach klaren Unternehmenszielen, die feste Überzeugung, dass es möglich ist, eine bestimmte Tätigkeit von Anbeginn an „richtig“ auszuführen und die Feststellung, dass nur in einer Arbeitsatmosphäre, die von gegenseitigem Respekt gekennzeichnet ist, Maßnahmen zum Qualitätsmanagement umfassend zu positiven Veränderungen führen können. In Japan mit KAIZEN hoch geachtet und geehrt wurden die Konzepte von W.E. Deming erst spät auch in den USA wahrgenommen.

Die zweite wichtige Entwicklung war 1952 die Gründung der Joint Commission on Accreditation of Hospitals des American College of Surgeons. Die Joint Commission beschäftigt sich seit ihrer Gründung kontinuierlich mit der Entwicklung von Standards für Krankenhäuser und andere Einrichtungen des amerikanischen Gesundheitswesens.

Unvollständig wäre dieser kurze historische Abriss, wenn der amerikanische Arzt Prof. Dr. Avedis Donabedian (1919–2000) aus Ann Arbor/Michigan unerwähnt bliebe. Er verfasste 1966 den „Klassiker“ des medizinischen Qualitätsmanagements: „Evaluating the quality of medical care“ (Donabedian 1966). Von ihm wurde 1980 das Konzept entwickelt, das Qualität in die Elemente Struktur, Prozess und Ergebnis aufteilte.

- **Das Element Struktur** umfasst dabei sowohl die materiellen und die personellen Ressourcen als auch die Organisationsstruktur.
- **Prozess** beinhaltet alle Vorgänge, die bei der Leistungserbringung tatsächlich zum Tragen kommen. *Prozess-Vorgänge* beinhalten daher sowohl das Verhalten des Patienten, des Notarztes bzw. des Rettungsdienstfachpersonals als auch das der Disponenten der Rettungsleitstelle.
- **Ergebnis(-qualität)** betrachtet nicht nur das rein medizinische Resultat einer Intervention. Die Ergebnisqualität kann zu verschiedenen definierten

Zeitpunkten erfasst werden. Zu diesem Themenkomplex gehören neben dem rein „medizinischen“ Ergebnis der Behandlung aber auch Fragestellungen, inwieweit die Erwartungen des Patienten oder anderer Anspruchsgruppen (sog. Stakeholder) erfüllt wurden (Donabedian 1988).

Qualitätsmanagement (QM), ursprünglich als Managementinstrument für die Industrie entwickelt, ist heute ein anerkanntes Werkzeug im Gesundheitswesen und hat sich in den vom Sozialgesetzbuch V erfassten Leistungsbereichen nahezu flächendeckend durchgesetzt. Lediglich der Rettungsdienst ist ein Bereich mit noch besonders vielen weißen Flecken, insbesondere auf der Landkarte des medizinischen QM. Es gibt viele Organisationen, die sich seit Jahren dieses Themas kontinuierlich und mit großem Engagement annehmen. Viele Rettungsdienstorganisationen sind dabei den Weg der Zertifizierung nach DIN ISO 9001 gegangen. Genauso gibt es aber immer noch Rettungsdienstorganisationen, bei denen das Merkmal Qualitätsmanagement noch erkennbares Verbesserungspotenzial birgt. Dies hat auch formale und rechtliche Gründe, z.B. die fehlende Verankerung im SGB V oder fehlende Vorgaben in den Landesrettungsdienstgesetzen. Es ist aber auch dem eigentlich glücklichen Umstand geschuldet, dass die prähospitale Notfallmedizin im Vergleich zu anderen medizinischen Tätigkeitsbereichen auf einen enormen emotionalen Vorteil bauen kann: Bürgerinnen und Bürger sind überwiegend fest davon überzeugt, dass „ihr Rettungs- und Notarztdienst“ die für sie die bestmögliche medizinische Behandlung im Notfall sicherstellt. Dieser Vertrauensvorsprung geht so weit, dass auch Institutionen, die den Rettungsdienst beaufsichtigen oder finanzieren, bisher kaum einen Nachweis für die Effektivität, die Effizienz und die Akzeptanz des Rettungsdienstes eingefordert haben.

Die Qualität des Rettungsdienstes ist zudem ein Gütezeichen, das dieser für sich gern in Anspruch nimmt, ohne dass jeweils klar definiert wäre, was damit eigentlich gemeint ist und ohne dass der Nachweis geführt werden müsste, dass dieses Merkmal auch tatsächlich zutrifft.

Ebenso regelhaft wird dem Rettungsdienst von einzelnen Politikern, Repräsentanten der Kostenträger oder Medienvertretern mangelnde Qualität und/oder Ineffizienz vorgeworfen. Auch dies geschieht häufig ohne jeden objektiven Nachweis.

Zur Objektivierung der Diskussion um die Qualität des Rettungsdienstes muss zweifelsohne der formale Druck erhöht werden, Qualitätsmanagement im Rettungsdienst als Routineleistung der durchführenden Organisation zu definieren und unabhängig von dem persönlichen Engagement der lokal Verantwortlichen einzufordern.

Die Gründung von Instituten für Notfallmedizin, wie das IfN in Hamburg unter Leitung von H. Moecke oder das INM in München unter Leitung von C. Lackner, entwickelten die Infrastruktur, um wichtige Impulse für Lehre und Forschung im Bereich der Notfall- und Akutmedizin zu geben.